Från:	Thomasson Maria B RK HÄLSO- OCH SJUKVÅRD
Till:	HS UPPDRAG FUNKTION; NÄRSJUKVÅRDEN HALLAND; Vårdval Halland Privata verksamhetschefer; AMBULANS- DIAGNOSTIK OCH HÄLSA; PSH PSYKIATRIN HALLAND
Ärende:	Synpunkter på remiss God och nära vård. SOU 2020:19
Datum:	den 12 maj 2020 16:00:47
Bilagor:	image001.png god nära.pdf(355075) (0)_TMP.pdf

Hej!
Region Halland har fått möjlighet att lämna synpunkter på remiss *God och nära vård. En reform för hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19).*
Regionkontoret är medvetna om att det är speciella tider men hoppas att ni har möjlighet att lämna synpunkter.
Regionkontoret önskar få in era synpunkter på utredningen senast 2020-09-01.
Det går bra att mejla svaren till undertecknad.

Med vänlig hälsning
Maria

BÄSTA LIVSPLATSEN
Region Halland
Maria Thomasson
Hälso- och sjukvårdsstrateg
Kvalitet inom Hälso- och sjukvård
Regionkontoret
TFN: 0729-85 25 23 **MOBIL:** 0729-85 25 23
E-POST: Maria.B.Thomasson@regionhalland.se
BESÖKSADRESS: Södra vägen 9, 30238 Halmstad
www.regionhalland.se

Regeringskansliet

Remiss

2020-04-20
S2020/02841/FS

Socialdepartementet

God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)

Remissinstanser

Akademikerförbundet SSR

Apotekarsocieteten

Arbetsmiljöverket

Arjeplogs kommun

Barnombudsmannen

Danderyds kommun

Datainspektionen

Dietisternas riksförbund

Distriktssköterskeföreningen

E-hälsomyndigheten

FAMNA

Finspångs kommun

Folkhälsomyndigheten

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd

Funktionsrätt Sverige

Fysioterapeuterna

Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Föreningen Sveriges Socialchefer

Förvaltningsrätten i Umeå

Förvaltningsrätten i Växjö

Gotlands kommun

Grums kommun

Gävle kommun

Halmstads kommun

Hjo kommun

Huddinge kommun

Håbo kommun

Härryda kommun

Högskolan Dalarna

Högskolan i Borås

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Justitiekanslern (JK)

Jönköpings kommun

Karlstad kommun

Karolinska institutet

Kommunal

Konkurrensverket

Kungsbacka kommun

Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation (LKR)

LIF - de forskande läkemedelsföretagen

Linnéuniversitetet

Lunds universitet

Läkarsekreterares och sjukvårdsadministratörers Förbund (LSF)

Läkemedelsverket (LV)

Malmö kommun

Myndigheten för delaktighet

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Mälardalens högskola

Mölndals kommun

Nora kommun

Nordmalings kommun

Norrtälje kommun

Nyköpings kommun

Orust kommun

Pensionärernas Riksorganisation (PRO)

Regelrådet

Region Blekinge

Region Dalarna

Region Gävleborg

Region Halland

Region Jämtland Härjedalen

Region Jönköpings län

Region Kalmar län

Region Kronoberg

Region Norrbotten

Region Skåne

Region Stockholm

Region Sörmland

Region Uppsala

Region Värmland

Region Västerbotten

Region Västernorrland

Region Västmanland

Region Örebro

Region Östergötland

Riksförbundet för Rättigheter, Frigörelse, Hälsa och Likabehandling (RFHL)

Rättviks kommun

Sjukhusläkarna

SKPF Pensionärerna

Skövde kommun

Socialstyrelsen

Sollefteå kommun

SPF Seniorerna

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

Statens medicinsk-etiska råd (Smer)

Statskontoret

Stockholms kommun

Svedala kommun

Swedish Medtech

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

Svensk Kuratorsförening

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)

Svenska Distriktsläkarföreningen

Svenska Logopedförbundet

Svenska Läkaresällskapet

Sverigefinska pensionärer

Sveriges Farmaceuter

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

Sveriges läkarförbund

Sveriges Psykologförbund

Säffle kommun

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

Tillsammans för ungas psykiska hälsa (TILIA)

Umeå universitet

Universitetskanslersämbetet (UKÄ)

Upphandlingsmyndigheten

Uppsala kommun

Verket för innovationssystem

Vetenskapsrådet

VISION

Vårdförbundet

Vårdföretagarna

Västra Götalandsregionen

Åre kommun

Älvkarleby kommun

Örebro universitet

Örkelljunga kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 31 augusti 2020.** Svaren bör lämnas i bearbetningsbar form (t.ex. Wordformat) per e-post till **s.remissvar@regeringskansliet.se** och med kopia till **s.fs@regeringskansliet.se.** Ange diarienummer **S2020/02841/FS** och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Remissinstansen namn ska även anges i dokumentnamnet.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Torkel Nyman
Departementsråd

Kopia till
Norstedts Juridik, kundservice, 106 47 Stockholm

Daniels Per-Erik RK STAB

Från: Linda Torsbrink <linda.torsbrink@regeringskansliet.se> för S FS <s.fs@regeringskansliet.se>
Skickat: den 20 april 2020 14:48
Till: kommunen@danderyd.se; dsfsverige@gmail.com; registrator@ehalsomyndigheten.se; info@folkhalsomyndigheten.se; forte@forte.se; info@funktionsratt.se; info@socialchefer.se; kommunstyrelse@grums.se; kommunstyrelsen@gavle.se; kommunstyrelsen@halmstad.se; kommunen@hjo.se; huddinge@huddinge.se; kommun@harryda.se; registrator@du.se; registrator.vss@ivo.se; kommunstyrelse@jonkoping.se; kommun@kungsbacka.se; info@lif.se; info@lnu.se; registrator@lu.se; registratorsfunktionen.stk@malmo.se; registrator@mdh.se; stad@molndal.se; rg@regiongavleborg.se; REGION HALLAND officiell e-post; region@regionjh.se; regionen@rjl.se; region@kronoberg.se; region@skane.se; post@regionsormland.se; region.uppsala@regionuppsala.se; rattvik@rattvik.se; kommun@solleftea.se; S SMER; registrator@statskontoret.se; kommunstyrelsen@stockholm.se; registrator.ks@svedala.se; info@swedishmedtech.se; kansli@sfam.se; registrator@skr.se; info@slf.se; post@psykologforbundet.se; registrator@umu.se; registrator@uka.se; registrator@uhmynd.se; kommunledningskontoret@uppsala.se; vinnova@vinnova.se; registrator@vr.se; regionstyrelsen@vgregion.se; kundtjanst@are.se
Kopia: Petra Zetterberg Ferngren; Malin Nylén Bolinder
Ämne: Remiss av SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem
Bifogade filer: SOU_2020_19_webb.pdf; Remissbrev SOU 2020_19.pdf

Hej!

Skickar här ut remiss av SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast den 31 augusti 2020.

Välkommen att besvara denna remiss.

Hälsningar
Linda Torsbrink
Kanslisekreterare
Socialdepartementet
Enheten för folkhälsa och sjukvård
103 33 Stockholm
Tfn 08-405 12 84
Mobil 070-667 18 86
linda.torsbrink@regeringskansliet.se
www.regeringen.se

Regeringskansliet

God och nära vård

En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem

Delbetänkande av utredningen
Samordnad utveckling för god och nära vård

Stockholm 2020

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2020:19

SOU och Ds kan köpas från Norstedts Juridiks kundservice.
Beställningsadress: Norstedts Juridik, Kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@nj.se
Webbadress: www.nj.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Norstedts Juridik AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.
Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
En kort handledning för dem som ska svara på remiss.
Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Inlagesillustration: Gullers Grupp
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2020

ISBN 978-91-38-25040-2
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24).

Till särskild utredare förordnades chefläkaren och biträdande landstingsdirektören Anna Nergårdh. Utredningen har tagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes den 3 mars 2017 kanslirådet Louise Andersson. Som sekreterare anställdes fr.o.m. 2 oktober 2017 t.o.m. den 30 juni 2018 allmänläkaren Karin Träff Nordström och civilekonomen Marie Öberg Lindevall. Som sekreterare i utredningen anställdes fr.o.m. den 9 oktober 2017 t.o.m. den 31 mars 2019 juristen Malin Lundberg. Som sekreterare i utredningen anställdes den 22 oktober 2018 t.o.m. den 31 mars 2020 medicinska informatikern Niklas Eklöf, och den 28 januari 2019 juristen Anna-Klara Brage. Som sekreterare anställdes även juristen Caroline-Olivia Elgán fr.o.m. den 1 september 2019 t.o.m. den 3 mars 2020 och fil.kand. Max Printz fr.o.m. den 6 november 2019 t.o.m. den 31 mars 2020.

Som sakkunniga till utredningen förordnades den 26 oktober 2017 departementssekreterare Malin Bolinder, kanslirådet Anna Brooks, departementssekreterare Fredrik Friberg, departementssekreterare Elin Persson samt departementssekreterare Nina Viberg. Som experter till utredningen förordnades den 26 oktober 2017 allmänläkaren Peter Berggren, digitala strategen Niklas Eklöf, representanten för Funktionsrätt Sverige Anders Gustafsson, distriktsköterskan Hanna Lundstedt, folkhälsorådet Iréne Nilsson Carlsson samt SKR:s sam-

ordnare för nära vård Emma Spak. Departementssekreterare Malin Bolinder entledigades den 19 januari 2018 och samma dag förordnades departementssekreterare Lisa Midlert som sakkunnig i utredningen. Kanslirådet Anna Brooks, departementssekreterare Nina Viberg och departementssekreterare Elin Persson, entledigades fr.o.m. den 11 september 2018. Kanslirådet Anna Gralberg, kanslirådet Anna Dahlin och kanslirådet Elin Sundberg förordnades som sakkunniga i utredningen fr.o.m. den 11 september 2018. Digitala strategen Niklas Eklöf entledigades fr.o.m. den 29 oktober 2018. Avdelningschefen Kristina Fridensköld förordnades som expert i utredningen fr.o.m. den 29 oktober 2018. Kanslirådet Fredrik Friberg entledigades fr.o.m. den 27 mars 2019. Ämnesrådet Sverker Lönnerholm förordnades som sakkunnig i utredningen fr.o.m. den 27 mars 2019. Kanslirådet Anna Dahlin entledigades fr.o.m. den 13 september 2019. Samma dag förordnades ämnesrådet Petra Zetterberg-Ferngren som sakkunnig och samverkanschefen Susanne Söderberg samt förvaltningschefen Torill Skaar Magnusson som experter. Den 5 december 2019 entledigades avdelningschefen Kristina Fridensköld och avdelningschefen Annemieke Ålenius förordnades som expert.

Den 7 juni 2017 överlämnade utredningen delbetänkandet God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53).

Den 21 september 2017 fick utredningen tilläggsdirektiv (dir. 2017:97).

Den 1 juni 2018 överlämnade utredningen delbetänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39).

Den 23 augusti 2018 fick utredningen ytterligare tilläggsdirektiv (dir. 2018:90).

Den 5 juni 2019 överlämnade utredningen delbetänkande God och nära vård – Vård i Samverkan (SOU 2019:29).

Den 15 augusti 2019 fick utredningen ytterligare tilläggsdirektiv (dir. 2019:49).

I detta betänkande redovisar utredningen en övergripande beskrivning av det vi under utredningens gång identifierat som centrala framgångsfaktorer respektive möjliga hinder för omställningsarbetet. Dessutom lämnar vi ett antal förslag som syftar till att stärka olika dimensioner av samverkan och skapa ett mer sammanhängande hälso- och sjukvårdssystem. Vidare lämnas förslag på att tydliggöra hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvar att medverka i utbildning

samt två olika alternativa vägar för att integrera de läkare och fysioterapeuter som i dag verkar enligt lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för fysioterapeuter, i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt övrig öppenvård, i samklang med övriga förändringar som sker inom hälso- och sjukvården. Slutligen lämnas också förslag kring vidare översyn och förändringar gällande den grundläggande strukturen med uppdelningen i öppen vård och sluten vård. Sammantaget bedömer utredningen att dessa förslag, tillsammans med förslag i våra tidigare betänkanden utgör grunden för en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.
Utredningen vill rikta ett varmt tack till alla de som med stort engagemang tagit sig tid att på olika sätt bidra till vårt arbete.

Utredningen överlämnar härmed huvudbetänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19).

Stockholm i mars 2020

Anna Nergårdh

/Louise Andersson
Anna-Klara Brage
Niklas Eklöf
Caroline-Olivia Elgán
Max Printz

Innehåll

Sammanfattning **19**

1 Författningsförslag **33**

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 33

1.2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125) 39

1.3 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) 40

1.4 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821) 42

1.5 Förslag till lag om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet 43

1.6 Förslag till lag om ändring i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling 45

1.7 Förslag till lag om ändring i lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner 46

1.8 Förslag till lag om upphävande av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning 47

1.9 Förslag till lag om upphävande av lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi 48

1.10 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 49

1.11 Förslag till förordning om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet 51

1.12 Förslag till förordning om upphävande av förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning 52

1.13 Förslag till förordning om upphävande av förordning (1994:1120) om ersättning för fysioterapi 53

1.14 Förslag till förordning om ändring i förordning (2007:1117) med instruktion för Konkurrensverket 54

2 Utredningens uppdrag, arbetssätt och utgångspunkter 55

2.1 Huvudbetänkandets utgångspunkter och upplägg 55
2.1.1 Utredningens uppdrag 55
2.1.2 Huvudbetänkandets innehåll 60
2.1.3 Utgångspunkter för detta betänkande 63

2.2 Redovisning av dialoguppdraget 68
2.2.1 Utgångspunkter för dialogarbetet 68
2.2.2 En kontinuerlig kommunikation om utredningen via hemsidan www.sou.gov.se/godochnaravard 69
2.2.3 Dialogfrågor 70
2.2.4 Referensgrupper samt experter och sakkunniga till utredningen 71
2.2.5 En bred dialog med andra utredningar, myndigheter, SKR samt andra organisationer och enskilda 73
2.2.6 Utredningens sammanfattande reflektioner kring dialoguppdraget 76

2.3 Nulägesbild av omställningen 77
2.3.1 Övergripande förutsättningar för en omställning 79
2.3.2 Redan beslutade milstolpar 83
2.3.3 Milstolpar för beslut 87
2.3.4 Övrigt 90

2.4 Ett modernt hälso- och sjukvårdssystem – hur blir det? 94
2.4.1 En god hälsa och en vård på lika villkor 94
2.4.2 Ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem 95
2.4.3 Varför behövs förändringen? 96

2.4.4 Hur blir det för mig som patient? 97
2.4.5 Ett begripligt hälso- och sjukvårdssystem 103
2.4.6 En hälso- och sjukvård med både hjärta och hjärna 104

3 Framgångsfaktorer och hinder för omställningen 105

3.1 Utgångspunkter 105

3.2 Framgångsfaktorer för omställningen 106
3.2.1 Personcentrering och involvering av invånare och patienter i hälso- och sjukvårdens utveckling 106
3.2.2 Interprofessionellt lärande och arbetssätt 110
3.2.3 Salutogent förhållningssätt 113
3.2.4 Fungerande samverkan och samordning för ett sammanhängande hälso- och sjukvårdssystem 115
3.2.5 Prehospital och mobil vård – en integrerad del i vårdkedjan 119
3.2.6 Samordnad styrning av kompetensförsörjning 121
3.2.7 Logistiklösningar och infrastruktur som understödjer omställningen 122
3.2.8 Forskning, utveckling och utbildning som följer med och understödjer omställningen 125
3.2.9 Digitalisering utifrån patienternas och vårdens behov 127
3.2.10 Samverkan med aktörer utanför vård och omsorg. 130

3.3 Hinder för omställningsarbetet 131
3.3.1 Bristande uthållighet 131
3.3.2 Bristande helhetsperspektiv och systemkunskap 132
3.3.3 Stor variation i uttolkningen och implementering av befintliga regelverk 134
3.3.4 Ekonomiska utmaningar för kommuner och regioner 136
3.3.5 Bristande inkludering av medarbetarna 137

3.3.6 Utmaningar med kompetensförsörjning och kompetensutveckling ... 138
3.3.7 Investeringsbehov i vårdens byggnader och infrastruktur ... 139
3.3.8 Bristande tillgång till kvalitetssäkrade data och kunskap om primärvårdsnivån ... 140
3.3.9 Bristande arbete med ledarskapsfrågor ... 142
3.3.10 Regelverk och arbetssätt som utestänger de mest behövande ... 144

4 Samverkanstrukturer för hälso- och sjukvården ... 149

4.1 Inledning ... 149

4.2 Kommunen som huvudman för hälso- och sjukvård i dag ... 150
4.2.1 Kommunerna ansvarar för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå ... 150
4.2.2 Läkarbemanning i kommunalt finansierad primärvård ... 151
4.2.3 Begreppet hemsjukvård ersätts i lagstiftning med ”hälso- och sjukvård i hemmet” ... 153
4.2.4 Tydliggörande gällande hälso- och sjukvård i hemmet ... 157

4.3 Förtydligade samverkanskrav ... 159
4.3.1 Regionen och kommuner ska samverka vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården ... 160
4.3.2 En gemensam plan för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå ... 162
4.3.3 Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas de förutsättningar för samverkan som behövs ... 164

4.4 Planeringsverktyg till stöd för en samordnad vård ... 166
4.4.1 Förtydligande gällande författningsreglerade planer inom vård och omsorg ... 167
4.4.2 Fler patienter ska ges möjlighet till en individuell plan ... 168

4.4.3 Den enskilde ska ges möjlighet att initiera en individuell plan ... 170
4.4.4 En fast vårdkontakt ska ansvara för att den individuella planen är aktuell ... 172
4.4.5 Personcentrerat innehåll i den individuella planen ... 175
4.4.6 Den individuella planen ska även innehålla förebyggande och rehabiliterande insatser ... 177
4.4.7 Informationsdelningsfrågor ... 179
4.4.8 Elevhälsa ... 181

4.5 Konsekvensanalys ... 182
4.5.1 Övergripande konsekvenser av förslagen ... 182
4.5.2 Samhällsekonomiska konsekvenser ... 183
4.5.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ... 184
4.5.4 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten ... 185
4.5.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna ... 188
4.5.6 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna ... 193
4.5.7 Konsekvenser för en jämlik vård ... 196
4.5.8 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen ... 197
4.5.9 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården ... 198
4.5.10 Konsekvenser för vårdens professioner ... 200
4.5.11 Konsekvenser för företagen ... 201
4.5.12 Övriga konsekvenser ... 202

4.6 Ikraftträdande ... 202

5 Patientkontrakt – patientens stöd för en sammanhållen vård ... 205

5.1 Planering utifrån individens perspektiv ... 205
5.1.1 Nuläge i arbetet med patientkontrakt ... 205

5.2 Patientens översikt 208
5.2.1 Varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt 208
5.2.2 Ett patientkontrakt i praktiken 213
5.2.3 Informationsdelningsfrågor 215

5.3 Konsekvensanalys 217
5.3.1 Ekonomiska konsekvenser för samhället 217
5.3.2 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen 218
5.3.3 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten 218
5.3.4 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna 219
5.3.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna 220
5.3.6 Konsekvenser för en jämlik vård 221
5.3.7 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen 221
5.3.8 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården 222
5.3.9 Konsekvenser för vårdens professioner 222
5.3.10 Konsekvenser för företagen 223
5.3.11 Övriga konsekvenser 223

5.4 Ikraftträdande 224

6 Utbildningens och forskningens roll i omställningen till en god och nära vård 225

6.1 Utbildningens roll i omställningen 226
6.1.1 En fråga utanför utredningens direktiv 226
6.1.2 Gällande rätt och praxis om utbildning inom hälso- och sjukvården 227
6.1.3 Utbildningsrelaterade utmaningar för god kompetensförsörjning 244
6.1.4 Andra aktuella initiativ för ökad kompetensförsörjning 249

6.2 Förslag och motivering till förslag 251
6.2.1 Regioners och kommuners ansvar för medverkan i utbildning ska tydliggöras 251
6.2.2 Att medverka till utbildning ska vara en del av primärvårdens grunduppdrag 254

6.3 Konsekvensanalys 255
6.3.1 Övergripande konsekvenser av förslagen 255
6.3.2 Samhällsekonomiska konsekvenser 256
6.3.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen 256
6.3.4 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten 258
6.3.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna och kommunerna 260
6.3.6 Konsekvenser för en jämlik vård 261
6.3.7 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården 261
6.3.8 Konsekvenser för vårdens professioner 262
6.3.9 Konsekvenser för sysselsättningen 262
6.3.10 Konsekvenser för företagen 263
6.3.11 Övriga konsekvenser 265

6.4 Ikraftträdande 265

6.5 Forskningens roll i omställningen 265
6.5.1 Inspel på dialogfrågor 266
6.5.2 Finansiering av forskning i den nära vården 268
6.5.3 Aktuella initiativ av betydelse för omställningen till den nära vården 270

7 Verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi 273

7.1 Inledning 273

7.2 Dagens parallella system är inte ändamålsenligt 274
7.2.1 Dagens system står inte i samklang med ett modernt hälso- och sjukvårdssystem 274

7.2.2 Utredningens utgångspunkter för en ny ordning ... 276

7.3 Två alternativa scenarier ... 279

7.4 Scenario 1 ... 281
7.4.1 Obligatoriskt inrättande av valfrihetssystem inom fler vårdområden ... 281
7.4.2 Upphävande av LOL och LOF och möjlighet för befintliga vårdgivare att ställa om sin verksamhet ... 288

7.5 Konsekvensanalys – scenario 1 ... 290
7.5.1 Övergripande konsekvenser av förslagen ... 290
7.5.2 Nollalternativ och alternativa lösningar ... 291
7.5.3 Ekonomiska konsekvenser för samhället ... 292
7.5.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ... 293
7.5.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna ... 295
7.5.6 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten ... 298
7.5.7 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna ... 299
7.5.8 Konsekvenser för en jämlik vård ... 299
7.5.9 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården ... 300
7.5.10 Konsekvenser för vårdens professioner ... 301
7.5.11 Konsekvenser för sysselsättningen ... 302
7.5.12 Konsekvenser för företagen ... 302
7.5.13 Konsekvenser för EU-rätten ... 306
7.5.14 Övriga konsekvenser ... 306

7.6 Ikraftträdande – scenario 1 ... 307

7.7 Scenario 2 ... 307
7.7.1 Ett nytt kompletterande system för anslutning till offentligt finansierad vård i syfte att främja hälso- och sjukvård i hela landet ... 307

7.7.2 Ett nytt ersättningssystem ... 317
7.7.3 Statlig medfinansiering ... 319
7.7.4 Upphävande av LOL och LOF och möjligheter för befintliga vårdgivare att ställa om sin verksamhet ... 321

7.8 Konsekvensanalys – scenario 2 ... 321
7.8.1 Övergripande konsekvenser av förslagen ... 321
7.8.2 Nollalternativ och alternativa lösningar ... 322
7.8.3 Ekonomiska konsekvenser för samhället ... 323
7.8.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ... 324
7.8.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna ... 325
7.8.6 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten ... 328
7.8.7 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna ... 332
7.8.8 Konsekvenser för en jämlik vård ... 332
7.8.9 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården ... 333
7.8.10 Konsekvenser för vårdens professioner ... 333
7.8.11 Konsekvenser för sysselsättningen ... 334
7.8.12 Konsekvenser för företagen ... 334
7.8.13 Konsekvenser för EU-rätten ... 336
7.8.14 Övriga konsekvenser ... 343

7.9 Ikraftträdande – scenario 2 ... 343

7.10 Utredarens reflektion över de två scenarierna ... 344

8 En ändamålsenlig struktur för styrning av hälso- och sjukvården ... 347

8.1 Inledning ... 347
8.1.1 Utgångspunkter och avgränsningar ... 348

8.2 En förändring möjlig i flera steg ... 356
8.2.1 En uppdelning av vården är fortsatt ändamålsenlig ... 358

8.2.2 Beskrivningssystemen behöver utredas och förändras ... 359
8.2.3 Begreppet sluten vård behöver omdefinieras ... 362

8.3 Konsekvensanalyser ... 371
8.3.1 Övergripande konsekvenser av förslaget ... 371
8.3.2 Samhällsekonomiska konsekvenser ... 371
8.3.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ... 371
8.3.4 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna ... 372
8.3.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten ... 372
8.3.6 Konsekvenser för kommunerna ... 373
8.3.7 Konsekvenser för en jämlik vård ... 373
8.3.8 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården ... 374
8.3.9 Övriga konsekvenser ... 374

9 Att skapa förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet ... 375

9.1 Omställningen – En långsiktig process i flera steg ... 375

9.2 Att uppnå uthållighet i den nationella färdplanen mot målbilden ... 377
9.2.1 Ett samordnat budskap och stöd till huvudmännen från den nationella nivån och statliga myndigheter ... 377
9.2.2 Stöd från Sveriges Kommuner och Regioner ... 381
9.2.3 Dialog med medarbetare och invånare ... 382
9.2.4 Fortsatt behov av sammanhållande nationell stödstruktur ... 385

9.3 Ett sammanhängande system för att följa omställningen ... 385
9.3.1 Utgångspunkter ... 385
9.3.2 Medskick i fortsatta arbetet med att utveckla ett nationellt system för uppföljning ... 386

9.4 Omfördelning av resurser i systemet och resurser för omställningen 387
9.4.1 Utgångspunkter 387
9.4.2 Omfördelning av huvudmännens resurser 390
9.4.3 Statliga stöd 391
9.4.4 Det behövs en långsiktig, övergripande överenskommelse för omställningen 394
9.4.5 Reflektioner kring resurser för omställningen utifrån utredningens samlade förslag 399

10 Uppdraget om lättare psykisk ohälsa 403

10.1 Uppdraget enligt direktiven 403

10.2 Initiala reflektioner 406

10.3 Tillvägagångssätt 407
10.3.1 Dialogfrågor 408

11 Författningskommentar 409

11.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 409

11.2 Förslaget till lag om ändring av tandvårdslagen (1985:125) 419

11.3 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) 420

11.4 Förslaget till ändring i patientlagen (2014:821) 422

11.5 Förslaget till lag om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet 423

11.6 Förslaget till lag om ändring i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling 427

11.7 Förslaget till lag om ändring i lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner 427

Särskilt yttrande 429

Referenser 431

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2017:24 449

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2017:97 467

Bilaga 3 Kommittédirektiv 2018:90 475

Bilaga 4 Kommittédirektiv 2019:49 481

Bilaga 5 Tänkbar utformning av definition av ”särskild vård” 489

Sammanfattning

Om betänkandet

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

Utredningen överlämnade i juni 2017 sitt första delbetänkande God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53). Utifrån förlagen i delbetänkandet fattade riksdagen i slutet av maj 2018 beslut om propositionen 2017/18:83, Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.

Utredningen överlämnade i juni 2018 sitt andra delbetänkande God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:39). De förslagen bereds för närvarande i regeringskansliet. En proposition avseende en primärvårdsreform är aviserad av regeringen under våren 2020.

Utredningen lämnade i juni 2019 sitt tredje delbetänkande God och nära vård. Vård i samverkan (SOU 2019:29). Det betänkandet innehöll i enlighet med utredningens direktiv en rapport om arbetets inriktning och om hur arbetet fortskred. Delbetänkandet innehöll analys av och bakgrund till de områden inom vilka utredningen i detta huvudbetänkande lämnar förslag. Det tredje betänkandet ska därför läsas tillsammans med förslagsdelarna i detta betänkande.

Förslagen i detta betänkande, tillsammans med samtliga förslag i utredningens tidigare betänkanden, bidrar till en reform i syfte att bidra till ett hälso- och sjukvårdssystem som är hållbart ur samtliga aspekter; socialt, miljömässigt och ekonomiskt. Vi bedömer att våra

förslag är steg på vägen i utvecklingen av en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård, med en stark och adekvat resurssatt primärvård som bas. En hälso- och sjukvård med både hjärta och hjärna. En hållbar hälso- och sjukvård med hög kvalitet, där man som patient och närstående känner delaktighet och trygghet, som skattebetalare känner förtroende, och där man som medarbetare väljer att arbeta.

Betänkandets form och innehåll

I det följande görs en sammanfattning av betänkandets kapitel, med fokus på de bedömningar och förslag som lämnas. De kapitel som inte innehåller explicita bedömningar och förslag sammanfattas mycket kort. Kapitel 1 och 11 innehåller författningsförslag samt författningskommentarer, och sammanfattas inte närmre här. De bör i stället läsas tillsammans med respektive förslagskapitel.

Kapitel 2. Utredningens uppdrag, arbetssätt och utgångspunkter

I detta kapitel redogörs för betänkandets utgångspunkter och upplägg. Vi beskriver våra hittills redovisade uppdrag, samt redogör för ett antal avgränsningar i uppdraget. Vi beskriver också hur vi fullgjort vårt uppdrag att ta fram våra förslag i bred dialog med samtliga berörda aktörer. Vi ger i kapitlet en nulägesbild av omställningen till nära vård och redogör för redan beslutade milstolpar i färdplanen, samt milstolpar som kvarstår för beslut. Avslutningsvis presenteras vår bild av några av de effekter den pågående förändringen kan förväntas ge för patienter och invånare.

Kapitel 3. Framgångsfaktorer och hinder för omställningen

I kapitlet redogör vi för framgångsfaktorer och hinder för omställningen till nära vård. Vi lyfter bland annat personcentrering och involvering av såväl invånare som patienter, närstående och medarbetare. Interprofessionellt lärande och salutogent förhållningssätt betonas. Kompetensförsörjning, logistik och infrastruktur lyfts fram,

liksom forskning och undervisning samt digitalisering utifrån patienternas och verksamheternas behov.

Hinder såsom bristande uthållighet, brist på helhetssyn, olika tolkning av regelverk och ekonomiska utmaningar, inklusive omfattande investeringar i byggnader, reflekteras. Bristen på aggregerade data på primärvårdsnivå betonas på nytt. Behovet av att lyfta ledarskapets betydelse poängteras. Risken med att konstruera system som minskar tillgängligheten och blir exkluderande, i stället för inkluderande, av grupper med de största behoven, eller nedsatt möjlighet att själva agera utifrån sitt vårdbehov, belyses.

Kapitel 4. Samverkansstrukturer för hälso- och sjukvården

Vi har i uppdrag att utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas, hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut samt att undersöka hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras. Vi har också i uppdrag se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner.

Att hälso- och sjukvården är ett delat ansvar mellan regioner och kommuner innebär också att det är ett delat ansvar att beskriva och bygga ihop hälso- och sjukvårdssystemet på ett tydligt sätt för både patienter och medarbetare. Det är ett viktigt arbete där nära samverkan krävs för att skapa förutsättningar för goda arbetsmiljöer för hälso- och sjukvårdens medarbetare och ett begripligt hälso- och sjukvårdssystem för invånare, liksom för patienter och närstående.

Vi lägger i kapitlet ett antal förslag för att stärka samverkan för patienter och brukares bästa. Vi *föreslår* att begreppet hemsjukvård ska ersätts med begreppet hälso- och sjukvård i hemmet för att tydliggöra att den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet är likställd övrig vård och att det enda som särskiljer den är platsen vården utförs på. Detta förslag tydliggör att det handlar om hälso- och sjukvård, med samma kvalitetskrav, behov av adekvat resurssättning och kompetensbehov som övrig hälso- och sjukvård.

Vi gör *bedömningen* att den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för att erbjuda utgör primärvård, men att kommunalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal kan medverka i hälso- och

sjukvård som regionen ansvarar för att erbjuda. Detta tydliggörande syftar inte till att föra över något nytt ansvar till kommunerna vad gäller hälso- och sjukvård. Det syftar däremot till att skapa förutsättningar för personcentrerad vård över huvudmannagränserna, till nytta för de med störst och mest komplexa behov av insatser från båda huvudmännen.

Utredningen *föreslår* vidare att utifrån kommunernas ökade åtagande som huvudman för hälso- och sjukvård sedan gällande rätt utformades måste samverkan mellan huvudmännen stärkas. För att tydliggöra kraven på samverkan ska regioners och kommuners särskilda samverkansansvar med varandra vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården förtydligas i lagstiftningen.

För att säkerställa att patienten får en sammanhängande hälso- och sjukvård oavsett huvudman bedömer utredningen att det behövs en stärkt samverkan på primärvårdsnivå. Vi *föreslår* därför att regioner och kommuner genom en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen ska åläggas att upprätta en gemensam plan för hälso- och sjukvård på den gemensamma vårdnivån primärvård i länet. Detta förslag avser inte att i detalj reglera innehåll eller tidsomfattningen i en sådan länsövergripande plan. Avsikten är i stället att säkerställa en gemensam långsiktig planering för det gemensamma åtagandet primärvård, där planen förslagsvis kan omfatta strategiska frågor såsom t.ex. kompetensförsörjning, lokalfrågor och utbudspunkter.

Utredningen beskriver vidare att gällande rätt när det gäller samverkan i hälso- och sjukvården är förhållandevis väl reglerad på makro- (huvudmannanivå) och mikro-nivå (individnivå) i systemet, men till stora delar saknas på meso-nivå (utförarnivå). Bestämmelser som träffar utförare, och därmed hur det övergripande uppdraget ska utföras för att sedan bestämmelserna på mikro-nivå ska kunna tillämpas, är inte tillräckligt tydligt reglerat i dag. Därför *föreslår* utredningen att det lagregleras att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas de förutsättningar för samverkan som behövs för att en god vård ska kunna ges. Genom att i HSL förtydliga att god vård kräver förutsättningar för samverkan, på samma sätt som att den kräver den personal, de lokaler och den utrustning som behövs, tydliggör vi kraven på ett hälso- och sjukvårdssystem som hänger ihop, även på utförarnivå.

Hälso- och sjukvårdens planeringsskyldighet för insatser för en enskild patient har bland annat kommit till uttryck genom olika

planverktyg, där ett antal av dem är författningsreglerade. Många olika aktörer vi haft dialog med har lyft att man i utformningen av hälso- och sjukvården och inte minst i det dagliga arbetet upplever det som otydligt vilket planverktyg som ska användas i en specifik insats och vilka planverktyg som finns tillgängliga. Utredningen *föreslår* därför att regleringen av individuell plan i HSL och socialtjänstlagen (SoL) ska harmonieras med regleringen i lagen om samverkan vid sluten hälso- och sjukvård (LUS) så att den kommunala hälso- och sjukvården genomgående omfattas, inte bara när den individuella planen initieras vid utskrivning från sluten vård. Dessutom ska även patienter som inte får socialtjänst men har behov av stöd i samordningen i vårdprocesser som inbegriper flera olika vårdgivare omfattas av möjligheten att få en individuell plan.

Utredningen *föreslår* vidare när det gäller den individuella planen att det ska regleras i HSL och SoL att också den enskildes önskemål om att få en individuell plan upprättad ska beaktas.

Vidare *bedömer* vi att en fast vårdkontakt ska ansvara för att den individuella planen är aktuell och uppdaterad. Samordningen för den enskilde patienten ska ske med utgångspunkt i den individuella planen för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.

Vi *föreslår* också att av den individuella planen ska målet med insatserna för den enskilde framgå. Målet ska formuleras utifrån den enskildes perspektiv, och bör anges både på kortare och längre sikt, vilket möjliggör att planerna kan användas utifrån olika perspektiv: dels för en planering av stödinsatser som ska ges under en längre tid och beröra stora delar av personens livssituation, dels för insatser som behöver sättas in omedelbart för att lösa en tillfälligt uppkommen situation. Ibland kan den enskilde behöva stöd och motivation för att formulera sina behov och önskemål. Det är viktigt att vårdens företrädare är lyhörda och aktivt efterfrågar behoven på olika områden.

Slutligen *föreslår* utredningen när det gäller den individuella planen att det ska framgå vilka förebyggande och rehabiliterande insatser som behövs. Att stärka innehållskraven i den individuella planen avseende hälsofrämjande insatser, kombinerat med förslaget om att fler patienter ska få möjlighet att få en individuell plan, är ett sätt att säkerställa att insatser för att främja hälsa och förhindra återinsjuknande planeras och följs upp för fler patienter än i dag.

Som utredningen beskrivit i tidigare delbetänkanden gör vi bedömningen att fokus på hur vi kan stärka hälsa, inte bara behandla sjukdom, är helt avgörande för att vi ska klara av att möta framtidens hälsoutmaningar och vårdbehov i befolkningen. Genom att förebygga eller skjuta upp insjuknande i akuta eller kroniska sjukdomar, minska risken för återinsjuknande och skapa eller återskapa funktionsförmåga kan såväl mänskligt lidande undvikas som den begränsade gemensamma resursen användas mer effektivt.

Kapitel 5. Patientens stöd för en sammanhållen vård

En personcentrerad vård förutsätter jämlik samverkan mellan patienten och hälso- och sjukvårdens medarbetare. För att möjliggöra det krävs tillgång till samma informationsmängd för båda parter, och att det finns möjlighet till ett samskapande av de aktiviteter som ska genomföras. Utredningen har i uppdrag att se över befintlig lagstiftning när det gäller vårdplaner och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan för patientens samtliga vårdinsatser oavsett aktör eller huvudman. Vi har också i uppdrag att klargöra hur patientkontraktet bör förhålla sig till samordnad individuell plan, i dagligt tal kallad SIP.

Arbetet med patientkontrakt har pågått under en längre tid. Regeringen aviserade redan under hösten 2016 en pilotverksamhet, vilken genomfördes i tre regioner. Patientkontrakt har sedan 2018 ingått i överenskommelser mellan regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR). I implementeringsarbetet beskrivs patientkontraktet som flera delar; en överenskommelse mellan hälso- och sjukvården och patienten som innehåller information och kontaktuppgifter till fast(a) vårdkontakt(er), en sammanhållen plan och att tiderna i planen är bokade i samråd med patienten.

Utredningen *föreslår* att det ska regleras i patientlagen (PL) att varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt som på ett sammanhållet sätt, utifrån den enskildas behov och preferenser, presenterar patientens individuella plan med de aktiviteter och insatser som är planerade. Det ska också framgå vem/vilka som utgör patientens fasta vårdkontakt(er).

Tillhandahållandet av den övergripande planeringen behöver kunna anpassas efter mottagaren och måste göras i olika former, t.ex.

digitalt, muntligt eller skriftligt utlämnat, för att säkerställa att alla patienter har samma möjligheter att tillgodogöra sig innehållet. Tillhandahållandet av ett patientkontrakt kommer enligt våra förslag att initieras av att en patient efterfrågar ett sådant, och att region respektive kommun som huvudman för hälso- och sjukvården åläggs att tillhandahålla ett. Patientens fasta vårdkontakt ansvarar då för att ett sådant upprättas, bestående av patientens sammanhållna plan, bokade tider och kontaktuppgifter till patientens fasta vårdkontakt(er).

Kapitel 6. Verksamheter som drivs enligt lagen om läkarersättning eller lagen om ersättning för fysioterapi

Utredningen har i uppdrag att se över hur läkare och fysioterapeuter som bedriver verksamhet enligt lagen om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen om ersättning för fysioterapi (LOF) kan integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt i övrig öppen vård.

Det finns i dag en kritik från samtliga ingående aktörer mot det befintliga system i vilket läkarna och fysioterapeuterna i fråga verkar. Kritiken består bl.a. i svårigheter för regionerna att planera sin hälso- och sjukvård, då de upplever att de i liten utsträckning kan påverka läkarnas och fysioterapeuternas möjligheter att etablera sig och den lämnade vårdens innehåll. Kritiken från de som verkar på taxan består bl.a. i att innehållet i vad som får göras och hur, samt befintligt ersättningssystem, inte är utformat och anpassat efter dagens vårdbehov eller till hur vården i dag bedrivs. Inspel om att systemet inte möjliggör insyn i och kontroll av vårdverksamheterna i tillräcklig utsträckning finns också. Huruvida avtal som löper på obegränsad tid är förenligt med EU:s rättsordning, utifrån vikten av upprätthållande av konkurrens, har också ifrågasatts.

Flera tidigare förslag till förändringar har lämnats. Det system som aktuella läkare och fysioterapeuter verkar i, och de lagar och förordningar som reglerar detsamma, är dock alltjämt gällande och har i stora delar varit oförändrade i många år. Uppfattningen om vad som är den mest ändamålsenliga och sett till helheten det bästa sättet att förändra är förstås olika hos olika aktörer, i olika verksamheter och också över tid. Gemensam är dock uppfattningen att det behövs en förändring. Vi lämnar här förslag som i möjligaste mån beaktar den kritik som har förts fram mot systemet men som också anammar

värdet av flera sätt att verka i hälso- och sjukvården. De förslag vi lämnar i denna del ingår i en kontext och en helhet där övriga pågående förändringar i hälso- och sjukvården beaktas i enlighet med uppdraget i våra direktiv.

Vi lämnar två alternativa *förslag* på hur det befintliga systemet för legitimerade fysioterapeuters och vissa specialistläkares anslutning till den offentligt finansierade vården skulle kunna utvecklas. Vilket av de två förslagen som bör förespråkas beror på vilka perspektiv, värdegrunder och mål för hälso- och sjukvården som prioriteras.

Det *ena förslaget* innebär att det ska vara obligatoriskt för regionen att inrätta valfrihetssystem även inom fysioterapi och psykiatri. Det *andra förslaget* består i att vidareutveckla befintligt system till ett omarbetat kompletterande nationellt utformat system som syftar till att skapa långsiktighet och förutsättningar för mindre vårdetableringar i geografiska områden där tillgången till vård är mindre. Båda förslagen inkluderar att LOL och LOF samt förordningen om läkarvårdsersättning (FOL) och förordningen om ersättning för fysioterapi (FOF) upphävs. Vi lämnar *förslag* på övergångsbestämmelser som gör det möjligt för berörda läkare och fysioterapeuter att ställa om eller avsluta sin verksamhet utifrån de nya förutsättningarna.

Kapitel 7. Utbildningens och forskningens roll i omställningen till en god och nära vård

I utredningens tidigare betänkande har vi genomgående belyst området forskning, utveckling och utbildning (FoUU). Att säkerställa utveckling och innovation är en avgörande och central del i ett hållbart och uthålligt samhällssystem, omfattande såväl miljömässig, social som ekonomisk hållbarhet. FoUU är ett av de perspektiv som nogsamt måste beaktas i omställningen till den nära vården, när hälso- och sjukvården skiftar fokus från den traditionella sjukhusmiljön till mer vård utanför sjukhuset och i förlängningen också i allt större utsträckning till vård i hemmet. Detta innebär att det måste etableras förutsättningar för livskraftig och uthållig forsknings- och utbildningsverksamhet även utanför de traditionella miljöerna och hos hälso- och sjukvårdens båda huvudmän, regioner och kommuner.

Frågan om kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvårdssektorn är en av de största moderna samhälleliga utmaningarna i Sverige och många andra länder. Utifrån detta resonemang blir också

utbildning i alla dess former, som grund för en adekvat kompetensförsörjning, en central fråga i utredningens dialoger liksom i utredningens arbete. Till skillnad från vad som är fallet när det gäller forskning är huvudmännens ansvar för utbildning (utöver AT och ST för läkare) inte reglerat i HSL, något som vi lyft i tidigare betänkanden. Många har påtalat till oss att även om det är självklart för alla att ett så kunskapsorienterat område som hälso- och sjukvård är helt beroende av kopplingen till utbildning riskerar det, genom att inte finnas med i den lagstiftning som reglerar kärnverksamheten, att bli satt på undantag. För att säkra framtidens kompetensförsörjning måste alla aktörer ta ett aktivt ansvar och finnas med vad gäller utbildningsinsatser på olika nivåer. Vi har tidigare meddelat vår avsikt att återkomma i frågan om behovet av att reglera även utbildningsuppdraget i HSL.

Vi *föreslår* att det uppdrag som i dag genom överenskommelser och andra avtal åligger regioner och kommuner att medverka i utbildning och tillse att behovet av platser för verksamhetsförlagd utbildning tillgodoses, ska tydliggöras genom ett i lag reglerat ansvar. I den nya bestämmelsen ska anges att regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för. Bestämmelsen införs i syfte att synliggöra utbildningens betydelse för kompetensförsörjning och för att möjliggöra att fler aktörer i hälso- och sjukvården medverkar i utbildningsfrågan. Vidare *föreslår* vi att det ska ingå i primärvårdens grunduppdrag att medverka till utbildning av de professioner som förekommer i primärvården.

Vad gäller forskning har vi redan tidigare belyst utmaningarna vad gäller resursöverföring från sjukhusbaserad verksamhet till nära vård på längre sikt, inte bara i ekonomiska termer, utan också vad gäller kultur och kompetensförsörjning. I detta betänkande redogör vi för inspel på dialogfrågor i det föregående betänkandet, och lyfter särskilt ett inspel på finansiering av forskning inom primärvård och specifikt på det allmänmedicinska området.

Kapitel 8. En ändamålsenlig struktur för styrning av hälso- och sjukvården

Utredningen har i enlighet med direktiven att analysera om vårdens uppdelning i öppen vård och sluten vård fortfarande är ändamålsenlig, med utgångspunkten att vården ska organiseras och bedrivas

effektivt med god kvalitet och utifrån den enskildes vårdbehov. Analysen ska göras utifrån ett patientperspektiv i relation till utredningens övriga förslag.

Kort sammanfattat fyller, sedan ikraftträdandet av 1982 års hälso- och sjukvårdslag, inte dagens begreppsindelning i öppen och sluten vård någon organisatorisk funktion i lagstiftningen. Indelningen i dessa vårdformer utgör därmed endast en lagteknisk lösning. Att regioner även efter 1982 valt att organisera sina verksamheter utifrån dessa begrepp regleras alltså inte av lagstiftning.

Det råder enighet om att nuvarande struktur och vårdformsindelning utgör en bidragande orsak till ineffektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet. Nya behandlingsalternativ och nya sätt att organisera vården har lett till att vård som tidigare krävde intagning på sjukhus, numera kan utföras och utförs på andra platser än på sjukhus och därmed förflyttas till den öppna vårdformen. Det befintliga styrsystemet uppfattas dock ofta premiera sluten vård, vilket medför att sådan förflyttning inte sker i önskad utsträckning. Intresset för frågan om ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård ser delvis annorlunda ut jämfört med utredningens övriga frågor; för den som ansvarar för och arbetar med systemnivån vad gäller styrning och ledning, beskrivningssystem och det ekonomiska perspektivet är den intressant utifrån sin faktiska legala utformning och därpå följande konsekvenser. För många andra är den mer principiellt intressant utifrån hur väl den underlättar den omställning av hälso- och sjukvården som genomförs. Vi är medvetna om, och har under utredningens gång flera gånger uppmärksammats på, att förändringar i de grundläggande begreppen öppen och sluten vård är stora ingrepp i strukturen för det rådande systemet. Det råder olika uppfattning om hur viktiga sådana förändringar är att göra för att möjliggöra och underlätta omställningen till nära vård, och i vilken utsträckning de är bärare av en traditionell kultur som behöver förändras för att uppnå en modern hälso- och sjukvård.

Initialt i kapitlet presenteras ett antal av utredningen fastslagna utgångspunkter utifrån gällande rätt och våra egna analyser.

I kapitlet presenterar vi sedan skäl för vår *bedömning* att en uppdelning i vårdformer är fortsatt ändamålsenlig. Vi gör bedömningen att de beskrivningssystem som i dag används inte är ändamålsenliga för styrningen och uppföljningen av dagens och framtidens hälso- och sjukvård, och presenterar därför *förslag* om att de

behöver utredas och anpassas. Vår uppfattning är att även om en sådan översyn genomförs, bör på sikt definitionen av sluten vård moderniseras till namn och innehåll. Till följd av de stora förändringar som en ändrad definition innebär, och med tanke på de därav följande svårigheterna att med säkerhet beskriva konsekvenserna av en sådan förändring, väljer utredningen att presentera detta som en *bedömning.* I kapitlet presenteras ett möjligt sätt att utforma en sådan ny definition, benämnd särskild vård.

Kapitel 9. Att skapa förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet

För att uppnå målet med en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården räcker det, som utredningen påpekat alltsedan den första dagen, inte att göra förändringar enbart i dagens primärvård. Omställningsarbetet omfattar hela den svenska hälso- och sjukvården, vilken har såväl region som kommun (och till en liten del även staten) som huvudman, samt alla oss som på olika sätt verkar i den. Tillsammans utgör vi ett komplext system med flera olika beslutsnivåer, vårdgivare, professioner och framför allt med alla de olika människor vars hälso- och sjukvårdsbehov vi har till uppgift att möta.

Att genomföra en samordnad utveckling mot det gemensamma målet är därmed en betydande utmaning. En utmaning som kommer innebära en långsiktig stegvis process och kräva stor uthållighet från alla. Det kommer inte att räcka med ett eller ett par stora politiska beslut på statlig nivå de närmsta åren. Det kommer att behövas beslut på alla politiska nivåer, och en bred politisk förankring som gör att beslut och inriktning står sig över längre tid. I detta kapitel lyfter vi olika former av stödstrukturer som vi ser som avgörande att den nationella nivån tillhandahåller till huvudmännen och övriga berörda aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet.

I enlighet med utredningens ursprungsdirektiv ska vi analysera hur resurser kan överföras från sjukhusvård till primärvård. Som vi beskrivit i tidigare betänkanden kan en sådan resursöverföring inte beskrivas enbart i ekonomiska termer. Det handlar i minst lika stor utsträckning om successiv överföring av kompetenser för såväl vårdverksamhet som utbildning och forskning, och ibland om att till-

gängliggöra resurser och kompetenser till olika delar av systemet via nya arbetssätt och/eller nya tekniska lösningar.

Även om omställningen till en god och nära vård omfattar hela hälso- och sjukvården så bedömer utredningen att det, i likhet med hur det utrycks i våra direktiv, finns behov av att också specifikt titta på hur primärvården resurssätts. Utan en stark primärvård som kan vara basen i en mer nära hälso- och sjukvård kommer inte omställningen att vara möjlig

Vi gör *bedömningen* att staten, under den återstående omställningsperioden, 2021–2027, bör samla flera av de ekonomiska satsningar som regleras i överenskommelser mellan regeringen och SKR i en övergripande överenskommelse för omställningen. Överenskommelsen bör bestå av två delar. En del med ett övergripande omställningsbidrag som fördelas till regioner och kommuner efter fördelningsnyckel och vars storlek ligger fast under överenskommelsens tid. En del där de övergripande ingående områdena slås fast från start, men där inriktning och storlek under de olika områdena kan variera från år till år och mellan olika huvudmän, utifrån behov.

Kapitel 10. Om uppdraget lättare psykisk ohälsa

I augusti 2019 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till vår utredning. Utöver vad som sägs i tidigare direktiv ska utredas förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivning. I och med detta tilläggsuppdrag förlängs utredningstiden till januari 2021.

Bakgrunden till direktiven är regeringens uppfattning att det finns ett behov av att skyndsamt kunna erbjuda stöd till personer med lättare psykisk ohälsa. Skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom den nära vården skulle dels kunna ge förutsättningar för att förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar, dels, genom att vård ges på adekvat plats i systemet utifrån personens behov, bidra till att förbättra tillgängligheten till den specialiserade psykiatrin för dem med behov av specialiserad vård.

Fokus för uppdraget är därmed lättare psykisk ohälsa som inte kräver specialiserad vård. I uppdraget ligger också att definiera begreppet lättare psykisk ohälsa. Det är enligt direktiven upp till utre-

daren att bedöma vilken form av lättare psykisk ohälsa som ska erbjudas den nya formen av insatser.

Utredningen har redan i tidigare betänkanden haft området psykisk ohälsa med i arbetet. I våra tidigare förslag vad gäller primärvårdens utformning är en utgångspunkt primärvårdens grunduppdrag, som omfattar såväl somatiskt som psykisk hälsa. I en personcentrerad hälso- och sjukvård är ett holistiskt förhållningssätt en grundbult. Inom området psykisk ohälsa blir det också självklart att knyta an till utredningens tidigare förslag som betonar vikten av förebyggande insatser och hälsofrämjande arbete.

Utredningen kommer i detta uppdrag att arbeta med samma breda dialog som tidigare, i enlighet med ursprungsdirektiven. I kapitlet finns därför ett antal dialogfrågor som utredningen gärna tar emot inspel på.

Till sist…

…vill vi tacka alla som gjort denna resa möjlig. Alla som på olika sätt bidragit till den rörelse som omställningen till en god och nära vård kommit att bli. Resan har bara börjat. Kanske är hela poängen att vi aldrig blir färdiga, utan ständigt måste vidareutveckla och anpassa, med lyhördhet och med avsikten att bevara det goda och förändra det som är mindre bra. Vi har förhoppningsvis bidragit med några delar av vägbygget. Vi har tagit fram en färdplan och en målbild. Föreslagit milstolpar och visat på vägval. Vi vill till sist påminna om det vi sagt från början. Hälso- och sjukvård är en lagsport, och en sådan här förändring, om den ska vara möjlig att göra, är ett stort tillsammans-arbete. Avgörande är involvering av personer med patienterfarenhet och vårdens medarbetare. Lärandet och kunskapen ligger i den gemensamma processen.

”Nog finns det mål och mening i vår färd – men det är vägen som är mödan värd.”[1]

[1] Boye, K, *I rörelse*, 1927.

1 Författningsförslag

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

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

dels att 5 kap. 2 §, 7 kap. 7 §, 8 kap. 8 §, 11 kap. 3 §, 12 kap. 2 och 4 §§, 14 kap. 1–2 §§, samt 16 kap. 1 och 4 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas fem nya paragrafer, *7 kap. 3 a §*, *10 kap. 1 a §*, *13 kap. 1 a §*, *16 kap. 5 §* och *18 kap. 4 §* med följande lydelse,

dels att det närmast före 10 kap. 1 a § respektive närmast före 13 kap. 1 a § ska införas en ny rubrik med lydelsen *Patientkontrakt*,

dels att det närmast före 18 kap. 4 § ska införas en ny rubrik med lydelsen *Utbildning*.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	5 kap.
	2 §
Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler *och den utrustning* som behövs för att god vård ska kunna ges.	Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler, *den utrustning och de förutsättningar för samverkan* som behövs för att god vård ska kunna ges.
	7 kap.
	3 a §
	Regionen ska med tillämpning av lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillhandahålla valfri-

	hetssystem inom fysioterapi och psykiatri.
	Ersättningen från regionen till utförare inom valfrihetssystemen ska följa den enskildes val av utförare.
7 kap.	
7 §	
I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med *samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.*	I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med *kommunen och andra* samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.
8 kap.	
8 §	
Regionen får erbjuda läkemedel utan kostnad till den som får *hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård).*	Regionen får erbjuda läkemedel utan kostnad till den som får *hälso- och sjukvård i hemmet.*
10 kap.	
	1 a §
	Regionen ska tillhandahålla ett patientkontrakt till patienten i enlighet med vad som anges i 6 kap. 5 § patientlagen (2014:821).
11 kap.	
3 §	
I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska kommunen samverka med *samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.*	I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska kommunen samverka med *regionen och andra* samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

12 kap.

2 §

Kommunen får erbjuda den som vistas i kommunen *hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård)* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453).	Kommunen får erbjuda den som vistas i kommunen *hälso- och sjukvård i hemmet* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453).

12 kap.

4 §

Regionen får på framställning av en kommun inom regionen erbjuda läkemedel utan kostnad ur läkemedelsförråd till den som

1. bor i en sådan särskild boendeform som avses i 5 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453), eller

2. får *hemsjukvård* genom kommunens försorg.	2. får *hälso- och sjukvård i hemmet* genom kommunens försorg.

Regionen svarar för kostnaderna för läkemedel som rekvireras till läkemedelsförråden.

13 kap.

1 a §

Kommunen ska tillhandahålla ett patientkontrakt till patienten i enlighet med vad som anges i 6 kap. 5 § patientlagen (2014:821).

14 kap.

1 §

Regionen får till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda *hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård)* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om regionen och kommunen kommer överens om det.	Regionen får till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda *hälso- och sjukvård i hemmet* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om regionen och kommunen kommer överens om det.

Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare. Överenskommelsen får även avse ansvar för sådana förbrukningsartiklar som avses i 8 kap. 9 §.	Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare. Överenskommelsen får även avse ansvar för sådana förbrukningsartiklar som avses i 8 kap. 9 §.

Regionen får lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överlåtelsen.

14 kap.

2 §

Om samtliga kommuner inom en regions område ingår i en överlåtelse av ansvar för *hemsjukvård* enligt 1 § och om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna, får kommunerna lämna ekonomiskt bidrag till varandra.	Om samtliga kommuner inom en regions område ingår i en överlåtelse av ansvar för *hälso- och sjukvård i hemmet* enligt 1 § och om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna, får kommunerna lämna ekonomiskt bidrag till varandra.

16 kap.

1 §

Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller *hemsjukvård* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §.	Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller *hälso- och sjukvård i hemmet* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §.

Regionen ska med kommunerna inom regionen sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.

Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det frånregionen.

16 kap.

4 §

När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan.	När den enskilde har behov av insatser *från flera vårdgivare eller* insatser både från hälso- och sjukvården och socialtjänsten, ska *representanter för de verksamheter eller enheter i regionen eller kommunen som ansvarar för insatserna tillsammans* upprätta en individuell plan.
Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.	Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov *av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet* tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. *Den enskildes önskemål om upprättandet av en individuell plan ska beaktas.* Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,	1. vilka insatser, *exempelvis förebyggande och rehabiliterande*, som behövs,
2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,	
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen, *och*	3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen,

4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.	4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen, *och*
	5. målet med insatserna utifrån den enskildes perspektiv.
	16 kap.
	5 §
	Regionen och kommunen ska upprätta en övergripande gemensam plan för utformningen av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå.
	18 kap.
	4 §
	Regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024 i fråga om 10 kap. 1 a § och 13 kap. 1 a § hälso- och sjukvårdslagen, den 1 juli 2028 i fråga om 7 kap. 3 a § hälso- och sjukvårdslagen och i övrigt den 1 januari 2023.

1.2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

Härigenom föreskrivs att 8 a § tandvårdslagen (1985:125) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	8 a §
Vid tillämpningen av 8 § ska regionen särskilt se till att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som	
1. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller	
2. har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som	
a) omfattas av en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),	
b) får *hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård)*, eller	b) får *hälso- och sjukvård i hemmet*, eller
c) är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer som omfattas av 2 a eller 2 b ovan.	
Regionen ska också se till att nödvändig tandvård erbjuds patienter som avses i första stycket.	
Regionen ska vidare se till att tandvård kan erbjudas	
1. dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid, och	
2. dem som har stora behov av tandvård på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.	

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

1.3 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	2 kap.
	7 §
När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.	När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården, *ska representanter för de verksamheter eller enheter i kommunen eller regionen som ansvarar för insatserna tillsammans* upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina *behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet* tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. *Den enskildes önskemål om upprättandet av en individuell plan ska beaktas.* Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs,	1. vilka insatser, *exempelvis förebyggande och rehabiliterande*, som behövs,
2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,	

3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen, *och*	3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen,
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.	4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen, *och*
	5. målet med insatserna utifrån den enskildes perspektiv.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

1.4 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientlagen (2014:821)
dels att 6 kap. 4 § ska ha följande lydelse,
dels att det i 6 kap. ska införas en ny 5 §, med följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	6 kap.
	4 §
För en enskild som har behov av *både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten* ska en individuell plan upprättas under de förutsättningar som anges i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).	För en enskild som har behov av *insatser från flera vårdgivare*, *eller* både *insatser från* hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska en individuell plan upprättas under de förutsättningar som anges i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
	5 §
	Om patienten begär det, ska en sammanställning av uppgifter om patientens fasta vårdkontakt och individuella plan, ett patientkontrakt, utan dröjsmål upprättas och tillhandahållas till patienten.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

1.5 Förslag till lag om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet

Härigenom föreskrivs följande.

Lagens tillämpningsområde och definitioner

1 § Denna lag får tillämpas av regioner för anskaffning av hälso- och sjukvårdstjänster inom den öppna vården från vårdgivare i privat verksamhet som bedriver vård i glesbygd.

Vad som i lagen sägs om regioner gäller också kommuner som inte ingår i en region.

2 § Verksamhet inom företagshälsovård eller elevhälsa som avser medicinska insatser enligt 2 kap. 25 § skollagen (2010:800) omfattas inte av denna lag.

3 § Bestämmelser om anskaffning av hälso- och sjukvårdstjänster finns även i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner och lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

Anskaffning av och ersättning för hälso- och sjukvårdstjänster

4 § Vid anskaffning av hälso- och sjukvårdstjänster enligt denna lag ska regionen, i den mån inte särskilda bestämmelser i denna lag anger annat, tillämpa lagen (2016:1145) om offentlig upphandling. Vid en sådan tillämpning av lagen om offentlig upphandling ska de bestämmelser tillämpas som gäller tjänster av sådant slag som anges i bilaga 2 a till den lagen. Med upphandlande myndighet enligt den lagen avses region och med leverantör sådan vårdgivare som avses i denna lag.

5 § En region ska teckna avtal med den eller de vårdgivare vars anbud har högst kvalitet. Regionen ska på förhand ange vilka kriterier som utgör god kvalitet. Kriterierna ska vara likabehandlande, icke-diskriminerande och transparenta och ha anknytning till det som ska anskaffas.

6 § Avtal enligt denna lag får inte löpa under längre tid än sju år.

7 § Grunderna för den ekonomiska ersättningen till en vårdgivare framgår av myndighetsföreskrifter.

8 § Regeringen får meddela föreskrifter om vad som avses med vårdgivare och glesbygd enligt denna lag.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om ekonomisk ersättning till vårdgivare för hälso- och sjukvårdstjänster som anskaffas med stöd av denna lag.

9 § En myndighet ska utöva tillsyn över anskaffning av hälso- och sjukvårdstjänster enligt denna lag.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

1.6 Förslag till lag om ändring i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 3 § lagen (2016:1145) om offentlig upphandling ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
1 kap.	
3 §	
Bestämmelser om upphandling finns även i lagen (2016:1146) om upphandling inom försörjningssektorerna, lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner *och* lagen (2011:1029) om upphandling på försvars- och säkerhetsområdet.	Bestämmelser om upphandling finns även i lagen (2016:1146) om upphandling inom försörjningssektorerna, lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner, lagen (2011:1029) om upphandling på försvars- och säkerhetsområdet *och lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet.*

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

1.7 Förslag till lag om ändring i lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 3 § lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	1 kap.
	3 §
Bestämmelser om upphandling finns även i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, lagen (2016:1146) om upphandling inom försörjningssektorerna *och* lagen (2011:1029) om upphandling på försvars- och säkerhetsområdet.	Bestämmelser om upphandling finns även i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, lagen (2016:1146) om upphandling inom försörjningssektorerna, lagen (2011:1029) om upphandling på försvars- och säkerhetsområdet *och lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet*.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

1.8 Förslag till lag om upphävande av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning

Härigenom föreskrivs följande.

1 § Lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning ska, med den begränsning som följer av 2 §, upphöra att gälla vid utgången av 2022.

2 § Den upphävda lagen tillämpas, förutom avseende bestämmelserna om ersättningsetablering i 5 a–5 h §§, fortfarande för läkare som vid tidpunkten för upphävandet bedrev vård med stöd av lagen, dock längst till och med utgången av juni 2028.

1.9 Förslag till lag om upphävande av lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi

Härigenom föreskrivs följande.

1 § Lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi ska, med den begränsning som följer av 2 §, upphöra att gälla vid utgången av 2022.

2 § Den upphävda lagen tillämpas, förutom avseende bestämmelserna om ersättningsetablering i 5 a–5 h §§, fortfarande för fysioterapeuter som vid tidpunkten för upphävandet bedrev fysioterapi med stöd av lagen, dock längst till och med utgången av juni 2028.

1.10 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

Härigenom föreskrivs att 3 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse enligt SOU 2018:39 samt här föreliggande förslag*
	3 a kap.
	1 §
	Regionerna och kommunerna ska inom ramen för sitt hälso- och sjukvårdsansvar säkerställa att primärvården särskilt
	1. tillhandahåller kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som av kvalitets eller effektivitetsskäl inte kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens,
	2. svarar för sådan brådskande hälso- och sjukvård som av kvalitets- eller effektivitetsskäl inte kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens,
	3. ger sakkunnig information, rådgivning och stöd utifrån individuella behov, förutsättningar och preferenser till patienter som själv eller med hjälp av närstående kan vidta åtgärder
	4. bedriver forskning,
	5. samordnar patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården i de fall primärvården är involverad i patientens vård,

6. tillhandahåller förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov, förutsättningar och preferenser,

7. tillhandahåller rehabiliterande åtgärder utifrån patientens individuella behov, förutsättningar och preferenser,

8. har en mycket god tillgänglighet, *och*

9. medverkar till utbildning av de professioner som förekommer i primärvården.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

1.11 Förslag till förordning om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet

Härigenom föreskrivs följande.

1 § I denna förordning finns kompletterande bestämmelser till lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet.

2 § Med vårdgivare avses legitimerade fysioterapeuter och läkare med specialistkompetens, dock inte läkare med specialistkompetens i allmänmedicin eller enbart i laboratoriemedicinska specialiteter, socialmedicin, klinisk neurofysiologi, rehabiliteringsmedicin, klinisk genetik eller bild- och funktionsmedicinska specialiteter utom klinisk fysiologi.

3 § Med glesbygd avses ett geografiskt område

– som är beläget i en kommun i vilken mer än hälften av befolkningen bor i områden med en befolkningstäthet om färre än 300 invånare per kvadratkilometer, och

– som är beläget minst 30 minuter med bil från en tätort med 10 000 eller fler invånare, dock inte i en tätort med fler än 6 000 invånare.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

1.12 Förslag till förordning om upphävande av förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning

Regeringen föreskriver att förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning ska upphöra att gälla vid utgången av juni 2028.

1.13 Förslag till förordning om upphävande av förordning (1994:1120) om ersättning för fysioterapi

Regeringen föreskriver att förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi ska upphöra att gälla vid utgången av juni 2028.

1.14 Förslag till förordning om ändring i förordning (2007:1117) med instruktion för Konkurrensverket

Härigenom föreskrivs att 3 § förordning (2007:1117) med instruktion för Konkurrensverket i stället för lydelsen enligt förordningen (2019:1313) om ändring i den förordningen ska ha följande lydelse.

Lydelse enligt förordning (2019:1313)	*Föreslagen lydelse*
	3 §
Konkurrensverket ska fullgöra de uppgifter som följer av	
1. konkurrenslagen (2008:579),	
2. 22 kap. 1 § lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, 22 kap. 1 § lagen (2016:1146) om upphandling inom försörjningssektorerna, 18 kap. 1 § lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner, 18 kap. 1 § lagen (2011:1029) om upphandling på försvars- och säkerhetsområdet samt 5 och 9–11 §§ lagen (2019:668) om upphandlingsstatistik,	
3. lagen (2014:836) om näringsförbud,	
4. lagen (2005:590) om insyn i vissa finansiella förbindelser m.m.,	
5. 10 kap. 7 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem,	
6. 22 § lagen (2013:311) om valfrihetssystem i fråga om tjänster för elektronisk identifiering,	
7. förordningen (1994:1808) om behöriga myndigheter på den civila luftfartens område,	
8. konkurrensförordningen (2008:604), *och*	8. konkurrensförordningen (2008:604),
9. 5 kap. 4 § lagen (2010:1065) om kollektivtrafik.	9. 5 kap. 4 § lagen (2010:1065) om kollektivtrafik, *och*
	10. 9 § lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

2 Utredningens uppdrag, arbetssätt och utgångspunkter

2.1 Huvudbetänkandets utgångspunkter och upplägg

2.1.1 Utredningens uppdrag

Utredningens direktiv

Den 2 mars 2017 beslutade regeringen att utse en särskild utredare med uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslag i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja regionerna, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (se bilaga 1). Målsättningen är att på sikt förverkliga denna strukturreform av hälso- och sjukvården. För att möta framtidens utmaningar och för att öka förtroendet för hälso- och sjukvården krävs ett strategiskt och målmedvetet arbete som handlar om att organisera vården utifrån befolkningen och patienternas behov. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver reformeras så att mer resurser ges till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. En bättre integration av hälso- och sjukvårdssystemets olika delar och en förstärkning av primärvården är därför nödvändig.[1]

Hälso- och sjukvårdens strukturer behöver förändras för att bättre utveckla kvaliteten och tillgängligheten samt främja effektivitet och jämlikhet. Sjukvårdshuvudmännen behöver bli bättre på att organisera och tillhandahålla vården efter olika målgruppers skilda behov och förväntningar. Särskilt viktigt är att förbättra vården för dem med störst behov.

[1] Se t.ex. OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017; Starfield, B., Shi, L., Macinko, J, *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*, 2005; WHO, *Hälsa 2020*, 2012; Vårdanalys, *En primär angelägenhet*, 2017.

Mot denna bakgrund fick vår utredning i uppdrag att göra en bred analys av de förslag som den nationella samordnaren för effektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården lämnade i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2). Våra grunddirektiv lyfter särskilt fram att följande förslag ska beaktas:

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

I september 2017 fick utredningen tilläggsdirektiv (se bilaga 2) som bl.a. medför att vi även ska analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen vård och sluten vård i relation till utredningens övriga förslag samt redogöra för vilka konsekvenser en förändring respektive borttagning av dessa begrepp skulle kunna få. Utredningen fick även i uppdrag att utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården (avser här den av regionerna finansierade primärvården) och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut.

Den 23 augusti 2018 fick utredningen ytterligare tilläggsdirektiv (se bilaga 3) som fördjupar samverkansuppdraget, till att även:

- undersöka hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras,
- se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan för patientens samtliga vårdinsatser oavsett aktör eller huvudman,
- klargöra hur patientkontraktet bör förhålla sig till samordnad individuell plan, så kallad SIP.

Vidare fick utredningen i uppdrag att utreda och föreslå hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för fysioterapi (den s.k. nationella taxan), ska kunna integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt övrig öppenvård, i samklang med övriga förändringar som sker inom hälso- och sjukvården. Utredningen ska också lämna nödvändiga författningsförslag för detta.

Den 15 augusti 2019 fick utredningen ytterligare tilläggsdirektiv (se bilaga 4) som utvidgade uppdraget till att även utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar och vid behov lämna förslag om hur detta kan genomföras på ett effektivt sätt.

Hittills redovisade uppdrag

Utredningen har innan detta fjärde betänkande, vårt huvudbetänkande, lämnat tre delbetänkanden. Liksom i vårt förra, tredje, delbetänkande gör vi här en kort genomgång av de delbetänkanden vi hittills överlämnat:

God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53)

I juni 2017 överlämnade vi vårt första delbetänkande, God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53). I betänkandet presenterades förslag på nya styrande principer för hälso- och sjukvården som utgick från närheten till patienten och tydliggjorde att öppen vård ska vara förstahandsvalet. Baserat på dessa styrande principer presenterade vi också en gemensam målbild för omstruktureringen av hälso- och sjukvården och en 10-årig färdplan för den samordnade omställningen till en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården. Färdplanen har sin utgångspunkt i den svenska hälso- och sjukvårdens historia och tar sikte på målbilden. Den omfattar såväl utredningens tid fram till vårt avslutande betänkande i januari 2021 som den fortsatta tiden fram till 2027, eftersom det finns förändringar som kommer att behöva genomföras såväl på kortare som på längre sikt.

I det första delbetänkandet föreslog vi även att regionernas skyldighet att erbjuda vårdgaranti inom primärvården skulle ändras, så att den enskilde, vid behov, inom en viss tid garanteras en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal såsom t.ex. sjuksköterska, fysioterapeut eller psykolog. Det är patientens behov som ska styra vilken yrkesgrupp hon eller han får träffa. Ändringen syftade till att använda så mycket som möjligt av den kompetens som finns inom primärvården för att på bästa sätt möta patienternas behov. Med syfte att förtydliga möjligheten till andra kontaktformer än den fysiska, samt betona det kvalitativa innehållet i mötet, föreslogs en garanti om en medicinsk bedömning ersätta dagens garanti om besök.

Dessa förslag låg till grund för regeringens proposition 2017/18:83, Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti, vilken riksdagen beslutade om den 23 maj 2018, och vars lagändringar trädde i kraft den 1 januari 2019.

God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:39)

Utredningen lämnade sitt andra delbetänkande God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:39) den 1 juni 2018. Där lämnade utredningen förslag på en fördjupad målbild och färdplan för omställningen av hela den svenska hälso- och sjukvården, där primärvården är utgångspunkten för en ökad närhet till patienten. Detta andra delbetänkande fokuserade i övrigt på primärvården och hur den kan stärkas. Det innehöll såväl författningsförslag som exempel på framgångsfaktorer i arbetet med att stärka primärvården. De senare ämnade som inspiration för huvudmännen (såväl regioner som kommuner) i deras arbete med att genomföra och konkretisera omställningen i sina egna respektive kontexter.

Med syfte att tydliggöra primärvårdens uppdrag och skapa förutsättningar för en stark och likvärdig primärvård i hela Sverige föreslogs bl.a. en modernisering av definitionen av primärvård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) samt att närmare bestämmelser om vad som är primärvårdens grunduppdrag ska regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen. Vidare lyftes behovet av att stärka kontinuiteten i svensk primärvård. Vi betonade vikten av en fast vårdkontakt (t.ex. en sjuksköterska/distriktssköterska) i kommunens sär-

skilda boendeformer, en kontaktsjuksköterska inom onkologin, eller en barnmorska i samband med en graviditet. Vi föreslog att regleringen om möjligheten till fast läkarkontakt i primärvården ska förtydligas. I detta sammanhang framhöll vi samtidigt att en hög patientsäkerhet förutsätter en god arbetsmiljö. Det är av betydelse att säkerställa att den som är fast läkarkontakt i primärvården har möjlighet att utföra uppdraget på ett säkert sätt. Vi föreslog därför att Socialstyrelsen ska få meddela de föreskrifter om patientansvar för fast läkarkontakt som behövs för att garantera en god och säker vård.

Utredningen bedömde även att det finns ett behov av att se över möjligheten att begränsa antal listade patienter hos utförare inom vårdvalssystem. Samt av att se över möjligheten att årsvis begränsa hur många gånger en patient kan välja att byta utförare av Vårdval primärvård. Dessa frågor hanterades inom ramen för den pågående utredningen Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08). Den utredningen lämnade sitt slutbetänkande Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42) i oktober 2019.

Kopplat till förslaget att förtydliga möjligheten till fast läkarkontakt i primärvården redogjordes även för utredningens bedömning av åtgärder som behöver vidtas för att kunna bemanna primärvården med specialister i allmänmedicin (eller likvärdig kompetens) i den omfattning som krävs för att kunna tillhandahålla en fast läkarkontakt till hela befolkningen.

Utredningen lämnade även vissa bedömningar och förslag rörande intygshantering och signeringskrav. Vidare lyftes behovet av en större kulturförändring, med fokus på personcentrering och interprofessionella arbetssätt, för att klara framtidens utmaningar. Tillsammans bedömdes de olika förslagen i betänkandet utgöra grunden för en primärvårdsreform. Vi lämnade även förslag på hur omställningen regelbundet kan följas upp, även efter att utredningens arbete är avslutat. Delbetänkandet har remissbehandlats under hösten 2018 och bereds i Regeringskansliet.

I och med överlämnandet av det andra delbetänkandet har vi redovisat våra förslag gällande majoriteten av de områden som, baserat på förslagen i Effektiv vård, specifikt pekades ut i våra ursprungliga direktiv (se ovan). Det som återstår i denna del är delvis frågan om resursöverföring, som följer med hela utredningstiden och samtliga förslag utredningen lägger samt frågan om sluten vård kan ges på

annan plats än vårdinrättning. Den senare frågan hanteras som en del av utredningens uppdrag med att utreda ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård (se vidare i nästa avsnitt samt kap. 8).

God och nära vård. Vård i samverkan (SOU 2019:29)

I enlighet med utredningens tilläggsdirektiv från augusti 2018 skulle utredningen i juni 2019 överlämna en rapport om utredningsarbetets inriktning och om hur arbetet fortskrider. Detta gjorde utredningen genom sitt tredje delbetänkande, God och nära vård. Vård i samverkan (SOU 2019:29), som överlämnades den 5 juni 2019. Delbetänkandet innehåller analys av och bakgrundstexter till de områden utredningen lämnar förslag på i föreliggande betänkande. Det innehåller också fördjupningstexter som berör vissa områden inom vilka utredningen i tidigare betänkanden har lämnat förslag, såsom hälso- och sjukvårdens roll i att främja hälsa förebygga sjukdom och bygga funktionsförmåga, samt forskning, utveckling och utbildning. Kopplat till analys- och bakgrundskapitlen fanns dialogfrågor, som ett verktyg för diskussion i verksamheter och andra sammanhang där intresse kan finnas för utredningens frågor.

2.1.2 Huvudbetänkandets innehåll

Utredningsuppdrag som redovisas i detta huvudbetänkande

I detta huvudbetänkande ska vår utredning i enlighet med våra direktiv göra bedömningar och överlämna eventuella förslag gällande:

- att sluten vård kan ges på annan plats än vårdinrättning,
- att analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen vård och sluten vård i relation till utredningens övriga förslag samt redogöra för vilka konsekvenser en förändring respektive borttagning av dessa begrepp skulle kunna få,
- att utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut,

- att undersöka hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras,
- att se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan för patientens samtliga vårdinsatser oavsett aktör eller huvudman,
- att klargöra hur patientkontraktet bör förhålla sig till samordnad individuell plan, s.k. SIP,
- att utreda och föreslå hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för fysioterapi, ska kunna integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt övrig öppenvård, i samklang med övriga förändringar som sker inom hälso- och sjukvården, och lämna nödvändiga författningsförslag för detta,
- resursöverföring från sjukhusvård till primärvård.

Bland uppdragen från de ursprungliga direktiven som löper över hela utredningens livstid, och som brett knyter an till uppdraget att stödja samtliga berörda aktörer i omställningsarbetet, kan noteras:

- Dialoguppdraget. Utredningen ska bl.a. initiera samarbeten och samordna diskussioner mellan företrädare för regionerna, myndigheter och andra berörda aktörer, såsom i synnerhet kommuner samt organisationer som företräder patienter och professionerna (för redovisning av detta uppdrag se avsnitt 2.2),
- Framlyftande av goda exempel (görs och har gjorts kontinuerligt såväl i betänkanden som i blogg och dialoger runtom i landet),
- Stödja arbete med närliggande frågor såsom t.ex. utvecklingen av uppföljningen av primärvården i Socialstyrelsens patientregister, kvalitetsregister, nationell kunskapsstyrning och den nationella väntetidsdatabasen.

Återstående utredningsuppdrag efter huvudbetänkandet

Efter att vi överlämnat detta betänkande, som vi benämner vårt huvudbetänkande, återstår att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar. Och vid behov lämna förslag om hur detta kan genomföras på ett effektivt sätt (se kapitel 10). Detta uppdrag ska redovisas senast den 15 januari 2021.

Huvudbetänkandets struktur och förhållande till det tredje delbetänkandet

Bakgrundsanalyser och nulägesbeskrivningar, inklusive gällande rätt, som utgör utgångspunkter till de förslag och konsekvensanalyser som presenteras i detta betänkande återfinns i vårt tredje delbetänkande, God och nära vård. Vård i samverkan (SOU 2019:29). Dessa båda betänkanden måste alltså läsas tillsammans.

Det enda undantaget är förslagen i kap. 6 som rör utbildning. Bakgrundstexter till de förslagen finns i samma kapitel i detta betänkande. Nedan beskrivs kortfattat hur betänkandet är uppbyggt.

Kapitel 1 i detta betänkande rymmer våra författningsförslag.

Här i kapitel 2 återfinns texter som påminner om utredningens uppdrag och lyfter fram några centrala utgångspunkter för detta huvudbetänkande. Vidare ger vi en kort nulägesbild av omställningen och avslutningsvis presenteras vår bild av ett modernt hälso- och sjukvårdssystem.

I kapitel 3 ges, som ett komplement till vår färdplan och målbild, en övergripande beskrivning av det vi under utredningens gång identifierat som centrala framgångsfaktorer respektive möjliga hinder för omställningsarbetet.

Kapitel 4 och 5 samt 7 och 8 behandlar de områden vi enligt direktiven har kvar att utreda och lämna förslag inom.

Kapitel 4 innehåller förslag och konsekvensanalys rörande samverkansfrågor. Det lägger i sin tur grunden för förslag och konsekvensanalyser gällande patientkontrakt i kapitel 5.

I kapitel 6 återfinns bakgrundsanalys, förslag och konsekvensanalys rörande utbildning, samt en fördjupande text om forskning.

Kapitel 7 innehåller (två alternativa) förslag och konsekvensanalyser gällande systemet med läkare och fysioterapeuter som får ersättning enligt den s.k. nationella taxan.

I kapitel 8 behandlas bedömningar och förslag samt konsekvensanalyser kring den svenska hälso- och sjukvårdens strukturer och beskrivningssystem, med utgångspunkt i begreppen öppen vård och sluten vård och dess funktioner.

Kapitel 9 diskuterar förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet, inklusive hur överföring av resurser kan ske.

I kapitel 10 ger vi en kort introduktion till hur vi avser ta oss an vårt tilläggsuppdrag rörande lättare psykisk ohälsa. På motsvarande sätt som i vårt tredje delbetänkande avslutas detta kapitel med ett par dialogfrågor, tänka att kunna användas som underlag för dialoger, och som vi välkomnar eventuella reflektioner till oss i utredningen kring.

I det avslutande kapitel 11 återfinns författningskommentarer till de författningsförslag som finns i kapitel 1. Dessa bägge kapitel läses alltså med fördel tillsammans.

2.1.3 Utgångspunkter för detta betänkande

Omställningen omfattar hela hälso- och sjukvården

Utredningen möts ibland av uppfattningen att vi är ”en primärvårdsutredning” och att vårt uppdrag enbart berör (det som traditionellt förstås som) primärvården och de som verkar där. Det stämmer inte. Utredningens uppdrag och arbete handlar om en omställning för hela det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, vilket har både kommun och region (och en liten del även staten[2]) som huvudman, och rör alla som på olika sätt verkar i hälso- och sjukvården. Med detta helhetsperspektiv i beaktande vill vi särskilt framhålla följande utgångspunkter:

[2] T.ex. inom Kriminalvården och Försvaret.

Personcentrerad hälso- och sjukvård

Vi behöver ett skifte från dagens hälsosystem, som i hög grad är uppbyggda kring sjukdomar och institutioner till system som är designade utifrån människor. Vi behöver en integrerad och personcentrerad ansats när hälsotjänster och system utvecklas.

Det finns ingen enkel definition av begreppet personcentrerad vård. Det är ett förhållningssätt. Utredningen hänvisar liksom tidigare till Vårdanalys rapport, Från mottagare till medskapare, och den beskrivning av begreppet som görs där.

Närstående och anhöriga[3]

När en person drabbas av något som allvarligt påverkar dennes hälsotillstånd påverkar det ofta inte bara personen själva ifråga utan hela dess sammanhang, som ibland ställs inför en ny verklighet och vardag. Drygt 1,3 miljoner, eller närmare var femte person i vuxen ålder vårdar, hjälper eller stödjer en närstående.[4] Det är därför centralt att dessa personer tänks in i olika lösningar, både utifrån behovet av stöd till patienter, när den enskilde önskar det, och stöd till de närstående själva när de behöver det. I detta sammanhang bör även barns specifika förutsättningar som anhöriga särskilt beaktas.

Nära vård, ett förhållningssätt för hela hälso- och sjukvården

Som vi beskrivit i tidigare delbetänkande är nära vård inte en ny organisationsnivå, och inte heller någon ny benämning på dagens primärvård. Nära vård är i stället ett sätt att tänka, ett förhållningssätt, kring hur man organiserar all hälso- och sjukvård – inte bara primärvård – med utgångspunkt i patienters och brukares individuella behov, förutsättningar och preferenser så att hela hens livssituation kan beaktas. Detta synsätt överensstämmer också med hur

[3] Kort om begreppen: I 5 kap. 10 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, benämns personer som ger insatser till närstående anhörig eller annan person. Annan person är någon utanför familjekretsen exempelvis en vän eller granne. Ibland används begreppet närstående om de anhöriga, framför allt inom hälso- och sjukvården. I detta betänkande används begreppen anhörig och närstående synonymt.

[4] Nationellt kompetenscentrum anhöriga – för ett anhörigvänligt samhälle, *Vem är anhörig,* 2016.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), tillsammans med huvudmännen, beskriver begreppet nära vård.[5]

Omställningen görs inte för att ”spara pengar”

Vårt uppdrag, och omställningen i svensk hälso- och sjukvård, har inte tillkommit för att på kort sikt spara pengar. Vårt uppdrag handlar om att skapa förutsättningar att bibehålla eller öka kvaliteten i hälso- och sjukvården, möta de demografiska förändringarna och samtidigt ha kontroll på kostnaderna i vår offentligt, solidariskt, finansierade hälso- och sjukvård. Då kan vård och omsorg inte organiseras på samma sätt som i dag.

En bättre integration av hälso- och sjukvårdssystemets olika delar och en förstärkning av primärvården är nödvändig

För att i dag kunna tillhandahålla en sammanhängande och effektiv hälso- och sjukvård till våra invånare finns ett väsentligt större behov av samverkan och samordning mellan olika aktörer än i den tid när gällande regelverk kom till. Både utifrån ett större antal aktörer som verkar inom hälso- och sjukvården och utifrån fler patienter med sammansatta behov. Det krävs en förändring av strukturen och sättet att organisera för att åstadkomma såväl ökad kvalitet och patientdelaktighet som en mer sammanhängande vård, bättre tillgänglighet och effektivare resursutnyttjande. Mer resurser behöver ges till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. En bättre integration av hälso- och sjukvårdssystemets olika delar och en förstärkning av primärvården är därför nödvändig.

Utredningen har inte i uppdrag att ändra gällande ansvarsnivåer

Utredningens uppdrag inkluderar inte att utreda en ändrad ansvarsfördelning gällande hälso- och sjukvården i Sverige. Våra olika förslag tar därmed sin utgångspunkt i nu gällande ansvarsförhållanden.

[5] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, avsnitt 3.2.1, s. 54–56.

Det huvudsakliga ansvaret för finansieringen och organiseringen av hälso- och sjukvården ligger hos de 20 regionerna, och i vissa delar hos de 290 kommunerna.[6] Via region- respektive kommunalskatten finansieras merparten av hälso- och sjukvården. 2017 stod regionerna och regionägda bolag för 56,7 procent av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna och kommunerna för 25,5 procent. Tittar man i stället enbart på det offentligas kostnader för hälso- och sjukvården stod staten för ca 2 procent, regionerna för ca 68 procent och kommunerna för ca 30 procent.[7]

Staten har ett övergripande systemansvar. Riksdagen stiftar lagar som sätter ramarna för hälso- och sjukvården. Rent ekonomiskt är dock statens roll förhållandevis liten.

Primärvård är en vårdnivå med både region och kommun som huvudman

Som vi tidigare beskrivit är den rådande begreppsförvirringen kring vad ”primärvård” är (i en svensk kontext) en utmaning för omställningsarbetet. Primärvård i lagstiftarens mening är en vårdnivå, den första, som ska tillgodose befolkningens basala behov av hälso- och sjukvård. Primärvård är inte en specifik organisationsform inom den öppna vården. Det är alltså inte likhetstecken mellan en vård/hälsocentral och primärvård. Primärvård omfattar mer än så och har både kommun och region som huvudman.[8]

Ibland saknar vi dock i dag etablerade gemensamma begrepp för att prata om olika utsnitt av den primära vårdnivån, vilket gör att såväl vi i utredningen som andra ibland ändå förenklat använder ”primärvård” när vi egentligen avser vissa utsnitt av primärvården (och då ofta det som sker på en vårdcentral).

[6] Då Region Gotland är en kommun som utför en regions uppgifter finns det formellt 20 regioner och 290 kommuner.
[7] Prop. 2019/20:1, *UO9*, s. 21.
[8] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, avsnitt 2.3.1 samt 5.1.4.

Kommunal hälso- och sjukvård är inte ”någon annan slags hälso- och sjukvård”

Såväl kommuner som regioner är huvudmän för hälso- och sjukvård i Sverige. Huvudmannen har det yttersta ansvaret för att säkerställa att den vård HSL fastslår som respektive huvudmans ansvar erbjuds till de utpekade målgrupperna. Vården kan utföras i egen regi, men måste inte göra det. Driften kan också läggas ut på en fristående vårdgivare, såsom idéburna eller privata aktörer.

Kommunerna ansvarar enligt 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § HSL för hälso- och sjukvård (dock inte läkarinsatser) i särskilda boendeformer, dagverksamheter och, i de fall man har avtal med regionen, även för hemsjukvård i ordinärt boende, det vill säga patientens privata bostad. I dagsläget har alla regioner förutom Stockholm slutit sådana avtal om hemsjukvården med ”sina” kommuner.[9] Även om en kommun har ansvar för att erbjuda de som bor på särskilt boende hälso- och sjukvård, på primärvårdsnivå, så har regionen fortsatt ansvar för att erbjuda specialiserad vård till dessa patienter, i de fall de har behov av sådan vård.

Regionerna och kommunerna har alltså delvis olika ansvar vad gäller vilken vård och vilka grupper de är skyldiga att erbjuda hälso- och sjukvård. Det är dock samma övergripande reglering, i HSL, patientlagen (2014:821) (PL) och övriga författningar, som gäller för den hälso- och sjukvård som utförs under deras huvudmannaskap. Det är inte någon annan form av hälso- och sjukvård med mindre eller andra kvalitetskrav, som bedrivs med kommunen som huvudman.

Vi startar inte från ett blankt papper

Slutligen några rader om utmaningen med att inte kunna starta från ett blankt papper och rita upp ett idealt system. När vi talar om omställning eller omstrukturering till ett modernt hälso- och sjukvårdssystem så vill vi ju å ena sidan tänka nytt, och försöka ta oss förbi de hinder som när man är mitt i dem kan verka ”av naturen givna”. Å andra sidan kan vi inte ändra vår historiska kontext eller helt bortse från vissa grundförutsättningar när vi nu ska lägga förslag för att reformera systemet.

[9] Obs. Norrtälje kommun utgör dock ett undantag i Stockholmskontexten.

Utredningen ser en risk att våra förslag i vissa delar kan komma att uppfattas som att de inte är tillräckligt visionära eller genomgripande jämfört med dagens tillstånd. Att förslagen mäts mot det som uppfattas vara ett tänkt ”idealt scenario”, om man kunde slänga upp alla pusselbitar i luften samtidigt och stuva om dem enbart utifrån hälso- och sjukvårdens behov. I likhet med vad såväl vi, som betänkandet Effektiv vård, tidigare anfört ser vi dock att omställningen av hälso- och sjukvården från det sjukhustunga system vi i dag har till den moderna nära vården snarare måste ske i många små steg och under en längre tid.

2.2 Redovisning av dialoguppdraget

Vår utredning kan sägas ha ett tvådelat uppdrag. Dels ett traditionellt utredningsuppdrag att ta fram författningsförslag inom utpekade områden. Dels ett uppdrag att bidra till att samordna omställningen och föra dialog om, och förankra, utredningens arbete och förslag brett. Mot bakgrund av kunskapen att det är avgörande för reformers legitimitet att processerna de tagits fram igenom upplevs som rättvisa och transparenta, ser utredningen detta dialoguppdrag som centralt. Utredningen har därför från start lagt sig vinn om att arbeta med stor öppenhet och en inkluderande dialog. Detta har hittills resulterat i över 440 dialogtillfällen.

I vårt andra delbetänkande redovisade vi olika sätt som detta dialogarbete hade tagit sig uttryck i dittills. I detta betänkande kompletterar vi den bilden med en redogörelse för det dialogarbete som ägt rum efter det, dvs. efter juni 2018. Detta avsnitt kan därför med fördel läsas tillsammans med avsnitt 2.1.3 i God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:53).

2.2.1 Utgångspunkter för dialogarbetet

Tidigt i arbetet slogs grundprincipen fast att utredningen kommer på inbjudan, snarare än bjuder in sig själv. Samtidigt verkade vi för att göra det känt så brett som möjligt att vi välkomnade inbjudningar och för att säkerställa att de som önskade nå oss enkelt kunde det. Bl.a. genom vår hemsida och i våra externa engagemang hos olika

aktörer, där kontaktuppgifter och adress till hemsidan alltid finns med i våra presentationer.

Dialog med huvudmännen för hälso- och sjukvård

I den första fasen prioriterades inbjudningar från regionerna, såsom huvudmän för den största delen av hälso- och sjukvården. Genomgående framhölls dock att vi om möjligt önskade att samverkan med kommunerna skulle vara en del av respektive program. Inledningsvis låg också fokus vid besöken i hög grad på regionernas primärvård. Efterhand som utredningsuppdraget har utvidgats har mer fokus lagts på inbjudningar från kommuner, sjukhus samt lärosäten. Detta har nästan helt reglerat sig självt genom att berörda aktörer i högre utsträckning inkommit med inbjudningar efter att vi fått tilläggsdirektiv som mer riktat sig mot dem, och i de faser där vi bedömt dem vara prioriterade. Kontinuerlig dialog med huvudmännen har även förts genom våra referensgrupper (se avsnitt 2.2.4).

Prioriteringar utifrån maktkritiska perspektiv

Genomgående har utredningen försökt att prioritera inbjudningar från patientföreträdare samt från yngre och kommande medarbetare. Vi har också strävat efter att använda våra tillgängliga resurser så effektivt som möjligt, bl.a. genom att klustra besök i olika delar av landet och använda digitala möten när möjligt och ändamålsenligt. Slutligen har vår ansats varit att ha ett maktkritiskt perspektiv med oss och uppnå en god fördelning mellan företrädare för olika professioner och patientgrupper, olika delar av landet samt privata och offentliga aktörer.

2.2.2 En kontinuerlig kommunikation om utredningen via hemsidan www.sou.gov.se/godochnaravard

Utredningens hemsida lanserades i september 2017, på den gemensamma webbplatsen för statliga utredningar. På hemsidan finns relevant information om utredningen och dess arbete, för att denna ska

vara lätt tillgänglig för alla berörda aktörer. Där finns även information om hur man kan komma i kontakt med utredningen.

Sedan hösten 2017 publicerar utredningen på fredagar nya bloggінlägg, om utredningens arbete och aktuella processer som på olika sätt relaterar till omställningen av den svenska hälso- och sjukvården. Detta för att skapa transparens kring utredningens arbete men även för att bidra till spridningen av goda exempel från våra möten runtom i landet och lyfta pågående nationella initiativ som är av vikt för många aktörer. Utredningen har fått positiv återkoppling från verksamheter och enskilda runtom i landet, att detta läses och används t.ex. som underlag för arbetsplatsträffar.

På hemsidan återfinns även ett par filmer som utredningen tagit fram. Dels en mer övergripande film om utredningens arbete (beskrevs i vårt andra delbetänkande), och dels fyra mycket korta filmer som behandlar olika områden som vi särskilt lyfter i utredningen. Dessa filmer introducerar några av de föregångare inom dessa områden som vi mött på vår resa. Samtliga filmer är tänkta att kunna fungera som en inledning till egna diskussioner om framtidens vård och omsorg, och hur olika aktörer kan arbeta med omställningen i den egna kontexten. Filmerna är fria att användas där och när man som medarbetare i vården, eller som invånare, tycker att man kan ha nytta av dem.

2.2.3 Dialogfrågor

I utredningens tredje delbetänkande introducerade vi en ny dialogform: dialogfrågor. I betänkandet valde vi att avsluta kapitlen som innehöll bakgrundsanalyser och fördjupningar av olika områden med ett par dialogfrågor, kopplade till innehållet i respektive kapitel. Frågorna var tänka att kunna användas som underlag för dialoger vid t.ex. arbetsplatsträffar, föreningsmöten eller i lokala utvecklingsarbeten. Det var samtidigt frågor som vi från utredningens sida önskade få del av olika aktörers tankar kring, och vi välkomnade därför att man sände sina eventuella reflektioner till oss i utredningen. Vilket vi informerade om t.ex. via vår hemsida och våra olika referensgrupper (se avsnitt 2.2.4).

Gensvaret blev över förväntan. Både vad gäller hur många som valde att delge utredningen synpunkter och hur konkret och brett dessa svar sammantaget belyste de olika frågor vi ställt.

Till skillnad från remissvar, som ju är synpunkter vilka ges när förslagen är färdigställda (och går till ansvarigt departement, som då är ägare av förslagen och dess vidare process) så gav denna form också möjlighet för utredningen att få viktiga inspel – utifrån frågor vi själva formulerat – i ett skede när de kunde påverka det vidare arbetet med områden som utredningen hade kvar att lägga förslag inom.

2.2.4 Referensgrupper samt experter och sakkunniga till utredningen

Referensgrupper

Initialt etablerade utredningen fyra referensgrupper, med företrädare för patienter/brukare, för professionerna, för politiska partier (samtliga riksdagspartier), samt för huvudmännen regionerna, i form av hälso- och sjukvårdsdirektörerna. Hösten 2018 etablerade utredningen en femte referensgrupp, med representanter för huvudmännen kommunerna: ett nätverk med sex kommundirektörer, utsedda genom SKR. Kommundirektörerna i referensgruppen representerar olika delar av landet och olika storlekar på kommuner, och har varit ett viktigt tillskott till utredningen. Utredningen har även, i samråd med denna referensgrupp, bjudit in andra angränsande utredningar på hälso- och sjukvårdsområdet till dessa möten. Något som varit uppskattat då den kommunala hälso- och sjukvården ofta tenderat att tappas bort i olika nationella initiativ.

Givet den avgörande roll utredningen tillskriver vårdens yngre och kommande medarbetare valde vi att i mars 2019 återigen, genom vår referensgrupp för professionerna, bjuda in yngre representanter från respektive organisation till en workshop. Workshopen följdes sedan av ett gemensamt möte med moderorganisationerna, som fokuserade på prevention och där även Folkhälsomyndigheten och SKR medverkade.

Experter och sakkunniga till utredningen

Sedan vårt andra delbetänkande har ytterligare två experter förordnats till utredningen, bägge företrädare för kommunala verksamheter som arbetar med hälso- och sjukvård. De båda deltar i arbetet sedan september 2019 och innebär ett viktigt kompetenstillskott till utredningen.

Överlag samlar utredningen sina experter och sakkunniga ca två gånger per halvår. Utöver det hålls separata möten efter behov.

Övrigt

Den s.k. nationella taxan

Kopplat till utredningens uppdrag om den s.k. nationella taxan har utredningen etablerat en kompletterande avstämningsstruktur med de tre berörda huvudaktörerna (Fysioterapeuterna, SKR samt Sveriges läkarförbund).

Inledningsvis hölls separata möten med dessa tre för att få ta del av respektive organisations uppfattning om nuvarande situation och vilka förändringar som efterfrågas. Därefter har två gemensamma workshops hållits. Detta för att skapa en mer gemensam bild av nuläge och utmaningar och sedan presentera utredningens olika scenarios för att integrera ”taxan” i den ordinarie primärvården, dess vårdvalssystem, och övrig öppen vård. Avslutningsvis hölls enskilda möten med respektive huvudaktör. De tre aktörerna har även bidragit med olika faktaunderlag i frågan, samt getts möjlighet att bidra med egna problemformuleringar (utifrån gemensamt satta rubriker) i det tredje delbetänkandet.

Utöver detta har frågan återkommande lyfts i utredningens ordinarie referensgrupper samt diskuterats med utredningens experter och sakkunniga. Utredningen har fått inbjudan till och medverkat vid enstaka lokala möten med fysioterapeuter och läkare på nationella taxan, när sådana har kunnat kombineras med andra besök runtom i landet.

Öppen vård och sluten vård

Kopplat till utredningens uppdrag om ändamålsenligheten i uppdelningen i öppen vård och sluten vård höll utredningen i september 2018 en workshop med jurister från olika berörda myndigheter och utredningar på området.

I november 2019 hölls en mindre workshop med tjänstepersoner med erfarenhet från ekonomisk styrning av regionernas hälso- och sjukvård samt akutsjukhus, för att belysa olika kopplingar till regionernas budget- och styrningssystem.

Avstämningsgrupp med kommunalt fokus

Kopplat till utredningens uppdrag att lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut, men också kommunernas centrala och avgörande roll i en god och nära vård har utredningen haft en särskild avstämningsgrupp med representanter för kommunal verksamhet i olika delar av landet. Under utformning av både våra beskrivande texter och förslag har gruppen använts som bollplank. Gruppen har bl.a. bestått av utredare, e-strateg, socialdirektör, projektledare och förvaltningschef.

2.2.5 En bred dialog med andra utredningar, myndigheter, SKR samt andra organisationer och enskilda

Utredningar

Sedan vårt andra delbetänkande har utredningen, i olika former och utsträckning, fört dialog med S 2019:05 Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga, S 2019:02 Utredningen om införande av en fast omsorgskontakt i hemtjänsten, S 2019:01 Utredningen om översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet, S 2018:12 Utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning, S 2018:11 Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen, S 2018:09 Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap, S 2018:06 Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess, S 2017:08

Styrning för en mer jämlik vård, S 2017:07 Utredningen Reglering av yrket undersköterska, S 2017:03 Framtidens socialtjänst, S 1985:A Statens medicinsk-etiska råd (SMER), U 2017:07 Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven, Fi 2018:04 Idéburna aktörer i välfärden samt med Fi 2017:02 Kommunutredningen.

Statliga myndigheter

Sedan vårt andra delbetänkande har utredningen på olika sätt samverkat med UKÄ och Socialstyrelsen om uppdrag kopplat till kompetensförsörjning, Socialstyrelsen enskilt i flera olika frågor, bl.a. kopplat till dess regeringsuppdrag kring God och nära vård och IVO kring dess uppdrag att tillsyna utifrån god och nära vård. Utredningen har vidare samverkat med Folkhälsomyndigheten kring behovet av ett stärkt förebyggande och främjande arbete inom hälso- och sjukvården, med Boverket, utifrån deras regeringsuppdrag om gestaltade livsmiljöer och med Vårdanalys kring olika uppdrag, bl.a. Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten vård (LUS) och andra samverkansfrågor. Utredningen har även fört dialog med Vinnova samt med Länsstyrelserna i Stockholm och Västerbotten, kopplat till deras regeringsuppdrag om folkhälsopiloter.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

Utöver hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket på SKR (som är en av fem formella referensgrupper till utredningen) har utredningen träffat en rad olika nätverk och grupperingar på SKR, flera av dem återkommande. Följande kan särskilt noteras: sjukvårdsdelegationen, beredningen för primärvård och äldreomsorg, regiondirektörerna, forskningsdirektörerna, HR-direktörerna, IT-direktörerna, flera olika programråd inom den nationella kunskapsstyrningsorganisationen, primärvårdsföreningen, nätverket för styrning och ledning av psykiatrin, socialchefsnätverket, regionala samverkans- och stödstrukturer, vårdvalsnätverket, nationella fastighetsrådet, utvecklingsprogram för nya stabsmedarbetare samt olika personer som arbetar med elevhälsa, SIP, patientkontrakt och andra planverktyg.

Övrigt

Utredningen har medverkat vid olika konferenser såsom Kvalitetsmässan, Socialchefsdagar, Primärvårdskonferens, Patientsäkerhetskonferenser på olika ställen landet, Vitalis, samt kongresser för olika professionsförbund och specialitetsföreningar, inklusive särskilda ST-konferenser.

Utredningen har även medverkat i Almedalen (utredare samt huvudsekreterare) 2017–2019, och deltagit i en stort mängd seminarier som föreläsare/paneldeltagare. År 2018, i samband med överlämnandet av vårt andra delbetänkande arrangerade utredningen tillsammans med Region Gotland två egna seminarier. I övrigt har utredningen medverkat i andra aktörers evenemang, med genomtänkt fördelning av medverkan hos olika typer av aktörer såsom patientföreningar/företrädare, huvudmän, professionsföreträdare och kommersiella aktörer.

Utredningen har vidare på olika sätt fört dialog med stort antal företrädare för olika delar av forskning, utvecklings- och utbildningsområdet, såsom t.ex. en rad olika vårdutbildningar runtom i landet, ALF-kansliet, de medicinska fakulteternas nationella möte, KI, SAFU, Svipnet (nätverk för interprofessionellt lärande och samarbete) och Life Science kontoret.

Såväl överlämnandet av det andra som tredje delbetänkandet har skett i seminarieformer dit olika externa personer, bl.a. från utredningens referensgrupper, har bjudits in.

Sist men inte minst har utredningen fått till sig en stor mängd inspel från enskilda personer runtom i vårt land som på olika sätt via telefon, mail eller samtal över en kaffe – valt att delge utredningen sina erfarenheter som patient, anhörig, medarbetare i vården eller angränsande verksamhet, eller helt enkelt sina reflektioner som engagerade samhällsinvånare.

2.2.6 Utredningens sammanfattande reflektioner kring dialoguppdraget

Avslutningsvis önskar vi skicka med några sammanfattande reflektioner kring vårt dialoguppdrag under de tre år som hittills gått.

Vi är överväldigade och ödmjuka inför det stora engagemanget och den breda viljan att bidra med erfarenheter och olika perspektiv som möter oss överallt. Från enskilda medborgare och medarbetare till olika organisationer (för patienter, professioner och andra intresseorganisationer), myndigheter, huvudmän och politiska företrädare på alla nivåer.

Vi har fått ta del av erfarenheter, reflektioner och förslag från hela landet, såväl vid formella besök, som över kaffekoppar, skype, telefon, e-post och traditionella brev. Alla dessa inspel har beaktats av utredningen och utgör viktiga delar av grundplattan för utredningens betänkanden och förslag.

När utredningen i texterna beskriver hur systemet uppfattas av många aktörer grundar detta sig, om inte annat anges, på dessa omfattande dialoger.

Vissa frågar oss när vi hunnit med att skriva eller ”göra det riktiga arbetet”, givet omfattningen av tiden som vi avsatt för den kontinuerliga dialogen med aktörer och intressenter. Utredningens bedömning är dock att det inte skulle ha varit möjligt att få det förtroende och det gensvar vi och våra betänkanden fått – och därav följande bärare av omställningen runtom i landet – om vi inte arbetat på detta utåtriktade, inkluderande och iterativa sätt.

Det stora antal förfrågningar om att få använda utredningen som bollplank i olika processer samt frågor om aktuellt läge vad gäller t.ex. olika pågående processer, hur olika delar av systemet hänger ihop och gällande regelverk, visar i utredningens mening möjligen också på behovet av en samlande kraft i vårt decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem.

Givet vår moderna samhällskontext, där invånarna i allt högre utsträckning är vana vid och efterfrågar stor transparens och högre delaktighet, är vår avslutande reflektion att detta arbetssätt i stora delar är något som fler utredningar borde tillämpa. I vår bedömning bidrar det till kvaliteten i resultaten och en högre förankring som ger bättre förutsättningar att ta förslag vidare. Samtidigt ser vi behov av att stödstrukturerna för utredningars arbete utvecklas för att under-

lätta ett sådant arbetssätt. I utredningens bedömning är detta en förtroendefråga för utredningsväsendet, och i förlängningen därmed för demokratin.

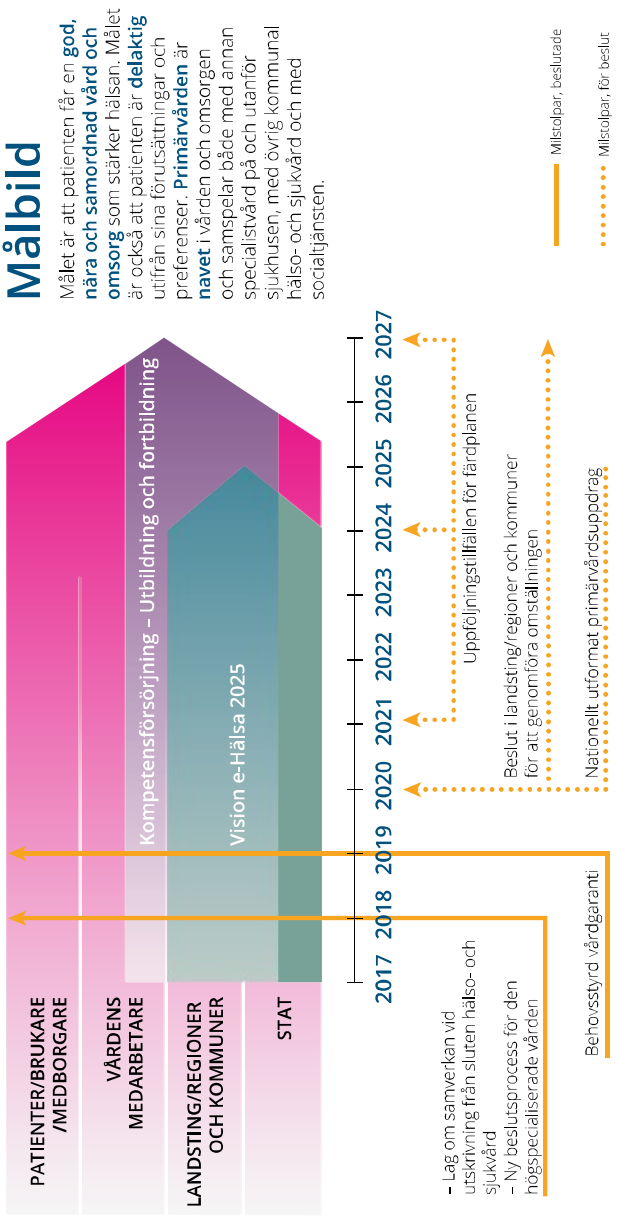
2.3 Nulägesbild av omställningen

På samma sätt som i våra tidigare delbetänkanden vill vi här bidra till att ge en överblick av olika arbeten som knyter an till den pågående omställningen av svensk hälso- och sjukvård. Eftersom det ännu inte finns någon nationellt fastslagen struktur för hur omställningen ska följas upp är det inte helt självklart hur man lämpligast beskriver hur långt vi hittills kommit i omställningen av hälso- och sjukvårdssystemet.

I vårt andra delbetänkande föreslog vi en struktur för att följa arbetet med färdplanen över tid, med avsikt att ge samtliga aktörer en gemensam möjlighet att kunna följa förändringen. Efter det har Socialstyrelsen fått i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av omställningen till en nära vård med fokus på primärvården. Detta beskrivs närmre i avsnitt 2.3.3 i detta betänkande. Som en del av detta uppdrag ska Socialstyrelsen årligen, med start den 1 juni 2020, rapportera hur omställningen till en mer nära vård i regionerna och kommunerna utvecklas. Parallellt med detta ska Socialstyrelsen även ge förslag på resultatindikatorer anpassade för att kunna följa omställningen.

Givet att Socialstyrelsen uppdrag och arbete i dessa avseenden är pågående och vi ännu inte har en fastslagen struktur för att redovisa utvecklingen av omställningen, kommer vi här, liksom i vårt förra delbetänkande, ta vår utgångspunkt i de milstolpar och områden som är utpekade i den färdplan vi tidigare presenterat, vilken också är utgångspunktens för Socialstyrelsens uppdrag.

Figur 2.1 Målbild och färdplan



Genomgången fokuserar på utvecklingen sedan vi lämnade vårt förra delbetänkande. För att få en mer samlad överblick av olika initiativ kan avsnittet med fördel läsas tillsammans med kapitel 3, 4 och 3 i vårt första respektive andra och tredje delbetänkande, samt bilaga 4 i vårt tredje delbetänkande. Översikten är inte exklusiv och av praktiska skäl begränsas den liksom tidigare framför allt till arbete på nationell nivå. Under avsnitt 2.3.3, Milstolpar för beslut, samt 2.3.4, Övrigt, redovisas de olika delar som mer fokuserar på pågående omställningsarbete bland huvudmännen.

2.3.1 Övergripande förutsättningar för en omställning

Kompetensförsörjning

En väl fungerande och ändamålsenlig kompetensförsörjning är en förutsättning för att klara omställningen till en god och nära vård. Även om nya effektivare arbetssätt, digitala lösningar och artificiell intelligens (AI) kommer kunna bidra till att bättre klara dessa utmaningar är vår uppfattning att det inom överskådlig tid kommer att råda brist på medarbetare i hälso- och sjukvården. Det är för vissa yrkesgrupper en relativ brist, då utbildade personer väljer att söka sig bort från vården till andra branscher, men för andra en absolut brist. Inte minst gäller det inom områden som på senare år måste betraktas som samhällets största utmaningar, t.ex. psykisk ohälsa eller förebyggande arbete. Utredningens uppfattning är att den typ av omstrukturering av hälso- och sjukvårdssystemet som vi föreslår är nödvändig för att skapa förutsättningar för god arbetsmiljö och därmed för möjligheten att rekrytera och behålla dagens och framtidens medarbetare. Samtidigt är initiativ och åtgärder för att direkt adressera bemanning och kompetensförsörjning lika nödvändiga. Från utredningens sida vill vi nedan särskilt lyfta fram ett sådant initiativ på nationell nivå. För vidare resonemang relaterat till kompetensförsörjningens påverkan på omställningsarbetet se även kap. 3, avsnitt 3.2.6 och 3.3.6.

Framtidens vårdkompetens – nationellt råd för kompetensförsörjning

Slutrapporten från Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ) om uppdragen som bedrevs under namnet Framtidens vårdkompetens lämnades i augusti 2019.[10] I denna föreslogs bl.a. inrättandet av ett nationellt samverkansråd, utvecklad samverkan i landets sex sjukvårdsregioner samt förbättrade kunskapsunderlag om kompetensförsörjningsbehoven på både nationell och regional nivå.

Det nationella rådet skulle enligt förslaget etablera ett effektivt samarbete med sex sjukvårdsregionala råd, ett i varje sjukvårdsregion, som regioner och lärosäten gemensamt ansvarar för i samarbete med kommunerna. Huvuduppgifterna för de sjukvårdsregionala råden skulle vara att föra dialog om huvudmännens kompetensbehov och att samordna arbetet med verksamhetsförlagd utbildning.

I september 2019 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta ett nationellt vårdkompetensråd, i linje med förslaget ovan. Rådet ska långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom vården. Enligt uppdraget ska rådet till att börja med rikta sitt arbete mot de yrken som kräver högskoleutbildning. Socialstyrelsen fick dock samtidigt i uppdrag att analysera och föreslå hur rådet ska kunna omfatta fler yrkesgrupper, exempelvis undersköterskor och specialistundersköterskor. Detta uppdrag ska redovisas 2021.[11]

Rådet, med kansli på Socialstyrelsen, inrättades den 1 januari 2020 och består av sammanlagt 14 ledamöter med representanter från lärosäten, regioner, kommuner, Socialstyrelsen, UKÄ och den sjukvårdsregionala nivån. Dess uppgifter är att:

- långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjningen av personal inom hälso- och sjukvården
- främja samverkan mellan berörda aktörer och säkerställa att samtliga aktörer har en gemensam bild av kompetensförsörjningsbehoven i vården

[10] Socialstyrelsen och UKÄ, *Framtidens vårdkompetens Stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov*, 2019.
[11] Regeringen, *Regeringen inrättar nationellt vårdkompetensråd*, 2019.

- tillgängliggöra sammanställningar av fakta- och kunskapsunderlag och utifrån dessa göra samlade bedömningar av kompetensförsörjningsbehoven, inklusive behovet av framtidens vårdkompetens
- lämna bedömningar till berörda aktörer och beslutsfattare i frågor som har betydelse för kompetensförsörjningen på lokal, regional och nationell nivå.
- stödja och föra en dialog med verksamheterna på den sjukvårdsregionala nivån.[12]

Digitalisering och Vision e-hälsa 2025

Hälso- och sjukvård och socialtjänst omfattas i allra högsta grad av digitaliseringens möjligheter och utmaningar, både i form av nya arbetssätt, nya former för samverkan och kunskapsspridning men också i interaktionen med invånarna. En digitalisering som utgår från patienternas, brukarnas och medarbetarnas behov och förutsättningar och som bidrar till ökad delaktighet, mer ändamålsenliga och effektiva stöd och arbetssätt, är även det en viktig förutsättning för utvecklingen i riktning mot en god och nära vård.

Liksom vad gäller kompetensförsörjning har utredningen inte några specifika uppgifter att lägga förslag kring digitalisering. För att frigöra den potential vi ser i digitaliseringen vad gäller att bättre koppla ihop olika delar av systemet – inte bara vad gäller själva vårdmötet utan minst lika viktigt för att koppla ihop olika medarbetare inom vården med varandra – så bedömer vi dock det som avgörande att det finns en kontinuerlig framdrift i den gemensamt överenskomna Vision e-hälsa 2025 och dess strategi för genomförande 2020–2022. Nedan redogörs kort för några aktuella nationella initiativ på området, utöver själva visionen och strategin, som utredningen bedömer vara av stor vikt för omställningsarbetet. För ytterligare resonemang relaterat till digitaliseringens påverkan på omställningsarbetet se även kap. 3, avsnitt 3.2.9 och 3.3.10.

[12] Socialstyrelsen, *Nationella vårdkompetensrådet*, 2019.

Utredningen om översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet (S 2019:01)

I juni 2019 beslutade regeringen att tillsätta en utredning med uppdrag att utreda och lämna förslag som rör personuppgiftshantering inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Utredaren ska bl.a. se över möjligheterna:

- att införa direktåtkomst inom och mellan vissa verksamheter i socialtjänst och hälso- och sjukvård,
- till en utvidgad informationsöverföring för kvalitetsutveckling mellan bl.a. vårdgivare i hälso- och sjukvård och kommunala nämnder,
- att införa sekretessbrytande bestämmelser för viss personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso- och sjukvård,
- att ge ombud åtkomst till patientjournal.

Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 maj 2021. Ett delbetänkande som rör samtliga utredningsfrågor utom ombuds åtkomst till patientjournal och uppkomna frågeställningar för fortsatt utredning ska dock lämnas senast den 17 januari 2021.[13]

Utveckling och modernisering av första linjens digitala vård, 1177 Vårdguiden

I oktober 2019 beslutade regeringen att stötta regionernas utvecklingsarbete av 1177 vårdguiden. Utvecklingen kommer att ske stegvis under 2019–2021. Under 2019 fick SKR 33 miljoner och Regeringen beräknar att avsätta ytterligare medel under 2020 och 2021.

Bakgrunden till satsningen är att SKR har ansökt om medel för att modernisera och utveckla 1177 Vårdguiden, i linje med den målbild för första linjens vård och för 1177 Vårdguidens roll som 2018 togs fram av Inera i samverkan med samtliga regioner.[14]

[13] Dir. 2019:37, *Kommittédirektiv – Översyn av vissa frågor som personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet*.
[14] Inera, *målbild för första linjens vård och för 1177 Vårdguidens roll. Gemensam målbild för kommuner, landsting, regioner, SKL och Inera*, 2018.

Utvecklingssatsningen förväntas bl.a. bidra till att invånare ska kunna få en samlad ingång till första linjen, där de kan beskriva sina symtom digitalt och guidas fram till egenvårdsråd eller till ett digitalt eller fysiskt vårdbesök. Utvecklingen ska även ge förutsättningar för bättre informationsflöden mellan vårdens olika delar. Nya koncept för webbtidsbokning och provtagning i hemmet är exempel på andra funktioner som ska utvecklas. SKR, Inera och regionerna ska ta fram en mer detaljerad plan för de tjänster som ska utvecklas.[15]

2.3.2 Redan beslutade milstolpar

Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten vård (LUS) trädde i kraft den 1 januari 2018. SKR följer varje månad utskrivningsklara patienter på sjukhus. Medelvårdtid som utskrivningsklar, för alla regioner, var i december 2019 2,9 dagar (19/21 regioner rapporterade in). Detta kan jämföras med december 2017 (innan lagen trädde i kraft) då medelvårdtiden som utskrivningsklar låg på 3,7 dagar. Under 2019 varierade medelvårdtiden mellan 2,6 dagar och 3,3 dagar.[16]

I vårdanalys delrapportering från 2018 beskrev man att det saknades statistik på nationell nivå för att göra mer heltäckande uppföljning av LUS, bl.a. v.g. centrala element såsom om en samordnad individuell planering har gjorts och en individuell plan (i dagligt tal ofta SIP)[17] har upprättats eller en fast vårdkontakt utsetts.

Som en del av arbetet med överenskommelsen 2019 mellan Staten och SKR om God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården, har regionerna bl.a. arbetat med dokumenterade rutiner i verksamheten för etablering av fast vårdkontakt. Detta rapporteras i regionernas nulägesrapporter för omställningen (se avsnitt 2.3.4). Någon enstaka region lyfter också fram att man tagit fram information till invånarna, tillgänglig på bl.a. 1177, om hur man kan få en fast vårdkontakt om man önskar.

[15] Regeringen, *Regeringen stärker första linjens digitala vård,* 2019.
[16] SKR, *Utskrivningsklara patienter på sjukhus.*
[17] Obs att det i verksamheterna vedertagna begreppet samordnad individuell plan (SIP) inte är författningsreglerat som begrepp, utan det reglerade begreppet i HSL och SOL är individuell plan. I LUS används dock det närliggande begreppet samordnad individuell planering för att beskriva ett författningsreglerat arbetsmoment.

Flera regioner beskriver även hur man i anslutning till införandet av LUS gjort olika utbildningssatsningar, bl.a. för att träna SIP, och hur antalet SIPar ökat väsentligt efter lagens införande. Det bedöms dock fortsatt finnas ett behov av att stärka och säkra kvaliteten i genomförda planer. Något som också lyfts i utredningens expertgrupp.

Vårdanalys slutrapport om uppföljningen av lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård kommer i april 2020.

Ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården

Som vår utredning har beskrivit i tidigare delbetänkande beslutade riksdagen i mars 2018 om en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården och tillhörande lagändringar trädde i kraft den 1 juli 2018. Med nationell högspecialiserad vård avses offentligt finansierad vård som bedrivs vid som mest fem enheter i landet och där endast ett fåtal vårdgivare i landet kan uppfylla kraven på kompetens, tillgänglighet och arbete i multidisciplinära team. De områden som tidigare varit rikssjukvård är sedan den 1 juli 2018 nationell högspecialiserad vård.

I augusti 2019 beslutade Socialstyrelsen om de tre första områdena som ska bli nationell högspecialiserad vård: avancerad kirurgi vid endometrios, viss vård inom området trofoblastsjukdomar och viss vård inom avancerad fostermedicin. Beslut om vilka som får bedriva vården väntas fattas av nämnden[18] i mars 2020.[19]

Under hösten 2019 har även beslut fattats om att viss vård vid förvärvade ryggmärgsskador ska utgöra nationell högspecialiserad vård. Under våren 2020 ska följande områden genomlysas för att identifiera eventuella behov av koncentration på nationell nivå:

- Högisoleringsvård (t.ex. högsmittsamma sjukdomar)
- Thoraxkirurgi vid multiresistent tuberkulos
- Akuta nationella transporter
- Avancerad endoskopisk diagnostik och behandling i övre och nedre luftvägarna

[18] Nämnden för nationell högspecialiserad vård, vilken är utsedd av regeringen och består av politiker från sjukvårdsregionerna och har Socialstyrelsens generaldirektör som ordförande.
[19] Socialstyrelsen, *Nu kan regioner ansöka om att bedriva nationell högspecialiserad vård*, 2019.

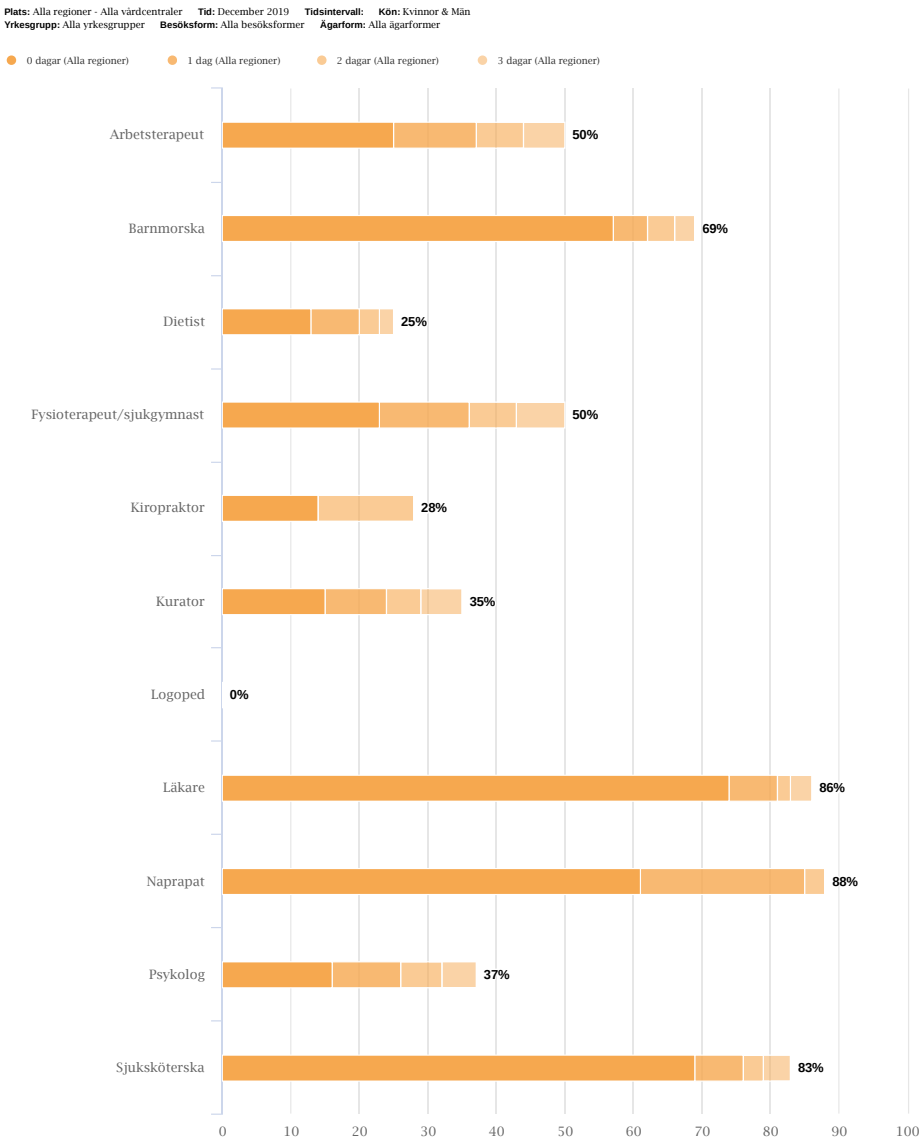
- Avancerad matstrupskirurgi, inklusive rekonstruktion
- Svåra kroniska lungsjukdomar hos barn
- Vård av extremt prematura barn
- Vitreoretinal kirurgi vid ROP (Retinopathy of prematurity)
- Stamcellstransplantation (SCT) vid särskilda tillstånd, t.ex. autoimmun sjukdom
- Allvarliga blåsdermatoser
- Avancerad barnanestesi och barnintensivvård
- ECMO.[20]

Behovsstyrd vårdgaranti

I december 2019 var det 17 regioner som rapporterade enligt den förstärkta vårdgarantin till väntetidsdatabasen. Bland dem var det totalt 83 procent i riket som fått medicinsk bedömning i primärvården inom 3 dagar. Det var dock stora skillnader mellan tillgängligheten till olika professioner, 25 procent av de som behövde det hade fått träffa en dietist[21] inom tre dagar och 86 procent av dem som behövde det hade fått träffa en läkare.[22]

[20] Socialstyrelsen, *Steg 1: Kartläggning*, 2019.
[21] I detta avseende kan noteras att utredningen fått till sig berättelser om att vissa regioner som har dietister i sin primärvård väljer att inte inkludera dem i mätningarna.
[22] SKR, *Väntetider.se, Medicinsk bedömning.* 2020.

Figur 2.2 Andel patienter som fått medicinsk bedömning inom tre dagar (per yrkesgrupp)



Källa: SKR, Väntetider.se, Medicinsk bedömning.

I de nulägesrapporter för omställningen som regionerna i oktober 2019 lämnat till SKR och Socialstyrelsen (under Överenskommelsen om god och nära vård 2019, se vidare under avsnitt 2.3.4 Övrigt) beskrivs genomgående hur regionerna under 2019 arbetat med bl.a. utbildning av personal för att få kvalitetssäker kodning (medicinsk bedömning enligt vårdgarantin anges genom diagnos/åtgärdskod), då det i flera regioner tidigare bara varit vissa professioner i primärvården (främst läkare, men ibland även sjuksköterskor, fysioterapeuter och psykologer) som arbetat med diagnos- och åtgärdskodning. Vissa regioner har även behövt arbeta med uppdateringar av sina journalsystem för att kunna rapportera enligt den förstärkta vårdgarantin.

I nulägesrapporterna beskrivs vidare hur primärvården runtom i landet även arbetat med att införa nya arbetssätt, såsom drop-in/öppna mottagningar, lättakuter bemannade med team, nya triageringssätt, kompetensväxling etc. för att bättre kunna möta upp mot den förstärkta, behovsstyrda, vårdgarantin i primärvården.

2.3.3 Milstolpar för beslut

Nationellt utformat primärvårdsuppdrag

I vårt andra delbetänkande God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:39) lämnade vi förslag på ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården. Betänkandet har remitterats och en proposition om Inriktning för en nära och tillgänglig vård finns på propositionsförteckningen för våren 2020.

Beslut i regioner och kommuner för att genomföra omställningen

Av regionernas nulägesrapporter för omställningen (se vidare under avsnitt 2.3.4 Övrigt) kan man utläsa att i princip samtliga regioner har tagit formella beslut kring omställningsarbete. Det skiljer sig dock en hel del åt vad gäller t.ex. på vilken nivå besluten fattats (vissa har tagit beslut i hälso- och sjukvårdsnämnd eller liknande medan andra har beslut på regionnivå, tagna av regionstyrelse och/eller fullmäktige) samt i vilken grad besluten är av mer övergripande karaktär

eller om de också tagits vidare och konkretiserats i t.ex. budgetbeslut och verksamhetsplaner. Det finns också stora skillnader när det gäller om besluten resulterat i konkreta interna organisationsstrukturer för att leda och samordna det egna omställningsarbetet eller inte.[23]

Motsvarande översikt för kommunerna finns i dagsläget inte tillgänglig. Utifrån utredningens dialog med olika kommunföreträdare runtom i landet är vår bild att situationen är ännu mer ojämn vad gäller hur långt olika kommuner kommit med att formellt fastslå behov och inriktning för det egna omställningsarbetet. Utredningens uppfattning är att det är av största vikt att snarast möjligt skapa uppföljningsstrukturer även för kommunerna.

Utifrån regionernas beskrivning av sin samverkan med kommunerna i respektive län framgår att regionerna och kommunerna generellt ännu ej enats om gemensamma strategier för omställningen, även om sådant arbete initierats på några ställen (t.ex. Uppsala [se avsnitt 3.2.4], Örebro och Dalarna).

Uppföljningstillfällen

I juli 2019 fick Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av omställningen till en nära vård med fokus på primärvården. Ett uppdrag i tre delar, där den andra och tredje delen är direkt kopplade till uppföljningen av omställningen (se även avsnitt 9.2.1). Det andra deluppdraget handlar om förutsättningarna för att på aggregerad nivå inhämta resultat för ett antal utvalda indikatorer i syfte att följa omställningen till en mer nära vård. Det tredje uppdraget handlar om att följa upp, analysera och rapportera hur omställningsarbetet i regionerna och kommunerna utvecklas. I uppdraget ingår även att följa upp och analysera de insatser som regionerna vidtar inom ramen för överenskommelsen God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården.

I november 2019 presenterade Socialstyrelsen en delrapport om det andra deluppdraget. I rapporten konstateras att det finns några nationella datakällor vilka i viss mån skulle kunna användas för att följa omställningen, som väntetidsdatabasen, den framtida KPP-databasen för primärvård samt PrimärvårdsKvalitet. Samtliga har dock

[23] Regionernas rapportering till Socialstyrelsen och SKR, vilka utredningen tagit del av genom Socialstyrelsen.

begränsningar, då de antingen endast omfattar delar av vården eller inte innehåller personuppgifter som gör det möjligt att sambearbeta uppgifterna med data från andra källor.

Socialstyrelsen ser de regionala datalager över vårdkontakter i primärvård som finns i flertalet regioner som en möjlig källa till uppgifter om omställningen. Dessa har i dag begräsningar vad gäller datakvalitet och jämförbarhet, men skulle kunna utvecklas om förutsättningar för det skapas genom t.ex. gemensamma riktlinjer för registrering och inrapportering. Den största begränsningen utgörs dock av det faktum att det saknas lagstöd för att sambearbeta dessa uppgifter över vårdgivargränser. Något som innebär att regionerna endast kan presentera aggregerade data till Socialstyrelsen uppdelat per vårdgivare. Det innebär att det inte på ett tillfredsställande sätt går att följa patientgruppers samlade vårdkonsumtion/-utnyttjande eller vårdförlopp.[24]

Socialstyrelsen konstaterar också att oavsett källa till information om primärvården finns ett behov av att utveckla datakvaliteten genom att bland annat säkerställa enhetlighet i registrering av diagnoser och åtgärder.

I delrapporten finns ett första förslag och diskussionsunderlag kring områden att följa upp, dessa har delats upp i två övergripande områden:

- förutsättningar för omställningen
- utfall för patienterna av omställningen.

Under området ”förutsättningar” lyfts följande rubriker: Bemanning, kompetensförsörjning och utbildning, Resurstilldelning och effektivitet, Förutsättningar för samverkan samt E-hälsa och digitala stödsystem. Under området ”utfall” lyfts följande rubriker: Vårdutnyttjande, Medicinsk kvalitet, Delaktighet, Kontinuitet och samordning, Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser samt Tillgänglighet.

I det fortsatta arbetet med uppdraget planerar Socialstyrelsen att komplettera inventeringen av befintliga indikatorer/mått och datakällor samt att fördjupa förståelsen för vilka uppgifter som går att få

[24] Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en nära vård – deluppdrag II Delrapportering avseende bland annat förutsättningar för att samla in resultat på aggregerad nivå från huvudmännen*, 2019, s. 7.

fram från de regionala datalagren i landets samtliga regioner. Arbetet kommer genomföras i samverkan och samordning med en rad intressenter. Årliga rapporter om uppdraget kommer att lämnas till regeringen senast 1 juni 2020–2022.

2.3.4 Övrigt

Uppdrag till Socialstyrelsen att stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården

Som utredningen beskrev i vårt tredje delbetänkande (SOU 2019:29) genomförde Socialstyrelsen under 2018 en förstudie om kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.[25] Syftet var att kartlägga och analysera hur myndigheten kunde utöka och förbättra stödet till kommunal hälso- och sjukvård. I rapporten ingick också ett förslag till flerårig åtgärdsplan.

I mars 2019 fick Socialstyrelsen regeringens uppdrag att stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, med utgångspunkt i den föreslagna åtgärdsplanen. I uppdraget anges att stöden ska anpassas till kommunernas behov och omfatta både kunskap som behövs för att utveckla vården på systemnivå och kunskap som behövs för att säkerställa en god kvalitet i möten med patienten. Vidare beskrivs att de insatser som genomförs behöver gå i takt med förslag från utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S2017:01). Uppdraget ska redovisas till regeringen (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2021 med en delredovisning senast 31 mars 2020.

Uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram underlag för anhörigstrategi

I oktober 2019 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att lämna ett samlat underlag till regeringen för en bred nationell anhörigstrategi. bestående av:

– en analys av vad anhörigperspektiv innebär för den anhörige, den äldre och för personalen, samt

[25] Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie*, 2019.

– en kartläggning och analys av i vilken utsträckning ett anhörigperspektiv finns med i tillämpningen av befintligt regelverk och i de fall Socialstyrelsen bedömer att det finns brister, en redovisning av dessa.

Av uppdraget framgår att Socialstyrelsen i kartläggningen och analysen ska beakta den påbörjade omställningen av svensk hälso- och sjukvård till en mer nära vård med fokus på primärvården utifrån en mer patientcentrerad och samordnad hälso- och sjukvård. Vidare ska uppdraget genomföras med ett jämställdhetsperspektiv.[26] Uppdraget ska redovisas senast den 1 december 2020.

I Socialstyrelsens regleringsbrev för 2020 kompletterades uppdraget så att myndigheten fick motsvarande uppdrag för samtliga personer som vårdar eller stödjer närstående enligt 5 kap. 10 § SoL. Detta uppdrag ska redovisas till Socialdepartementet senast den 30 juni 2021.[27]

Överenskommelser om god och nära vård

År 2019

I juni 2019 beslutade Regeringen (Socialdepartementet) och SKR (dåvarande SKL) om en överenskommelse om ”God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården”. Överenskommelsen omfattade totalt 2 430 mnkr. Av dessa avsättes 2 406 mnkr till regionerna. Inga medel avsättes till kommunerna.

Överenskommelsen bestod av tre utvecklingsområden:

- Omställning till god och nära vård (*1500 mnkr till regionerna och 15 mnkr till SKR)*. Detta utvecklingsområde handlar om att främja omställningen till god och nära vård med utgångspunkt i den målbild och färdplan vår utredning föreslog i delbetänkandet God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:39).
- Förbättra och utveckla tillgängligheten i primärvården (*453 mnkr till regionerna)*.

[26] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att ta fram ett underlag för en nationell strategi för anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer*, 2019.
[27] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Socialstyrelsen*, 2020.

- Patientkontrakt och andra sätt att främja samordning, samverkan och ökad delaktighet *(453 mnkr till regionerna och 9 mnkr till SKR)*.

För att få ta del av medlen ingick krav på regionerna att till SKR och Socialstyrelsen lämna in en nulägesrapport av var respektive region befinner sig i omställningen till en god och nära vård. I detta ingick bl.a. att beskriva hur de arbetar med omställningen och de möjligheter och utmaningar som har identifierats för att kunna genomföra omställningen. Nulägesrapporterna skulle ligga till grund för det fortsatta arbetet med att stödja och följa omställningsarbetet i respektive region samt för att gemensamt kunna utveckla 2020 års överenskommelse utifrån regionernas individuella förutsättningar och behov.[28]

Regionernas nulägesrapporter

Utredningen har via Socialstyrelsen tagit del av de redovisade nulägesrapporterna och de bekräftar den bild vi beskrivit i tidigare betänkanden; att omställningen pågår i hela landet, och har i många delar gjort så sedan innan såväl arbetet med Effektiv vård som vårt eget utredningsuppdrag. Samtidigt ser det olika ut, utifrån förutsättningarna i respektive län, hur strukturerat omställningsarbetet drivs och hur långt man har kommit i arbetet. Den övergripande utvecklingsinriktningen är dock gemensam.

Det är också genomgående att det pågår olika arbeten runtom i landet för att förstärka och förbättra samverkan med kommunerna inom respektive region, för att bättre bygga ihop helheten i hälso- och sjukvårdssystemet. På många håll ses avtal och överenskommelser om t.ex. hemsjukvård över och i vissa regioner har eller ska man påbörja arbeten för att skapa gemensamma strategier och målbilder för omställningsarbetet.

Områden där det skiljer sig lite mer åt är om man kopplat på någon slags följeforskning för de utvecklingsarbeten man genomför samt om man skapat specifika strukturer för att följa omställningsarbetet. Det inkluderar även i vilken grad, om någon, regionerna kan säga något angående om en resursomfördelning från sjukhus till

[28] Regeringskansliet (Socialdepartementet) och SKR, *God och nära vård. En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården*, 2019.

primärvård faktiskt sker. För flertalet kan man på sin höjd utläsa att det är ambitionen utifrån fastslagna strategier och påbörjade utvecklingsarbete. Något mer konkret är det för t.ex. VGR, som anger att man har ett pågående arbete med scenarier för uppdrags- och resursförflyttning, Skåne som anger att primärvården fått en ökad andel i budgeten för såväl 2019 som 2020 och för Kronoberg där primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader enligt budget ska öka kommande år.

Gemensamt för i princip samtliga rapporter är vidare att man anger den ansträngda ekonomiska situationen för regionerna som ett hinder. Att skapa motivation för och genomföra stora förändringsarbeten, såväl vad gäller arbetssätt som kultur, inom befintlig resurs och i redan hårt pressade verksamheter är en stor utmaning. Samtidigt ser man potentiella möjligheter i att effektivisera och förbättra vården genom t.ex. just nya arbetssätt, digitalisering och bättre samverkan mellan vårdens olika aktörer.

År 2020

I januari 2020 beslutade regeringen (Socialdepartementet) och SKR om en överenskommelse om God och nära vård 2020 – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. Överenskommelsen omfattar totalt 6 250,5 mnkr. 2020 års överenskommelse är en sammanslagning av de tidigare överenskommelserna God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården, Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården m.m. och En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare.

Årets överenskommelsens har 4 övergripande områden:

- Utvecklingen av den nära vården med fokus på primärvården (*1 435 mnkr till regionerna för insatser inom 4 specifika delområden samt en generell resursförstärkning för utvecklingen av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården om 1 500 mnkr*).
- Ökad tillgänglighet i barnhälsovården (*114,5 mnkr till regionerna)*
- Goda förutsättningar för vårdens medarbetare (*2419 mnkr till regionerna och 500 mnkr till kommunerna*)

– Insatser inom ramen för Vision e-hälsa 202 (*230 mnkr till regionerna)*

Utöver detta får SKR 52 mnkr för att stödja regionerna och kommunerna i omställningen av hälso- och sjukvården till god och nära vård och i genomförandet av insatserna inom ramen för de fyra olika utvecklingsområdena.

Medlen till huvudmännen får användas inom en rad områden för att stärka nya, redan pågående satsningar eller bibehålla effekter av redan gjorda satsningar. Även offentligt finansierade privata aktörer ska kunna få ta del av medlen, givet att juridiska förutsättningar finns, och medverka till att insatserna som framgår av överenskommelserna genomförs.[29]

2.4 Ett modernt hälso- och sjukvårdssystem – hur blir det?

2.4.1 En god hälsa och en vård på lika villkor

> Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.
>
> Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.

Ovanstående, hämtat från Hälso- och sjukvårdslagens inledning[30], är en s.k. portalparagraf som uttrycker det övergripande syftet med lagen och inom vilket område lagen ska verka. I lagtexten uttrycks ansvaret inte bara för sjukvård, utan också befolkningens hälsa.

Hur hälso- och sjukvårdssystemet ska kunna anpassas till en modern samhällskontext, och till befolkningens behov och förväntningar i dag och i framtiden, är frågor som utmanar de flesta länder. Den demografiska utvecklingen, allt fler som lever allt längre till följd av stora medicinska landvinningar, begränsade resurser, stora utmaningar med bemanning och kompetensförsörjning, den medicin-

[29] Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Regioner, *God och nära vård 2020 – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården*, 2020.
[30] 3 kap. 1–2 § HSL

tekniska utvecklingen, digitaliseringens möjligheter – allt detta kräver en förändring av hälso- och sjukvårdens struktur och organisation. Detta för att åstadkomma ett effektivare resursutnyttjande, bibehålla eller öka kvaliteten, förbättra tillgängligheten samt öka förtroendet hos befolkningen. Det tillkommer ständigt ny kunskap om vikten av och fördelarna med att bättre involvera patienten i utformningen av den egna vården. Att tillämpa ett personcentrerat angreppssätt, där individens vilja, kunskap och egna inneboende resurser bejakas. Utmaningen att utforma hälso- och sjukvårdssystem hållbara för framtiden är såväl nationell som internationell.

2.4.2 Ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem

Vi har i tidigare betänkanden redogjort för den pågående internationella rörelsen för en integrerad och mer personcentrerad hälso- och sjukvård. En hälso- och sjukvård som har sin grund i en adekvat resurssatt primärvård byggd på interprofessionell samverkan.[31] Det är en central strategi för att uppnå hälsomålet i Agenda 2030, och en grundläggande prioritering för Världshälsoorganisationen (WHO) i att åstadkomma allmän hälso- och sjukvård (Universal Health Coverage, UHC) runtom i världen.

År 2016 antog WHO:s beslutande församling ett ramverk för integrerade, personcentrerade hälsotjänster, Framework on Integrated people-centred health services (IPCHS).[32] Ramverket är en vidareutveckling av Alma Atadeklarationen om Primärvård från 1978, liksom av Världshälsorapporten om primärvård från 2008 (Now more than ever). Primärvården framhålls tydligt som basen, vilken behövs för att kunna tillhandahålla integrerade och personcentrerade hälsotjänster på det önskade sättet. Likaså konstaterar WHO att sjukhusen framöver kommer behöva se förbi sina egna väggar för att möta patienterna, och bidra till förbättrad folkhälsa och samordning med primärvård, men även med t.ex. sociala tjänster, på ett mer holistiskt sätt.

I oktober 2018 antogs Astana-deklarationen[33], som återigen betonar primärvårdens roll i ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, och som också tydligt kopplar till målen i Agenda 2030. WHO och UNICEF

[31] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, 2018, s. 61 ff.
[32] WHO, *Resolution WHA69.24*, 2016.
[33] WHO, *Declaration of Astana*, 2018.

har också tagit fram två strategiska dokument för att stödja länder att omsätta deklarationen från 2018 års globala primärvårdskonferens i handling; ett visionsdokument[34] och ett operationellt ramverk[35]. I en deklaration antagen i september 2019 av FN:s generalförsamling slås ett antal punkter fast som avgörande för att nå framgång i arbetet med UHC.[36] Primärvårdens roll betonas återigen, och som det uttrycks i deklarationen är det avgörande att:

> …Recognize that primary health care brings people into first contact with the health system and is the most inclusive, effective and efficient approach to enhance people's physical and mental health, as well as social well-being, and that primary health care is the cornerstone of a sustainable health system for universal health coverage and health-related Sustainable Development Goals, as was declared in the Declaration of Alma-Ata and reaffirmed in the Declaration of Astana.

2.4.3 Varför behövs förändringen?

Utredningens förslag, med avsikt att sammantagna bidra till ett modernt hälso- och sjukvårdssystem, ska uppfylla intentionen i Hälso- och sjukvårdslagen, samt bejaka den kunskap om och inriktning på systemnivå som förespråkas av olika internationella aktörer såsom WHO, OECD och EU vad gäller utvecklingen av ett system hållbart för framtiden. I och med detta ges även bästa möjliga förutsättningar för att uppfylla såväl målen i vår svenska hälso- och sjukvårdslag som hälsomålet i Agenda 2030.

Det är mot dessa beskrivna utgångspunkter som utredningens förslag till reformering av hälso- och sjukvårdssystemet ska ses. Dagens system har på många sätt haft sitt berättigande historiskt. Det kom till i en tid när det mesta sjukvården hade att, och kunde, hantera var av akut karaktär, såsom infektionssjukdomar och olycksfall. I dag är behoven i befolkningen, bl.a. till följd av enastående medicinska framsteg, mer av kronisk och långvarig karaktär. Inte minst inom områden som cancervård och psykisk ohälsa är både vad vi kan göra i dag, och hur förväntningarna på vården ser ut, annorlunda än historiskt. Många äldre lever med komplexa tillstånd utifrån multisjuklighet och behov av polyfarmaci.

[34] WHO, *A vision for primary health care in the 21th century*, 2018.
[35] WHO, *Primary health care: transforming vision into action. Operational framework, draft for consultation*, 2018.
[36] FN, *Political declaration of the high level meeting on universal health coverage*, 2019.

Ytterligare en på senare årtionden tillkommen omständighet är det stora antal aktörer som i dag tillhandahåller tjänster inom hälso- och sjukvårdens område, och den risk för fragmentisering som detta medför. Detta blir en viktig komponent att beakta, inte minst mot bakgrund av de alltmer komplexa och sammansatta behov hos många patienter och brukare som ovan beskrivits.

Dessa, och flera, faktorer gör att systemet måste byggas på ett nytt sätt – integrerat och personcentrerat. Hälso- och sjukvårdens olika delar, och ibland också andra insatser från samhällets sida, måste integreras nära och i sammanhang med varandra. Tjänsterna kan alltmer sällan knytas enbart till en specifik byggnad eller organisation. Allt mer kan, och förväntas, göras nära människors vardag, ibland så nära som i hemmet eller via mobiltelefonen. Utvecklingen ger också nya förutsättningar att nå upplevelsen av nära, även när det geografiska avståndet är betydande, med hjälp av digitala lösningar.

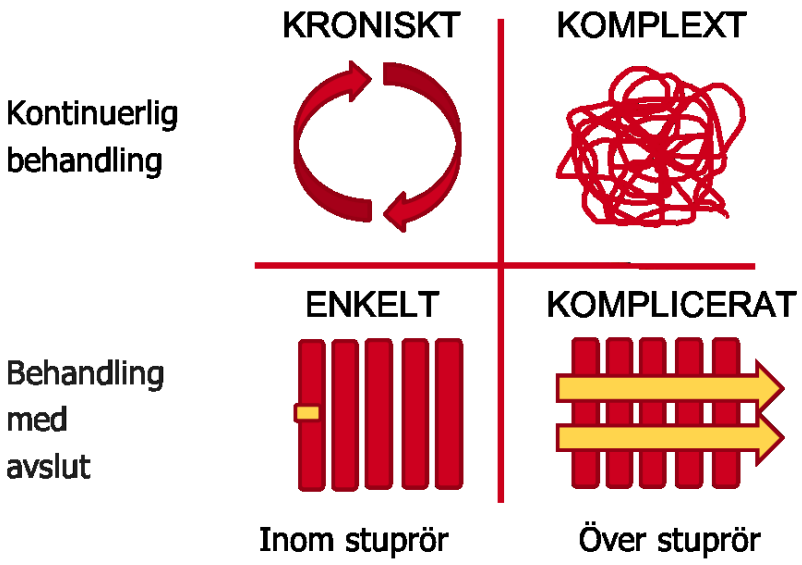
Vi befinner oss också i en tid där delar av hälso- och sjukvården decentraliseras, medan annat centraliseras av kvalitets- och effektivitetsskäl inom ramen för arbetet med den högspecialiserade vården. Allt detta, tillsammans med det faktum att basen i systemet, primärvården, har två huvudmän, region och kommun, är faktorer som ökar komplexiteten, och som måste hanteras i utvecklingen av hälso- och sjukvården, och därmed i utredningens förslag.

2.4.4 Hur blir det för mig som patient?

Under utredningens gång har vi många gånger fått frågan: ”Och hur märker jag skillnaden när jag blir patient eller närstående i vården, om utredningens förslag förverkligas?” Det är en fråga utan ett enkelt svar. Våra försök att utifrån patientberättelser och fallbeskrivningar besvara den frågan tenderar att för vissa slå in öppna dörrar (”Så är det ju tänkt att vara redan i dag”) och för andra uppfattas som orimligt långtgående. Det är naturligt, eftersom beroende på det egna behovet, erfarenheter och var i systemet man befinner sig ser verkligheten olika ut. Men några grundläggande förändringar, som enligt vår uppfattning kommer att påverka vården praktiskt för den enskilde vill vi lyfta i detta avsnitt.

Synen på hur sjukvård ska organiseras måste förflyttas från fokus på organisatoriska strukturer till att utgå från behov hos befolkning och individer. Olika människor har olika behov, och dessa varierar över tid. Vilka behov en människa har är inte främst eller enbart relaterat till vilken diagnos personen har, eller vilket organ som är påverkat, utan mer till vilken typ av process som bäst motsvarar personens nuvarande behov. Ett sätt att förstå och gruppera patienter utifrån olika behov är att använda följande modell för målgruppsanpassad vård.[37] Utredningen har redan tidigare hänvisat till modellen, och kompletterar den nu med kommentarer om hur några av våra förslag kan tänkas påverka de olika målgrupperna.

Figur 2.3 Målgruppsanpassad vård



Enkelt

Patienten kan botas vid en vårdepisod och inom en vårdenhet. Efter behandling och uppföljning är patienten färdigbehandlad, och inga fler vårdkontakter behövs förrän ett nytt behov uppstår. Patienten gynnas av en lättillgänglig primärvård. Här befinner sig majoriteten av befolkningen när de kommer i kontakt med vården. Antalet per-

[37] Tankesmedjan Leading Health Care, *Working paper 2016:1*, 2016.

soner är stort, kostnaden per åtgärd relativt liten. Aspekter som tillgänglighet och valfrihet blir viktiga.

Exempel: Akuta infektioner, mindre trauman, bedömning av godartade hudförändringar.

Utredningens kommentar: Omfattas i stor utsträckning av utredningens förslag till primärvårdsreform och ökad tillgänglighet till primärvårdens olika professioner. Utredningens bedömning är att även denna målgrupp gynnas av, men inte alltid är beroende av, ett system som bygger på kontinuitet, såsom fast läkare i primärvården, fast vårdkontakt i primärvården (region och/eller kommun) och tillhörighet till ett interprofessionellt team. Detta för att underlätta kontakten den gång det enskilda behovet av vård uppstår, men också för att underlätta förebyggande insatser på längre sikt. God tillgänglighet är avgörande, och kontakt bör kunna erbjudas såväl fysiskt som digitalt utifrån patientens preferens och behov.

Komplicerat

Patienten har tillstånd som kan botas, men behov finns av flera vårdgivare/utförare. Utförarna kan finnas inom primärvård eller den specialiserade vården och behoven kan vara av medicinsk akut eller icke akut karaktär. Kännetecknas av att den som först bedömer patienten behöver hjälp i den vidare handläggningen. Ibland, men inte alltid, kommer patienten sedan tillbaka till den person som gjorde den första bedömningen. Även här är tillgänglighet ofta viktigare än kontinuitet, dessutom är korta ledtider mellan vårdprocessens olika delar av vikt.

Exempel: Akut buksmärta, bröstsmärta, trauma, utredning som involverar flera vårdgivare

Utredningens kommentar: Omfattas av utredningens förslag om förbättrad samverkan mellan primärvården och specialiserad vård, och av utredningens förslag om förflyttning från fokus på organisationen till på vilket sätt sammanhållna insatser kan erbjudas patienten på det mest effektiva sättet. För denna målgrupp kan en planering omfattande flera vårdgivare vara vanligt förekommande, en planering som då ska göras i samråd med patienten. Patienten ska känna sig trygg med vem som gör vad och när, och vart man vid behov vänder sig för kontakt med någon av de olika vårdgivare som ingår i den

gemensamma processen. Bland annat detta föreslår utredningens ska regleras i ett s.k. patientkontrakt.

Kroniskt

Livslång process, där målet är att undvika försämring och uppnå bästa möjliga livskvalitet. Vanliga kroniska sjukdomar, så kallade folksjukdomar, ingår i primärvårdens uppdrag. Andra, mer ovanliga sjukdomar, tas om hand på specialiserade mottagningar. Här är kontinuitet ofta viktigare än tillgänglighet, ofta behövs kontinuitet till ett helt team, t.ex. läkare, diabetessköterska, fysioterapeut, dietist för patient med diabetes. Ibland behöver annan specialistkompetens kopplas in, t.ex. vid fotsår. Patientens roll i sin egen vård blir särskilt central.

Exempel: KOL, hjärtsvikt, diabetes, osteoporos, artros.

Utredningens kommentar: Omfattas till stor del av utredningens förslag till primärvårdsreform vad gäller reglering av tillgång till och kontinuitet till olika kompetenser i vården, men också i utredningens förslag vad gäller förutsättningar för samverkan mellan utförare och samverkan mellan region och kommun. I gruppen finns många av dem som gynnas av tydligare och förstärkt reglering av den individuell planen, samt av ett s.k. patientkontrakt.

Komplext

Ofta livslångt tillstånd, flera sjukdomar, flera vårdgivare. Patienter med flera olika tillstånd, ofta kroniska, men ibland av mer akut karaktär. Ofta sköra patienter eller patienter med flerfunktionshinder, men även patienter med sällsynta diagnoser. Kännetecknas av kontinuerlig kontakt med flera vårdgivare, ofta mer än en huvudman och av stort behov av samordning. Gruppen är relativt liten men mycket resurskrävande. Här är kontinuitet och samordning viktig, inte bara mellan patient och vårdgivare utan även mellan olika vårdgivare för att kunna arbeta interprofessionellt tillsammans med patienten. Stort behov av individuella lösningar.

Exempel: Vissa äldre med många sjukdomar, psykisk ohälsa med samtidig social problematik, flerfunktionshinder, personer som omfattas av LSS.

Utredningens kommentar: Omfattas till stor del av utredningens förslag till primärvårdsreform vad gäller reglering av kontinuitet, behov av olika kompetenser i primärvården, och förslag gällande behovet av att tydligt koppla ihop primärvårdens insatser med annan specialiserad vård, och stärka primärvårdens samordnande roll.

Omfattas också av utredningens förslag till förbättrade förutsättningar för uppluckrade gränssnitt mellan den hälso- och sjukvård som traditionellt utförts på sjukhus men som i allt större utsträckning kan tillhandahållas på andra platser och ibland även tillhandahållas med hjälp av digitala lösningar. Har särskild nytta av utredningens förslag vad gäller förutsättningar för samverkan mellan utförare, och samverkan mellan region och kommun. I kanske ännu större utsträckning än i grupperna ovan finns här många av dem som gynnas av tydligare och förstärkt reglering av den individuell planen, samt av ett s.k. patientkontrakt.

Lokalt arbete

I olika regioner och kommuner arbetar man, i olika konstellationer och ofta med involvering av patienter och brukare, med att ta fram beskrivningar av hur man tänker sig att den pågående omställningen påverkar, och hur man vill att den ska påverka, människors liv i vardagen. Ett välkänt exempel är arbetet utifrån konceptet ESTHER, med ursprung i region Jönköping.[38] Inom ramen för arbetet på SKR med omställningen till nära vård är ett särskilt fokus att lyfta autentiska patientberättelser som exempel på hur vården rent praktiskt förändras för att motsvara enskildas behov.

Vi behöver alla hjälpas åt att samla erfarenheter och berättelser när omställningen nu sker runt om i landet. Vi lånar i det följande några exempel från Region Västerbotten och Skellefteå kommun, där ett tankeexperiment i form av fiktiva framtida tidningsartiklar sammanställts under workshops med företrädare från både region och kommun. Exemplen är tänkta att läsas som tankeväckande illustrationer till den pågående omställningen, och gör förstås inte anspråk på att vara heltäckande. Att de följande exemplen fokuserar på hur vården blir när den i större utsträckning bedrivs utanför sjuk-

[38] Region Jönköping, *Esther*, 2019.

husmiljö förtar förstås inte behovet av att de som i dag verkar i den traditionella sjukhusmiljön är berörda och involveras i omställningen.

Figur 2.4 Framtidens Nyheter



Stamkunden blev stommen

SKELLEFTEÅ. Att fly sitt hemland och möta en oviss framtid i en ny värld är svårt. Att göra det med kronisk värk är värre. Men det finns hopp.
– Jag brukar säga att jag var stamkund på hälsocentralen och nu är jag en stomme i mitt företag, säger Ahmed, 36.

Hans historia är tung, men inte unik. För sju år sedan flydde han och hustrun Maria krigets Syrien. För Ahmed väntade många år av frustration och förvirring i sitt nya hemland Sverige. Men han är inte intresserad av att prata om dåtid.

Accepterat värken
– Om du bara visste hur mycket jag har sörjt och ältat. Till sist blev jag min egen fånge i det. Men vem hjälper det? Visst – jag har värk, jag kommer alltid att ha den, men ingen kommer att tacka mig för att jag inte försöker njuta av livet, säger Ahmed och tillägger att han sällan tänker på sina krämpor.
– Jag har accepterat dem. Allt handlar om perspektiv och just nu är mitt perspektiv att vara mitt bästa jag – för min familj, för mitt företag och för samhället i stort.

Pilotprojekt avgörande
Men det krävdes hjälp för att få Ahmed att bryta den nedåtgående spiral han befann sig i. Efter ständiga besök till hälsocentralen och lika många besvikelser över brist på hjälp blev Ahmed en dag tillfrågad om han ville ingå i ett pilotprojekt där myndigheter skulle samverka för att tillsammans med Ahmed själv förbättra livskvaliteten. Pilotprojektet var grunden till det idag väletablerade begreppet "Min plan".
– Så här i efterhand känns det så självklart. Hur ska man göra en människa hel om man inte ser hela människan, säger Ahmed retoriskt och fortsätter:
– För mig gjorde det hela skillnaden. Jag kände att jag blev sedd och tagen på allvar. Jag fick möta skicklig personal både inom vården och psykiatrin, men också från socialen och arbetsförmedlingen. Det hjälpte mig att återfå ett liv.

Han framhäver en fast läkarkontakt och kuratorstöd som de kanske viktigaste aspekterna.
– Det är ett heltidsjobb att ha värk och vara ledsen. Man orkar liksom inte kastas runt.

"För mig är det viktigt"
Med en tryggare grund, en tilltagande hälsa och allt bättre kunskaper i svenska började Ahmed praktisera på olika arbetsplatser. Det visade sig att han hade talang som säljare och det dröjde inte lång tid innan han hade en tillsvidareanställning.
– Äntligen kände jag att jag kunde försörja min familj. För mig är det viktigt.

Men med två barn under 10 år är det en utmaning att få ihop familjeliv med åttatill-fem-jobb. Alltså tog Ahmed sin säljartalang och startade en egen firma, en auktionssajt med arabiska som huvudspråk som han och Maria kan hantera hemifrån.
– Det passar oss. Det är mycket jobb men vi kan vara mer flexibla än tidigare, säger Ahmed.

Från okänd till erkänd

SKELLEFTEÅ. I samband med att Conny Karlsson, 35, efter flera års tungt missbruk drabbades av endokardit vände livet till det bättre. Via en samordnad individuell plan, SIP, fick han plats på ett nyetablerat behandlingshem som drivs gemensamt av Region Västerbotten och Skellefteå kommun. I nära dialog med myndigheterna kunde han få livet i balans och hjälp med boende samt sysselsättning.
– Jag är delaktig i min vård och behandling., det är framgångsreceptet för mig, säger Conny.

ENKÄT: Hur har Min plan påverkat dig?

Siri Granberg , 78, pensionär, Boliden:
– Här i Boliden har vi "Team hemmavård" som består av två sjuksköterskor och en läkare som bevakar och hanterar min hälsa. Men de gör det i regel på distans eftersom jag har en manick som sänder data. Det känns tryggt, för har jag behov av att träffa dem fysiskt är de aldrig långt borta. Men jag slipper åka dit stup i kvarten nu. Skönt!

Anna Hedlund, 91, pensionär, Fällfors:
– Framför allt har det inneburit ett kliv in i det moderna samhället för mig och min make. Vi har fått en digital hjälpreda som heter Siri och som påminner oss om mediciner och mat och saker som ska göras. En mat- och sovklocka som är oumbärlig. Sedan tittar vår vårdkontakt till oss och tittar över vår plan. Dessutom har vi en rar anhörigstödjare.

Mona Berg, 61, samordningssköterska, Bureå:
– Som tidigare utmattad har det inneburit att jag fått ett team runt mig som fokuserar på helheten - allt från kost och motion till struktur och stresshantering. Jag har bland annat en internetbaserad livscoach som jag är väldigt tacksam över. Men jag har även sett hur Min plan hjälpt andra. Min demenssvärmor är en. Det blir också ett stöd för oss anhöriga.

Emma Lundgren, 44, peer-support, Skellefteå:
– För några år sedan var mitt liv ett kaos. Jag orkade knappt ta hand om mina barn och det kändes som att jag inte hade något värde. Nu planerar jag resor och ser fram emot varje ny dag. Via Min plan fick jag hjälp att skapa struktur i mitt liv på alla nivåer. Den digitala familjecoachen har bidragit extra mycket, tycker jag.

Fiktiva berättelser framtagna av Region Västerbotten och Skellefteå kommun. Sammanställning: Per Strömbro.

2.4.5 Ett begripligt hälso- och sjukvårdssystem

Samtidens krav och synen på offentlig verksamhet är annorlunda än förväntningarna historiskt. Den tidigare ofta självklara tilltron till auktoriteter såsom myndigheter och vårdgivare är hos vissa lägre, förväntningarna på transparens och begriplighet är höga. Det finns ett stort och ökande behov av att också pedagogiskt kunna beskriva sin verksamhet. Detta gäller förstås också hälso- och sjukvårdssektorn. Det finns grupper som har låg tilltro till systemet, och som därmed riskerar att marginaliseras från samhällets insatser. Det ställer helt nya krav på kommunikation, och synliggör behov och skillnader i befolkningens hälsolitteracitet, ibland benämnt hälsokompetens.[39] För att kunna vara en jämbördig part och samskapare med hälso- och sjukvården behöver man som patient vara informerad och ha möjlighet att få till sig information efter förmåga, preferens och behov. Annars riskerar talet om ökad delaktighet och den personcentrerade vården bli en papperstiger. En av utredningens utgångspunkter sedan start är att det moderna hälso- och sjukvårdssystemet ska vara begripligt för såväl patienter och närstående som för medarbetare, något som många gånger rapporterats till oss inte är fallet i dag.

I detta kommer också faktorer som samordning över landet in – när rörligheten ökar för såväl patienter som medarbetare ökar också behovet av samordning i det som ibland är 20 eller 290 olika sätt att utföra en tjänst. Det blir en fråga om igenkänning och därmed trovärdighet, och i vissa fall också en fråga om kostnadseffektivitet och jämlik vård. Det kan därför finnas ett behov av att gränssnittet mellan vad som görs olika och lika förskjuts. Självklart måste samtidigt proportionalitetsprincipen vad gäller det kommunala självstyret hållas i åtanke. Även om mer behöver göras lika finns det fortfarande lokala och regionala skillnader i förutsättningar att ta hänsyn till. Utifrån våra omfattande dialoger med huvudmännen och övriga aktörer är vår förhoppning att träffa rätt i den balansen med utredningens förslag.

[39] Svenska MeSH: Health Literacy. Hälsokompetens. Individers förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation i syfte att bibehålla, främja eller förbättra hälsa, samt att fatta självständiga beslut i hälsofrågor.

2.4.6 En hälso- och sjukvård med både hjärta och hjärna

Ibland har vi i utredningen mötts av synpunkten att svensk hälso- och sjukvård blivit alltför teknisk och institutionaliserad. Vi har glömt bort och systematiskt förminskat relationens betydelse, och inte förmått ta vara på det engagemang som finns hos alla som verkar i hälso- och sjukvården. Att man som medarbetare inte får förutsättningar att använda sin professionella kompetens på bästa sätt utifrån de behov som finns. Att man som patient och närstående inte får möjlighet att vara så aktiv part som man vill vara. Andra gånger upplevs pendeln ha slagit alltför långt åt andra hållet, och alltför stort ansvar och för stora förväntningar läggs på patienten själv och närstående. Lyhördheten för den enskildes behov och förutsättningar glöms bort.

Kanske är det just *samspelet* mellan den enskilde, dess sammanhang och hälso- och sjukvården och de medarbetare som finns där som är det viktiga. Som måste fungera, och bygga på ömsesidig tilltro och förtroende. Systemets uppgift är att ge goda förutsättningar för det mötet. Vi hoppas att våra förslag kan vara steg på vägen för det. I utvecklingen av en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård, med en stark och adekvat resurssatt primärvård som bas. En hälso- och sjukvård med både hjärta och hjärna. En hållbar hälso- och sjukvård med hög kvalitet, där man som patient och närstående känner delaktighet och trygghet, som skattebetare känner förtroende, och där man som medarbetare väljer att arbeta.

3 Framgångsfaktorer och hinder för omställningen

3.1 Utgångspunkter

I utredningens ursprungliga direktiv anges, utöver våra specifika utredningsuppdrag, att vi ska redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring och att det i uppdraget ”ingår att analysera hur ett genomförande skulle kunna ske i praktiken utan att riskera en sämre kvalitet i vården i dess helhet och identifiera och analysera vilka framgångsfaktorer, problem och hinder som finns för att primärvården ska utvecklas på ett framgångsrikt sätt.”

Vi har i våra tidigare delbetänkande utformat och fördjupat den övergripande målbild och färdplan för omställningen av hälso- och sjukvården som nu ligger till grund för bl.a. regeringsuppdrag till Socialstyrelsen och IVO kopplat till stöd, uppföljning och tillsyn för god och nära vård, samt en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) med samma titel (se figur 2.1 i avsnitt 2.3.2).

När vi nu avrapporterar de återstående uppdragen från våra ursprungsdirektiv samt de två första tilläggsdirektiven, ser vi att det finns anledning att komplettera denna målbild och färdplan med en övergripande beskrivning av det vi under utredningens gång identifierat som centrala framgångsfaktorer respektive möjliga hinder för omställningsarbetet. En sådan beskrivning följer i detta kapitel. Vad som är att se som framgångsfaktor respektive hinder går naturligtvis att ha olika åsikter om. Samma aspekt – t.ex. ledarskap -kan vara en framgångsfaktor om man arbetar aktivt med den och ett hinder om man försummar den. Utredningen har i grupperingen av hinder respektive framgångsfaktorer utgått från principen att hinder är sådant där vi ser att allt för lite händer och bristen på pågående hantering på bred front riskerar att stjälpa uppstartade omställnings-

initiativ. Skulle dessa hanteras på ett adekvat sätt skulle de i stället kunna vändas till framgångsfaktorer. Utredningen vill också understryka att den ordning områden presenteras i inte är uttryck för en prioriteringsordning.

Som vi beskrivit i färdplanen krävs engagemang och insatser på alla nivåer och bland alla berörda aktörer om vi ska lyckas med omställningen. Det lokala ägarskapet och genomförandet, med gemensamma målbilder för regioner och kommuner och därav följande strategiska beslut i verksamhetsplan och budget, kommer vara en helt avgörande del.

De framgångsfaktorer och hinder som nedan redogörs för kan därmed också ses som en hjälp i att identifiera och strukturera olika faktorer och frågor som kanske främst huvudmännen, men även andra aktörer, oundvikligen kommer att behöva adressera i sitt eget omställningsarbete (även om det blir olika fokus beroende på aktör). Områdena nedan skulle därmed också kunna användas för att strukturera t.ex. uppföljning av omställningsarbetet, huvudmännens egna handlingsplaner eller liknande.

3.2 Framgångsfaktorer för omställningen

3.2.1 Personcentrering och involvering av invånare och patienter i hälso- och sjukvårdens utveckling

Från mottagare till medskapare

Att hälso- och sjukvården så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten framgår av patientlagen (2014:821) (PL). Liksom att patientens medverkan i vården alltid ska utgå från patientens önskemål och egna förutsättningar.[1] Av tradition har dock vården i hög grad utgått från sina egna perspektiv, från sina egna stuprör i förhållande till diagnoser, organ, professioner etc. För att klara omställningen till god och nära vård behöver frågan ”vad är viktigt för dig, som patient och närstående?” ställas oftare.

För att skapa den moderna vård som möter dagens behov och förväntningar behöver vi lära av patienter och deras närstående och låta deras behov, preferenser och resurser vara en utgångspunkt i utformningen och utvecklingen av hälso- och sjukvården. Patienters

[1] 5 kap. 1–2§§, PL.

medskapande av sin egen hälsa och vård är en ofta förbisedd resurs som i högre utsträckning behöver tillvaratas och stödjas.[2] Det handlar om ett skifte från att se patienter som mottagare av vårdtjänster till ett gemensamt partnerskap. Att se patienter som medskapare av sin egen hälsa och vård. Detta innebär såväl ett kultur- som maktskifte. Detta skifte innebär också att vi skapar möjlighet att ta större ansvar för sin egen vård för de som vill och kan.

Att göra detta skifte är också avgörande för att säkerställa god och jämlik vård för sårbara och marginaliserade grupper samt dem med störst behov av vård och omsorg. För personer vars behov kanske är mer ovanliga och sammansatta än för det stora flertalet blir personcentreringen och förmågan att kunna möta varje person där just den är än viktigare.

Det finns enligt utredningens mening ingen motsättning mellan ett sådant förhållningssätt och behovet av standardiserade insatser på gruppnivå, utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Tvärtom förutsätter ett individanpassat arbetssätt tydliga strukturer för hur vården ska utformas på gruppnivå, och utifrån beslutade prioriteringsordningar.

Skillnad mellan information och involvering

Utredningen vill i detta sammanhang understryka att det är skillnad på att få information om något och att ges möjlighet att vara delaktig och påverka innehållet i en process, såväl rörande den egna vården som utvecklingen av hälso- och sjukvården. Samtidigt är det viktigt att se att tillgång till relevant information är en viktig grundbult för att man som patient, närstående eller invånare ska kunna vara delaktig på ett ändamålsenligt sätt. Detta reflekteras också i patientlagens tredje kapitel, som heter just ”Information” och där det regleras vad en patient ska få information om. Det framgår även att informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Samt att om mottagaren önskar avstå från information ska detta respekteras.[3] Det är också fastslaget i lagen att informationen ska lämnas skrift-

[2] Vårdanalys, *Från mottagare till medskapare,* 2018, s. 3.
[3] 3 kap. 6 §, PL.

ligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om han eller hon ber om det.[4]

Delaktighet i det enskilda vårdmötet

Synen på patienten som medskapare i sin egen vård ställer krav på ökad lyhördhet från vårdens professioner för patientens behov, förutsättningar och preferenser. Det avser såväl utredning och behandling som bemötande, val av kontaktvägar, närståendes involvering samt hur patientens egna resurser kan tas tillvara. Vården behöver skapa förutsättning för delaktighet, men sedan är det upp till patienten hur mycket hen vill och kan vara delaktig. Vissa patienter vill själva ta ansvar för en större del av besluten rörande sin vård, medan andra känner sig tryggare om hälso- och sjukvårdspersonal fattar besluten. Oavsett har vården ansvar för att patienten blir informerad om olika alternativ för utredning och behandling och kan fatta väl avvägda beslut.

Delaktighet i utveckling av vården

”Det händer något i rummet när man sätter patienten vid bordet. Diskussionerna utgår naturligt mer från de vi är till för”. Så beskrev en hälso- och sjukvårdsdirektör sin positiva upplevelse av att ha med patientrepresentanter även i strategiska diskussioner om utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Utredningen vill i detta sammanhang framhålla just behovet av patientdelaktighet på alla nivåer, även i styrning och utveckling av vården. Såväl på verksamhets- som strategisk nivå. Det kan t.ex. göras genom medborgardialoger kring hur vården bör utvecklas och/eller hur man ska prioritera mellan olika initiativ, genom att anställa personer med patienterfarenhet till förvaltningar eller genom att skapa referensgrupper med personer med patient-/närståendeerfarenhet till olika utvecklingsarbeten. Utredningen vill samtidigt framhålla att detta från verksamheternas sida också kräver att man skapar strukturer, t.ex. för utbildning och ersättning, som gör det möjligt att involvera patienter/invånare på ett ändamålsenligt sätt.

[4] 3 kap. 7 §, PL.

Det handlar även om att tillgängliggöra information om *hur* man som invånare med tankar om hur hälso- och sjukvården bör utvecklas kan engagera sig, eller delge sina reflektioner till relevanta verksamheter.

För att skapa en verkligt personcentrerad hälso- och sjukvård är det vidare centralt att säkerställa beaktande av jämställdhets-, jämlikhets-, barnrätts- och funktionshinderperspektiv i utformningen av hälso- och sjukvården. I detta sammanhang vill utredningen speciellt uppmärksamma FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning samt FN:s konvention om barnets rättigheter. Den senare inkorporerades i svensk lag den 1 januari 2020 genom lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

Goda exempel

Levande bibliotek

I flera regioner tas kunskaperna och engagemanget hos patienter och närstående till vara genom ”ett levande bibliotek” där man samlar särskilt intresserade och kunniga. Personerna representerar någon sjukdomsgrupp eller är närstående. Gemensam nämnare är att de vill bidra med sina erfarenheter av hälso- och sjukvård. Olika verksamheter kan kontakta Levande bibliotek som matchar behovet med lämplig medlem och erbjuder ett deltagande i verksamhet. Det kan handla om processarbete, utvecklingsdagar, föreläsning, enskilda patientsamtal, volontärarbete, med mera.[5] Denna arbetsform kommer ursprungligen från Jönköping där det levande biblioteket i dag består av ca 45 personer i olika åldrar med olika bakgrund och kompetenser.[6] I utvärderingar av detta arbete lyfter patienter och närstående möjligheten att påverka som positiv men att projektet också lett till större förståelse för hälso- och sjukvårdens verksamhet och personal.[7] Verksamheten har genom projektet kunnat ta del av nya kunskaper och perspektiv som kommer till användning i utveck-

[5] Region Jönköping, *Erfarenheter från patienter och närstående samlas i ett levande bibliotek*, 2018.
[6] Region Jönköping, *Levande bibliotek*, 2019.
[7] Region Jönköping, *Erfarenheter från deltagarna*, 2019.

landet av vården.[8] Konceptet med Levande bibliotek har också börjat användas i andra regioner b.la. VGR.[9] Det finns även liknande projekt där personer med erfarenhet som patient, brukare och/eller närstående varit delaktiga i utveckling av vården t.ex. innovationsguiden från SKR där barn och unga involverats i utformningen av barn- och ungdomsvården.[10]

Anställda spetspatienter i Norrbotten

Utredningen har i tidigare delbetänkande beskrivit arbetet med spetspatienter, patienter som i kontakt med livsomvälvande sjukdom utvecklar strategier och metoder för att maximera må-bra-tiden.[11] Dessa personer är särskilt engagerade i sin egenvård och har utifrån långvarig sjukdom fått specifika erfarenheter och perspektiv. Region Norrbotten arbetar med spetspatienter med målet att etablera ett diagnosoberoende kompetenscentrum för aktiva patienter. Ambitionen är att fler kan bli spetspatienter med hjälp av egenvårdsutbildning och tillgång till bra verktyg.[12] Som en del av detta arbete anställde Region Norrbotten under 2019 två spetspatienter i projektgruppen. Deras arbetsuppgifter var bl.a. att ta fram utbildningsmaterial som andra som får en kronisk diagnos kan ha hjälp av samt att arbeta tillsammans med olika patient- och brukarföreningar.[13]

3.2.2 Interprofessionellt lärande och arbetssätt

För att möta en persons sammansatta behov krävs en samverkan inte bara mellan olika huvudmän och organisationer (se avsnitt 3.2.4), utan också strukturer som uppmuntrar och underlättar samarbetet mellan vårdens olika professioner - såväl de kliniskt verksamma som de administrativa och stödjande yrkesgrupperna - i det dagliga arbetet. Interprofessionell kompetens innebär förmåga att samverka med andra

[8] Region Jönköping, *Erfarenheter från verksamheten*, 2019.
[9] Västra Götalandsregionen, *Levande bibliotek ska bidra till bättre vård i Västra Götalandsregionen*, 2019.
[10] Innovationsguiden, *Spridningskatalog Lösningsförslag och lärdomar från utvecklingsteamen som arbetat med att förbättra och utveckla den sociala barn- och ungdomsvården,* 2017.
[11] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, s. 189–191.
[12] Region Norrbotten, *Spetspatienter – en ny resurs för hälsa*, 2017.
[13] Region Norrbotten, *Spetspatienterna som gör vården bättre*, 2019.

professioner, att ha kunskap om, förståelse och respekt för andra professioners funktioner, roller och etiska värderingar. Dessa kompetenser anses bidra till att förbättra vårdens kvalitet.[14]

De interprofessionella arbetssätten grundas redan under utbildningstiden, och behovet av att stärka såväl interprofessionellt lärande som arbetssätt betonas av många av våra samverkanspartners, inte minst kommande och yngre medarbetare i vården.

Behovet av interprofessionell samverkan gäller dock inte bara mellan de kliniska vårdprofessionerna. Behovet återfinns även gällande samverkan mellan olika styrande funktioner hos vårdens huvudmän. För att skapa en bättre helhetssyn, med beaktande av och förståelse för olika perspektiv i vårdens styrning, så är det av stor vikt att t.ex. funktioner som hanterar kommunikation, it-stöd, ekonomi, upphandling, fastighets- och personalfrågor inte blir ”separata öar” i en organisation utan en del av ledningsgrupp eller liknande.

I den politiskt styrda organisation som hälso- och sjukvården är ser utredningen även ett behov av utvecklat interprofessionellt lärande och arbetssätt mellan de kliniska verksamheterna, tjänstepersonerna inom ansvariga förvaltningar samt de folkvalda politiker som beslutar om den övergripande inriktningen på och utformningen av hälso- och sjukvården.

Goda exempel

I vårt andra delbetänkande ingick en bilaga om interprofessionell utbildning och interprofessionella arbetssätt, som lyfte goda exempel bl.a. i form av Nätverket för Sveriges Hälso- och sjukvårdsstudenter och integrerade vårdteam hos South Central Foundation i Alaska.[15] I tillägg till dessa, följer här två andra exempel.

Riksförbundet sällsynta diagnoser – Gemensamt lärande

Med sällsynt diagnos avses, enligt de svenska kriterierna, ett tillstånd som leder till omfattande funktionsnedsättning och som förekommer hos högst 1 person på 10 000 invånare. Ca 2 procent av Sveriges befolkning har en sällsynt diagnos. Att leva med en sällsynt diagnos

[14] WHO, *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*, 2010.
[15] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, s. 481–504.

innebär ofta komplicerade vård- och stödbehov, under hela livet och kunskap kring diagnoserna saknas ofta hos vårdpersonal i olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet.[16]

Med hjälp av finansiering från Allmänna arvsfonden startade 2016 ett treårigt projekt, Gemensamt lärande, som drivits av Riksförbundet Sällsynta diagnoser i samarbete med Centrum för Sällsynta diagnoser (CSD), Gro Organisationsutveckling och Riksförbundets regionala nätverk. I arbetet med Gemensamt lärande har olika professioner och patientföreträdare arbetat tillsammans, utifrån ett patientperspektiv, för att fördjupa kunskapen om och ta fram effektiva modeller för utveckling av personcentrerad vård för alla personer som har sällsynta diagnoser.[17]

Projektet har ökat samverkan mellan vårdens medarbetare, patienter och närstående genom att utveckla ett arbetssätt inspirerat av personcentrerad vård. Tillsammans med patientföreträdare och vårdens medarbetare från respektive regioner har projektet bidragit till ett fördjupat samarbete, erfarenhetsutbyte och stöd mellan CSD och patientrepresentanter samt verkat för att vården ska utvecklas och arbeta personcentrerat.

Biomedicinsk analytiker som en del av teamet i kommunens hälso- och sjukvård

Hur provtagning, och i vissa fall också diagnostik och analyser, kommer att utföras utanför traditionell sjukhus- och laboratoriemiljö, är något som diskuteras i flera länder. I Danmark har ett arbetssätt med mobilt medicinskt laboratorium prövats och i Norge har kommunalt anställd biomedicinsk analytiker i syfte att öka kunskapen om provtagning hos andra yrkesgrupper i hälso- och sjukvården på vissa håll etablerats. I Sverige har formen med en kommunalt anställd legitimerad biomedicinsk analytiker provats under en period av Umeå kommun.[18] Förutom att bidra i det praktiska arbetet med provtagning innebar funktionen också en möjlighet till interprofessionellt lärande mellan de yrkesgrupper som traditionellt utför momenten och den nya tillförda kompetensen, ett lärande som

[16] Sällsynta diagnoser, *Om riksförbundet Sällsynta diagnoser*.
[17] Sällsynta diagnoser, *Gemensamt lärande*.
[18] Vårdfokus 2018-9, *Fariba fick unika jobbet*, 2018.

uppskattades av alla inblandade.[19] När hälso- och sjukvård i större utsträckning bedrivs i annan miljö än traditionellt, betyder det att yrkesgrupper som kanske tidigare inte varit en självklar del av teamet behöver finnas med, inkluderas och bidra med sin kompetens i nya sammanhang.

3.2.3 Salutogent förhållningssätt

För att vi ska klara av att möta framtidens hälsoutmaningar och vårdbehov i befolkningen måste vi skifta mer av vårt fokus till hur vi kan stärka hälsa, inte bara behandla sjukdom. Genom att förebygga eller skjuta upp insjuknande i akuta eller kroniska sjukdomar, minska risken för återinsjuknande eller förvärrade tillstånd, och skapa eller återskapa funktionsförmåga kan såväl mänskligt lidande undvikas som den begränsade gemensamma resursen användas mer effektivt.

De största vinsterna när det gäller förebyggande av ohälsa finns att hämtas hem i andra sektorer än hälso- och sjukvården (t.ex. inom transport- och utbildningssektorn) men hälso- och sjukvården har också en viktig roll att spela vad gäller hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder, både på individ och befolkningsnivå. Utredningen vill här specifikt framhålla habiliterande och rehabiliterande åtgärders betydelse för att stärka hälsan. Bägge dessa områden handlar just om att utveckla respektive återvinna ”bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande hos den enskilde”.[20]

Vårdsektorn har också möjligheter att påverka hälsan genom att utveckla sitt arbete med goda vårdmiljöer. För patienter och för medarbetare. Det handlar både om att utveckla arbete och forskning kring hur vårdmiljöer påverkar tillfrisknande och sjukdomsförlopp och att skapa sunda arbetsmiljöer för dem som jobbar i vården.

Att vi väljer att lyfta detta område som en framgångsfaktor grundar sig bl.a. i att det under den tid utredningen verkat börjat ske ett skifte i den offentliga hälso- och sjukvårdsdebatten, där *hälsa*, inte bara sjukdom, får alltmer utrymme och där behovet av före-

[19] Baserat på presentation vid rundabordssamtal om Diagnostik i den nära vården, hos Vårdförbundet 191016.
[20] Jfr definitionen av *habilitering* respektive *rehabilitering* i prop. 1992/93:159 *om stöd och service till vissa funktionshindrade*, s. 200.

byggande och rehabiliterande åtgärder alltmer lyfts fram. Som exempel kan t.ex. nämnas SKR:s ekonomirapport från maj 2019, där man i ett särskilt kapitel lyfte behovet av att arbeta förebyggande för att möta effekterna av den demografiska utvecklingen.[21] Vi är samtidigt medvetna om att det alltjämt återstår ett stort arbete med att överföra denna stigande medvetenhet till reella förutsättningar för verksamheter runtom i landet att på ett strukturerat och strategiskt sätt arbeta mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande (se t.ex. avsnitt 7.2.5 i vårt tredje delbetänkande). Utredningen har den senaste tiden fått en del oroväckande signaler om att just förebyggande och rehabiliterande insatser, t.ex. från fysioterapeuter, arbetsterapeuter och dietister, är bland det första som huvudmännen drar in på när budgetramarna dras åt. Om en sådan utveckling skulle fortsätta på bred front runtom i landet den närmsta tiden, så kommer det i stället att utgöra ett hinder för omställningen.

Goda exempel

Gävleborgs arbete med proaktiv hälsostyrning,

Proaktiv hälsostyrning innebär att patientens situation är utgångspunkten, inte diagnoser eller symtom. Personalen gör en kartläggning av situationen, tolkar behoven och sätter i samråd med patienten in de åtgärder som behövs för att bibehålla hälsa, förebygga ohälsa och vårdbehov. Hälsocentralerna har uppdrag att arbeta enligt arbetsmodellen som en del i Hälsovalet Region Gävleborg. Det finns en direkt samverkan mellan kommunerna och hälsocentralerna, dels genom biståndshandläggare som deltar i kartläggningarna, dels via kommunens hemtjänst som uppmärksammar behov av insatser. Ett av de områden där regionen använder sig av modellen är fallprevention. Detta har lett till att fallskadorna minskat med 24 procent mellan 2013 och 2017. Fallskadorna är också få jämfört med andra regioner.[22]

[21] SKR, *Ekonomirapporten maj 2019*, 2019, kap. 4.
[22] SKR, *Ekonomirapporten*, *oktober 2019*, 2019, s. 58.

Boverkets arbete med vårdens miljöer

Även vårdens miljöer behöver vara utformade med hälsofrämjande i åtanke. Boverket har inom det övergripande uppdraget Gestaltad Livsmiljö fått uppdraget att särskilt stödja kvaliteten inom vårdens miljöer. Här ligger stort fokus på såväl ökad hållbarhet och jämlikhet som minskad segregation, samt ökad delaktighet för att kunna påverka vårdens miljöer. Med denna utgångspunkt kommer boverket att ta fram en vägledning för kommuner, regioner och berörda privata aktörer om hur vårdens miljöer bör utformas. i denna vägledning samlas kunskap om hur gestaltad livsmiljö med hög kvalitet kan implementeras i såväl planering, byggande, inredning, drift som förvaltning av vårdens miljöer.[23]

3.2.4 Fungerande samverkan och samordning för ett sammanhängande hälso- och sjukvårdssystem

Ett fragmentiserat hälso- och sjukvårdslandskap

Såväl omvärlden som vårt hälso- och sjukvårdssystem ser mycket annorlunda ut i dag än när den grundläggande lagstiftning för hälso- och sjukvården kom till i början på 80-talet. Såväl invånare som patienter och allmän information rör sig mycket snabbare, och oftare, mellan olika delar av landet (och världen). Antalet utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård är dessutom väsentligt större efter att vissa uppgifter överlåtits till kommunernas huvudmannaskap, att vårdvalssystem inom primärvården blivit obligatoriskt och att man öppnat upp för möjligheten att använda LOV även inom andra delar av hälso- och sjukvården. Dessutom har vi allt fler invånare som lever längre och flera med komplexa behov, som kräver insatser från såväl olika huvudmän som olika utförare.

För att i dag kunna tillhandahålla en sammanhängande och effektiv hälso- och sjukvård till våra invånare finns därmed ett väsentligt större behov av samverkan och samordning mellan olika aktörer.

[23] Boverket, *Utveckla vårdens miljöer*, 2019.

Att se sin egen del i helheten

Vi har i dag alltså ett system med olika delar som behöver kopplas ihop för att vi ska få till den personcentrerade vård och det effektiva utnyttjande av offentliga resurser som vi strävar efter. Mellanrummen behöver överbryggas. För att kunna göra det krävs det att alla ser sig själv och sin egen del av vårdkedjan som just en del av ett större hälsosystem. Samt att man har viss kunskap om omkringliggande delar i vård- (och omsorgs-)kedjan och om varandra. Även om man inte arbetar i samma formella organisation.

Liksom andra sektorer står hälso- och sjukvården inför att göra ett skifte från linjära organisationer, där syftet i stort är att leda den egna interna organisationen, till mer nätverksbaserade synsätt och därpå följande organisationsmodeller, där syftet mer är att samverka med andra utanför den egna organisationen. Denna förflyttning omnämns ofta internationellt som en förflyttning till ”integrated care”, integrerad vård. Ett sätt att definiera begreppet, utgående från systemperspektivet, är synen att

> Integrated health services delivery is defined as an approach to strengthen people-centred health systems through the promotion of the comprehensive delivery of quality services across the life-course, designed according to the multidimensional needs of the population and the individual and delivered by a coordinated multidisciplinary team of providers working across settings and levels of care. It should be effectively managed to ensure optimal outcomes and the appropriate use of resources based on the best available evidence, with feedback loops to continuously improve performance and to tackle upstream causes of ill health and to promote well-being through intersectoral and multisectoral actions.[24]

En översyn ur system- och organisationsperspektiv för svenska förhållanden återfinns i en rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys); Samordnad vård och omsorg (2016).[25]

Skiftet till mer samverkande och nätverksbaserade organisationer ställer också delvis nya krav på kompetens hos ledare och medarbetare. De nätverksbaserade organisationernas styr- och ledningssystem måste, för att vara funktionella, vara mer horisontella än

[24] WHO Regional Office for Europe, *Integrated care models: an overview*, 2016.
[25] Vårdanalys, *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmentiserat vård- och omsorgssystem*, 2016.

vertikala, mindre hierarkiska och mer fokuserade på tillit och värdeskapande aktiviteter.

Att arbeta mot gemensamma mål och en mer integrerad vård

För att åstadkomma ett sammanhängande hälso- och sjukvårdssystem kan det behövas såväl samverkan som samordning och vissa fall handfast samarbete mellan olika aktörer. Ingendera formen ska dock användas för sin egen skull, utan för att skapa sammanhängande system utifrån patienters och befolkningens behov.

Om olika begrepp[26]:
Samarbete – gemensamt bedrivet arbete som gäller en avgränsad uppgift,
Samordning – koordination av resurser och arbetsinsatser för att erhålla högre kvalitet och större effektivitet,
Samverkan – övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte.

Utifrån sitt övergripande ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) är det huvudmännens ansvar att säkerställa att nödvändiga strukturer och förutsättningar för att åstadkomma detta finns på plats. Utredningen vill i detta sammanhang framhålla behovet av strukturer för samverkan på såväl politisk som tjänstepersonsnivå.

I förhållande till det pågående omställningsarbetet vill utredningen här särskilt lyfta framtagandet av gemensamma målbilder och strategier för omställningsarbetet som en framgångsfaktor. Det gäller såväl lokalt mellan region och kommuner i ett visst län som nationellt mellan stat, kommuner och regioner.

Mellan olika vårdgivare och utförare av hälso- och sjukvård krävs det sedan i sin tur förutsättningar för en ändamålsenlig samordning, och ibland samarbete, utifrån befolkningens och individers behov. I kapitel 4 i detta betänkande lägger utredningen fram förslag med syfte att förbättra förutsättningarna för en samordnad och sammanhängande hälso- och sjukvård.

[26] Enligt Socialstyrelsens termbank.

Goda exempel

Närvårdssamverkan Uppsala

Region Uppsala och kommunerna i Uppsala län har tillsammans utformat en strategi för ”närvårdssamverkan” mellan 2018 och 2020. Med närvård avses ett samverkansarbete mellan Region Uppsala och kommunerna för att skapa goda förutsättningar för invånarnas hälsa och välbefinnande. Närvård innebär gränsöverskridande vårdsamverkan och handlar om att koppla ihop resurser mellan huvudmännen för att tillsammans ge bättre vård och omsorg än var och en för sig. En viktig utgångspunkt är en gemensam process för framtagande av strategin för närvårdssamverkan i länet. I strategin för närvårdssamverkan fastslås ett gemensamt huvudmål och gemensamma delmål för hälso- och sjukvården i länet. Beslut om strategin fattas på politisk nivå. Strategin utgör ett av underlagen för Region Uppsalas och kommunernas årliga verksamhetsplaner och budgetar.[27] Strategin är ett stöd för ett lösningsfokuserat synsätt. Där aktörerna utgår från hur de kan göra ett bra arbete tillsammans utifrån individens bästa med hjälp av deras gemensamma resurser. Med detta arbete rör man sig från en förhandlingskultur till en samverkanskultur. Då strategin löper t.o.m. 2020 påbörjas under 2020 ett revideringsarbete där man kommer att utvärdera och analysera de tre åren med strategin. I arbetet framåt kommer även kunskapsstyrningen inkluderas i samma struktur.

Hemsjukhuset i Borgholm

Hemsjukhuset definieras som hemsjukvård och hemtjänst i nära samarbete med hälsocentral och ambulanssjukvård. Den kommunala hemsjukvården blir basen för vården av personer med komplexa behov och den regionala hälso- och sjukvården reserverar tider där läkare alltid finns tillgängliga för hembesök som personal i den kommunala vården bokar efter behov. Konceptet är framtaget i samverkan mellan personal från både kommunal och regional hälso- och sjukvård som samlats och diskuterat hur de kan samarbeta bättre och tillhandahålla bättre vård. Patienten i Hemsjukhuset vet att det alltid går att få ett hembesök av läkare vid behov. Patienten vet också att

[27] Region Uppsala samt kommunerna i Uppsala Län, *Strategi för närvårdsamverkan i Uppsala län 2018–2020*, 2018.

hens läkare följer upp eventuella sjukhusvistelser löpande så att värdet av dessa optimeras för patienten. Sjuksköterskorna i kommunen behöver inte vara ensamma om ansvaret och kontakten med läkare förenklas betydligt [28] (arbetet i Borgholm har beskrivits även i vårt tidigare delbetänkande se s. 351 i God och nära vård. En primärvårdsreform [SOU 2018:39]).

3.2.5 Prehospital och mobil vård – en integrerad del i vårdkedjan

I ett modernt, hållbart hälso- och sjukvårdssystem, där viss vård ska finnas nära och viss centreras, är adekvata transporter och mobila vårdlösningar en central del. Såväl vardagsnära som högspecialiserad mobil vård behöver vara en integrerad del av systemet. I linje med utvecklingen att allt mer vård görs i öppen vård, nära patienten och inte sällan hemma hos denne, har alltfler olika typer av mobila team/olika ambulerande insatser tillskapats runtom i landet, med organisatorisk hemvist såväl i akut som övrig specialiserade vården på sjukhus som i regionernas primärvård och den kommunala primärvården. Lösningarna ser olika ut på lika ställen, men återkommande är att mångfalden skapar utmaningar vad gäller att få ihop helheten av olika mobila insatser på ett ändamålsenligt och begripligt sätt, såväl för patienten som för de olika vårdgivarna och de som ska dirigera mobila resurser. I flera regioner i landet pågår därför nu arbeten med att se över helheten av de aktuella mobila resurserna.

Att få ihop dessa olika aktörer till en välfungerande helhet kräver ett arbete för att överbrygga utmaningar vad gäller olika tekniska lösningar, vårdgivargränser och olika kulturer. Såväl mellan olika mobila enheter som med övriga delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Det behövs också mer av standardisering kring optimala vårdnivåer.

Det innebär ett skifte ifrån att se, kanske framför allt de akuta, men även övriga mobila insatser som en fristående ruta i systemet till att se och använda dem som en integrerad del av ett större system. Vilket i sin tur medför ett behov av att skapa rätt förväntningar och kunskap kring vad det tex. innebär att arbeta i dessa verksamheter. Utbildning och utveckling måste syfta till möjlighet att verka i

[28] SKR, *Nära vård i Borgholm*, 2018.

moderna, breda mobila och prehospitala insatser. Inte bara i akuta ”blåljussituationer”.

För att kunna optimera akuta (och andra) mobila resurser krävs också mer forskning på området. Här bör huvudmännens nationella system för kunskapsstyrning, och dess nationella programområde ”akut vård”, kunna bidra till att möta behovet av att fastställa kunskapsläge, och identifiera kunskapsgap.

Gott exempel

Bedömningsbilen i Los

Orten Los i Gävleborg, med ca 1 000 invånare, har efter en framgångsrik pilot ersatt sin ambulans med en bedömningsbil. Tidigare fanns en dagambulans stationerad i Los. Ambulansen utgick från Ljusdal och transporttid till och från Ljusdal ingick i arbetstiden, kl. 8–17 vardagar. Eftersom ambulanssjukvården tillämpar gränslös dirigering innebar det att ambulansen, efter avlämning av patient på sjukhus, användes för uppdrag utanför Los området. Dessutom innebar de långa avstånden till sjukhus att ambulansen under stora delar av dagen inte fanns på plats i Los. För att skapa kontinuitet och trygghet för befolkningen väcktes tanken att ersätta dagambulansen med en dygnet-runt-bemannad tjänst bestående av ambulanssjuksköterska i en bedömningsbil. Projektet förankrades bland befolkningen, dels via Bygderådet i Los samt via befolkningsträffar. Projektet drog igång i oktober 2015, med benämningen Bedömningsbilen i Los. Bedömningsbilen är utrustad som en ambulans, men är en personbil och saknar bår. En ambulanssjuksköterska bemannar enheten dygnet runt. Läkarstöd finns på telefon. Dagtid via Färila hälsocentral, jourtid via Familjeläkarjouren Ljusdal. Sjuksköterskan har kort utryckningstid och kan snabbt göra en första bedömning och inleda behandling. Hen samverkar nära med primärvården och kommunens sjuksköterska när inga ambulansuppdrag finns vilket medför att de kan hjälpas åt i många patientärenden. I dagsläget är det 8 ambulanssjuksköterskor som delar på uppdraget. Upptagningsområdet har en ungefärlig radie på ca 25–30 km. Medarbetarna inom både kommun och primärvård är mycket nöjda och känner stor trygghet med arbetssättet samt med det stöd som erhålls från den akutmedicinska nivå som ambulanssjuksköterskorna bidrar med.

Befolkningen känner stor trygghet och omvittnar stort förtroende för de insatser som görs. I en utvärdering av projektet svarade 81 procent att de värderar tryggheten högre än innan bilen infördes.[29]

3.2.6 Samordnad styrning av kompetensförsörjning

Som det också beskrivs i utredningens färdplan ser vi en fungerande kompetensförsörjning som en förutsättning för en framgångsrik omställning. En avgörande pusselbitför att uppnå detta bedöms vara en mer samordnad styrning av kompetensförsörjningen. Beslutet om inrättande av ett nationellt vårdkompetensråd, i enlighet med UKÄ och Socialstyrelsens förslag i slutrapporten om framtidens vårdkompetens (se även avsnitt 2.3.1), bedöms vara en viktig grundplåt för att kunna uppnå en mer samordnad och effektiv styrning av kompetensförsörjningen i landet. Avgörande för att nå dess fulla potential blir dock att det nationella rådet kompletteras av välfungerande regionala samordningsmekanismer och kompetensförsörjningsplaner, i linje med UKÄ och Socialstyrelsens förslag. Samt att dessa inkluderar de berörda kommunerna i respektive sjukvårdsregion.

En annan viktig pusselbit i en förbättrad nationell samordning av kompetensförsörjningen bedöms vara att regeringen går vidare i linje med förslagen från Styr- och resursutredningen (Strut) (U 2017:05), om att regeringen ska ha styrinstrument för att kunna påverka utbildningsutbudet för legitimationsyrken inom skola och hälso- och sjukvård. Styrinstrumentet föreslogs i den utredningen vara fyraåriga utbildningsuppdrag bestående av mål för antal helårsstudenter på totalnivå samt mål för antal examina för utbildningar.

Gott exempel

Kommunakademin Väst (KAV)

Samordning för kompetensförsörjning är även av vikt på lokal nivå. Kommunakademin Väst (KAV) är en arena för strategisk och systematisk samverkan mellan Högskolan Väst och de 14 kommunerna i Fyrbodal. Arbetet ska stärka kompetensförsörjningsförmågan och utveckla det livslånga lärandet. Målet är att behovet av kompetens,

[29] Region Gävleborg och Ljusdals Kommun, *Rapport Bedömningsbil Los*, 2015.

inom ramen för Kommunakademin Västs ingående parter, ska tillgodoses på både kort och lång sikt. Kompetensbehov hos både kommun och näringsliv måste därför beaktas. Viktiga områden för Fyrbodals kommuner i samarbetet är att öka övergången till högre utbildning, få behovsstyrd kompetensutveckling och att utveckla verksamheter i kommunal och privat sektor med ett särskilt fokus på digitaliseringens möjligheter. Högskolan Väst viktigaste områden i samarbetet är att kunna utveckla profilen Arbetsintegrerat lärande (AIL) och Stärka forskning och utbildning. Arbetet kännetecknas av ett förhållningssätt som bidrar till att skapa en samverkans- och kunskapskultur präglad av ömsesidig respekt och tillit. Det präglas av ömsesidig samverkan på lika villkor och samproduktion.[30] Parterna gör vardera en årlig insats till KAV om 750 000 kronor för finansiering av verksamhetsledning, gemensamma aktiviteter, projektinitiering, lokaler, drift och övriga tjänster. Fyrbodals kommuner respektive Högskolan Väst deltar med egna resurser i form av personal, utrustning, material och/eller tillskott av kapital i gemensamma forsknings- och utvecklingsprojekt, utvecklingsuppdrag, utbildningsprojekt och andra samverkansprojekt, tillsammans med andra lämpliga partners, allt i enlighet med vad parterna och aktuella partners kommer överens om för varje enskilt projekt.[31]

3.2.7 Logistiklösningar och infrastruktur som understödjer omställningen

När mer vård nära patienten möjliggörs, och vård flyttas ut från sjukhusen och hela vägen hem till patienterna behöver patientsäkra och effektiva logistiklösningar följa med. Det gäller dels transporter för medarbetare, material och läkemedel som används utanför vårdinrättningar, men även t.ex. tillgång till mobila lösningar för vårddokumentation samt medicinsk service såsom laboratorie- och bilddiagnostik. Annars krävs ändå besök (antingen av personal eller patient) vid sjukhus eller andra vårdinrättningar för dessa tjänster.

Förutsättningarna är också annorlunda när vård ges i någons hem än vid en regelrätt vårdinrättning, där lokaler och annan infrastruktur (såsom t.ex. vatten och avlopp, brandskydd, hygien, hantering av riskavfall etc.) är utformade med syfte att tillhandahålla kvalificerad

[30] Kommunakademin väst, *Budget och verksamhetsplan för Kommunakademin Väst 2020*.
[31] Högskola väst och Fyrbodals kommunförbund, *Samverkansavtal kommunakademin väst*, 2017.

vård. Detta måste beaktas när lösningar för att kunna tillhandahålla mer vård nära människor och i deras hem utformas. T.ex. behöver behov av redundans[32] analyseras när vård flyttas till människors hem, så att t.ex. elförsörjning för teknisk utrustning nödvändig för patienters vård kan garanteras i tillräcklig utsträckning.

När flera olika aktörer arbetar i hemmen (t.ex. en patient med specialiserad hemsjukvård utgående från ett sjukhus, och med hemtjänst från kommunen, ibland med olika aktörer under jourtid respektive ordinarie arbetstid) behöver också samverkans- och gränsdragningsfrågor kring service och logistik adresseras.

Goda exempel

Mobil röntgen

Region Östergötland[33] är en av de regioner som i dag använder mobil röntgen. Införandet föregicks av ett pilotprojekt under 2017–2018. Bakgrunden var vetskapen om att 62 procent av patienter på säbo hade behov av ledsagning för röntgen, att 11 procent utvecklade förvirringstillstånd i samband med röntgen och att 63 procent av patienter på säbo kände sig medtagna i samband med sjukbesök. Vidare gjordes en förstudie på röntgenmottagnigen i Norrköping som visade att 90 procent av målgruppen (framför allt patienter i säbo) hade kunnat undersökas med mobil röntgen, av röntgensjuksköterska, på boendet.

Pilotprojektet genomfördes i den östra länsdelen, med 4 kommuner,[34] och boende på 45 särskilda boenden. Utöver patienter på säbo inkluderades även vissa patienter i enskilt boende, utifrån samråd med ett särskilt äldrevårdsteam. Den förväntade frekvensen var 1–2 undersökningar per dag, vilket stämde väl med erfarenheterna från det första året. Undersökningarna kan avslutas på plats av röntgensjuksköterskan, med 20 min väntetid på akutsvar. Utifrån

[32] Begreppet redundans innebär i princip ”överflöd”, dvs. närvaro av extra komponenter utöver dem som krävs för en apparats normala funktion (”både hängslen och livrem”). Redundans innebär att funktionen kan upprätthållas trots fel eller avbrott, men annorlunda än normalt (Källa: Det robusta sjukhuset, 2008).
[33] Baserat på presentationer av företrädare för Region Östergötland vid Nationellt samtal om den mobila vården 190814 samt vid rundabordssamtal om Diagnostik i den nära vården, hos Vårdförbundet 191016.
[34] Norrköping, Finspång, Söderköping och Valdemarsvik.

svaret kan man vid behov skicka patienten med transport direkt till rätt avdelning på sjukhuset.

Erfarenheterna från pilotprojektet var positiva. Såväl logistiken som det interprofessionella samarbetet och tekniken fungerade bra. Bildkvaliteten var god. Dessutom mycket positivt bemötande såväl från patienter som sjuksköterskor på säbo. Man kunde också se tydliga vinster för såväl de båda huvudmännen som patienter och vårdgivare. Kommunerna sparar pengar på minskade ledsagningskostnader och regionerna på minskade ambulanskostnader (på sikt). För patienterna minskar risken för vårdrelaterade infektioner och man slipper utsättas för den stress ett besök i sjukhusmiljö kan innebära. För vårdgivarna har man bland konstaterat att det nya arbetssättet bidragit till kunskapsöverföring och ökad kunskap om frakturer inom primärvården. Det har också bidragit till det interprofessionella samarbetet.

Robust sjukhus och robust vårdcentral

Under 2017 till 2020 pågår en revidering av vägledningen Det robusta sjukhuset, vilken ursprungligen togs fram av Krisberedskapsmyndigheten 2008. Revideringen leds av MSB, i samverkan med SKR och Socialstyrelsen. Den reviderade vägledningen är på remiss under de första månaderna av 2020 och förväntas färdigställas i juni 2020.[35] Syftet med denna vägledning är att ge regioner stöd i arbetet med att säkerställa robusta byggnader, att lokaler och fastigheter är dimensionerade för att klara av störningar så att vård kan upprätthållas på sjukhusen även under olika påfrestningar. Vårdcentraler och övrig primärvård omfattas dock inte av Det robusta sjukhuset.

I nuläget saknas det alltså stöd för hur regionerna kan säkerställa att vårdcentraler har en ändamålsenlig förmåga att stå emot, hantera och återuppta verksamheten efter störningar. Behovet av en vägledning har framförts till SKR, som med anledning av detta har låtit genomföra en förstudie med målet att ta fram ett förslag på vad en vägledning för robusta vårdcentraler kan omfatta. Förstudien utgör ett underlag till fortsatt arbete med att ta fram en vägledning, och förväntas också kunna ge regioner ett initialt stöd i relaterat arbete. Baserat på förstudiens resultat föreslås att en vägledning med titeln

[35] MSB, *Remiss den robusta sjukhusbyggnaden – 2020 (Ärendenummer 2016-5389)*, 2019.

Robust vårdcentral – en del av en notståndskraftig och uthållig primärvård tas fram.[36]

3.2.8 Forskning, utveckling och utbildning som följer med och understödjer omställningen

Det finns ingen hälso- och sjukvård utan forskning, utveckling och utbildning och dessa behöver följa med när hälso- och sjukvården utvecklas utanför de traditionella sjukhusmiljöerna. För att på bästa sätt kunna utveckla hela systemet krävs också att fler professioner ges möjlighet till forskning, liksom att forskning bedrivs inom fler discipliner än i dag. Det måste skapas förutsättningar för livskraftiga forskarmiljöer i hela hälso- och sjukvårdssystemet.

Ett viktigt led i detta genomförande är ökad möjlighet till delade tjänster. Både sådana som delas mellan kliniskt arbete och forskning, dvs. mellan verksamhet och lärosäte, och tjänster som delas mellan olika verksamheter/vårdgivare. Det är ett sätt att naturligt sprida kunskap och lärande mellan organisationer. Forskningsmedel (nationella och regionala) måste finnas och vara sökbara i större utsträckning för forskning som bedrivs t.ex. inom primärvården hos regioner och kommuner. Mer forskning behöver ägnas nya arbetssätt, metodutveckling och implementering.

En annan central del av detta är tillgången till aktuell och relevant kunskap för en jämlik vård. Här vill utredningen särskilt lyfta behovet av att prioritera utveckling av stöd anpassade till såväl den kommunala som regionfinansierade primärvårdens situation.

För att stödja och driva på omställningen krävs även utbildningar som rustar studenter bättre inom bl.a. personcentrering, interprofessionella arbetssätt, systemkunskap, digitalisering inom hälso- och sjukvården samt ett förebyggande och rehabiliterande förhållningssätt. I detta avseende vill utredningen lyfta fram den nya examensbeskrivningen för läkare som bl.a. lyfter fram just behov av kunskap om hälso- och sjukvårdssystem i Sverige och förmåga till ledarskap och interprofessionellt samarbete, såväl inom hälso- och sjukvården som med professioner inom andra delar av samhälle interprofessionellt lärande.[37] Utredningen vill samtidigt framhålla att förändringar för att bättre motsvara de krav på medarbetare som ställ i en modern

[36] SKR, *Slutrapport – Förstudie Robust Vårdcentral*, 2019.
[37] *Högskoleförordning* (1993:100), bilaga 2.

hälso- och sjukvård i hög grad också kan genomföras – och det görs på flera håll – inom ramen för befintliga examensbeskrivningar för olika vårdyrken. Det gäller såväl kliniska som administrativa och stödjande yrkesgrupper i vården.

Goda exempel

Regionernas system för sammanhållen kunskapsstyrning

Inom regionerna pågår ett arbete med att samordna kunskapsstyrning för att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Kunskapsstöd ska tas fram inom relevanta områden och utformas så att de är lätta att använda. Större delen av arbetet utförs i regionerna och sker på mikro-, meso- och makronivå.

Mikronivån är själva verksamheten. Här möter patienter och vårdgivare varandra. Här finns vårdteam, stödsystem och verksamhetschefer. Det är på den här nivån som systemet behöver skapa värde för att få effekt och göra skillnad. Aktörer och grupperingar på mikronivå ska ha tillgång till och använda bästa möjliga kunskap. Arbete ska fokusera på patienternas behov, och erfarenheter ska spridas vidare i systemet.

På mesonivån finns regioner med hälso- och sjukvårdsledning, sjukvårdsregioner och samarbete med kommuner. Aktörer och grupper på mesonivå ska stödja vårdgivare i att använda bästa tillgängliga kunskap samt utveckla och förbättra verksamheter på mikronivån. Ledningar på mesonivån behöver följa upp, fråga efter resultat och föra dialog om kvalitet med verksamheten.

Makronivån är regioner i samverkan, SKR där stödfunktionen för systemet finns, och samverkan med staten. Aktörer och grupperingar på makronivå ska underlätta samverkan mellan huvudmännen och med myndigheter, bl.a. så att det blir enklare att ta fram relevanta och användbara kunskapsstöd och sätt att följa upp kvalitet och resultat i hälso- och sjukvård.[38]

[38] SKR, *Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård*, 2019.

Projektet 80/20 – En arbetstidsmodell för läkare i primärvården

Region Gotland har mellan 2018 och 2020 genomfört ett projekt där Vårdcentralerna Wisby söder och Visby norr provar en arbetstidsmodell med 20 procent utvecklingstid av ordinarie arbetstid. Syftet med projektet är att ta fram en arbetstidsmodell som bidrar till att arbetsgivaren, Region Gotland, kan erbjuda en attraktiv arbetsmiljö som stimulerar kompetenshöjning och utvecklingsarbete inom schemalagd arbetstid för tillsvidareanställda specialister i allmänmedicin. Detta leder till en ökad kontinuitet, patientsäkerhet, förbättrad arbetsmiljö och på sikt ger ett minskat behov av hyrläkare (projektet avslutas och slutredovisas februari 2020).[39]

3.2.9 Digitalisering utifrån patienternas och vårdens behov

En digitalisering som utgår från patienternas, brukarnas och medarbetarnas behov och som bidrar till ökad delaktighet, mer ändamålsenliga och effektiva stöd och arbetssätt, är en viktig förutsättning för omställningen. Digitalisering har stor potential att fungera som ett verktyg för att koppla ihop olika delar av systemet, inte bara vad gäller själva vårdmötet mellan vårdgivare/profession och patient utan minst lika viktigt för att koppla ihop olika vårdgivare och ge vårdens medarbetare möjlighet att samverka med kollegor som befinner sig på andra platser (både tillsammans med patient och för egen del) och potentiellt undvika extra vårdbesök för patienten. Det finns även stor potential att effektivisera vårdens olika stödsystem. Digitaliseringens möjligheter ska, precis som övrig vård, alltid erbjudas utifrån behov, förutsättningar och preferenser. På så sätt ger de ytterligare möjligheter att tillhandhålla personcentrerad vård (nära), och skapa trygghet för patienter.

För att kunna tillgodogöra sig potentialen i digitaliseringen krävs dock att huvudmän och (andra) vårdgivare satsar på adekvat utbildning och kompetensutveckling till personalen. Samt att man satsar på en digitalisering som når – inte exkluderar – utsatta och sårbara grupper (jfr avsnitt 3.2.10). För att fullt ut kunna nyttja digitaliseringens potential är dessutom hälso- och sjukvården liksom övriga samhället beroende av en fortsatt utbyggnad av bredbandskapaciteten i hela landet.

[39] Region Gotland, *Projektet 80/20 – En arbetstidsmodell för läkare i primärvården*, 2019.

En annan dimension av digitaliseringen som bör nämnas är potentialen hos artificiell intelligens (AI). Regeringen gav i mars 2019 Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga omfattningen av och inriktningen på användningen av AI inom hälso- och sjukvården. I kartläggningen ingick bl.a. att analysera områden där användningen kommit långt respektive där man ser att mycket kan hända i närtid.

Socialstyrelsen redovisade sitt uppdrag i oktober 2019. I rapporten konstateras att även om flera bedömare menar att hälso- och sjukvården skulle kunna utvecklas radikalt med stöd av AI, så är AI inom hälso- och sjukvård ännu i ett tidigt utvecklingsstadium. Det pågår mycket forskning men det finns ett begränsat antal applikationer i ordinarie drift. I dagsläget används AI-stöd framför allt inom anamnes, diagnos och beslutsstöd. Andra områden där AI kommer till användning är monitorering och telemedicin.[40]

Kartläggningen visar på att vårdkvaliteten kan förbättras på olika sätt med stöd av AI. AI kan bidra till en mer kunskapsbaserad och personcentrerad vård. För det mesta utför AI också sin uppgift mer robust än människor. Människors prestationer är mer varierande, vilket kan vara både en fördel och en nackdel. Samtidigt framhålls att etiska ställningstaganden är viktigt för att bedriva forskning och för att använda AI-stöd i den kliniska verksamheten. Det handlar till stor del om hur de stora datamängder som krävs för utvecklande av AI används.

Goda exempel

Konsultationer och jourstöd

Sedan mitten av 1990-talet har Region Västerbotten använt vård på distans för att göra vården mera tillgänglig och konsultationsverksamhet var det första användningsområdet. I dag bedrivs konsultationer inom en rad olika områden och inkluderar både tjänster sjukhusen emellan och specialiststöd till primärvården.

Konsultationstjänsterna och jourstödet har ett antal olika tillämpningar, bl.a.:

[40] Socialstyrelsen, *Digitala vårdtjänster och artificiell intelligens i hälso- och sjukvården*, 2019.

– Konsultationsstöd vid akuta bedömningar avseende barn med misstänkt hjärtfel, där barnhjärtmottagningen på universitetssjukhuset samverkar med Sunderby och Gällivare sjukhus avseende akuta bedömningar av hjärtultraljud hos barn. Barnhjärtspecialisten kan med stöd av ultraljudsbild i realtid via sin dator och telefonkontakt guida barnläkaren i Sunderby eller Gällivare under undersökningen och ge stöd vid bedömningen. Barnhjärtläkaren på universitetssjukhuset loggar in på en säker webbsida via sin dator och kan på så sätt ta del av ultraljudsbilden i realtid.
– Remiss med bild inom dermatologi, där patienten besöker sin sjukstuga eller hälsocentral där hudåkomman fotograferas och bilden lagras i patientens journal. Läkaren i primärvården skickar en remiss till hudkliniken med hänvisning till bilden för bedömning och förslag till handläggning. Hudläkaren vid universitetssjukhuset bedömer bildremissen och kan på så sätt prioritera om patienten behöver remitteras till universitetssjukhuset för att träffa hudläkare eller om patienten kan hanteras i primärvården. Vid ca 90 procent av tillfällena kan förslag på behandling ges utan efterföljande besök.
– Jourstöd i glesbygd, där det i Tärnaby, Storuman, Sorsele och Malå sjukstugor sedan flera år finns en videolösning i akutrummen som gör det möjligt att koppla upp sig med video för stöd eller handledning på distans i akuta situationer. Jourläkare i hemmet, eller på annan ort kopplar upp sig via en dator och kan med hjälp av en styrbar kamera kopplad till en enkel videostreamingserver få en god överblick över rummet.[41]

Internet-psykiatri

Internetpsykiatri i Region Stockholm erbjuder internetbehandling för depression, sömnsvårigheter, paniksyndrom, hälsoångest, IBS (irritable bowel syndrome), social fobi, tvångssyndrom (OCD) och dysmorfofobi (BDD). Internetbehandlingen är i självhjälpsformat med psykologstöd och behandlingstiden sträcker sig över 9–13 veckor beroende på vilken behandling som avses. På hemsidan finns evidens för de olika behandlingarna samlad. En psykolog svarar på hemupp-

[41] Region Västerbotten, *Kartläggning av vård på distans i Västerbottens läns landsting*, 2016, s. 16 f.

gifter och meddelanden samt kontaktar patienterna regelbundet via telefon under behandlingens gång.

Insatserna erbjuds via 1177 till invånare i Region Stockholm och till patienter som är bosatta i andra regioner efter en telefonkonsultation.[42] Genom det digitala arbetssättet når regionen grupper som traditionellt är svårare att nå för denna typ av hälsoproblem, exempelvis unga män.

3.2.10 Samverkan med aktörer utanför vård och omsorg

Hälso- och sjukvården kan inte ensamt lösa dagens och morgondagens hälsoutmaningar. Determinanter för hälsa finns i alla sektorer.[43]

Hälso- och sjukvården har dock en viktig roll i att bistå med kunskap till andra sektorer och lyfta frågor av relevans för hälsans utveckling. Givet att många människor söker sig till hälso- och sjukvården även för det som i vissa fall kanske inte är rent medicinska problem (men som kan påverka hälsan på många sätt), såsom t.ex. ensamhet eller oro, kan hälso- och sjukvården med rätt förutsättningar fungera som ”ingång” där man kan få stöd till egenvård men även hjälp att komma i kontakt med andra samhällsaktörer, såsom t.ex. civilsamhället i form av kultur- och idrottsföreningar, pensionärsorganisationer och religiösa samfund eller till delar av kommunernas sociala verksamhet.

Gott exempel

Hälsostaden Ängelholm, Besöksvän

För att förebygga sjukdom hos ensamma äldre har Ängelholms kommun infört konceptet ”besöksvänner”. I ett samarbete med sjukhuset ordinerar man volontärer till personer som behöver hjälp tillbaka till en meningsfull vardag. Social isolering är en hälsorisk och leder till ökad risk för psykosomatiska besvär och försvårar tillfrisknande. Besöksvän underlättar för de som är socialt isolerade och kan även minska och förebygga behovet av hemtjänst. Tre medicinavdelningar på sjukhuset är med i satsningen. Där är några av under-

[42] Region Stockholm, *Internetpsykiatri*, 2019.
[43] Jfr SOU 2016:55, *Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete*.

sköterskorna extra uppmärksamma på om någon av patienterna tycks behöva en besöksvän. Ängelholms kommun har byggt upp en pool med volontärer som tillfrågas när någon behöver en besöksvän. Patienten paras ihop med den volontär som bäst matchar patienten. De två får träffas, göra upp en plan och sedan följer kommunen upp hur det går. Skulle matchningen inte fungera går det att byta besöksvän.[44]

3.3 Hinder för omställningsarbetet

3.3.1 Bristande uthållighet

En av de vanligaste frågorna till utredningen är ”varför kommer det att funka den här gången? Vi har ju pratat om att ställa om hälso- och sjukvården och stärka primärvården sedan 1960-talet.” Vårt svar på den frågan är att en förutsättning är att vi lyckas skapa den nödvändiga politiska uthålligheten. För det krävs bred politisk vilja och enighet om den övergripande målbilden och färdplanen, och att man sedan fortsatt håller fast vi detta över mandatperioder och eventuella skiften mellan styren. Det gäller såväl på nationell nivå i riksdagen, som i samtliga våra lokala beslutande församlingar i landets 20 regioner och 290 kommuner.

Det säger sig självt att det är en stor utmaning att skapa den uthålligheten och stabiliteten i så många skiftande forum, och över flera mandatperioder. Inte minst med beaktande av att olika politiska agendor är en av grundvalarna för vårt demokratiska system. På liknande sätt som olika partier gått samman kring gemensamma långsiktiga inriktningsbeslut kring frågor av stor vikt för vårt gemensamma samhälle och välfärd (t.ex. migration eller försvaret) ser vi dock att det finns behov av en grundläggande gemensam samsyn om den övergripande inriktningen kring utvecklingen av hälso- och sjukvården. Även om huvudmannaskapet här ligger hos regioner och kommuner. Exakt hur den övergripande inriktningen sedan implementeras kommer även fortsatt att skilja sig om runtom i landet, både utifrån politiskt styre och lokal kontext. Alltför kortsiktiga signaler kring inriktningen riskerar dock skada förtroendet för och

[44] SKR, *Nära vård i Ängelholm*, 2019.

engagemanget i omställningsarbetet, framför allt hos vårdens medarbetare men även hos våra medborgare.

Behovet av politisk uthållighet knyter därmed också direkt an till utmaningen att skapa uthållighet i omställningsarbetet hos vårdens medarbetare och hos befolkningen i stort. Det behöver skapas tydlighet om vad som planeras och hur man själv kan/kommer involveras. Man behöver ha kunskap om och känna tilltro till hur målbild och färdplan konkretiseras i den egna regionen och kommunen, och det arbete som ska göras under en längre period. Det i sin tur ställer stora krav på ändamålsenlig kommunikation och information.

För att hålla i ett långsiktigt förändringsarbete är det också av vikt att det finns stabila interna ledningsfunktioner och institutionellt minne hos huvudmännen.

3.3.2 Bristande helhetsperspektiv och systemkunskap

Förändringar över tid har lett till svåröverblickat system

En stor utmaning och potentiellt hinder för att genomföra den samordnade utveckling av hälso- och sjukvårdssystemet som vi har i uppgift att stödja är att den svenska hälso- och sjukvården av i dag är ett komplext och svåröverblickbart system. Det i sin tur gör det svårt för personer som verkar i systemet att tillägna sig tillräcklig systemkunskap och för systemet som helhet att tillämpa ett helhetsperspektiv i förändringsarbetet.

Utredningens analys är att denna situation har uppkommit över tid genom diverse olika förändringar runtom i systemet, som inte alltid nödvändigtvis varit effekter av strategiska beslut utan kanske snarare en organisk utveckling av våra decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem. Detta sammankopplat med stundtals ideologiskt tvära kast i styrningen av hälso- och sjukvård, har gjort att när man försöker skapa sig en överblick på systemnivå ter sig vissa delar osammanhängande och ibland blir det t.o.m. på gränsen till motsägelsefullt mellan olika tillämpliga regleringar.

Vi saknar system för att fånga helheten

Våra styr-, ersättnings- och uppföljningssystem samt arbetssätt har dessutom traditionellt fokuserat på sjukhusvård och den specialiserade vården. Vi saknar därför i stor utsträckning ändamålsenliga system för att beskriva och följa upp helheten av vårt hälso- och sjukvårdssystem. Vi saknar i alltför hög grad kunskap om, och möjlighet att på aggregerad nivå strukturerat följa, vad som sker primärvården, och framför allt kommunernas primärvård. I enlighet med riktningen för omställningsarbetet, och med våra dynamiska definitioner av begrepp som sluten vård, öppen vård och primärvård, förs samtidigt nu mer och mer uppgifter över till primärvårdsnivån, inklusive kommunens hälso- och sjukvård[45]. Det är utredningens bedömning att detta dock alltför ofta sker utan en strukturerad plan för resurs- och kompetensförsörjning av motsvarande uppgifter. Samt att det i sin tur delvis beror på att vi faktiskt saknar grundläggande data för primärvården att utgå ifrån för att göra rimliga analyser.

Till detta kommer utmaningar med att det är olika logiker som används för att budgetera och ersätta olika moment på stora vårdenheter som sjukhus och för små enheter som t.ex. vårdcentraler. I den specialiserade vården på ett sjukhus används i hög grad anslagsfinansiering, där större och mindre insatser ersätts som delar i en vårdkedja, och tillsammans på helheten ger rimliga budgetära förutsättningar. När enskilda insatser bryts ut och ska tillhandahållas av regionernas primärvård, och ofta vårdcentraler, så är det andra ersättningsprinciper som gäller. Vårdcentraler ersätts till skillnad från sjukhusen till större delen med kapitering, kombinerat med olika varianter av prestationsbaserade ersättningar. I ett sådant system, med korta uppföljningstider och betydligt mindre resultatenheter än på sjukhusen, blir det svårare att hitta ändamålsenliga sätt att ersätta enskilda nya tillkommande uppgifter. Samt att i primärvården utveckla och effektivisera arbetssätten.

Sammantaget leder ovanstående till att vi i dag saknar förmågan att på ett begripligt sätt beskriva hur vårt hälso- och sjukvårdssystem är tänkt att fungera. Såväl för våra invånare och patienter som för vårdens medarbetare. Om man som medarbetare inte kan se och

[45] Här avses alltså inte ansvaret för hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 1–2 §§ som för alla kommuner växlades i samband med Ädelreformen 1992, vilket skatteväxlades.

förstå sin roll i ett större system, blir det också ogörligt att fungera som stöd till patienter i samma system. Incitamenten för att samverka med andra delar av systemet blir också små, eller obefintliga, eftersom det inte går att se hur det i slutändan leder till vinster för patienten eller den egna organisationen. Detta utgör konkreta och direkta hinder för den önskade utvecklingen.

Fragmentiserade styrsignaler

Utifrån att det är så svårt att få en rimlig överblick så tenderar också olika delar av systemet att, utan avsikt, sända vad som uppfattas som delvis motstridiga budskap till aktörer såsom huvudmän och vårdgivare. Det kan t.ex. handlar om fokus på smalspårig tillgänglighet och samtidigt satsningar på mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetssätt. Tillitsdelegationen har i sitt arbete konstaterat att organisationer inom välfärdssektorn i dag alltför ofta styrs och utvärderas utifrån ett antagande om att de är ensamma aktörer i en verklighet som inte påverkar eller påverkas av andra aktörers agerande. En sådan styrning försvårar samverkan, trots att behovet av samverkan är allt större för att kunna möta medborgarens förväntningar och behov. De menar vidare att frånvaro av helhetsperspektiv gör att vi i dag befinner oss i en paradoxal situation där vi gärna vill att organisationer inom t.ex. hälso- och sjukvård ska samarbeta, men där vi har konstruerat ett system som kraftigt missgynnar samarbete.[46]

3.3.3 Stor variation i uttolkningen och implementering av befintliga regelverk

Utredningen har inte i uppgift att ändra rådande ansvarsnivåer för hälso- och sjukvården, och som vi återkommande beskrivit ser vi att det finns behov av lokal och regional anpassning av utformningen av hälso- och sjukvården. Med detta sagt bedömer vi det dock som ett reellt hinder att det i så många frågor i dag görs väldigt olika uttolkningar av befintliga regelverk av olika huvudmän. Samt att det ofta saknas möjlighet att pröva frågorna och få klargörande kring rättsläget, om inte frågan drivs till domstol.

[46] SOU 2018:47, *En lärande tillsyn. Statlig granskning som bidrar till verksamhetsutveckling i vård, skola och omsorg*, s. 85–86.

Det är utredningens bedömning att olika tolkningar av rättsläget riskerar att bidra till en ojämlik vård för landets invånare samt försvårar möjlighet att samverka mellan olika aktörer. Detta reflekteras i dagsläget t.ex. av olika tolkningar kopplat till vilken hälso- och sjukvård regionen respektive kommunen får eller inte får utföra i hemmen, där låsningar mellan huvudmän i slutändan drabbar patienter.

Det är utredningens uppfattning att ramlagen för hälso- och sjukvården länge tjänat oss väl, och möjliggjort lokal anpassning i vårt decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem. I en modern tid, där såväl information om utformningen av vården som om erfarenheter av vårdupplevelser sprids på nolltid, uppfattas det dock inte längre lika rimligt av våra invånare att systemet behandlar mig alltför olika enbart beroende på i vilken landsände jag bor. De regelverk som i många avseende gett efterfrågad flexibilitet i systemet uppfattas i dag många gånger som otydliga. Otydligheten i sin tur skapar alltför ofta en rädsla för att göra fel, vilket gör att vårdpersonal och vårdgivare begränsar sig i onödan och inte utnyttjar det utrymmen som finns inom gällande lagstiftning fullt ut. T.ex. vad gäller hur man organiserar sin hälso- och sjukvård och vem som får utföra vilka uppgifter.

En relaterad utmaning är också att hälso- och sjukvårdslagstiftningen kom till i en tid då nästan samtliga utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård var utförare i huvudmännens egen regi. Enskilda utförare adresseras inte i någon större utsträckning i lagstiftningen utan lagstiftningen fokuserar nästan uteslutande på huvudmännen och dess ansvar. Det finns därmed inte mycket stöd att hämta i lagstiftningen för de – i dag vanligt förekommande – situationer där huvudmännen avtalar med enskilda utförare om att utföra offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Utredningen noterar att detta i många fall verkar ha medfört uppgifter gällande t.ex. utbildning och forskning inte har inkluderats i avtal med enskilda utförare. Något som senare lett till svårigheter vad gäller att få ett gott genomflöde av studenter och i förlängningen att säkerställa en ändamålsenlig kompetensförsörjning. I kapitel 6 i detta betänkande lägger utredningen fram förslag med syfte att bidra till ett bättre genomflöde av studenter i vårdutbildningarna, och därmed förbättrad kompetensförsörjning.

3.3.4 Ekonomiska utmaningar för kommuner och regioner

Att fortsätta bedriva hälso- och sjukvård på samma sätt som i dag är inte vare sig samhällsekonomiskt eller socialt hållbart. Kostnaderna för hälso- och sjukvård fort sätter att öka i snabb takt. År 2018 ökade bruttokostnaderna för hälso- och sjukvård med 6 procent i löpande priser. Det är den högsta kostnadsökningstakten sedan 2003 och väsentligt högre än genomsnittet för de senaste fem åren.[47] Finansdepartementet presenterade i juni 2019 en analys som pekade på att det så kallade finansieringsgapet, dvs. skillnaden mellan den utgiftsnivå man kan ha i kommuner och regioner med dagens skattesats och utgiftsnivån som krävs för att bibehålla 2019 års standard, är ca 90 miljarder kronor till år 2026. Om inga förändringar och effektiviseringar genomförs ökar alltså behovet av de resurser som krävs för att upprätthålla välfärden på dagens nivå snabbare än skatteintäkterna. Trots en beräknad skattehöjning på 13 öre 2020 kommer kommuner och regioner enligt SKR att sakna 43 mdkr 2023 om kostnaderna ökar i takt med befolkningen och staten inte heller tillför mer resurser än det som ligger i budgetpropositionen 2020.[48]

Flera huvudmän går dessutom med ekonomiska underskott. Vid utgången av 2018 var det 35 kommuner och 6 regioner som hade negativa resultat kvar att återställa om totalt 0,7 mdkr för kommunerna respektive 2,8 mdkr för regionerna. Jämfört med 2017 hade antalet kommuner och regioner som hade ett negativt resultat kvar att återställa ökat med 24 kommuner och 3 regioner.[49] De ekonomiska utmaningarna innebär ofta att man tvingas dra ner på olika hälso- och sjukvårdsverksamheter. Detta i ett skede då man i stället tillfälligt skulle behöva tillföra vissa medel för att stimulera tillskapandet av nya arbetssätt och strukturer. I dialog med utredningen lyfts från olika verksamhetsföreträdare att det ofta är rehabiliterande och förebyggande insatser, samt resurser för att samverka med andra utanför den egna organisationen, som dras in först. Dvs. områden som bedöms som centrala att satsa på för att på lite längre sikt få såväl en bättre folkhälsa som bättre ekonomisk balans i systemen.

Men det är inte samma dag som vi flyttar ut mer vård i öppen vård eller ändrar arbetssätt som vi kommer att se vinster i form av t.ex. bättre hälsoutfall (för invånare och personal), bättre fungerande

[47] SKR, *Ekonomirapporten oktober 2019,* 2019, s. 8.
[48] SKR, *Ekonomirapporten oktober 2019*, 2019, s. 5.
[49] Prop. 2019/20:1, *UO25*, s. 12.

vårdkedjor eller högre kostnadseffektivitet. Vinster kan inte heller alltid räknas hem i samma resultatenhet eller inom samma budget-, eller ens mandatperiod. Det är komplexa samband och förändringar som tar tid. Det gör det till en stor utmaning att få till och (politiskt) motivera satsningar, framför allt i ekonomiskt kärva tider. Politiker vinner inga val på något som ”inte händer”.

Detta i sin tur pekar på det stora behovet av att utveckla nya beräkningsmodeller och metoder som bättre förmår fånga samband och vinster i hälso- och sjukvårdssystemet och hälsosystemet i sin helhet, och bättre inkluderar patientperspektiv. Det aktualiserar också problemet med avsaknaden av aktiva och transparenta prioriteringsdiskussioner och stöd för prioritering inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården på alla nivåer. Utredningen vill i detta avseende ställa sig bakom andra utredningar som pekat på behovet av att se över frågor om prioriteringar inom den offentliga hälso- och sjukvården.[50]

3.3.5 Bristande inkludering av medarbetarna

En annan överhängande risk är att huvudmännens strategier och styrdokument för omställningen bara förankras på ledningsnivå (politik och tjänstemannaledning) och inte förankras hela vägen ut i verksamheterna. Man behöver i den lokala kontexten kunna beskriva vad omställningen är, varför den sker och hur det berör och kommer involvera medarbetare på olika ställen i systemet. Utredningen har i flera delar av landet, där politiska beslut kring omställningen finns och ett strategiskt utvecklingsarbete bedrivs på ledningsnivå, träffat medarbetare som inte har kunskap om att omställningsarbete pågår/planeras i den egna organisationen. Vissa har kunskap om utredningen och arbetet på nationell nivå men undrar kring vad det betyder i den egna vardagen och saknar såväl information som möjlighet till delaktighet i omställningsarbetet i den lokala kontexten.

De medarbetare som i dag har sin arbetsplats på sjukhus eller på andra ställen i den specialiserade vården bör i detta sammanhang nämnas specifikt. Utredningen får återkommande signaler från olika delar landet att dessa inte i tillräcklig utsträckning känner sig berörda

[50] SOU 2018:89, *Tydligare ansvar och regler för läkemedel*, s. 370; SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*, s. 516.

av eller inkluderade i omställningen, vilken man uppfattar enbart rör primärvården. För att klara omställningen måste dock hela systemet vara delaktiga, och se sig själv just som delar i ett större system. För sjukhusens medarbetare kan det t.ex. handla om nya sätt att tillgängliggöra sin kompetens även till kollegor och patienter utanför sjukhusens väggar.

För att få med sig medarbetarna i förändringen är involvering avgörande. Såväl arbetsgivare som fackliga representanter har till utredningen uttryckt att man saknar ändamålsenliga former och forum för att involvera medarbetarna i det pågående utvecklingsarbetet och tillvarata deras breda kompetens. Lite tillspetsat kan sägas att dialogen mellan arbetsgivare och arbetstagare ofta sker i sammanhang som facklig samverkan, och då via två typer av mötespunkter; förhandling och information. I detta skede behövs dock mer utvecklade former för dialog och att mötas och skapa tillitsfulla relationer där man kan jobba iterativt och gemensamt utveckla nya lösningar. Där ingen part kan förväntas ha färdiga svar i alla delar när man möts, utan där det finns transparens om tänkt process, men innehållet kan påverkas och utformas gemensamt under resans gång.

3.3.6 Utmaningar med kompetensförsörjning och kompetensutveckling

Som framgår av utredningens målbild och färdplan ser vi en ändamålsenlig kompetensförsörjning, utbildning och fortbildning som en förutsättning för att vi ska lyckas med omställningen. Samtidigt ser vi flera olika aspekter kopplat till detta som i dag utgör hinder för den önskade utvecklingen. Stora pensionsavgångar och en ansträngd rekryteringssituation innebär utmaningar för huvudmännen att säkerställa en effektivt organiserad vård med rätt kompetens på rätt plats.[51] Utmaningarna med kompetensförsörjning gäller inte bara de professioner som arbetar kliniskt utan även de yrkesgrupper som stödjer de vårdnära professionerna. En stor andel hyrpersonal innebär dessutom utmaningar inte bara för huvudmännens ekonomi utan även när det gäller kontinuitet i förhållande till patienter och kollegor samt förutsättningar att verksamhetsutveckling.

[51] SKR, *Ekonomirapport oktober 2019*, 2019, s. 50.

En annan utmaning inom detta område bedömer utredningen vara ojämna och ofta alltför svaga organisationer för lärande och utveckling inom den egna verksamheten. I detta sammanhang kan också framhållas att detta riskerar blir en särskild utmaning i kommunernas hälso- och sjukvård, och framför allt för mindre kommuner, där hälso- och sjukvården enbart är ett av många olika ansvarsområden. I detta sammanhang har det till utredningen framförts att riktat stöd, och gärna samverkan med region och sjukhus i närheten, för att skapa ändamålsenliga strukturer för lärande och utveckling vore önskvärt. En gemensam syn på, samt riktlinjer för, fortbildning efterfrågas brett från olika professioner.

I hela samhället går vi dessutom generellt mot alltmer specialisering inom olika kunskapsområden. Sverige är ett relativt litet land, och vi kan därmed av naturliga skäl inte förvänta oss att ha en stor mängd specialister inom olika områden att tillgå. Alla kompetenser – inklusive på förvaltningssidan- kommer därmed troligen inte kunna finnas hos 20 + 290 olika huvudmän. Detta sätter ljuset på behovet att samordna resurser, och att nyttja och tillhandahålla kompetenser på nya sätt, t.ex. genom olika digitala lösningar.

3.3.7 Investeringsbehov i vårdens byggnader och infrastruktur

Vi ser att stora behov av investeringar i nya eller renoverade vårdbyggnader och lokaler riskerar att påverka resurser och därmed skapa mindre utrymme för satsningar på omställningsmedel för själva (kärn-)verksamheterna. Samt att vi i dessa pågående och planerade stora byggnadsprojekt riskerar att cementera gamla vårdstrukturer och stuprör. I stället för att ta tillfället i akt och använda dessa tillfällen till att – i samverkan – utveckla nya flexibla och hållbara vårdbyggnader som kan understödja omställningsresan.

Det är utredningens bedömning att det är alltför sällan som fastighetsfunktioner och kärnverksamhet samverkar, från start, i omställningsarbete. För att lyckas med omställningen kommer det dock vara avgörande att även detta perspektiv finns med. Huvudmännen måste alltså utforma sina tidsramar för omställningen även utifrån andra områden än den rena kärnverksamheten, såsom t.ex. FoU och fastigheter. För att göra detta krävs det företrädare för dessa perspektiv finns med från start. Annars finns det en risk för

investeringar i stora dyra byggnader, med stora klimatavtryck, samtidigt som vården flyttar ut från den traditionella sjukhusmiljön.

Av utredningens dialoger med olika aktörer inom området framgår också att det i nuläget är relativt ovanligt med mer utvecklad, återkommande, samverkan mellan huvudmän när man planerar och utvecklar sina fastigheter. Om man börjar diskutera en samlokalisering, t.ex. i samband med en ny vårdcentral, så blir det ofta den ekonomiska verkligheten, och var det finns en ledig lokal, som styr. Inte i någon större utsträckning en mer strategisk ansats utifrån att tänka ihop sig med olika vårdgrannar eller pågående omställningsarbete.

Även regeringen har uppmärksammat frågan om de stora investeringarna i vården. I oktober 2019 tillsattes en utredning om Ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård (dir. 2019:69).[52] Syftet är att bidra till bättre förutsättningar för hälso- och sjukvårdens huvudmän och regeringen att fatta strategiska beslut om hälso- och sjukvård som svarar mot behoven ur ett nationellt perspektiv. Utredaren ska:

– kartlägga de större investeringsprojekt i sjukhus som pågår och som planeras inom regionerna,
– analysera hur dessa investeringsprojekt förhåller sig till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå, och
– analysera samverkan samt hur denna kan bidra till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården och till ökad samhällsekonomisk effektivitet.

3.3.8 Bristande tillgång till kvalitetssäkrade data och kunskap om primärvårdsnivån

Som vi beskrev i vårt andra delbetänkande saknar Sverige i dagsläget en systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå, utifrån gemensamma standarder. Sverige saknar därmed i stor utsträckning solida underlag för statistik och forskning samt för att systematiskt följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra majoriteten av den hälso- och sjukvård som bedrivs i Sverige.

[52] Uppdraget ska redovisas senast den 15 januari 2021.

För att den omställning som vår utredning har i uppdrag att samordna och stödja ska komma till stånd bedömde vi det då, och gör det alltjämt, som avgörande att en systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå brådskande börjar byggas upp. Utan en sådan saknas möjligheter att på ändamålsenligt sätt följa och utvärdera omställningen mot en god och nära vård. De uppdrag som getts till Socialstyrelsen kring uppföljning av primärvård (se avsnitt 2.3.3) är därför helt centrala för det fortsatta omställningsarbetet.

I detta sammanhang bör också kommunernas del av primärvården specifikt framhållas. Även om det snart gått 30 år sedan Ädelreformen, när kommunerna övertog hälso- och sjukvårdsansvar för den som efter beslut av kommunen bor i vissa former av boende, och gavs möjlighet att ta över ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende; och även om alla regioner förutom Stockholm[53] numera har lämnat över ansvar för hemsjukvård till kommunerna så har kommunerna i alltför hög grad under denna tid varit ”bortglömda” som hälso- och sjukvårdshuvudmän. Frånvaron av kvalitetssäkrad kunskap om primärvården gäller i högsta grad även den kommunala hälso- och sjukvården. Bristen på underlag och kunskap gör det svårare att ta välgrundade beslut, men också visa på effekter av olika åtgärder och insatser som vidtas eftersom vi inte har en tydlig bild av nuläget.

Ett viktigt steg på vägen mot att skapa en bättre bild av den hälso- och sjukvård som bedrivs med kommunerna som huvudmän är de utökade kraven på rapportering till Socialstyrelsens hälsodataregister över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Sedan 2019 ska kommunerna rapportera vilka åtgärder som ges av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (tidigare var det främst uppgifter om antalet personer som fick insatser som rapporterades). De nya kraven medför dock behov av ett stort utvecklingsarbete och Socialstyrelsen beräknar kunna publicera statistik på området först 2021.

På kostnadssidan är det inte heller helt enkelt att få en tydlig bild. Delvis eftersom vi saknar en tydlig gemensam definition av vad som ingår i regionernas primärvårduppdrag och vilka kostnader som ska räknas för primärvård. Och delvis för att vi ofta helt tenderar att bortse från den del av primärvården som kommunerna är huvudman för. I detta avseende noterar vi också att kommunernas hälso- och sjukvårdskostnader generellt sett inte synliggörs på samma sätt som

[53] Norrtälje Kommun utgör ett – välkänt – undantag i Stockholmskontexten.

övriga delar av hälso- och sjukvårdssystemet. I SKR:s hälso- och sjukvårdsrapport redovisas t.ex. bara regionernas hälso- och sjukvård. Tittar man i stället i ekonomirapporten – som omfattar både kommuner och regioner – så redovisas inte kommunernas hälso- och sjukvårdskostnader separat. Hälso- och sjukvårdskostnader återfinns i stället inbakade i andra områden såsom ”äldreomsorg”, ”funktionshinder” och ”övrigt”.

3.3.9 Bristande arbete med ledarskapsfrågor

Chefer och ledare i hälso- och sjukvården spelar en avgörande roll i att genomföra de förändringar som krävs i omställningen mot en god och nära vård. Detta har bl.a. uppmärksammats av Vårdanalys i rapporterna Visa vägen i vården – ledarskap för stärkt utvecklingskraft och Åt samma håll – Nationella insatser för stärkt ledaskap i hälso- och sjukvården. I Visa vägen i vården framhölls bl.a. att hälso- och sjukvårdens chefer behöver förutsättningar och kompetens att:

- leda i komplexitet,
- leda andra ledare med stor egen autonomi,
- leda i och för förbättring och förändring,
- leda för ökad patientcentrering.

Dessutom identifierades fem utvecklingsområden för ett stärkt ledarskap:

1. stärkta förutsättningar för ett verksamhetsnära och personcentrerat ledarskap,
2. ökad attraktivitet för chefskap,
3. stärkt förmåga att leda i komplexitet, förändring och förbättring,
4. strategisk och kunskapsbaserad ledarskapsutveckling,
5. behov av en sammanhängande regional och nationell styrning för att möta hälso- och sjukvårdens utmaningar.

Vårdanalys konstaterade också att huvudansvaret för ledarskapsutvecklingen ligger hos hälso- och sjukvårdens huvudmän. Utifrån dessa slutsatser tog sedan Vårdanalys 2019 i Åt samma håll fokus på nationella insatser som kan bidra till ett stärkt ledarskap för utveckling i hälso- och sjukvården, och statens stödjande och kompletterande roll i det arbetet. Rapporten ringar in tre mål eller områden inom vilka nationella insatser kan bidra till att stärka ledarskapet:

- ökad kapacitet för systemutveckling, förändringsledning och personcentrering,
- en mer kunskapsbaserad ledarskapsutveckling,
- ökad attraktivitet för ledarskap.

Utredningen bedömer att ett förstärkt arbete på detta område, på såväl nationell som regional och lokal nivå och i linje med analysen i Vårdanalys olika rapporter, är helt centralt för omställningen. Det finns enskilda exempel på rörelse i rätt riktning, såsom tex. SKR:s ledarskapsprogram och konferens Leda omställning till Nära vård[54] men sammantaget ser vi alltför lite av ett strukturerat helhetsgrepp om dessa frågor och därför bedömer vi det bristande arbetet som ett möjligt hinder för omställningen.

Ett annat exempel i rätt riktning som vi vill nämna här är att Vårdanalys i november 2019 gavs i uppdrag att ta fram underlag till nationella insatser för utveckling och samordning av ledarskapsfrågor inom kommunalt finansierad vård och omsorg. Myndigheten ska bl.a. belysa förutsättningarna för ledarskap samt tillgängligheten till ledarskapsutbildningar, se över möjliga samverkansarenor mellan olika aktörer samt analysera behovet av kunskapsunderlag. Man ska särskilt samråda med den nyligen tillsatta nationella samordnaren för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre (S 2019:04). Uppdraget ska redovisas i februari 2021.[55]

[54] Dokumentation från denna konferens finns tillgänglig på: https://skr.se/tjanster/kurserochkonferenser/dokumentation/alldokumentation/dokumentationledaomstallningtillnaravard.29227.html

[55] Regeringen, *Förbättrat strategiskt ledarskap inom kommunalt finansierad vård och omsorg*, 2019.

3.3.10 Regelverk och arbetssätt som utestänger de mest behövande

Ytterligare ett möjligt hinder, som kräver genomgripande och strategiska åtgärder på alla nivåer i samhället, är att vi skapar regelverk och arbetssätt som på olika sätt utestänger flera av de som är mest utsatta och har mest behov av vård och omsorg.

Det handlar t.ex. om tillämpning av ny teknik eller den digitala utvecklingens möjligheter på sätt som gör att tjänsten ifråga inte blir tillgänglig för alla som kan behöva den. Det kan vara en vårdcentral som – med avsikt att effektivisera och underlätta för både patienter och medarbetare – inför ett system där det enbart är möjligt att boka tid genom knappval på telefon eller via 1177.se på nätet, vilket kräver inloggning med mobilt bank-id. Genom att ta bort möjligheterna att boka tid via ett vanligt telefonsamtal där patienten får samtala med en person som tar emot bokningen, alternativt att fysiskt gå in på mottagningen och göra sin bokning, skapar vi ett system som riskerar att utestänga de människor som inte har den teknik eller de färdigheter som krävs.

Internetstiftelsens undersökning Svenskarna och internet 2018 visade på att ca 500 000 vuxna svenskar aldrig använder internet. Ytterligare 600 000 vuxna svenskar använde internet, men de gjorde det inte dagligen. Totalt var det alltså ca 1,1 miljoner vuxna svenskar som inte använde internet dagligen. De allra flesta av dessa personer var äldre. Undersökningar visar också pensionärer, arbetssökande och sjukskrivna använder internet mer sällan än de som har en annan sysselsättning. Det kan också noteras att i gruppen över 76 år var det nästan 60 procent som inte använder internet för att ta del av offentlig information från kommun och myndigheter inte heller för att ta del av information om medicin och hälsa. I gruppen 66–75 år var det 24 procent som aldrig använde internet för att ta del av information om medicin och hälsa. Det var också en stor del av befolkningen över 76 år (77 procent) som inte använder mobilt bank-id. Bland 66–75-åringarna var det 34 procent som inte använde mobilt bank-id.[56] I motsvarande undersökning för 2019 framgår att andelen som inte använder internet dagligen ligger kvar runt 1,1 miljoner medan andelen av befolkningen över 66 år som använder mobilt bank-id ökat från 40–49 procent. Det framhålls samtidigt att ökningen

[56] Internetstiftelsen, *Svenskarna och internet 2018*, 2018; *Svenskarna och internet 2019*, 2019.

ligger i linje med att befolkningen blir äldre, vilket gör att fler internetanvändare ingår i de äldre åldersgrupperna för varje år. Därmed ska ökningen inte tolkas som en stor beteendeförändring hos de äldre. Det finns inga skillnader mellan kön i användandet av mobilt bank-id.

Som framgår är våra äldre invånare en av de grupper som löper stor risk att exkluderas om inte deras särskilda behov beaktas vid utformandet av olika regelverk och arbetssätt i hälso- och sjukvården. Men det är inte alla äldre, och inte heller bara äldre personer, som berörs av dessa frågor. Även andra personer, t.ex. de med olika fysiska eller kognitiva funktionsnedsättningar kan ha svårt att tillgodogöra sig olika tekniska och digitala lösningar. I en forskningsöversikt framtagen för digitaliseringsrådet beskrivs en modell för att beskriva digitalt utanförskap där detta illustreras som en trappa med stegen: motivation, tillgång, färdigheter, användning. Modell visar hur forskningen har gått från fokus på tillgång till digital teknik, till att se det som ett mer komplext fenomen.[57] I rapporten framhålls också att eftersom den digitala utvecklingen är pågående kan inte digital kompetens och inkludering ses som avslutade processer; människor måste ständigt uppgradera sina kompetenser för att kunna hänga med. Människor som befinner sig på de övre stegen kan också vid en förändrad livssituation (tex. att gå från anställning till arbetslöshet) ”halka ned”.

För att inte skapa olika typer av utestängande situationer framhåller Funktionsrätt Stockholm tre olika strategier som från utredningen här också vill lyfta fram:

- **Tidig involvering och universell design:** universell design, eller universell utformning, handlar om att redan i planeringsfasen utgå från att olika personer har olika förutsättningar. Design som är tillgänglig för den som behöver det mest är ofta även bra för den tänkta genomsnittsanvändaren. Vanliga exempel på lösningar som skapats som hjälpmedel, men som även underlättar livet för personer utanför målgruppen, är fjärrkontroller och engreppsblandare.
- **Alternativa lösningar:** olika personer har olika behov – för personer som har svårigheter att höra eller att tala kan det vara en fantastisk lösning att använda en chattfunktion för att kontakta

[57] Linköpings universitet, *Digitalt utanförskap – En forskningsöversikt*, 2019, s. 6.

till exempel sin vårdcentral. För den som å andra sidan har svårt att skriva kan det fungera mycket bättre med en telefonservice.

- **Utbildning och stödtjänster:** för att så många som möjligt ska kunna använda digitala tjänster måste det finnas anpassade utbildningar. Det är viktigt att det finns bra testmiljöer för olika tjänster, för att skydda den personliga integriteten. Tjänster som t.ex. 1177.se måste gå att testa och att lära ut, utan att logga in på någons existerande konto, eller behöva använda bank-id. Utöver utbildningarna bör det också finnas olika stödtjänster, via telefon, webb, eller offentliga samlingslokaler som till exempel bibliotek. För vissa personer kan det fungera bättre med en supporttjänst än med en kurs.[58]

En annan utmaning som anknyter till detta område är att när våra system inte funkar för t.ex. äldre eller personer med funktionsnedsättning så blir det ofta anhöriga[59] och närstående omkring dem som får ta på sig uppgiften att lösa problemen och samordna vården för personen ifråga. Många anhöriga upplever att en av de tyngsta bördorna de har att bära är just den samordnande roll de ofta måste ta. I sin granskning från 2014 bedömde Riksrevisionen att många anhöriga tar på sig ett större ansvar än de egentligen vill på grund av brister i vården och omsorgen.[60]

En annan aspekt av detta område som utredningen vill belysa är frågan om möjligheten att använda ett s.k. ombud för att ta del av t.ex. sin patientjournal via 1177.se. Region Uppsala gav tidigare patienter möjlighet att digitalt ”dela” sin journal med någon annan, ett s.k. ombud. Vid tillsyn av tjänsten förelade Datainspektionen regionen att upphöra med att ge ombud direktåtkomst, med motiveringen att sådan åtkomst enligt lag uttryckligen endast kan ges till den enskilde själv, dvs. inte till dennes ombud. Föreläggandet överklagades och målet avgjordes slutligt i Högsta förvaltningsdomstolen där domstolen konstaterade att Datainspektionen haft fog för att förelägga regionen att upphöra med att ge ombud direktåtkomst

[58] Funktionsrätt Stockholm, *Vi revolutionerar digitaliseringen! Funktionsrätt Stockholms län om digital tillgänglighet,* 2019.
[59] Kort om begreppet anhörig: Personer som ger vård och omsorg till närstående. I 5 kap. 10 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, benämns personer som ger insatser till närstående anhörig eller annan person. Annan person är någon utanför familjekretsen exempelvis en vän eller granne. Ibland används begreppet närstående om de anhöriga, framför allt inom hälso- och sjukvården.
[60] Riksrevisionen, *Stödet till anhöriga omsorgsgivare (RiR: 2014:09*,) 2014, s. 14.

till regionens personuppgifter om enskilda. Detta har av patientföreningar och företrädare lyfts fram som mycket problematiskt för flera personer som redan är i en utsatt situation, och som har behov av att kunna utse en person som kan hjälpa dem med det praktiska kring deras vårdprocesser. Behovet kan t.ex. komma sig av att patienten på grund av hög ålder eller kognitiva eller fysiska hinder behöver hjälp med att hålla ordning på sina besök, diagnoser eller läkemedel.

Mot denna bakgrund välkomnar utredningen att regeringen gett ett utredningsuppdrag att se över möjligheterna att ge ett ombud åtkomst till patientjournalen.[61] Förslagen i denna del ska lämnas senast den 31 maj 2021. Det är vår utrednings bedömning att en lösning som möjliggör att ge ett ombud åtkomst till patientjournalen kommer att vara ett centralt verktyg i omställningsarbetet och nödvändigt om vi ska kunna säkerställa att ingen lämnas utanför den moderna hälso- och sjukvården.

[61] Dir. 2019:37, *Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst-och hälso- och sjukvårdsverksamhet*, 2019.

4 Samverkanstrukturer för hälso- och sjukvården

4.1 Inledning

Vi har i uppdrag att utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas, hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut (dir. 2017:97) och att undersöka hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras (dir. 2018:90). Vi har också i uppdrag se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner.

I kapitel 5 i vårt tredje delbetänkande[1] analyserade vi bakgrund och gällande rätt till dessa delar. Det kapitlet ska därför läsas tillsammans med detta kapitel. Som framgår av de bakgrundstexterna är våra utgångspunkter för dessa uppdrag bl.a. behovet av att tydliggöra kommunernas roll som både utförare av och huvudman för hälso- och sjukvård, att införliva ett personcentrerat synsätt i den individuella planen och att förtydliga (författnings-)regleringen av olika planverktyg.

I de många dialoger och möten vi haft med aktörer från olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet runt om i landet är det tydligt att det pågår ett arbete med att synliggöra och integrera kommunernas roll som vårdgivare i systemet. Att hälso- och sjukvården är ett delat ansvar mellan regioner och kommuner innebär också att det är ett delat ansvar att beskriva och bygga ihop hälso- och sjukvårdssystemet på ett tydligt sätt för både patienter och medarbetare. Det är ett mycket viktigt arbete där nära samverkan krävs för att skapa förutsättningar för goda arbetsmiljöer för hälso- och sjukvårdens

[1] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*.

medarbetare och ett begripligt hälso- och sjukvårdssystem för invånare och patienter.

4.2 Kommunen som huvudman för hälso- och sjukvård i dag

4.2.1 Kommunerna ansvarar för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå

Kommunerna ansvarar enligt 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § HSL för hälso- och sjukvård (dock inte läkarinsatser) i särskilda boendeformer, dagverksamheter och, i de fall man har avtal med regionen, även för hemsjukvård i ordinärt boende, det vill säga patientens privata bostad. När det gäller hemsjukvård ligger det primära ansvaret på regionerna även om kommunerna har fått befogenheter att erbjuda dem som vistas i kommunen hemsjukvård. Regionen har även möjlighet att, genom en överenskommelse med en kommun, överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård. I dag har alla regioner utom Region Stockholm ingått sådana överenskommelser.

I enlighet med förarbeten till Ädelreformen 1992 är den hälso- och sjukvård som kommunerna sedan dess ansvarar för att erbjuda insatser på primärvårdsnivån. Primärvård är alltså en vårdnivå med både region och kommun som huvudman, och kräver därför en nära samverkan i både planering och utförande. Den nuvarande regleringen av samverkan i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) utformades i en tid då kontexten var tämligen annorlunda än i dag. Exempelvis var situationen att kommunen tagit över ansvaret för att erbjuda hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå i hemmet ett undantag, något som i dag är regel för alla regioner utom en. Antalet utförare var också generellt färre än i dagens hälso- och sjukvårdssystem. Bland annat tillkomsten av lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) har öppnat upp för många nya aktörer. Beroende på att kontexten och förutsättningarna har förändrats uppfattas lagstiftningen i dag som otillräcklig vad gäller att ge vägledning för att säkerställa en sammanhållen hälso- och sjukvård.

4.2.2 Läkarbemanning i kommunalt finansierad primärvård

Läkarmedverkan i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården är en central komponent i en väl fungerande primärvård. Redan 2006 infördes det en bestämmelse i HSL som reglerar att regionen ska sluta avtal med kommunerna inom regionen om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Genom bestämmelsen i 16 kap. 1 § första stycket HSL[2] åläggs regionen att i sin budget avsätta resurser så att läkarinsatser i den utsträckning som behövs kan tillhandahållas kommunerna inom regionområdet. Det är alltså inte kommunernas ansvar eller uppgift att tillhandahålla läkarinsatser. Samtidigt finns det inget uttryckligt juridiskt förbud för kommuner att anställa läkare. Detta sker i dag, t.ex. när det gäller skolläkare (som är kommunernas ansvar att tillhandahålla).

Regionens ansvar för läkarbemanning i särskilda boenden är tämligen långtgående då det ska avsättas läkarresurser för att regelbundet besöka de boende och ge stöd till övriga professioner. Den avsatta läkarresursen ska i den kommunala vården även akut kunna ge nödvändiga insatser i olika boendeformer där kommunen ansvarar för vården.[3] Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare har kommunen en författningsreglerad möjlighet att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.[4]

Även om många kommuner vittnar om problem med att få till tillräcklig läkarmedverkan har vi i vår dialog med kommunrepresentanter från olika delar av landet inte fått kännedom om något exempel på att någon kommun skulle ha använt sig av möjligheten att själva anlita läkare enligt denna bestämmelse. Ett av skälen till detta är att avtalen kan vara svårtolkade avseende vilka former för, och vilken omfattning av, läkarbemanning parterna faktiskt har avtalat om.

[2] Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller hemsjukvård i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §. Regionen ska med kommunerna inom regionen sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.
[3] Prop. 2005/06:115, *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 178.
[4] 16 kap. 1 § HSL.

De utmaningar med att få adekvat läkarbemanning i kommunal hälso- och sjukvård som rapporteras från många håll[5] pekar på behovet av goda relationer och tillit mellan de kommuner och regioner som gemensamt ska bemanna teamet runt patienten och att samtliga parter utgår från patientens bästa i situationen.

En generell möjlighet för kommuner att överta skyldigheten att erbjuda läkarvård bör ej införas

Vi väljer att inte gå vidare med förslaget från Effektiv vård (SOU 2016:2) att om kommun och region är överens får kommunen överta skyldigheten att erbjuda läkarvård i samband med hälso- och sjukvård som ges till personer som bor i särskilt boende eller har hemsjukvård.[6] Som ovan beskrivet har vi inte i våra dialoger med kommunföreträdare stött på något fall där kommunerna använt sin författningsreglerade möjlighet att anlita läkare, inte heller har någon kommunrepresentant utryckt önskemål om att tydligare få denna möjlighet.

I tidigare delbetänkande föreslog vi författningsändringar för att stärka patientens möjlighet att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården[7]. Relationen till en fast läkarkontakt i primärvården bedöms i kombination med våra andra förslag stärka kontinuiteten för alla patienter. Inte minst för dem som i dag får insatser från både region och kommun bedöms kontinuiteten ofta vara särskilt viktigt. Förslaget bereds för närvarande i regeringskansliet, och i överenskommelsen om God och nära vård mellan regeringen och SKR ingår att erbjuda fast läkarkontakt och fast vårdkontakt till fler patienter än i dag.[8]

[5] Jfr t.ex. SOU 2015:20, *Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård*, s. 107 f., s. 157 f.; Läkarförbundet, *Varför kan inte doktorn komma – om läkarmedverkan i äldrevården*, 2013.
[6] Se SOU 2016:2, *Effektiv vård*, s. 459.
[7] Se SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, s. 376 f.
[8] Regeringen och SKR, *Överenskommelse om God och nära vård 2020 – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården* dnr S2020/00440/FS, s. 19.

4.2.3 Begreppet hemsjukvård ersätts i lagstiftning med ”hälso- och sjukvård i hemmet”

Utredningens förslag: Begreppet *hemsjukvård* ska ersätts med begreppet *hälso- och sjukvård i hemmet* för att tydliggöra att den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet är likställd övrig vård och att det enda som särskiljer den är platsen vården utförs på.

Förslaget medför ändringar i bestämmelserna 12 kap. 2 §, 12 kap. 4 §, 14 kap. 1 §, 14 kap. 2 §, 16 kap. 1 § i HSL och 8 a § i tandvårdslagen (1985:125).

Skäl till utredningens förslag

Sedan Ädelreformen 1992 har kommunerna befogenhet att erbjuda s.k. hemsjukvård. De kan också ta över regionens skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket SoL, om regionen och kommunen kommer överens om det. I dag har alla utom en region gjort så. Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare.[9]

Begreppet hemsjukvård är inte definierat i HSL. Av förarbeten till Ädelreformen framgår att den hemsjukvård som avsågs var ”den del av primärvården som utför hälso- och sjukvård i enskildas hem i det vanliga bostadsbeståndet”.[10] Man kan alltså inte få hemsjukvård, i lagens mening, i den enligt socialtjänstlagen biståndsbedömda insatsen särskilt boende[11], även om det för brukaren är ett hem.

I propositionen 2016/17:43 En ny hälso- och sjukvårdslag menade regeringen att huvudregeln skulle vara att i HSL använda uttrycket ”hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård)”.[12] I propositionen anges att lagrådet förordande begreppet ”hälso- och sjukvård i hemmet”. Lagrådet menade att det skulle vara en fördel om begreppet hemsjukvård hade kunnat ges en bestämd innebörd (definieras) i HSL, men konstaterade att det vid presenterandet av propositionen

[9] Jfr 12 kap. 2 § och 14 kap. 1 § HSL.
[10] Jfr prop. 1990/91:14, *om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m. m.*, s. 59 f.
[11] Särskilt boende är en behovsprövad insats enligt SoL. Det särskilda boendet är ett boende, en vård- och omsorgsmiljö och en arbetsplats.
[12] Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 105.

saknades beredningsunderlag för att lägga fast en definition i lagen. För att undvika missförstånd och olika tolkningar menade Lagrådet att en möjlighet skulle vara att undvika ordet hemsjukvård och i stället använda uttrycken *hälso- och sjukvård i hemmet* respektive *hälso- och sjukvård i ordinärt boende*.[13]

Utredningen delar bedömningen att då begreppet hemsjukvård inte är definierat har det bidragit till en otydlighet i systemet, där den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet av kommunerna många gånger ses som en egen form av vård. Utredningen föreslår därför att begreppet *hemsjukvård* i författningstext ersätts *med hälso- och sjukvård i hemmet* i olika delar av lagstiftningen.

Detta tydliggör att det handlar om hälso- och sjukvård, med samma kvalitetskrav, behov av adekvat resurssättning och kompetensbehov, som enbart särskiljer sig genom att den utförs i hemmet.

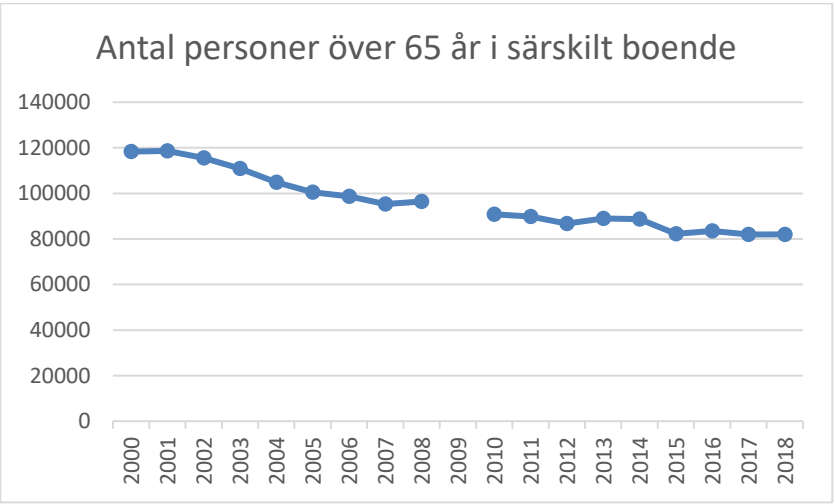
Det nya begreppet förtydligar att hälso- och sjukvård som utförs i hemmet är likställd med övrig hälso- och sjukvård. Förändringen av begreppet har i sig inte någon direkt effekt på innehållet i den hälso- och sjukvård som utförs av kommuner i hemmet, vilken även fortsatt avser primärvårdsnivå, men förändringen är en del i en övergripande omställning där olika vårdnivåer och vårdformer förtydligas.

Att platsen är just patientens hem innebär samtidigt särskilda förutsättningarna gällande logistikaspekter, specifika kunskaper och kompetenser hos utförarna.

[13] Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 105.

Hälso- och sjukvård i hemmet[14] har blivit vanligare över tid

Figur 4.1 Personer i särskilt boende över tid



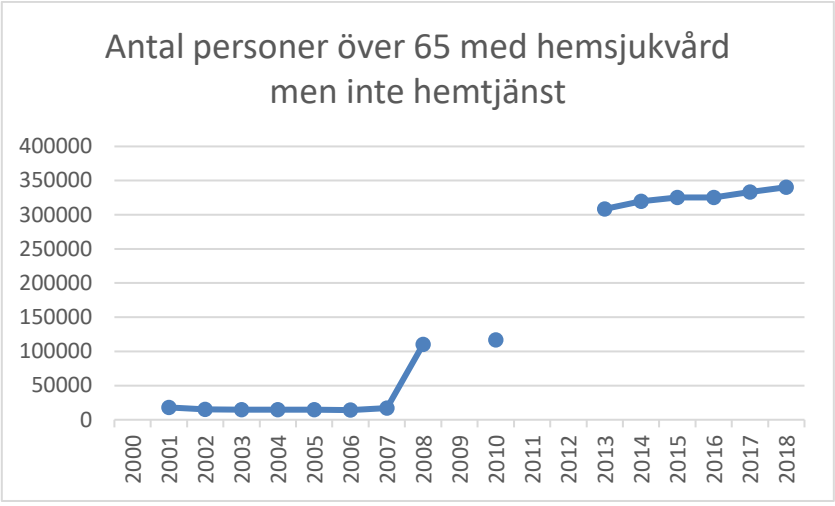
Källa: Socialstyrelsen, Obs att nationell statistik saknas för 2009.

Hälso- och sjukvård i hemmet är en form av hälso- och sjukvård som blivit vanligare över tid och förväntas öka än mer framöver. Antalet personer över 65 år som har fått socialtjänstinsatsen särskilt boende beviljad har samtidigt löpande minskat mellan 2000 och 2018 (se figur 4.1), från 118 291 personer till 81 982 vilket motsvarar en minskning på 31 procent. Under samma tidsperiod ökade antalet personer, 65 år eller äldre som fick hälso- och sjukvård i hemmet med kommunen som huvudman. Från 17 920 personer 2001 till 340 306 personer 2018 (se figur 4.2). Den mycket stora ökningen beror på att kommunerna gradvis tagit över ansvaret att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet till sina invånare. Värt att nämna är att hälso- och sjukvård i hemmet med kommunen som ansvarig huvudman för patienter under 65 också ökat markant. Mellan åren 2013 och 2018 ökade antalet från 59 751 till 69 175 patienter, vilket motsvarar en ökning på 16 procent (motsvarande siffra för patienter över 65 år är 10 procent).

[14] Med kommunen som huvudman.

Figur 4.2 Personer över 65 med hemsjukvård[15] men inte hemtjänst

Baserat på statistik från Socialstyrelsen



Observera att nationell statistik saknas för 2009, 2011 och 2012.

Att hälso- och sjukvård i hemmet med kommunen som huvudman ökat så markant över tid visar tydligt vikten av att beskriva hälso- och sjukvård i hemmet i relation till hela hälso- och sjukvårdssystemet, inte som en egen företeelse. Att vi genom våra förslag om hälso- och sjukvård i hemmet tydliggör att det är samma hälso- och sjukvård som avses, även om den utförs på annan plats än vårdinrättning är en central grundbult för att bygga ett hälso- och sjukvårdssystem som anpassas utifrån befolkningens behov.

Datakvaliteten på uppgifterna

Vi vill påpeka att siffrorna som redovisas ovan ska ses som en indikation, inte som en exakt redogörelse för antalet patienter och insatser. Uppgifterna baseras på den officiella statistiken från Socialstyrelsen. Statistik om patienter som fått hälso- och sjukvård i hemmet saknas under åren 2009 samt 2010–2013 där ökningen bedöms varit som störst. Socialstyrelsen beskriver den stora ökningen i antalet patienter som att kommunerna fram till 2005 enbart ansvarade

[15] Med kommunen som huvudman.

för hälso- och sjukvård i särskilt boende och dagverksamhet och först runt 2010 i praktiken börjat ta över insatser i ordinarie boende från regionerna (med undantag för Stockholms län där regionen ansvarar för detta, förutom i Norrtälje kommun).

En annan aspekt att beakta är att antalet kommuner som redovisat sina hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet ökat över tid. Detta kan bero på att man vid olika tidpunkter övertagit ansvaret från regionerna, men kan också bero på att det inte funnits nationella krav på inrapportering till Socialstyrelsens register förrän 2013. Det innebär att antalet personer som fått hälso- och sjukvård i hemmet åren 2005–2012 kan vara högre än redovisat ovan. Dock kan man även under åren 2013–2018, som alltså baseras på författningsreglerad inrapportering, se en 11-procentig ökning av insatserna.

4.2.4 Tydliggörande gällande hälso- och sjukvård i hemmet

Utredningens bedömning: Den hälso- och sjukvård som kommunerna *ansvarar för att erbjuda* utgör primärvård, men kommunalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal kan *medverka i* hälso- och sjukvård som regionen ansvarar för att erbjuda.

Skäl för utredningens bedömning

En ordinarie bostad kan inte utgöra en vårdinrättning i den mening som avsetts i 2 kap. 4 § HSL, dvs. en med sjukhus jämställd vårdinrättning. Detta gäller i utredningens bedömning även om bostaden anpassas för att viss, och i många fall avancerad eller specialiserad, hälso- och sjukvård ska kunna bedrivas där. Eftersom sluten vård kräver intagning vid *vårdinrättning* är all hälso- och sjukvård som utförs i patientens hem öppen vård.

Insatser i hemmet kan ges både på primärvårdsnivå och som öppen specialiserad vård. I enlighet med förarbeten till Ädelreformen 1992 samt senare uttalanden från regeringen är den hälso- och sjukvård som kommunen som huvudman *ansvarar för att erbjuda* alltid på primärvårdsnivå.[16] Kommunerna kan, efter att ha ingått

[16] prop. 1990/91:14, *om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m. m.*, s. 59 f. och s. 152 f.; prop. 1994/95:195*Primärvård, privata vårdgivare m.m.* s. 46 f.

avtal med regionen, förutom att ansvara för hälso- och sjukvårdvård i särskilda boenden också *ansvara för att erbjuda* primärvårdsinsatser i patientens hem (även då kvarstår regionens skyldighet att tillhandahålla läkarinsatser till kommunerna i den utsträckning som behövs). Detta regleras i 14 kap. 1 § HSL.[17] Den begränsning som tydligt framgår i HSL är alltså att läkarinsatser inte omfattas av kommunens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård. I övrigt framgår inte någon tydlig begränsning av uppdragets omfattning. Av förarbeten framgår dock att det endast är ansvar att erbjuda vård på primärvårdsnivå som överförts.[18]

Det är samtidigt viktigt att skapa förutsättningar för god samverkan mellan huvudmännen vad gäller all den hälso- och sjukvård som bedrivs i patientens hem. Utredningen vill i detta avseende framhålla att det enligt vår bedömning inte finns något i lagstiftningen som hindrar att kommunalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal kan *medverka* i, och i vissa fall *utföra*, insatser på andra vårdnivåer, som den regionfinansierade hälso- och sjukvården har ansvar för att erbjuda och har initierat, om regionen och kommunen enas om förutsättningarna för detta. Kommunalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal utför då insatser som regionen fortfarande har huvudmannaskap för. Detta regleras i 15 kap. 1 § HSL, som fastslår att regioner och kommuner med bibehållet huvudmannaskap får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för enligt HSL.[19] Ett avtal kan säkerställa att båda huvudmännen har rätt förutsättningar för att samverkan i gemensamma insatser ska fungera.

Att regionen i dessa fall är huvudman för insatser där kommunen är utförare innebär inte någon ansvarsförskjutning. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har fortfarande personligt yrkesansvar, kommunen har fortfarande kvar sitt arbetsgivaransvar för persona-

[17] Regionen får till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om regionen och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare. Överenskommelsen får även avse ansvar för sådana förbrukningsartiklar som avses i 8 kap. 9 §. Regionen får lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överlåtelsen. Lag (2019:973).
[18] Jfr prop. 1990/91:14, *om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.*, s. 57 f.
[19] Regioner och kommuner får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för enligt denna lag. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ. Lag (2019:973).

len och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har fortfarande ett särskilt medicinskt ansvar inom det av kommunen fastställda verksamhetsområdet.

Detta tydliggörande syftar inte till att föra över något nytt ansvar till kommunerna vad gäller hälso- och sjukvård. Det syftar till att skapa förutsättningar för personcentrerad vård över huvudmannagränserna. Det avser också bidra till en långsiktigt hållbar arbetsmiljö genom att förutsättningar för samverkan tydliggörs. Ett exempel på en sådan samverkanssituation kan vara specialiserad öppen vård i hemmet (ofta benämnt ASIH eller SSIH, även andra förkortningar förekommer). I dessa fall är regionen huvudman och ansvarig för insatserna, men kommunalt anställd personal kan delta i insatsen, om så avtalats.

4.3 Förtydligade samverkanskrav

Utredningen bedömer att gällande rätt när det gäller samverkan i hälso- och sjukvården är förhållandevis väl reglerad på makro-nivå (huvudmannanivå) och mikro-nivå (individnivå), men till stora delar saknas på meso-nivå (utförarnivå). Bestämmelser som träffar utförare, och därmed *hur* det övergripande uppdraget ska utföras för att sedan bestämmelserna på mikro-nivå ska kunna tillämpas, är inte tillräckligt tydligt reglerat i dag. I linje med de stora utmaningar vad gäller samverkan som beskrivits i såväl Effektiv vård (SOU 2016:2) som i våra tidigare delbetänkanden ser vi behov av att stärka samverkanskraven på utförarnivå.

På makro-nivå finns det dels generella bestämmelser som ger en region och en eller flera kommuner som finns inom regionens geografiska område möjlighet att samverkan genom en gemensam nämnd[20] och kravet att en myndighet ska inom sitt verksamhetsområde samverka med andra myndigheter.[21] Det finns också övergripande krav på samverkan i HSL avseende både regioner och kommuner att de vid planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.[22] Regionen/kommunen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av respektive huvud-

[20] 1 § *lagen om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet* (2003:192).
[21] 8 § *förvaltningslagen* (2017:900).
[22] 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § HSL.

mans ansvar för hälso- och sjukvård. Regionen/kommunen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. I beaktandet ska någon åtskillnad inte göras mellan privata eller andra vårdgivare.[23]

På mikro-nivå återfinns skyldigheten för region och kommun att upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten.[24] Nedan lägger utredningen förslag som syftar dels till att ytterligare stärka samverkan mellan huvudmännen och dels till att förtydliga hur övergripande samverkansbestämmelser ska beaktas på utförarnivå.

4.3.1 Regionen och kommuner ska samverka vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården

Utredningens förslag: Utifrån kommunernas ökade åtagande som huvudman för hälso- och sjukvård sedan gällande rätt utformades måste samverkan mellan huvudmännen stärkas. Kommunernas åtagande för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå omfattar i dag mer än vid Ädelreformens genomförande. De har tagit över ansvar för hälso- och sjukvård i hemmet på primärvårdsnivå i alla regioner utom en. För att tydliggöra kraven på samverkan ska regioners och kommuners särskilda samverkansansvar med varandra vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården förtydligas.

Förslaget medför ändrade bestämmelser i 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § i HSL.

Skäl till utredningens förslag

Vi föreslår att kravet att region och kommun ska samverka vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården förtydligas genom att kommuner särskilt pekas ut som samverkanspart i regionens planeringsansvar enligt HSL och att regioner särskilt pekas ut i motsvarande bestämmelse för kommunernas planeringsansvar.

[23] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 122–123.
[24] 16 kap. 4 § HSL.

Eftersom gällande rätt om samverkan i stora delar utformades innan Ädelreformen, när merparten av huvudmannaskapet för primärvård låg på regionerna finns skäl att införa nya bestämmelser för att hantera dagens situation där primärvård är ett delat ansvar mellan regioner och kommuner. Kommunernas roll som vårdgivare på primärvårdsnivå omfattar i dag dessutom mer än det som växlades i samband med Ädelreformen, de ansvarar för hälso- och sjukvård i hemmet på primärvårdsnivå i alla regioner utom en. Antalet patienter som får insatser i form av kommunalt finansierad hälso- och sjukvård har ökat. T.ex. har antalet patienter som fått hemsjukvård ökat från 17 920 personer till 340 306 under åren 2001–2018, (se även avsnitt 4.2.3). Dessutom har, som vi beskriver i avsnitt 4.3.3 antalet utförare ökat, särskilt på primärvårdsnivå, vilket också innebär att behovet av samverkan ökat.

Vår bedömning är att samverkan mellan region och kommun i planeringen och utveckling av hälso- och sjukvården visserligen omfattas av nuvarande bestämmelser då samverkansskyldigheten i 7 kap. 7 § HSL[25] respektive i 11 kap. 3 § HSL[26] också innefattar kommunen respektive regionen som samhällsorgan samt kommunala respektive regionala vårdgivare. I 7 kap. 7 § HSL åläggs regionen att i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. Motsvarande bestämmelse för kommunerna finns i 11 kap. 3 § HSL. Lagstiftaren valde att utforma bestämmelserna utan att också utforma någon motsvarande författningsreglerad skyldighet för dessa andra organisationer och samhällsorgan att samverka med regioner och kommuner, annat än i undantagsfall.

Givet att kommun och region har en särställning som huvudmän och stora vårdgivare bedömer vi att bestämmelserna bör förtydligas genom att kommuner och regioner uttryckligen pekas ut i respektive bestämmelse som en samverkanspart.

Syftet med samverkansskyldigheten i dessa paragrafer är att säkerställa att vårdplaneringsarbetet tillförs ytterligare synpunkter och önskemål från andra aktörer än regionens och kommunens egna planeringsorganisationer. Samverkansskyldigheten gäller också andra samhällsorgan, dvs. både statliga och regionala/kommunala myndig-

[25] I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.
[26] I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska kommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

heter. På det lokala planet är redan i dag de viktigaste externa inslagen i regionens planeringsprocesser på hälso- och sjukvårdsområdet kommunerna i länet, både utifrån det delade ansvaret för hälso- och sjukvård men också för angränsande verksamheter såsom kommunens nämnder på socialtjänst- och skolområdena för planering av verksamheter såsom socialtjänst och elevhälsa. I samband med omarbetningen av HSL utökades samverkansansvaret till att gälla alla vårdgivare, inte bara de privata vårdgivarna.[27]

Redan i förarbetena till den ursprungliga samverkansbestämmelsen i HSL 1981 beskrevs att landstingets planeringsansvar för hälso- och sjukvården skulle omfatta alla hälso- och sjukvårdsinsatser i länet, oavsett vem som utförde själva insatsen. Man förutsatte då att planeringen skulle utgå ifrån primärvårdsnivån för att säkerställa förankring i hela det område man hade planeringsansvar för. Planeringen manifesterades bland annat i så kallade femårsplaner som upprättades av landstingen, men dessa var inte författningsreglerade och upplevdes som svåra att följa på grund av landstingets årsbudgetering.[28]

4.3.2 En gemensam plan för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå

Utredningens förslag: Regioner och kommuner ska för utformningen av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå upprätta en övergripande gemensam plan. Vi föreslår en ny bestämmelse, 16 kap. 5 § i HSL.

Skäl till utredningens förslag

Utredningen har i uppdrag att lämna förslag på hur samverkan mellan regionernas och kommunernas primärvård kan underlättas. För att säkerställa att patienten får en sammanhängande hälso- och sjukvård oavsett huvudman bedömer utredningen att det behövs en stärkt samverkan på primärvårdsnivå. Vi föreslår därför att regioner och kommuner genom en ny bestämmelse i HSL ska åläggas att

[27] Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 103 f. och s. 136.
[28] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 59 f.

upprätta en gemensam plan för hälso- och sjukvård på den gemensamma vårdnivån primärvård i länet. En nationell reglering av samverkan bedöms behövas för att säkerställa en sammanhållen primärvård i hela landet.

Förslaget avser inte att i detalj reglera innehållet eller tidsomfattningen i den övergripande planen. Avsikten är inte heller att ålägga huvudmännen att gemensamt utforma enskilda verksamheter som respektive huvudman ansvarar för. Avsikten är i stället att säkerställa en gemensam långsiktig strategisk planering för det gemensamma åtagandet primärvård. Planen kan förslagsvis omfatta frågor såsom kompetensförsörjning, lokalfrågor och utbudspunkter. Den kan med fördel bygga på de strukturer som används för utformningen av avtal kring omfattningen av och formerna för läkarmedverkan som är reglerade i HSL[29] och de lagreglerade avtalen som reglerar när någon annan aktör utför uppgifter som regionen eller kommunen fortsatt är huvudman för[30].

Vi anser att kravet att upprätta en gemensam plan för utvecklingen av hälso- och sjukvård på den gemensamma vårdnivån primärvård i länet är ett ändamålsenligt sätt att uppnå en ökad samordning. Som även konstaterades i Effektiv vård (SOU 2016:2) finns inget som hindrar huvudmännen från att samverka och skapa en mer integrerad vård, t.ex. genom att upprätta en motsvarande plan, redan i dag. Så sker dock inte, utan varje huvudman planerar i hög utsträckning enbart utifrån den egna organisationens perspektiv. Detta medför att man missar potentiella samordningsvinster och därmed går miste om möjligheter till effektivisering, samt skapar sämre förutsättningar att tillhandahålla en sammanhängande, god och jämlik vård till länets invånare.

Utmaningar med att få ihop kommunernas och regionernas hälso- och sjukvård till en sammanhängande helhet för patienterna är väl belagda.[31] Vi bedömer därmed inte det som ett alternativ att inte vidta några åtgärder för att stärka samverkan kring den gemensamma vårdnivån primärvård.

[29] 16 kap. 1 § HSL.
[30] 15 kap. 1 § HSL.
[31] Vårdanalys, *Från medel till mål*, 2017, s. 33 f.

Behovet av att utforma samverkan i form av en plan har också presenterats tidigare. Redan 1978 beskrivs i betänkandet ”Mål och medel för hälso- och sjukvården” att ett sätt att konkretisera huvudmännens planeringsskyldighet var att vårdgivarna förutsattes medverka i gemensam planering och att det var viktigt med erforderliga överenskommelser om samverkan.[32] Även i Effektiv vård (SOU 2016:2) fanns ett liknande förslag. Där föreslogs att den föreslagna riktade primärvården för äldre skulle ha en författningsreglerad skyldighet att upprätta en gemensam plan där mål, riktlinjer och resursplanering skulle framgå. Utredningen bedömer dock att ett sådant förslag utgör ett alltför stort ingrepp i det kommunala självstyret, samt att hela primärvården behöver omfattas av samverkanskyldigheten.

Effekterna av det nya kravet om en gemensam plan förväntas bli bättre möjligheter för huvudmännen att samordna sin planering för primärvården, och därmed även – när relevant – sina resurser för den gemensamma vårdnivån. Därmed bedömer vi att förutsättningar för att tillhandahålla en mer sammanhållen vård för patienterna kommer att stärkas.

4.3.3 Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas de förutsättningar för samverkan som behövs

Utredningens förslag: Det ska i HSL regleras att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas de förutsättningar för samverkan som behövs för att en god vård ska kunna ges. På så sätt stärks kraven på samverkan även på utförarnivå. Vi föreslår en ändring i bestämmelsen 5 kap. 2 § i HSL.

Skäl till utredningens förslag

Vår uppfattning är att även om det redan i dag finns övergripande krav på samverkan i lagstiftningen har de ej fått fullt och likvärdigt genomslag på utförarnivå. Vi bedömer att det saknas tillräckliga krav på samverkan, i form av tydliga, uttryckliga skyldigheter, på utförarnivå. Det ökade antalet utförare sedan gällande rätt utformades inne-

[32] SOU 1979:78, *Mål och medel för hälso- och sjukvården*, s. 294.

bär i sig att behovet av reglering av samverkan på utförarnivå har ökat. Vi föreslår därför att kraven på hälso- och sjukvårdsverksamhet i HSL också ska innefatta krav på förutsättningar för samverkan. Genom att lägga skyldigheten på hälso- och sjukvårdsverksamheten träffas alla som utför hälso- och sjukvård, oavsett vårdnivå och huvudman. Bestämmelsen kopplar till det befintliga kravet på vårdgivarens ledningssystem att genom processer och rutiner säkerställa, inte bara hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten, utan också säkerställa att samverkan möjliggörs med andra verksamheter.[33]

Det är redan reglerat i HSL att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls, vilket innebär att vården särskilt ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.[34] I patientlagen anges att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses och att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.[35] Det är alltså redan reglerat att hälso- och sjukvårdsverksamheten ska vara samordnad för att tillgodose patientens behov, men vi bedömer att det finns ett värde i att förtydliga detta på ett samlat sätt.

Genom att i HSL förtydliga att god vård kräver förutsättningar för samverkan, på samma sätt som att den kräver den personal, de lokaler och den utrustning som behövs, tydliggör vi kraven på ett hälso- och sjukvårdssystem som hänger ihop, även på utförarnivå. Att tydliggöra kraven på samverkan på utförarnivå skapar också bättre förutsättning för både uppföljning och tillsyn av verksamheterna utifrån samverkansaspekten då kravet författningsregleras. Med den föreslagna regleringen förväntas mer strukturerade former för samverkan mellan utförare utvecklas i olika regioner och kommuner, utifrån den lokala kontexten. Till skillnad från dagens situation, där många vårdgivare har egna rutiner för hur man ska samverka med andra vårdgivare, är avsikten här att det ska skapas ett gemensamt angreppssätt. Utredningen rekommenderar att man i sina avtal ställer krav på att man som utförare kan beskriva hur man lever upp till att säkerställa förutsättningar för samverkan.

[33] 4 kap. 5 § SOSFS 2011:9 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.*
[34] 5 kap. 1 § HSL.
[35] 6 kap. 1 § PL.

Att reglera samverkan på utförarnivå är nödvändigt då allt mer av hälso- och sjukvården handlar om att stödja vid långvariga och kroniska tillstånd, ofta med hög komplexitet. T.ex. för gruppen äldre med många sjukdomar, insatser under lång tid, ofta från flera huvudmän och olika aktörer saknas det i dag alltför ofta strukturer för ett samlat och väl koordinerat omhändertagande.

Ett annat exempel på förändrad kontext som medför behov av samverkan på utförarnivå är att antalet utförare ökat, då bland annat LOV öppnat upp för många nya aktörer. Utvecklingen inom regionerna de senaste årtiondena visar att andelen s.k. köpt verksamhet ökar. Under 2016–2018 stod köpt verksamhet för 19 procent av regionernas kostnader. Under 2018 motsvarade det 71 miljarder kronor. Det är dock stora skillnader mellan regionerna. Drygt en fjärdedel av verksamheten i Region Stockholm köps in från privata vårdgivare jämfört med Region Jämtland Härjedalen där drygt 3 procent köps in externt.[36]

4.4 Planeringsverktyg till stöd för en samordnad vård

I kapitel 5 i vårt förra delbetänkande[37] beskrev vi våra utgångspunkter gällande planeringsverktyg. Vi beskrev där bl.a. behovet av att tydliggöra kommunernas roll som både utförare av och huvudman för hälso- och sjukvård, behovet av att införliva ett personcentrerat synsätt i den individuella planen för att säkerställa att effekterna av samordning kommer patienten till gagn och behovet av att förtydliga (författnings-)regleringen av olika planverktyg. Vi beskrev också att otydligheten kring regleringen av individuell plan är ett problem i sig. Bestämmelserna träffar olika patientgrupper i olika författningar och det finns ett antal andra termer som används i verksamheterna för att beskriva individuell plan. Våra förslag är utformade i linje med utgångspunkterna, som alltså är vår uppfattning av problembilden kring dagens reglering av planverktyg till stöd för en samordnad vård.

[36] SKR, *Köp av verksamhet 2019 Kommuner och regioner 2006–2018*, 2019, s. 29 f.
[37] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*.

4.4.1 Förtydligande gällande författningsreglerade planer inom vård och omsorg

Hälso- och sjukvårdens planeringsskyldighet för insatser för en enskild patient har bland annat kommit till uttryck genom olika planverktyg, där ett antal av dem är författningsreglerade. Många olika aktörer vi haft dialog med har lyft att man i utformningen av hälso- och sjukvården och inte minst i det dagliga arbetet upplever det som otydligt vilket planverktyg som ska användas i en specifik insats och vilka planverktyg som faktiskt finns. Att tydliggöra vilka planer som faktiskt är författningsreglerade (till skillnad från initierade i lokal kontext) är därför ett viktigt steg för att underlätta för medarbetare i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vi har därför i enlighet med våra direktiv att se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner (dir. 2018:90) gjort en översyn av befintlig planlagstiftning inom vård och omsorgsområdet för att kartlägga och tydliggöra vilka av de författningsreglerade planverktygen som är unika och vilka planverktyg som återfinns i flera olika författningar. Detta är ett sätt att tydliggöra för hälso- och sjukvårdens medarbetare vilka författningsreglerade planer som finns. För att underlätta för patienten eller brukaren är det dock inte tillräckligt.

Resultatet av kartläggningen redovisades i vårt tidigare delbetänkande.[38] Det finns 18 författningsreglerade planer inom området varav fyra gäller generellt för hälso- och sjukvården. Andra planverktyg avser särskilda delar av hälso- och sjukvården, exempelvis smittskydd eller tvångsvård. Planverktygen har tillkommit i olika syften för olika målgrupper, och även framgent kommer behovet och verktygen för planering att skilja sig mellan olika grupperingar i hälso- och sjukvården.

[38] Se SOU 2019:29, *God och nära vård. vård i samverkan*, s. 144–145.

Individuell plan eller SIP?

Under vårt arbete har vi genomgående uppfattat en begreppsförvirring i olika verksamheter gällande begreppen individuell plan och SIP.

Individuell plan är en lagreglerad plan som regleras i HSL, SoL och PL. I förarbetena[39] till de ursprungliga bestämmelserna om individuell plan användes ibland termen *samordnad individuell plan*, som förkortades SIP. I propositionen[40] och i bestämmelserna valde lagstiftaren i stället att använda just termen *individuell plan*. Enligt socialstyrelsens termbank är *samordnad individuell plan* en synonym till *individuell plan enligt SoL och HSL*. I vardagligt tal i verksamheterna används oftast förkortningen, SIP.

SIP kan dock också vara en förkortning för närliggande begrepp. I samband med lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten vård (LUS) kom SIP exempelvis att användas som förkortning till den författningsreglerade insatsen *samordnad individuell planering*, i verksamheterna ofta benämnt som ”SIP-möte”.

SIP är alltså en förkortning som kan representera olika saker. För att undvika missförstånd och olika tolkningar och för att utgå från gällande rätt i utformningen av våra förslag har vi valt att genomgående använda termen *individuell plan* även om man i verksamheterna ofta kallar planen för SIP.

4.4.2 Fler patienter ska ges möjlighet till en individuell plan

Utredningens förslag: Regleringen av individuell plan i HSL och SoL ska harmonieras med regleringen i LUS så att den kommunala hälso- och sjukvården inte bara omfattas när den individuella planen initieras vid utskrivning från sluten vård. Dessutom ska patienter som inte får socialtjänst men har behov av stöd i samordningen i vårdprocesser som inbegriper flera olika vårdgivare omfattas av möjligheten att få en individuell plan.

Ändringar föreslås i bestämmelserna 16 kap. 4 § i HSL, 2 kap. 7 § i SoL och 6 kap. 4 § i PL.

[39] SOU 2006:100, *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*.
[40] Prop. 2008/09:193, *Vissa psykiatrifrågor m.m.*

Skäl till utredningens förslag

Den individuella planen regleras i dag olika i HSL och SoL respektive i LUS. Bestämmelserna träffar olika utförare och olika patientgrupper vilket har skapat en situation där det är oklart i vilken situation en individuell plan ska upprättas, då det beror på vilken lag man använder som utgångspunkt. Den kommunala hälso- och sjukvården omfattas bara när den individuella planen initieras vid utskrivning från sluten vård.

En förutsättning för att de nu gällande bestämmelserna i HSL och SoL om upprättande av en individuell plan aktualiseras är att den enskilde har behov av insatser från regionfinansierad hälso- och sjukvård *och* (kommunalt finansierad) socialtjänst. Kommunens skyldighet att upprätta en individuell plan enligt HSL och SoL avser endast kommunens socialtjänstinsatser. Den kommunala hälso- och sjukvården är exkluderad från kravet i HSL och SoL på upprättande av en individuell plan. Regeringen konstaterade dock redan i förarbetena att detta skulle innebära svårigheter i de kommuner som också ansvarar för hemsjukvården i ordinärt boende. I en sådan situation agerar en sjuksköterska i kommunen som t.ex. lägger om ett sår hemma hos den enskilde endast utifrån bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen.[41] Detta var vid införandet av bestämmelserna ett undantagsfall, men i dag har alla regioner utom en överlåtit hemsjukvården till kommunerna.

Vid upprättande av en individuell plan enligt LUS är kommunalt finansierad hälso- och sjukvård däremot inkluderad. Då ska det upprättas en sådan individuell plan som avses i HSL och SoL när en patient efter utskrivning från sluten vård behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård *eller* socialtjänst.

Gemensamt för de olika befintliga bestämmelserna om individuell plan är alltså att de först träder i kraft när den enskilde får insatser från *både* kommun och region, men den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården inkluderas bara när planeringen initieras vid utskrivning från sluten vård enligt LUS.

Regleringen exkluderar helt de patienter med komplexa behov som enbart får insatser från regionen, även om deras vårdprocess är lång och involverar många olika vårdgivare.

[41] Prop. 2008/09:193, *Vissa psykiatrifrågor m.m.*, s. 22.

Vi föreslår att bestämmelsen om individuell plan i HSL ska utökas till att också gälla när den enskilde får hälso- och sjukvård från flera vårdgivare oavsett vem som är huvudman för insatserna. Det innebär både att den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården genomgående inkluderas och att patienter med komplexa behov och insatser från flera vårdgivare inom en och samma huvudman inkluderas.

Vårt förslag syftar till att säkerställa att alla de patienter med behov som innefattar insatser från flera olika verksamheter eller enheter inom hälso- och sjukvård, eller hälso- och sjukvård och socialtjänst, och som behöver stöd i samordningen får möjlighet till en individuell plan. I enlighet med bestämmelserna i HSL om stöd för att tillgodose sitt behov av trygghet, kontinuitet, och säkerhet.[42] Detta gäller särskilt patienter som har de allra mest komplexa behoven som ofta får insatser från just den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården i kombination med insatser från socialtjänsten och/eller från den regionalt finansierade hälso- och sjukvården.

Vi förordar en utökning av den redan författningsreglerade individuella planen framför att införa en ny typ av plan, utifrån de många inspel till utredningen vi fått om att ett ökat antal planverktyg ökar komplexiteten. Alternativet att införa en ytterligare plan hade också blivit svårbegriplig ur patientens perspektiv, då denne skulle få en typ av plan om hälso- och sjukvårdsinsatserna utfördes av regionen men en annan typ av plan om hälso- och sjukvårdsinsatserna utfördes av kommunen. Vi väljer också att föreslå att bestämmelserna i HSL och SoL fortsatt i huvudsak ska vara likalydande, även om de inte ordagrant utformas lika.

4.4.3 Den enskilde ska ges möjlighet att initiera en individuell plan

Utredningens förslag: Den enskildes möjlighet av stöd till samordning utifrån sina behov behöver stärkas. Det ska därför regleras i HSL och SoL att också den enskildes önskemål om att få en individuell plan upprättad ska beaktas. Vi föreslår ändringar i bestämmelserna 16 kap. 4 § i HSL och i 2 kap. 7 § i SoL.

[42] 5 kap. 1 § HSL.

Skäl till utredningens förslag

Vården kan vara organiserad så att den är samordnad, säker och har kontinuitet ur vårdgivarens perspektiv utan att den enskilde känner det så. Om även patientens behov av trygghet blir styrande för vilka åtgärder ska vidtas kan det ge bättre förutsättningar för att patientens behov sätts i fokus.[43] Att patientens behov av trygghet i vården ska tillgodoses är också en av förutsättningarna för att uppfylla kraven på god vård enligt 5 kap. 1 § HSL.[44] Delaktighet kräver att man som patient har förutsättningar och kunskap att vara aktiv i sin egen vård. Vi föreslår därför att den enskilde ska kunna ges möjlighet att initiera en individuell plan, för att tydligare beakta patientens behov av samordning. Även om man i förarbetena till nuvarande bestämmelserna kan utläsa att den enskildes uttryckta behov att få en individuell plan ska beaktas[45], menar vi att det finns ett stort värde i att det också kommer till uttryck i bestämmelsen. I utformningen av framtidens hälso- och sjukvårdssystem anser vi att en av grundpelarna måste vara ett personcentrerat arbetssätt där den enskildes behov och förutsättningar tydligare ges utrymme. Även om den framtida vårdprocessen inte uppfattas som komplex eller svåröverblickbar från hälso- och sjukvården eller socialtjänsten kan den uppfattas så av patienten.

Gemensamt för den nuvarande regleringen av individuell plan i HSL, SoL och LUS är att den utgår från huvudmännens bedömning att det finns behov av samordning, inte den enskildes, även om syftet är att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Planeringsbestämmelserna aktualiseras när de två huvudmännen region och kommun behöver samordnas och bestämmelserna adresserar inte uttryckligen den enskildes upplevda behov av samordning mellan olika insatser.

De nuvarande bestämmelserna om individuell plan i SoL och HSL infördes med bakgrund av propositionen 2008/09:193 om vissa psykiatrifrågor m.m. Regeringen beskrev där att för att ta ställning till om en individuell plan ska upprättas måste en behovsbedömning göras. Omfattningen av bedömningen kan variera, och underlaget

[43] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 61.
[44] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 61.
[45] Prop. 2008/09:193, *Vissa psykiatrifrågor m.m.*, s. 20.

kan exempelvis bestå av en epikris eller en utredning i en biståndsansökan. Regeringen beskrev också att underlaget kan bestå av att den enskilde önskar hjälp och stöd på ett område som en annan huvudman har huvudansvaret för. Även de närståendes beskrivningar av situationen bör ha betydelse för behovsbedömningen.[46]

Trots det menade regeringen då att det var tillräckligt att i lagstiftningen uttrycka att en individuell plan ska upprättas om landstinget (nu regionen) eller kommunen anser att det föreligger ett behov. Det ansågs rimligt att det är landsting och kommuner som ges ansvaret att avgöra om en individuell plan behövs för att den enskilde ska få sina samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda.

En viktig utgångspunkt för regeringen var då att de nya bestämmelserna inte skulle innebära någon onödig administration i hälso- och sjukvård eller socialtjänst. I betänkandet som låg till grund för förslaget förordade dock utredaren att en individuell plan alltid skulle upprättas så snart en enskild begärde det.[47]

Bestämmelserna i HSL och SoL är därför i nuläget utformade så att det faller på de två huvudmännen att avgöra i vilka fall det finns behov av en individuell plan. Skyldigheten att upprätta en plan är dock långtgående och situationer där den enskilde eller närstående nekas en individuell planering bör, så som förslaget var tänkt, vara undantagsfall.

4.4.4 En fast vårdkontakt ska ansvara för att den individuella planen är aktuell

Utredningens bedömning: En fast vårdkontakt ska ansvara för att den individuella planen är aktuell och uppdaterad. Samordningen för den enskilde patient ska ske med utgångspunkt i den individuella planen för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.

[46] Prop. 2008/09:193, *Vissa psykiatrifrågor m.m.*, s. 21.
[47] Prop. 2008/09:193, *Vissa psykiatrifrågor m.m.*, s. 20.

Skäl för utredningens bedömning

Vi bedömer att en fast vårdkontakt ska ansvara för att den individuella planen är aktuell och uppdaterad och att samordningen för den enskilde patient ska ske med utgångspunkt i den individuella planen.

En fast vårdkontakt ska utses om patienten begär det eller det är nödvändigt för att tillgodose dennes behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.[48] Patienten ska få information om möjligheten att få fast vårdkontakt. Regeringen beskrev i samband med införandet av bestämmelserna om fast vårdkontakt att syftet var att en fast vårdkontakt kan stärka patientens ställning och att patienten skulle få en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vård och hjälpa till att samordna vårdens insatser.[49] Utifrån detta anser vi att det är lämpligt att det är en fast vårdkontakt som ska säkerställa att den gemensamma, individuella planen är aktuell och uppdaterad och att samordningen av de olika insatserna utgår ifrån planen.

Att utse en fast vårdkontakt är en skyldighet som åligger verksamhetschefen.[50] Då många patienter har kontakter med flera olika delar av sjukvården, olika enheter, vårdgivare och hälso- och sjukvård med både region och kommun som huvudman, kan patienter ha mer än en fast vårdkontakt. De fasta vårdkontakterna ska då kunna samverka och samordna vårdens insatser för en enskild patient, och ansvaret för att den individuella planen är aktuell och uppdaterad och att samordningen sker med utgångspunkt i planen, kan överföras från en fast vårdkontakt till en annan. Här är det av yttersta vikt att samordningen görs *tillsammans* med patienten, och inte *för* patienten. Det är inte reglerat vilka professioner eller roller som kan inneha funktionen fast vårdkontakt, men som vi redovisat i tidigare delbetänkanden är det patientens medicinska och övriga behov som ska avgöra vem och/eller vilken kompetens som bäst kan tillgodose patientens behov.[51] Så långt som möjligt bör även patientens önskemål om vem som ska vara den fasta vårdkontakten tillgodoses. En fast vårdkontakt kan vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen,

[48] 6 kap. 2 § PL.
[49] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 61.
[50] 3 kap. 1 § och 6 kap. 1–2 § PL och 4 kap. 1 § *hälso- och sjukvårdsförordningen* (2017:80).
[51] SOU 2018:39, *God och nära vård. en primärvårdsreform*, s. 191 f.

t.ex. en läkare, sjuksköterska eller psykolog. Det kan också vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård. Den enskilda patientens behov av vård styr när och hur länge det är lämpligt att ha en fast vårdkontakt. En fast vårdkontakt kan därför behöva utses och finnas inom alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård.

Vilka andra arbetsuppgifter som ingår i att vara fast vårdkontakt är inte reglerat, men Socialstyrelsen har gett ut en vägledning om fast vårdkontakt.[52] Regeringen beskrev dock redan vid införandet av bestämmelserna att en fast vårdkontakt bör kunna bistå patienterna i att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter som t.ex. Försäkringskassan.[53]

Patienter har också möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården.[54] Den fasta läkarkontakten ska svara för att patienten undersöks, om möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som hans eller hennes tillstånd fordrar eller att andra relevanta åtgärder vidtas. I ansvaret ingår även att vägleda patienten i hans eller hennes kontakter med övrig hälso- och sjukvård och i förekommande fall samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas.[55] Vi har i tidigare delbetänkande i relation till våra förslag att stärka patientens möjlighet att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården utförligare beskrivit relationen mellan fast läkarkontakt i primärvården och fast vårdkontakt.[56]

[52] Socialstyrelsen, *Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan – Nationell vägledning*, 2017.
[53] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 62.
[54] 6 kap. 3 § PL.
[55] Prop. 2013/14:106, *Patientlag*, s. 100.
[56] Se kap. 10.2.3 i SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*.

4.4.5 Personcentrerat innehåll i den individuella planen

Utredningens förslag: Av den individuella planen ska målet med insatserna för den enskilde framgå. Målet ska formuleras utifrån den enskildes perspektiv. Vi föreslår ändringar i bestämmelserna 16 kap. 4 § i HSL och i 2 kap. 7 § i SoL.

Skäl för utredningens bedömning

Vi föreslår att innehållskraven i den individuella planen kompletteras med kravet att beskriva målet med insatserna utifrån den enskildes perspektiv. Dels för att skapa samsyn mellan de aktörer som är involverade i patientens individanpassade vårdprocess men också för att öka patientens möjlighet att samskapa genom att sätta målet med insatserna utifrån den centrala frågan – vad är viktigt för dig? Genom att införliva målet med de gemensamma insatserna i den individuella planen skapas förutsättningar för att planen inte bara blir ett schema över olika insatser, utan i stället ett verktyg för att insatser från olika aktörer ska stödja ett gemensamt mål.

Samordningen och den gemensamma planeringen över vårdgivar- och huvudmannagränser ska anpassas efter individens skiftande behov. Dessa behov kan skifta över tid eller situation i livet i övrigt. Exempelvis kan ett behandlingsalternativ med en uppsättning biverkningar uppfattas väldigt olika av en patient ”mitt i livet” med barn i skolåldern och av en multisjuk äldre patient.

Även om de olika delarna av vården och omsorgen har en tydlig uppfattning om vad som är syftet med deras respektive insatser är det inte alltid som dessa har utformats utifrån en dialog med patienten om vad som är det övergripande målet med insatserna. Det målet måste också beslutas tillsammans med patienten, så att alla delar i systemet, inklusive patienten själv, tillsammans kan bidra. Genom att sätta ett gemensamt mål utifrån den enskildes perspektiv möjliggörs en ökad personcentrering och krav ställs på utförarna att utgå från den enskildes behov och förutsättningar.

Det måste också vara tydligt för patienten eller brukaren varför samordningen sker, varför en plan upprättas och varför de aktörer som deltar är involverade. Ett led i detta är att sätta ett tydligt, gemensamt mål för den individanpassade processen och också följa

upp det, ur den enskildes perspektiv. Den individuella planen är ett centralt verktyg för att formulera det gemensamma målet.

Det finns i dag fyra reglerade krav på innehåll i den individuella planen; vilka insatser som behövs, vilka insatser som respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Redan i förarbetena till den ursprungliga bestämmelsen bedömde regeringen att den individuella planen när det är lämpligt bör innehålla mål för insatserna. Utredningen ställer sig bakom dessa resonemang och lägger därför förslag om att detta förtydligas i själva lagstiftningen.

Målet bör formuleras i samskapande mellan den enskilde och hälso- och sjukvårdens professioner. Ofta sammanfaller den enskildes och professionens målformulering, men ibland kommer de skilja sig åt. I de fall det finns väsentliga skillnader bör detta framgå av planen. Även om målet ska formuleras ur den enskildes perspektiv är det så att målen för de medicinska insatserna måste vara realistiska. Patienten kan inte via den individuella planen kräva särskilda insatser, exempelvis en viss typ av läkemedelsbehandling eller en viss typ av utredning, men målet som insatserna gemensamt syftar till måste beaktas och beskrivas utifrån patientens synvinkel.

Målet bör anges både på kortare och längre sikt, vilket möjliggör att planerna kan användas utifrån olika perspektiv: dels för en planering av stödinsatser som ska ges under en längre tid och beröra stora delar av personens livssituation, dels för insatser som behöver sättas in omedelbart för att lösa en tillfälligt uppkommen situation. I de fall planen behövs för att planera stödåtgärder under en längre tid och på flera livsområden, ställs särskilda krav på vårdens professioner som tillsammans med den enskilde och de närstående upprättar den individuella planen. Ibland kan den enskilde behöva stöd och motivation för att formulera sina behov och önskemål. Det är viktigt att vårdens företrädare är lyhörda och aktivt efterfrågar behoven på olika områden. Behovsbedömningen bör vara systematisk och dokumenteras så att uppföljningar blir möjliga. I synnerhet gäller det personer som inte själva formulerar sina behov eller driver sina intressen.[57]

[57] Prop. 2008/09:193, *Vissa psykiatrifrågor m.m.*, s. 23.

4.4.6 Den individuella planen ska även innehålla förebyggande och rehabiliterande insatser

Utredningens förslag: Av den individuella planen ska det framgå vilka förebyggande och rehabiliterande insatser som behövs. Ändringar föreslås i bestämmelserna 16 kap. 4 § i HSL och i 2 kap. 7 § i SoL.

Vi föreslår att det ska förtydligas att den individuella planen, där relevant, bör omfatta förebyggande och rehabiliterande insatser, för att tydliggöra det hälsofrämjande och förebyggande uppdraget i hälso- och sjukvården.

Sedan 1983, då den dåvarande sjukvårdslagen blev en hälso- och sjukvårdslag, har hälso- och sjukvården ett lagreglerat uppdrag att arbeta förebyggande och förebygga ohälsa hos befolkningen[58], utöver att erbjuda sjukvård. Givet hälso- och sjukvårdens roll att stärka hälsa, inte bara behandla sjukdom, och att vi i dag lever längre med kroniska hälsoproblem är det fler som har behov av förebyggande och rehabiliterande insatser. Det är därför angeläget att synliggöra förebyggande och rehabiliterande insatser om delar i patientens individanpassade vårdprocess. Ett område där förebyggande insatser skulle kunna göra stor skillnad är fallolyckor. Drygt 1 000 personer dör varje år och 70 000 personer skadas allvarligt varje år till följd av fallolyckor.[59] Äldre personer är särskilt utsatta för och sårbara vid fallolyckor. Bland personer som är 80 år eller äldre orsakas nio av tio skador av ett fall. Äldre personers fallolyckor beräknas kosta samhället ca 11 mdkr per år.[60]

Vi föreslår att det nya innehållskravet ska vara likalydande i SoL. Även i socialtjänsten är det förebyggande arbetet en central del. Utredningen Framtidens socialtjänst (S 2017:03) har beskrivit individuellt inriktande, förebyggande insatser som en central del av socialtjänstens uppdrag. Exempel på sådana insatser är ekonomisk hjälp, upplysningar, samtal och rådgivning. Det kan också vara tidiga insatser och särskilt stöd till barn som uppvisar problembeteenden, stöd till föräldrar som har svårt att klara sin föräldraroll eller åter-

[58] 1 § den äldre *hälso- och sjukvårdslagen* (1982:763).
[59] MSB, *Fallolyckor. Statistik och analys MSB 752*, 2014.
[60] MSB, *Samhällets kostnader för fallolyckor MSB 0197*, 2010.

fallsprevention när det gäller brottslighet eller missbruks- och beroendeproblematik.[61]

Att stärka innehållskraven i den individuella planen avseende hälsofrämjande insatser, kombinerat med förslaget om att fler patienter ska få möjlighet att få en individuell plan, är ett sätt att säkerställa att insatser för att främja hälsa och förhindra återinsjuknande planeras och följs upp för fler patienter än i dag.

Som utredningen beskrivit i tidigare delbetänkanden gör vi bedömningen att fokus på hur vi kan stärka hälsa, inte bara behandla sjukdom, är helt avgörande för att vi ska klara av att möta framtidens hälsoutmaningar och vårdbehov i befolkningen. Genom att förebygga eller skjuta upp insjuknande i akuta eller kroniska sjukdomar, minska risken för återinsjuknande och skapa eller återskapa funktionsförmåga kan såväl mänskligt lidande undvikas som den begränsade gemensamma resursen användas mer effektivt.

I förarbetena till den ursprungliga bestämmelsen om individuell plan resonerade man kring förebyggande och hälsofrämjande insatser. Detta kom dock inte att uttryckas i den faktiska bestämmelsen. Insatser från andra aktörer än kommun och landsting ansågs då kunna vara av stor betydelse för att den enskildes samlade behov tillgodoses, t.ex. rehabiliterande arbetsmarknadsåtgärder från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Även dessa ska enligt förarbetena anges i planen. Eftersom planen bara kan upprättas med den enskildes samtycke kan dock insatser från andra aktörer bara redovisas om den enskilde medger det.[62]

Att sjukdomsförebyggande och rehabiliterande insatser tydligare blir en författningsreglerad del av den individuella planen tydliggör att förebyggande och rehabiliterande insatser är centrala och förväntas bidra till att sådana evidensbaserade insatser genomförs i större omfattning än i dag. Därigenom förväntas också vissa framtida behov av vård och omsorg kunna undvika.

[61] SOU 2018:32, *Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst*, s. 31–32.
[62] Prop. 2008/09:193, *Vissa psykiatrifrågor m.m.*, s. 23.

4.4.7 Informationsdelningsfrågor

Utredningens bedömning: Att utöka bestämmelserna om individuell plan att också gälla kommunalt finansierad hälso- och sjukvård kräver inga ändrade bestämmelser avseende informationshantering.

Skäl för utredningens bedömning

Möjligheterna att dela information används inte fullt ut

Som vi redovisat i tidigare delbetänkande[63] bedömer vi att möjligheterna med sammanhållen journalföring enligt patientdatalagen (2008:355) (PDL) inte används fullt ut. Allt som dokumenteras av hälso- och sjukvården i syfte att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador för en patient är en journalhandling. När region och kommun delar information i en individuell plan för en och samma patient i rollen som vårdgivare gäller bestämmelsen om sammanhållen journalföring i PDL.[64] Då både kommunen och regionen delar information i rollen som vårdgivare kan information delas via direktåtkomst,[65] förutsatt att det rör en patient som vårdgivaren har en aktuell patientrelation med, att uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga eller behandla sjukdomar och skador hos patienten, eller för att utfärda intyg om vården och om patienten samtycker till det. Vid upprättande av en individuell plan måste de tre förutsättningarna anses vara uppfyllda, och då kan exempelvis en läkare på vård-/hälsocentral genom direktåtkomst ta del av uppgifter som dokumenterats i den individuella planen av medarbetare i kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. På motsvarande sätt kan exempelvis sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården genom direktåtkomst ta del av uppgifter som dokumenterats i planen av regionanställd hälso- och sjukvårdspersonal. Bestämmelsen reglerar vårdgivarnas möjlighet till sammanhållen journalföring, och är inte

[63] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*.
[64] 6 kap. 1 § PDL.
[65] Patientdatalagens bestämmelser om journalföring gäller oberoende om journaler förs på papper eller elektroniskt. Direktåtkomst är av förklarliga skäl enbart tillämpbart vid elektronisk journalföring. Pappersbaserade journalhandlingar kan i stället med patientens samtycke lämnas ut som papperskopior, muntligt eller genom elektroniskt utlämnande, efter sekretessprövning. Utlämnandet regleras i 25 kap. OSL och för privat verksamhet i 6 kap. 12–16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

särskilt inriktad på någon specifik huvudman eller verksamhet. Det innebär att även de delar av elevhälsan som utförs utifrån HSL träffas av bestämmelsen om sammanhållen journalföring.

Bestämmelsen är inte utformad som en absolut skyldighet, utan reglerar möjligheten att göra information tillgänglig för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring.

Att bestämmelsen om sammanhållen journalföring inte används i den utsträckning den kunde bedömer vi beror på flera faktorer, dels tekniska och ekonomiska och dels att kunskapen om kommunernas roll som vårdgivare inte varit tillräckligt känd i systemet.

Tekniska utmaningar

De tekniska utmaningarna beror i mycket på bristande möjlighet att utbyta och tolka information, s.k. interoperabilitet, mellan olika it-stöd. De utmaningarna hänger nära samman med de ekonomiska utmaningarna då det är kostsamt att koppla samman olika it-system. Inera AB redovisar att it-kostnaderna hos regionerna i relativa tal har varit stabila på ca 2,8–2,9 procent av omsättningen sedan 2004. År 2017 var andelen 2,88 procent. Inera AB drar slutsatsen att alla regioner måste tillföra ytterligare medel för att uppnå målen i Vision e-hälsa 2025.[66] Motsvarande aggregerade siffror för kommunens it-investeringar saknas.

Behovet av fungerande ledningssystem

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår det att varje vårdgivare eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det ledningssystem som ska finnas innehåller de processer och rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs i det följande. Enligt 2 § ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS utföra egenkontroller. I de allmänna råden till paragrafen ingår granskning av journaler, akter och annan dokumentation i skyldigheten om egenkontroll. Att det behövs rutiner för den särskilda situationen att kommunen har skyldighet att upprätta både

[66] Inera AB, *eHälsa och IT i landstingen*, 2018.

patientjournal och personakt för en och samma individ är alltså redan reglerad i SOSFS 2011:9. Vi har under våra dialoger stött på exempel där detta fungerat mycket väl, och där det t.ex. är tydligt för en undersköterska när det man utför är en insats enligt HSL eller en åtgärd enligt SoL och i vilket it-stöd det ska dokumenteras.

Informationsdelning utifrån dagens reglering av individuell plan

Som vi beskrivit i tidigare deldelbetänkande[67] är möjligheterna att dela information mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst mycket begränsade. Regeringen har i juni 2019 tillsatt en utredning, Utredningen om informationsutbyte inom vård och omsorg (S 2019:01), med uppdrag att bland annat se över möjligheten att införa direktåtkomst inom och mellan vissa verksamheter i socialtjänst och hälso- och sjukvård. Utredningen ska redovisa sitt slutbetänkande den 31 maj 2021 (dir. 2019:37) (se även avsnitt 2.3.1).

4.4.8 Elevhälsa

Elevhälsans roll för att stödja hälsa har uppmärksammats av flera av våra referensgrupper, expertgruppen och inte minst i många av de dialogmöten vi haft med företrädare ute i landet.

Genom vårt förslag i avsnitt 4.4.2 att utöka bestämmelsen om individuell plan i HSL till att också innefatta kommunalt finansierad hälso- och sjukvård bedömer vi att också de delar av elevhälsan som utförs inom lagrummet nås av skyldigheten att vid behov upprätta en individuell plan.

Även om elevhälsan finansieras via det s.k. grundbeloppet enligt skollagen och kommunen bara är huvudman för insatser i kommunala skolor (för fristående skolor är skolans styrelse huvudman) är de insatser som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal hälso- och sjukvård. De bestämmelser som rör utförare av hälso- och sjukvård når alla som utför verksamhet inom HSL, oavsett vem som är huvudman för insatsen och även om elevhälsans omfattning regleras i skollagen.[68]

[67] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*.
[68] 25 § *skollagen* (2010:800).

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) beskrev 2016 att vårdgivaransvaret inte är tillräckligt känt hos skolans huvudmän. Huvudmännen har därmed saknat insikt i alla de krav som ställs på vårdgivaren enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Det har medfört att flera av de skyldigheter som skolans huvudman har som vårdgivare ofta förbises. Huvudmännen har exempelvis inte alltid ledningssystem som är anpassade för elevhälsans medicinska del. Myndigheten menar att även det systematiska patientsäkerhetsarbetet kan förbättras.[69]

Precis som i andra delar av hälso- och sjukvårdssystemet blir samverkan mellan olika professioner central, för att även de professioner i skolan som inte verkar under HSL, via elevhälsoteamet, ska kunna ta initiativ till en individuell plan.

4.5 Konsekvensanalys

4.5.1 Övergripande konsekvenser av förslagen

De övergripande konsekvenserna av våra förslag om samverkan och planeringsverktyg är att de sammantagna skapar förutsättningar för ett hälso- och sjukvårdssystem som bättre hänger ihop för både patient och medarbetare. Förslagen förväntas också bidra till högre effektivitet när de insatser som ges planeras sammanhängande. Därmed bedöms det även påverka de medicinska resultaten i positiv riktning i en omfattning som motiverar en viss ökad arbetsinsats för planering på olika nivåer.

Vårt förslag om hälso- och sjukvård i hemmet skapar en struktur där hälso- och sjukvård beskrivs likadant oavsett om den ges vid vårdinrättning eller i patientens hem. Genom att ändra termen *hemsjukvård* till *hälso- och sjukvård i hemmet* ökar begripligheten för både huvudmännen, vårdens medarbetare och patienter och närstående. Det bedöms ge bättre förutsättningar för samverkan och samarbete mellan huvudmännen såväl som mellan olika utförare och mellan olika professioner, vilket förväntas bida till ökad kvalitet i vården.

[69] IVO, *Skolan – både huvudman och vårdgivare*, 2016.

4.5.2 Samhällsekonomiska konsekvenser

Våra samlade förslag kring samverkan och planeringsverktyg bidrar alla på olika sätt till en ökad tydlighet om gällande samverkanskrav. Detta bedöms bidra till en mer personcentrerad vård och ett bättre sammanhängande hälso- och sjukvårdssystem, som kan tillhandhålla en god och sammanhållen vård till befolkningen. Detta förväntas i sin tur leda till såväl bättre medicinska resultat som färre besök på fel vårdnivå, och minskande undvikbara vårdtillfällen. Enligt Socialstyrelsen är så mycket som en femtedel av besöken på akutmottagningar för gruppen äldre besök på ”fel” vårdnivå, som i stället skulle vara möjliga att behandla i primärvården.[70]

Det förväntas också leda till en ökad förståelse för hur hälso- och sjukvårdssystemet hänger ihop hos såväl befolkning som vårdens medarbetare vilket i sin tur borgar för ett högre förtroende för vården.

Ett ökat fokus på förebyggande och rehabiliterande tjänster, samt bättre samverkansförutsättningar, bedöms vidare i förlängningen kunna bidra till en stärkt folkhälsa och friskare befolkning, vilket får samhällsekonomiska återverkningar i form av t.ex. högre produktivitet och färre sjukskrivningar. T.ex. anses sundare levnadsvanor i befolkningen kunna förebygga 80 procent av hjärt- och kärlsjukligheten och 30 procent av cancersjukligheten; några av hälso- och sjukvårdens mest kostsamma sjukdomar.[71]

Det är dock viktigt att påpeka att de förväntade kostnadsbesparande effekterna är svåra att redovisa på kort sikt utifrån det faktum att hälso- och sjukvårdssystemet generellt är fragmentiserat. Studier visar att även om det för många hälsotillstånd är lämpligt att göra insatserna utanför traditionell sjukhusmiljö och att förebyggande och hälsofrämjande insatser stärker hälsan i befolkningen så är det svårt att dra några entydiga slutsatser om kostnadseffektiviteten. Det är inte per definition så att insatser i öppen vård är billigare än insatser i sluten vård. Motivet att ställa om hälso- och sjukvårdssystemet till att utformas nära patienten bör därför inte vara att minska kostnaden för den enskilda insatsen, utan snarare det mervärde som uppstår för patienten i och med personcentreringen. De minskade kostnaderna uppnås på systemnivå i hälso- och sjukvården,

[70] Socialstyrelsen, *Utveckling av indikatorer för äldres rehabilitering*, 2014.
[71] SKR, *Ekonomirapporten maj 2019*, 2019, s. 9.

därmed påverkande hela samhällsekonomin. Effekterna behöver dock inte uppstå i samma del av systemet som där olika typer av investeringar görs.[72]

4.5.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Att regioner och kommuner ska samverka vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården (avsnitt 4.3.1) är inte ett nytt åtagande för huvudmännen. Ändringen syftar till att öka tydligheten, men är ett språkligt förtydligande av redan gällande författningsreglerade krav. Eftersom kommuner respektive regioner är att se som både samhällsorgan och vårdgivare träffas de redan av bestämmelsen. Men tydligheten, att man bör vara den primära partnern, gör förtydligandet motiverat. Förändringen innebär inga inskränkningar av det kommunala självstyret.

Förslaget att kommuner och regioner ska upprätta en gemensam övergripande plan för primärvården i länet (avsnitt 4.3.2) är en ambitionshöjning i förhållande till gällande rätt och innebär en viss inskränkning av det kommunala självstyret. Nya samverkansprocesser kan behöva etableras för att utveckla och följa upp den gemensamma planen för primärvården. Genom förslaget underlättas dock just planering och resurssättning för primärvården, särskilt ur kommunernas perspektiv. Inskränkningen kan anses proportionerlig utifrån kraven på god hälsa och vård på lika villkor i HSL[73] och att primärvården i dag till större del än vid utformningen av gällande rätt är ett delat uppdrag mellan regioner och kommuner.

Förslaget att förutsättningar för samverkan ska finnas där hälso- och sjukvård bedrivs (avsnitt 4.3.3) är också ett förtydligande av gällande bestämmelser. I HSL anges att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls, vilket innebär att vården särskilt ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.[74] I PL anges att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses och att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.[75] Det

[72] Winpenny E, Miani C, Pitchforth E, Ball S, Nolte E, King S, Greenhalgh J, Roland M, *Outpatient services and primary care: scoping review, substudies and international comparisons*, 2016.
[73] 3 kap. 1 § HSL.
[74] 5 kap. 1 § HSL.
[75] 6 kap. 1 § PL.

är alltså redan reglerat att hälso- och sjukvårdsverksamheten ska vara samordnad för att tillgodose patientens behov och förslaget innebär inga nya skyldigheter jämfört med vad som följer av nuvarande lagstiftning och lagstiftarens intensioner sedan länge. Genom att närmre reglera det som förväntas redan i dag görs ett visst intrång i självstyrelsen. Förslagen om att förutsättningar för samverkan ska finnas där hälso- och sjukvård bedrivs har dock utformats på en övergripande nivå och med utrymme för regional anpassning och lokala lösningar. Regleringen går enligt utredningen därför inte utöver vad som är nödvändigt för att åstadkomma en sammanhängande hälso- och sjukvård.

De grundläggande förutsättningar som krävs för att åstadkomma en sammanhållen hälso- och sjukvård påverkas inte av geografiska förhållanden. Kraven som befolkningen ställer på samordning kommer i princip att vara samma i hela landet. Regleringen går därför inte utöver syftet som föranleder den.

Förslagen kring det utökade innehållet och den utökade målgruppen som träffas av bestämmelser om individuell plan (se avsnitt 4.4) utgör en ambitionshöjning, och därmed ett utökad uppdrag för vårdgivarna genom huvudmännen. Det är således ett visst intrång i den kommunala självstyrelsen. Det bedöms dock vara proportionerligt utifrån kraven på god hälsa och vård på lika villkor och kraven att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet i HSL.

4.5.4 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten

Förslagen i avsnitt 4.3.2., om en gemensam plan för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå, är en ambitionshöjning och ny uppgift i förhållande till gällande rätt och är en viss inskränkning av det kommunala självstyret vilket aktualiserar den kommunala finansieringsprincipen. Samordningsfunktionen för upprättande av den nya planen förväntas, liksom vid de flesta liknande samordningsprocesser i dag, utgå från regionerna. Finansieringen föreslås därmed kanaliseras via dem, även om den avser bägge huvudmännens uppdrag i förhållande till planen.

Omfattningen av funktionen anser vi kan liknas vid de s.k. samverkansorganen som var knutna till länsstyrelserna innan regionerna tog över det regionala utvecklingsansvaret 2019. Några specifika kostnadsuppskattningar för vad den typen av samordningsorgan kostar finns inte beskriven i förarbetena[76], men för ändamålet ökades anslag 5:1 i UO1 med 60 miljoner kronor i samband med övertagandet.[77]

Även om själva uppgiften skiljer sig åt mellan vårt förslag och de tidigare samverkansorganen, bedömer vi att likheterna i konstruktionen motiverar en jämförelse[78], och vi uppskattar därmed att regionerna bör tillföras 60 mnkr årligen för att samordna arbetet med planen, tillsammans med kommunerna i respektive län. Kostnaden föreslås finansieras genom ett tillskott UO25, anslag 1:1 Kommunalekonomisk utjämning, Resurserna föreslås flyttas dit från UO9 anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.

Våra förslag att utöka skyldigheten för huvudmännen att upprätta individuella planer och att planen ska innefatta förebyggande och rehabiliterande insatser (avsnitt 4.4.2 och 4.4.6) kommer att innebära att de som har störst behov av samordning kommer få möjlighet att få en individuell plan, till skillnad från i dag då många av dessa patientgrupper är exkluderade från den möjligheten. Förslagen kommer bidra till ett ökad fokus på förebyggande och rehabiliterande insatser, vilket kommer spara pengar för samhället på sikt. Detta bedöms också på sikt leda till minskade kostnader för staten, i form av exempelvis minskade sjukskrivningar.

Förslagen innebär samtidigt ett utökat åtagande för huvudmännen och aktualiserar därmed den kommunala finansieringsprincipen. Kostnaden för huvudmännen uppskattas till en årskostnad på 1350 mnkr (se avsnitt 4.5.5), vilken föreslås finansieras genom ett tillskott UO25, anslag 1:1 Kommunalekonomisk utjämning. Det bör fördelas med 70 procent till regionerna och 30 procent till kom-

[76] Prop. 2017/18:206, *Ett enhetligt regionalt utvecklingsansvar*, s. 25–26.
[77] Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020,* s. 57.
[78] Samverkansorganen hade i uppgift att: 1. utarbeta och fastställa en strategi för länets utveckling som kommuner och regioner avser att genomföra i samarbete med andra parter, 2. samordna insatser för genomförandet av strategin, 3. trots 2 kap. 8 § andra stycket kommunallagen (2017:725) besluta om användningen av vissa statliga medel för regionalt tillväxtarbete, 4. upprätta och fastställa länsplaner för regional transportinfrastruktur, och 5. följa upp, låta utvärdera och årligen till regeringen redovisa resultaten av det regionala tillväxtarbetet.

munerna – dvs. motsvarande deras respektive andel av kostnader för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Denna nya kostnad föreslås finansieras från de ytterligare tillskott till kommunsektorn som regeringen och dess samarbetspartier aviserat.[79] Detta motiveras utifrån utredningens övergripande bedömning att det finns ett behov av att tillföra medel till hälso- och sjukvårdshuvudmännen för att genomföra omställningen i ett skede där många huvudmän har stora ekonomiska utmaningar. Det understöds av det faktum att utredningen i sina direktiv inte har något krav på att förslagen som läggs ska vara kostnadsneutrala (se även avsnitt 9.4.5).

Vårt uppdrag handlar om att skapa förutsättningar för resurseffektivisering, att bibehålla eller öka kvaliteten i hälso- och sjukvården, möta de demografiska förändringarna och samtidigt ha kontroll på kostnaderna. Utredningen vill i detta sammanhang framhålla att på sikt är vår bedömning, i enlighet med aktuella rekommendationer och beskrivningar av moderna, hållbara hälso- och sjukvårdssystem[80], att omställningen kommer att bidra till en mer kostnadseffektiv hälso- och sjukvård.

Det kommer att ta tid att bygga upp den starka och breda primärvården som fullt ut kan axla rollen som bas och nav i ett modernt, personcentrerat och effektivt hälso- och sjukvårdssystem.

Just dessa förslag om individuell plan, som syftar till att stärka samverkan mellan huvudmän och olika verksamheter, och därigenom skapa en bättre sammanhängande vård för patienterna, bedöms av utredningen som en grundplåt för det fortsatta omställningsarbetet.

Övriga förslag bedöms ej medföra några kostnader eller andra direkta konsekvenser för staten. På sikt bedöms dock omställningen, som förslagen är en del av, som helhet bidra till en indirekt effektivisering av hälso- och sjukvårdssystemet.

[79] 2019/20:FiU49, *Ändringar i statens budget för 2020 – Stöd till kommunsektorn för att stärka välfärden*, s. 8.; prop. 2019/20:01, *UO 25*, s. 24.
[80] Jfr t.ex. WHO, *Building the economic case for primary health care: a scoping review*, 2018.

4.5.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna

Förtydligade samverkanskrav

Förslagen att regioner och kommuner ska samverka vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården (se avsnitt 4.3.1) och att förutsättningar för samverkan ska finnas där hälso- och sjukvård bedrivs är förtydliganden av gällande rätt (se avsnitt 4.3.3) och innebär alltså inte några nya åtaganden, varför finansieringsprincipen inte bedöms vara tillämplig. De bägge förtydligandena motiveras av att gällande lagstiftning om samverkan inte bedöms ha fått fullt och likvärdigt genomslag, vare sig på huvudmannanivå eller utförarnivå.

Förslagen bedöms initialt medföra en viss administrativ kostnad då lokala rutiner för samverkan behöver ses över och utvecklas. Dessa kostnader bör hanteras genom den del av överenskommelsen om god och nära vård som avser generellt stöd till omställningsarbetet (se avsnitt 9.4.4).

På sikt bedöms en ökad samverkan och ett begripligt och tydligt hälso- och sjukvårdssystem få positiva konsekvenser för regionerna. Ett tydligare system ger bättre förutsättningar för effektiva processer och god samverkan vilket i sin tur kommer leda till bättre kostnadseffektivitet. Ett hälso- och sjukvårdssystem där samverkan utformas utifrån patientens behov förväntas också påverka kvalitetsbristkostnader i hälso- och sjukvårdens på ett positivt sätt.

Förslaget att region och kommun för utformningen av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå ska upprätta en övergripande gemensam plan (se avsnitt 4.3.2) är ett delvis nytt åliggande, vilket aktualiserar finansieringsprincipen. Förlaget förväntas innebära vissa nya kostnader. Även om samverkan mellan huvudmännen redan är författningsreglerat finns det inga krav i gällande rätt på upprättandet av en gemensam plan. Nya rutiner och processer kan behöva etableras för att utveckla och följa upp den gemensamma planen för utformningen av primärvården. För detta bedömer vi, i enlighet med resonemang ovan under avsnitt 4.5.4, att 60 mnkr ska tillföras regionerna genom UO25 anslag 1:1 Kommunalekonomisk utjämning.

Fler individuella planer kommer att upprättas

Våra förslag om individuell plan innebär att fler patienter kommer att omfattas av möjligheten att få en sådan än i dag. Detta innebär ett ökat åtagande för huvudmännen och i förlängningen för vårdgivare och utförare som ska upprätta de individuella planerna.

Vid införandet av den ursprungliga bestämmelsen om individuell plan ansåg regeringen att det var ett förtydligande av redan existerande ansvar och inte fråga om en ny uppgift eller en ambitionshöjning.[81] Vi menar att det utökade innehållet och den utökade målgruppen som träffas av bestämmelsen medför en ambitionshöjning och därmed ett utökat uppdrag för huvudmännen, och i förlängningen vårdgivarna. Därmed aktualiseras finansieringsprincipen.

Det är svårt att kvantifiera konsekvenserna av den utökade skyldigheten då det till stora delar saknas kvantitativa underlag. Vissa av målgrupperna träffas dessutom redan i dag av gällande rätt. Som vi redogjort för i tidigare delbetänkande[82] har Sverige, liksom de flesta andra jämförbara länder, generellt mycket knapphändig aggregerad information om primärvården i jämförelse med övriga delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Det är också svårt att redovisa hur många som i dag får en individuell plan då det saknas nationell statistik över antalet individuella planer som upprättas.[83] En anledning är att flertalet av de individuella planerna upprättas av primärvården i region eller kommun. Det finns dock en del statistik för gruppen barn och unga, där kan man se en ökning av användandet av individuella planer. Från 2 407 respektive 2 828 upprättade planer av kommun och region år 2013 till 3 919 respektive 5 904 år 2015.[84] 49 procent av kommunerna har en rutin för att delge enskilda personer information om att de vid behov kan få en individuell plan.[85]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har redovisat att ca en miljon patienter och brukare har komplexa samordningsbehov samtidigt som de behöver omfattande stöd för att samordna sin vård och omsorg.[86] Det ger en indikation på antalet patienter som skulle kunna vara föremål för de nya bestämmelserna

[81] Prop. 2008/09:193, *Vissa psykiatrifrågor m.m.*
[82] SOU 2018:39, *God och nära vård. en primärvårdsreform*.
[83] SOU 2019:29, *God och nära vård. vård i samverkan*.
[84] Socialutskottet, *Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering*, 2017.
[85] Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie*, 2018, s. 27.
[86] Vårdanalys, *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, 2016, s. 62.

om individuell plan. Det kan jämföras med antalet personer som i dag träffas av bestämmelserna. 334 420 personer som efter utskrivning från sluten vård fick insatser från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och därmed träffas av bestämmelserna om individuell plan enligt LUS och 221 221 personer som personer som fått sluten vård eller öppen specialiserad vård och socialtjänstinsatser och därmed träffas av bestämmelserna om individuell plan enligt HSL och SoL.[87] Eftersom patientregistret i dag inte omfattar insatser i primärvården går det inte satt säga något om hur många som fått både primärvård och socialtjänst och det kan därmed finnas ett visst mörkertal.

Motsvarande siffra för personer som kommer att träffas av de nya bestämmelserna, alltså får kommunalt finansierad hälso- och sjukvård respektive socialtjänst i kombination med regionfinansierad primärvård eller hälso- och sjukvård från flera olika vårdgivare, kan inte redovisas exakt p.g.a. avsaknaden av nationell statistik från primärvården. Det torde dock röra sig om betydligt fler patienter, då flertalet av vårdinsatserna i Sverige sker på primärvårdsnivå. Vårdanalys beräkning visar på det kan röra sig om totalt 1 000 000 patienter. Det innebär att upp till dubbelt så många patienter skulle kunna träffas av våra föreslagna bestämmelser i förhållande till de nu gällande.

Ekonomiska konsekvenser vid upprättandet av individuella planer

Även om det saknas nationell statistik för antalet upprättade individuella planer så finns vissa data från enskilda regioner tillgängliga och det finns kvantitativa beskrivningar från enskilda regioner som kan användas som utgångspunkt för uppskattningar. Dessa beräkningar ska dock ses som just uppskattningar, då data på aggregerad nivå saknas.

I Region Stockholm ersätts individuell plan med 750 kronor[88] och i Region Värmland ersätts inte individuella planer specifikt, utan som del av ersättningen för det generella uppdraget.[89]

[87] Socialstyrelsen, *Om övergångar mellan sluten vård och öppen vård och omsorg*, 2017.
[88] Region Stockholm, *Förfrågningsunderlag enligt LOV vårdval – Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård*, 2019, s. 47.
[89] Region Värmland, *Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva vårdcentral inom Vårdval* Vårdcentral, 2019, s. 10.

Region Skåne har i sitt avtal för ersättning till hälsocentraler inom Hälsoval Skåne särskilt beskrivit ersättningen för en genomförd samordnad individuell planering. Ersättningen var under 2018 3 000 kronor[90]. I den kostnaden har två timmars arbete vid upprättandet räknats in samt 30 minuters registrering i journalsystemet. Summan är beräknad på en genomsnittslön för en sjuksköterska/läkare, registreringstid för en sekreterare och kostnad för eventuell bil för transport.[91] För 2019 var det prognosticerade beloppet för detta i Region Skåne 27,3 mnkr[92], vilket innebär att det beräknades att 9 100 individuella planer skulle upprättas under året. Givet de stora skillnaderna i regionernas beskrivningar, och svårigheter att få fram motsvarande beskrivningar för kommuner, väljer utredningen att basera vår beräkning på region Skånes exempel som mest heltäckande beskriver de olika ingående delarna.

Region Skåne har 1,4 miljoner invånare, vilket motsvarar ca 14 procent av det totala antalet invånare i Sverige. Vårdanalys uppgifter att det rör sig om ca 1 000 000 patienter som behöver stöd med samordning innefattar såväl de patienter som träffas av de gällande bestämmelserna om individuell plan i dag, 334 420 enligt LUS och 221 221 som enligt HSL och SoL.[93] Den utökade skyldigheten som vi föreslår rör alltså ca 450 000 patienter. Utifrån att alla som är föremål för möjligheten att få en individuell plan skulle få en sådan skulle kostnaden bli 1 350 miljoner kronor (3 000 kronor per plan och 450 000 upprättade planer).

Kostnaden kommer att variera beroende på vilka arbetssätt man redan i dag tillämpar i respektive region och kommun. En viss del av kostnaden bör kunna hanteras genom omfördelningen av huvudmännens egna resurser. Detta då andra och/eller tidigare förekommande planeringsmoment kan ersättas av upprättandet av den individuella planen. Givet den stora osäkerheten i underlagen och den stora variationen i befintliga arbetsformer och ersättningar hos huvudmännen väljer dock utredningen att förorda att den beräknade kostnaden – 1350 mnkr- i sin helhet ska finansieras genom finansieringsprincipen. Denna kostnad förslås tillföras UO25 anslag 1:1

[90] Region Skåne, *Förfrågningsunderlag och Avtal för Vårdcentral i Hälsoval Skåne gällande år 2018*, 2017, s. 53.
[91] Personlig mailväxling.
[92] Region Skåne, *Region Skånes redovisning av statliga medel God och nära vård 2019,* 2019, s. 33.
[93] Socialstyrelsen, *Om övergångar mellan sluten vård och öppen vård och omsorg*, 2017.

Kommunalekonomisk utjämning. Det ska fördelas med 70 procent till regionerna och 30 procent till kommunerna – dvs. motsvarande deras respektive andel av kostnader för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården (se avsnitt 4.5.4).

Den utökade skyldigheten att upprätta individuell plan kan förväntas medföra en större tidsåtgång för administrativa planeringsinsatser och i vissa fall involvering av fler aktörer när planen upprättas. Tiden för att upprätta planen kommer dock variera mellan olika patienter, exempelvis baserat på att det inte alltid kommer vara de med medicinskt mest komplexa behov som kommer att vilja ha stöd i form av en individuell plan. Genom den samordnade planeringen förväntas dock den totala tidsåtgången för planeringsinsatser minska, och kvaliteten på vården öka. Sett till den utökade målgruppen och den förväntade ökningen av planer behöver omställningen adekvat resurssättning. Verksamheter och organisationer i olika delar av landet har utarbetat olika rutiner kring samordnad planering och individuell plan, såväl kopplat till LUS som HSL och SoL. Erfarenheter visar på att initialt krävs en del ”övningstid”, men sedan ser man effektiviseringsvinster.[94]

Ytterligare en ekonomisk aspekt är funktionaliteten i vårdgivarnas it-stöd. Även om funktioner för upprättande av individuella planer finns redan i dag för de patienter som också får socialtjänst, redovisar Region Skåne att det i samband med införandet av LUS krävdes ett utvecklingsarbete, bl.a. för att anpassa rutiner och it-system, vilket kostat ca 5 mnkr.[95] Vår bedömning är dock att den absoluta majoriteten av it-stöden redan ska ha utvecklat funktionalitet för att upprätta individuella planer eftersom skyldigheten redan gäller för vissa patientgrupper (enligt LUS, HSL och SoL i dag).

Vi bedömer att förslagen om individuell plan (avsnitt 4.4.2–4.4.6) som helhet på sikt kommer att bidra till ökad effektivitet då de skapar bättre förutsättningar för förebyggande insatser, och adresserar problematiken med undvikbara återinläggningar. Att skapa bättre planeringsförutsättningar innebär att risken för undvikbara insatser minskar, vilket förutom att förebygga icke optimal vård för

[94] Region Kalmar, *Oskar – samverkan kommun och Region Kalmar län* och SKR, *Samordnad individuell plan, SIP*, 2019.
[95] Region Skåne, *Region Skånes redovisning av statliga medel God och nära vård 2019*, 2019, s. 31.

patienten, höga kostnader och risk för vårdskador, frigör resurser som kan nyttjas till annat.

4.5.6 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna

Övergripande

Konsekvenserna av våra förslag för att stärka samverkan kommer att påverka kommunerna på samma sätt som regionerna. De positiva konsekvenserna av de förbättrade planeringsförutsättningarna bedömer vi kommer komma till särskild nytta för kommunernas hälso- och sjukvårdsuppdrag då man via den gemensamma planeringen kommer närmre annan hälso- och sjukvård. Att stärka kraven på samverkan innebär också ett tydliggörande för alla aktörer att hälso- och sjukvård med kommunen som huvudman är samma hälso- och sjukvård som när regionen är huvudman. Det ger bättre förutsättningar för att bli en integrerad del av hälso- och sjukvårdssystemet som helhet, bättre möjligheter för teamarbete över vårdgivargränser och därmed bättre förutsättningar för att utföra sitt arbete.

De nya bestämmelserna förväntas också att på sikt, och i kombination med våra förslag om t.ex. utbildning, bidra till bättre arbetsmiljöer inom den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och öka attraktiviteten att arbeta där.

Tydliggörande gällande hälso- och sjukvård i hemmet

Vårt förslag att byta begrepp från *hemsjukvård* till *hälso- och sjukvård i hemmet* (avsnitt 4.2.3) har inga direkta ekonomiska konsekvenser för kommunerna. Det innebär inga nya eller ändrade uppdrag eller krav för varken kommun, region eller stat. Förändringen bedöms dock få positiva konsekvenser som en del av omställningen till en god och nära vård. Att tydliggöra att det handlar om hälso- och sjukvård, med samma kvalitetskrav, behov av adekvat resurssättning och kompetensbehov, som enbart särskiljer sig genom att den utförs i hemmet, förväntas ge positiva konsekvenser avseende kvalitet och möjlighet till samarbete och kompetensöverföring mellan huvudmännen.

Att tydligare beskriva hälso- och sjukvård i hemmet på samma sätt som hälso- och sjukvård på vårdinrättning kommer, tillsammans med förtydligandet om kommunernas roll i hälso- och sjukvård i hemmet (se avsnitt 4.2.4) också skapa en bättre grund för avtalssamverkan mellan olika huvudmän och utförare. Detta bedöms vara särskilt värdeskapande för de patienter med de allra mest komplexa behoven, som ofta får insatser från både kommun och region i sitt hem.

Att tydliggöra att det är samma hälso- och sjukvård som utförs i hemmet tydliggör kraven på kommunerna avseende kompetensförsörjning och kompetenskrav på vårdens medarbetare. Detta är något som t.ex. lyfts i betänkandet Stärkt kompetens i vård och omsorg (SOU 2019:20). Det är huvudmännens och arbetsgivarnas ansvar att se till att rätt kompetens finns för arbetsuppgifterna så att arbetsfördelningen bidrar till en effektiv verksamhet med kvalitet. Genom vårt förslag att tydliggöra hälso- och sjukvård i hemmet i relation till all annan hälso- och sjukvård skapar bättre förutsättningar för huvudmännen och arbetsgivarna att ta det ansvaret.

Förtydligade samverkanskrav

Som beskrivits i konsekvensanalysen för regionerna utgör förslagen att regioner och kommuner ska samverka vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården (se avsnitt 4.3.1) och att förutsättningar för samverkan ska finnas där hälso- och sjukvård bedrivs (se avsnitt 4.3.3) förtydliganden av gällande rätt. De innebär alltså inte några nya åtaganden, varför finansieringsprincipen ej bedöms vara tillämplig. De bägge förtydligandena motiveras av att gällande lagstiftning om samverkan ej bedöms ha fått fullt och likvärdigt genomslag, vare sig på huvudmannanivå eller utförarnivå.

Förslagen bedöms initialt medföra en viss administrativ kostnad då lokala rutiner för samverkan behöver ses över och utvecklas. Dessa kostnader bör hanteras genom den del av överenskommelsen om god och nära vård som avser generellt stöd till omställningsarbetet (se avsnitt 9.4.4). För vidare resonemang se motsvarande konsekvensanalys för regionerna (se avsnitt 4.5.5).

Förslaget att region och kommun för utformningen av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå ska upprätta en övergripande gemensam plan (se avsnitt 4.3.2) är ett delvis nytt åläggande, vilket aktualiserar

finansieringsprincipen. Förlaget förväntas innebära vissa nya kostnader. Även om samverkan mellan huvudmännen redan är författningsreglerat finns det inga krav i gällande rätt på upprättandet av en gemensam plan. Nya rutiner och processer kan behöva etableras för att utveckla och följa upp den gemensamma planen för utformningen av primärvården. Se avsnitt 4.5.4 och 4.5.5 för förslag på hur detta ska finansieras. Som framgår där föreslås regionerna få en sammanhållande roll i arbetet med planen och finansieringen föreslås därför kanaliseras genom regionerna.

Fler får individuell plan

Konsekvenserna av våra förslag att även den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården genomgående ska träffas av bestämmelserna om individuell plan (avsnitt 4.4.2–4.4.6) innebär inte att kommunerna får ett större ansvar för hälso- och sjukvård. Kommunalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal kan dock komma att delta i upprättandet av fler individuella planer än vad som i dag är reglerat via LUS. Arbetsmomentet med individuell plan som sådant är inte nytt i sig och samordning med den regionalt finansierade hälso- och sjukvården måste göras även i dag. Vår bedömning är att våra förslag, vilka tydligare inkluderar den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården i skyldigheten om individuell plan, på sikt är tidsbesparande, minskar dubbeldokumentation i form av flera olika typer av planer, ökar patientsäkerheten och bidrar till att kvalitetsbristkostnader minskas.

Det utökade innehållet och den utökade målgruppen som träffas av bestämmelsen, innebär samtidigt en ambitionshöjning och därmed ett utökad uppdrag för huvudmännen, och i förlängningen vårdgivarna (se motsvarade analys för regionerna avsnitt 4.5.5). Därmed aktualiseras finansieringsprincipen. För analyser och beräkningar gällande omfattningen, samt förslag av finansiering, se avsnitt 4.5.4 och 4.5.5. Den beräknade kostnaden – 1350 mnkr – föreslås i sin helhet finansieras genom finansieringsprincipen. Bidraget till huvudmännen fördelas med 70 procent till regionerna och 30 procent till kommunerna, dvs. motsvarande deras respektive andel av kostnader för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Ytterligare en ekonomisk aspekt är funktionaliteten i vårdgivarnas it-stöd. På samma sätt som för regionerna bedömer utredningen att majoriteten av it-stöden redan ska ha utvecklat funktionalitet för att upprätta individuella planer eftersom skyldigheten redan gäller för vissa patientgrupper (enligt LUS, HSL och SoL i dag), och det därför inte är nya verktyg som behövs.

4.5.7 Konsekvenser för en jämlik vård

Tydligare reglering av samverkan på utförarnivån bidrar till en mer jämlik hälso- och sjukvård över landet då kraven på samverkan kommer att tillämpas mer likartat mellan olika huvudmän, driftsformer och utförare. Jämlikheten ökar ur patientens perspektiv, men också för huvudmän och vårdgivare som får mer jämlika planeringsförutsättningar över hela landet.

Att kraven på samverkan tydliggörs innebär att komplexiteten att samordna olika insatser flyttas från patienten och dennes anhöriga till huvudmännen och vårdgivarna. Detta är särskilt viktigt och positivt för patienter med särskilda behov eller där anhöriga inte har samma möjligheter att bistå. Bättre samverkan mellan olika aktörer ökar också möjligheten till personcentrering. En mer utvecklad samverkan mellan olika aktörer bedöms spela extra stor roll för en jämlik tillgång till och utformning av primärvården. Primärvården är den del av hälso- och sjukvården som har bäst förutsättningar att se till personers hela vårdbehov – något som kommer att få ökad betydelse i takt med att fler lever med kroniska sjukdomar.[96]

Genom tydligare reglering av samverkan stärks primärvården, vilket i sin tur bidrar till en mer jämlik hälsa i befolkningen.[97] En väl utbyggd primärvård förbättrar tillgängligheten till vård för hela befolkningen. Grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar har oftare flera sjukdomar än andra grupper. Då primärvården fokuserar på individens hela sjukdomsbild förväntas primärvården bättre kunna möta individens samlade behov utifrån våra förslag.

[96] Vårdanalys, *En primär angelägenhet*, 2017, s. 3.
[97] Starfield, B., Shi, L., Macinko, J, *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*, 2005.

Att fler patienter får möjlighet till en individuell plan ökar jämlikheten mellan olika patientgrupper Våra förslag bidrar till att patientens perspektiv och behov blir mer styrande för när/hur samordning mellan huvudmännen ska ske.

4.5.8 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen

En majoritet av hälso- och sjukvårdens personal är kvinnor och förslagen kan få betydelse för jämställdheten mellan män och kvinnor genom påverkan på arbetsmiljön inom hälso- och sjukvården. Under senare tid har det t.ex. rapporterats om ökande sjukskrivningar p.g.a. utmattningssyndrom bland exempelvis unga kvinnliga läkare och höga sjukskrivningstal generellt inom vård- och omsorgsyrken. Generellt gäller också att kvinnor har en högre sjukfrånvaro än män, dubbelt så hög, mätt som sjukpenningtalet. Det rapporteras även om att många sjuksköterskor, en starkt kvinnodominerad yrkesgrupp, väljer att lämna sina arbeten på vårdinrättningar runtom i landet p.g.a. ohållbara arbetssituationer. En väl fungerande samverkan mellan olika aktörer i hälso- och sjukvården bedöms vara centralt för att kunna skapa sunda, stimulerande och välfungerande arbetsmiljöer för de kvinnor och män som arbetar inom hälso- och sjukvården. En förändring mot mer interprofessionella arbetssätt ses som en central del i att kunna tillhandahålla en modern och välfungerande arbetsmiljö.

Som en konsekvens av detta ges också bättre förutsättningar för vården och omsorgen att tillhandahålla ett samlat omhändertagande utifrån de behov som individuella kvinnor, män, flickor, pojkar eller personer med annan könsidentitet har, vilket kan förväntas bidra till en stärkt jämställdhet.

Det är i dag vanligare att kvinnor får stöd med samordning och daglig livsföring i form av socialtjänstinsatser än män. År 2018 fick en av fem kvinnor över 65 år minst en socialtjänstinsats medan motsvarande siffra för män var 12 procent.[98] Detta beror inte enbart på att kvinnor har sämre hälsa, utan också på att kvinnor får mindre hjälp av sin partner än män och därmed behöver hjälp och stöd från samhället i stället.[99] Att fler får möjlighet till en individuell plan och

[98] Socialstyrelsen, *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2018*, 2019.
[99] SKR, *Hemtjänsten i Botkyrka kommun – En gender budget-analys*, 2010.

att komplexiteten att samordna olika insatser flyttas från patienten och dess närstående till hälso- och sjukvårdens aktörer förväntas få positiva konsekvenser för jämställdheten mellan könen, och då särskilt för den samordning som i dag görs av kvinnor för sina manliga partners. När det gäller statistik redovisat utifrån kön är det som tidigare beskrivits ett stort problem att det generellt saknas data från primärvården. Vi kan därför inte redovisa hur många kvinnor respektive män som är t.ex. föremål för individuella planer i dag.

4.5.9 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården

Våra förslag bedöms leda till positiva konsekvenser avseende såväl de medicinska resultaten som hur patienterna och dess närstående upplever hälso- och sjukvården. Det är också avgörande för förtroendet för hälso- och sjukvårdssystemet. I grunden handlar förslagen om att flytta komplexiteten att samordna olika insatser från patienten och dennes närstående till huvudmännen och vårdgivarna. Detta är särskilt viktigt för marginaliserade och sårbara grupper.

Tydligare reglering av samverkan förväntas också öka patientsäkerheten. Det är välkänt att de största patientsäkerhetsriskerna uppstår i vårdens övergångar.[100] Därför är förslag som bidrar till att överbrygga sådana övergångar av stor vikt för att öka kvalitet och patientsäkerhet. Onödiga eller dubbla insatser kan undvikas genom bättre samordning.

Ett system som är begripligt för patienten förväntas leda till att patienten känner sig tryggare och kan få rätt vård på rätt plats i rätt form. Det bedöms också ge bättre förutsättningar för de som så önskar att vara en aktiv medskapare i sin egen vård. Detta leder inte enbart till bättre hälsa utan också till bättre medicinska resultat. Att sjukdomsförebyggande och rehabiliterande insatser blir en författningsreglerad del av den individuella planen bedöms bidra till att även sådana evidensbaserade insatser genomförs i större omfattning än i dag.

Vårt förslag att byta begrepp från hemsjukvård till hälso- och sjukvård i hemmet (avsnitt 4.2.3) förväntas för patienten innebära att hälso- och sjukvårdssystemet upplevs som tydligare och mer

[100] Se bl.a. SKR, *Patientens övergångar – Framgångsfaktorer för att identifiera och implementera arbetssätt som ökar patientsäkerheten*, 2017.

begripligt. Att förtydliga att det är samma hälso- och sjukvård som utförs, med samma kvalitetskrav och samma behov av adekvat resurssättning, även i hemmet förväntas få positiva konsekvenser för de som exempelvis i enlighet med ”tröskelprincipen” är föremål för hälso- och sjukvård i hemmet. Att man som patient har svårt att ta sig till en vårdinrättning ska inte innebära att man får sämre, eller någon annan typ av hälso- och sjukvårdsinsatser, något som tydliggörs genom vårt föreslag.

Att tydliggöra att det är samma hälso- och sjukvård som ges i hemmet bedöms också ha positiva konsekvenser för de medicinska resultaten eftersom det tydliggör kraven på kommunen som huvudman för hälso- och sjukvård. Det förväntas också skapa bättre och mer långsiktiga förutsättningar för interprofessionell samverkan och samverkan över huvudmannagränserna, mellan regioner och kommuner.

Informationsdelning

Våra förslag som syftar till att stärka krav på samverkan och att fler ska ges möjlighet att få en individuell plan bedöms få positiva effekter för patientsäkerheten då förslagen ger ökade möjligheter och incitament för vårdgivarna att tillämpa möjligheterna med sammanhållen journalföring. Att ge den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården samma skyldighet som den regionfinansierade hälso- och sjukvården innebär inga nya bestämmelser avseende informationsdelning. Men genom utökade krav på att en specifik informationsmängd, i detta fall den individuella planen, ska kunna delas mellan vårdgivare förväntas positiva konsekvenser avseende följsamhet till gällande rätt om möjligheten med sammanhållen journalföring. Det förväntas också påskynda implementeringen av den sammanhållna journalföringen. Genom att fler system måste kopplas samman skapas en infrastruktur mellan it-lösningarna som sedan också kan användas för att utbyta andra viktiga informationsmängder när flera olika huvudmän och/eller vårdgivare ger insatser till en och samma patient. Förslagen bidrar i förlängningen till en ökad s.k. interoperabilitet mellan olika it-stöd.

Bestämmelserna om sammanhållen journalföring som reglerar möjligheten att dela information infördes 2009. Bestämmelserna är utformade så att de reglerar möjligheten när man delar information mellan vårdgivare, men ställer inga krav på *att* information ska delas. Tillgång till rätt information i rätt tid är en av de mest centrala delarna i omställningen till nätverksbaserade organisationer och integrerade arbetssätt.

4.5.10 Konsekvenser för vårdens professioner

Medarbetarna har i dag ett stort ansvar att samordna befintliga resurser och kompetenser utifrån den enskilda patientens behov, preferenser och förutsättningar vilket på många platser upplevs som svårt p.g.a. bristande regelverk och stöd samt resurssättning. Tydligare reglering av samverkan mellan hälso- och sjukvårdens olika aktörer förväntas därför bidra till bättre förutsättningar för medarbetare att utföra sitt arbete gällande samordning. Därmed kan förslaget i förlängningen bidra till förbättrad arbetsmiljö och ett mer hållbart yrkesliv.

Våra förslag medför att behovet av samverkan mellan olika fasta vårdkontakter hos olika vårdgivare kommer att öka. Det är avgörande att det allokeras resurser och skapas rutiner för att de fasta vårdkontakterna ska kunna samverka och samordna insatserna för patienten inom sitt yrkesutövande.

Detta kommer att kräva nya sätt att arbeta och nya typer av ledarskap och medarbetarskap, då allt arbete varken kommer att utföras eller rapporteras i linjen. Dessa mer nätverksbaserade organisationernas styr- och ledningssystem måste, för att vara funktionella, vara mer horisontella än vertikala, mindre hierarkiska och mer fokuserade på tillit och värdeskapande aktiviteter.[101] För att möjliggöra detta har både SKR och professionsorganisationerna en stor roll att spela gällande stöd till utformning av och stöd till implementering av nya arbetssätt. Även vad gäller tillsynen av hälso- och sjukvårdens verksamheter, och hur den fungerar i dessa mer nätverksbaserade arbetssätt behöver utvecklas. Något som bl.a. reflekteras i regeringsuppdrag till IVO (se avsnitt 9.2.1).

[101] M. Minkman. *Longing for Integrated Care: The Importance of Effective Governance. Editorial, International Journal of Integrated Care*, 2017.

Förtydligandet att hälso- och sjukvård i hemmet (avsnitt 4.2) inte är någon separat eller annan hälso- och sjukvård än den som utförs vid en vårdinrättning kommer att förenkla samverkan och samarbete mellan olika professioner och huvudmän, särskilt för de medarbetare som är aktiva i kommunen. Genom att tydliggöra att hälso- och sjukvårdsuppdraget, som definieras i HSL, är samma oavsett av hos vilken huvudman man är anställd kommer skapa bättre och mer långsiktiga förutsättningar för teamarbete och samverkan över huvudmannagränserna, mellan regioner och kommuner.

Den översiktliga omställningen som förenklas av detta sker också mer i samverkan och med ett fokus på att alla kompetenser tas till vara. Det bedöms därför på lång sikt förbättra arbetssituationen för de som i dag arbetar i vården genom att skapa mer hållbara arbetsmiljöer med fler möjligheter till lärande i vardagen genom samverkan över organisations-och huvudmannagränser.

4.5.11 Konsekvenser för företagen

Flertalet av våra förslag riktar sig till huvudmännen för offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Vissa av dessa behöver sedan omsättas i huvudmännens avtal med företag som utför offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Undantaget är förslaget till förtydligande kring samverkansansvar på utförarnivå (se avsnitt 4.3.3), vilket träffar all hälso- och sjukvårdsverksamhet.

År 2018 var det totalt 30 874 registrerade företag som bedrev verksamhet inom hälso- och sjukvård enligt SCB:s företagsregister. 16 633 var aktiebolag och 14 241 enskilda näringsidkare. Antalet företag som utförde offentlig hälso- och sjukvård under 2018 var endast en liten del av dessa. 2 342 företag utförde primärvård, 1 061 somatisk vård, 393 inom psykiatrisk vård och 603 utförde övrig hälso- och sjukvård åt regionerna. Detta baseras på den totala mängden köp av verksamhet som regionerna gjort från privata utförare. Dock kan samma utförare förekomma i flera verksamhetsområden och i flera regioner. För den kommunala hälso- och sjukvården finns endast begränsad statistik över antal privata utförare. Enligt SCB:s utförarregister var det endast 36 privata företag som utförde hälso- och sjukvård finansierad av kommunen, av dessa 36 finns 32 i Kalmar.[102]

[102] SCB, *Finansiärer och utförare inom vård, skola och omsorg 2017*, 2019.

Förslaget att fler ska få möjlighet att få en individuell plan (avsnitt 4.4.2) beräknas påverka de privata utförarna på samma sätt som de offentliga. Se därför resonemang under avsnitt 4.5.5. Likaså är privata utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård inkluderade i våra ekonomiska beräkningar samt finansieringsförslag (se avsnitt 4.5.4 och 4.5.5).

Genom våra förslag att förtydliga och stärka kraven på samverkan (avsnitt 4.3.3) tydliggör vi att samverkan är en central del i att bedriva hälso- och sjukvård utifrån god vård-principen och att förutsättningar för detta måste finnas. Tydligare reglering av samverkan kan innebära att utförarna initialt måste avsätta mer tid för detta, även om vi bedömer att bättre samverkan är tidsbesparande på sikt. Det kan ha en viss påverkan på mångfalden av företag då vissa aktörer, p.g.a. storlek eller andra skäl, kan ha utmaningar att etablera och underhålla de samverkansstrukturer som behövs. Det är dock inte några nya krav i grunden och förtydligandet bedöms avgörande för en sammanhängande god och säker vård för befolkningen.

Övriga förslag bedöms inte medföra några direkta konsekvenser för företagen.

4.5.12 Övriga konsekvenser

Utredningen bedömer att förslagen inte har några konsekvenser för miljön, för sysselsättningen, för EU-rätten, för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen eller för det brottsförebyggande arbetet.

4.6 Ikraftträdande

Förslagen till lagändringarna i detta kapitel föreslås träda i kraft den 1 januari 2023.

Lagändringarna bör enligt utredningens mening införas så snart som möjligt för att underlätta och säkra framdriften i det pågående omställningsarbetet i hälso- och sjukvården. Givet att förslagen medför behov av vissa anpassningar hos huvudmännen, i form av såväl regioner som kommuner, ser utredningen att 1 års tid bör avsättas efter beslut om proposition, innan de nya författningarna träder

i kraft. Med hänsyn tagen till lagstiftningsprocessen bedömer därför utredningen att lagstiftningen tidigast kan träda i kraft den 1 januari 2023, och förslår därför detta som datum för ikraftträdande.

5 Patientkontrakt – patientens stöd för en sammanhållen vård

5.1 Planering utifrån individens perspektiv

Vi har i uppdrag se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan för patientens samtliga vårdinsatser oavsett aktör eller huvudman. Vi har också i uppdrag att klargöra hur patientkontraktet bör förhålla sig till samordnad individuell plan, så kallad SIP (dir. 2018:90).

I kapitel 5 i vårt tredje delbetänkande[1] finns bakgrundstexter i dessa delar. Det kapitlet ska därför läsas tillsammans med detta kapitel.

5.1.1 Nuläge i arbetet med patientkontrakt

Termen ”patientkontrakt”

Arbetet med det s.k. patientkontraktet har pågått under en längre tid. Regeringen aviserade redan under hösten 2016 en pilotverksamhet med patientkontrakt, vilken genomfördes i tre regioner; Region Kalmar län, Region Halland och Region Norrbotten under 2017.[2] Patientkontrakt är också en del av Januariavtalet.[3]

Det har problematiserats kring termen *patientkontrakt* ur juridiskt perspektiv. *Kontrakt* kan förespegla att det finns ett reglerat, ömsesidigt åtagande mellan patienten och vårdgivaren och att patienten eller vårdgivaren kan hävda sin rätt gentemot den andra parten.

[1] SOU 2019:29, *God och nära vård. vård i samverkan*.
[2] Se vidare i SOU 2018:39, *God och nära vård. en primärvårdsreform*, avsnitt 4.1.4.
[3] En sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna. Delar av regeringens politik bygger på denna överenskommelse (se punkt 53).

Hur detta förhåller sig blir extra viktigt att tydliggöra i relation till att hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) är en s.k. skyldighetslagstiftning, dvs. att huvudmännen har en skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård till befolkningen. Denna skyldighet kvarstår oavsett om patienten tar hand om sin hälsa på rekommenderat sätt eller inte. Vi avser inte att ändra den skyldigheten eller att ålägga patienten något ansvar, men väljer ändå att fortsätta använda termen patientkontrakt, i vilket ordet kontrakt avses ha en mer allmänspråklig betydelse (se förslag i avsnitt 5.2.1). Att ändra termen till något annat riskerar att skapa en otydlighet hos såväl de patienter och brukare som medarbetare som redan stött på begreppet patientkontrakt. Att benämna företeelsen med en annan term skulle dessutom bidra till att det uppfattades som att det fanns ytterligare en typ av plan, när det s.k. patientkontraktet i stället handlar om att skapa ett sammanhang ur patientens perspektiv av de olika pusselbitar som i stora delar redan finns i olika planverktyg.

SKR:s arbete med patientkontrakt

Patientkontrakt har sedan 2018 ingått i överenskommelser mellan regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR).[4] I implementeringsarbetet, under ledning av SKR, beskrivs patientkontraktet som flera delar; en överenskommelse mellan hälso- och sjukvården och patienten som innehåller information och kontaktuppgifter till fast(a) vårdkontakt(er), en sammanhållen plan och att tiderna i planen är bokade i samråd med patienten. Vi har beskrivit detta arbete mer i tidigare betänkanden.[5]

Under 2020 har ett arbete påbörjats där SKR och regeringen kommit överens om att det s.k. patientkontraktet ska tillämpas i de personcentrerade, sammanhållna vårdförloppen.[6]

[4] Regeringskansliet och SKL, *Patientmiljarden – Insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2018*, 2017; *God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019*, 2019; *Standardiserade vårdförlopp – Jämlik och effektiv vård med god kvalitet, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019*, 2019.
[5] Se SOU 2018:39, *God och nära vård. en primärvårdsreform*, s. 123 f. och SOU 2019:29 *God och nära vård. vård i samverkan*, s. 151 f.
[6] Regeringskansliet och SKR, *Patientsäkerhet, nationella kvalitetsregister m.m. 2020*, *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, 2020.

Inera AB:s förstudie om patientkontrakt

Inera AB har under 2019 på uppdrag av SKR:s projekt Patientkontrakt genomfört en förstudie om möjligheter och förutsättningar för att realisera en sammanhållen digital plan inom 1177 Vårdguiden. Inera har avgränsat förstudien till att ta fram en behovsbild som beskriver de förutsättningar som finns hos patienter, närstående och vårdpersonal. Kostnadsberäkningarna i förstudien är gjorda utifrån att Ineras egna tekniska plattform, tjänsteplattformen, används i den kommande realiseringen och utformningen av ett digitalt verktyg. Inera poängterar också att det finns andra leverantörer på den öppna marknaden som kan tillhandahålla tjänster som möter behoven som beskrivits i förstudien.[7] Resultatet presenterades i december 2019 i form av ett koncept, en handlingsplan, ett kostnadsestimat samt underlag för intresseanmälan till regioner och kommuner.

Inera beskriver att målbilden är en vy som sammanställer planerade insatser hos flera vårdgivare och av patienten själv och dess närstående, integrerat med digitala kommunikationskanaler och tidbokning. Den sammanställda planeringen ska vara tillgänglig för patienten själv och för den vård- och omsorgspersonal som är involverad i vårdinsatserna och framför allt för patientens fasta vårdkontakt. Inera beskriver att även om det är önskvärt att även patientens närstående kan använda vårdplanen förutsätter detta en lagändring (något vi beskriver mer ingående i avsnitt 5.2.3). Översikten av vårdinsatser utgår ifrån att befintliga system för vårdplaner kan integreras och visualiseras i en sammanhållen vy.[8]

I förstudien har det ingått en kartläggning av befintliga it-stöd. Kartläggningen visar att flera regioner har ett digitalt systemstöd för att upprätta en plan, oftast ett planeringsverktyg där olika vårdgivare tillsammans kan planera exempelvis vilka insatser en utskrivningsklar patient ska få för att kunna lämna sjukhuset. Planeringsverktygen är dock oftast separata it-stöd som inte är integrerade med journalsystemen, vilket gör att information inte automatiskt kan överföras mellan dem och planerna kan inte användas utanför den specifika planeringsprocess som de tagits fram för. De är inte utformade för att stödja att patienter ska kunna vara delaktiga och ta egna

[7] Inera AB, *Förstudie om sammanhållen planering via 1177 Vårdguiden Behov och lösningsförslag för ökad delaktighet och samskapande. Slutrapport förstudie 2019-12-13*, 2019, s. 11.
[8] Inera AB, *Ärendebeskrivning: Sammanhållen plan i 1177 Vårdguiden*, 2019.

initiativ. Patienten har i de flesta fall inte heller möjlighet att få digital åtkomst till informationen i planeringsverktygen utan får planen utskriven (utlämnad) på papper.[9]

Inera AB bedömer att det finns goda möjligheter att skapa en överblick för invånaren via 1177 Vårdguiden. För att utveckla Journalen på 1177 Vårdguiden[10] till att möta behoven har Inera AB föreslagit en utvecklingsplan som sträcker sig över 3 år med en utvecklingsbudget på 185 mnkr, och en förvaltningskostnad på 30 mnkr årligen efter år 3.[11] Inera beskriver att utmaningarna inte främst är tekniska utan handlar om resurser, prioriteringar, styrning och samverkan för att gemensamt utforma informatik och infrastruktur som möjliggör att mer planeringsinformation kan visas upp för patienten på ett bättre sätt. Inera menar att det krävs ett samlat uppdrag och en gemensam målbild för vem av parterna som gör vad, både regioner, kommuner, SKR och Inera. Inera pekar också på samma juridiska hinder som vi redovisat i vårt tidigare delbetänkande[12]; att målbilden om att invånaren på sikt ska kunna vara mer aktiv i sin egen planering och egenvård och själv kunna initiera aktiviteter och uppdatera planer med eget innehåll saknar lagstöd och att det på samma sätt saknas lagstöd för en gemensam digital plan för insatser som utförs av både hälso- och sjukvård och socialtjänst.[13]

5.2 Patientens översikt

5.2.1 Varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt

Utredningens förslag: Det ska i patientlagen (2014:821) (PL) regleras att varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt som på ett sammanhållet sätt, utifrån den enskildas behov och preferenser, presenterar patientens individuella plan med de aktiviteter och insatser som är planerade. Det ska också framgå vem/vilka som utgör patientens fasta vårdkontakt(er).

[9] Inera AB, *Förstudie om sammanhållen planering via 1177 Vårdguiden Behov och lösningsförslag för ökad delaktighet och samskapande Slutrapport förstudie 2019-12-13*, 2019, s. 17.
[10] ”Journalen” är Inera AB:s e-tjänst för att kunna se delar av sin patientjournal på 1177 Vårdguidens hemsida.
[11] Inera AB, *Förstudie om sammanhållen planering via 1177 Vårdguiden Behov och lösningsförslag för ökad delaktighet och samskapande Slutrapport förstudie 2019-12-13*, 2019, s. 41.
[12] SOU 2019:29, *God och nära vård. vård i samverkan*.
[13] Inera AB, *Förstudie om sammanhållen planering via 1177 Vårdguiden Behov och lösningsförslag för ökad delaktighet och samskapande Slutrapport förstudie 2019-12-13*, 2019, s. 7.

Vi föreslår för detta nya bestämmelser i 6 kap. 5 § i PL och 10 kap. 1 a § och 13 kap. 1 a § i HSL.

Skäl för utredningens förslag

I vissa fall krävs särskild planering för en viss typ av verksamhet inom hälso- och sjukvården eller för vissa typer av professioner. Ur patientens perspektiv är dock behovet av sammanhang centralt. Även när vårdens olika delar måste använda olika planverktyg i utformningen av sina respektive insatser är de olika planerna bara pusselbitar i patientens relationer med och väg genom hälso- och sjukvården. Resultatet från de olika planeringsverktygen måste kunna presenteras på ett sammanhållet sätt för patienten, även när patientens plan består av olika delplaner som upprättats av olika delar av hälso- och sjukvården, för att kunna ge en begriplig bild av det som är planerat för just mig som patient och hur jag utifrån det kan bidra, utifrån mina preferenser och förmågor.

Vi bedömer att två av delarna som ingår i SKR:s arbete utifrån överenskommelserna om patientkontrakt redan är författningsreglerade:

- Enligt HSL och socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) finns bestämmelser om att regionen tillsammans med kommunen ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten. Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.
- Enligt 6 kap. 2 § PL ska en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Genom vårt förslag som redovisas i avsnitt 4.4.2 att fler ska få en individuell plan möter vi behovet av att alla patienter som får insatser från flera vårdgivare eller huvudmän ska ha möjlighet att få en sammanhållen plan. Det gäller alltså inte bara de patienter som uppfattas ha en särskilt komplex vårdsituation, även om de bör prioriteras.

Att i lagstiftning detaljreglera hur tider ska bokas bedömer utredningen dock inte vara proportionerligt. Utifrån gällande reglering att den individuella planen ska upprättas tillsammans med den enskilde när det är möjligt, och de övriga förslag som läggs i kap. 4 som stärker personcentreringen i den individuella planen, bedömer vi dock att det bör följa som en naturlig konsekvens att tider bokas i samråd med patienten.

Bestämmelserna om fast vårdkontakt förstärks avseende att uppgifter om den/de fasta vårdkontakterna ska presenteras samlat ihop med den individuella planen om patienten begär det.

Både region och kommun ska ha skyldigheten att tillhandahålla ett s.k. patientkontrakt. Vi föreslår att en ny bestämmelse om upprättande och tillhandahållande av ett patientkontrakt ska införas i 6 kap. 5 § PL. För regionens respektive kommunens ansvar att tillhandahålla ett patientkontrakt föreslår vi att det ska införas nya bestämmelser i 10 kap. 1 a § och 13 kap. 1 a § i HSL.

Patientkontraktet är inte en ny typ av plan

Patientkontraktet, som det här föreslås, är alltså inte en ny typ av plan utan en kombination av patientens individuella plan enligt HSL, som innehåller de aktiviteter och insatser som är planerade för den enskilde, i kombination med information om vem/vilka som utgör patientens fasta vårdkontakt(er), vilken presenteras på ett sammanhållet sätt för patienten.

Regionen ansvarar i dag för att en individuell plan upprättas i enlighet med 8 kap. 7 § HSL om patienten behöver habilitering, rehabilitering eller hjälpmedel vid funktionsnedsättning samt under de förutsättningar som anges i 16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § i SoL.

Kommunen ansvarar i dag för att en individuell plan upprättas i enlighet med 12 kap. 5 § HSL om patienten behöver habilitering, rehabilitering samt i samverkan och under de förutsättningar som anges i 16 kap. 4 § HSL.

Även om delar av det här föreslagna patientkontraktet redan är författningsreglerade i dag anser vi att de enskilda bestämmelserna måste sättas samman så att det blir begripligt för patienten vad som är planerat, vem som kommer hjälpa till med samordningen och vem man kan kontakta vid frågor. Vi föreslår att en ny bestämmelse

införs i patientlagen med en skyldighet att upprätta en sammanställning av uppgifter om patientens fasta vårdkontakt(er) och de aktiviteter eller insatser som är planerade för patienten i den individuella planen, om patienten begär det. Delarna som utgör patientkontraktet är reglerade via andra bestämmelser vilket innebär att själva upprättandet, givet ett funktionellt digitalt verktyg, kommer vara automatiserat för merparten av patienterna. Det s.k. patientkontraktet kommer därför enbart att medföra en liten utökning avseende administration för vårdens medarbetare, men kommer ändå utgöra en viktig skillnad för patienten då olika delar sätts i ett sammanhang.

I kombination med övriga förslag från utredningen, inte minst förslaget om att utöka bestämmelsen om individuell plan skapar vi ett tydligare sammanhang där patientens perspektiv är utgångspunkten.

För att man som patient verkligen ska kunna vara delaktig i sin hälso- och sjukvård måste individen ses som en del av teamet. För att skapa en sådan delaktighet behövs gemensamma verktyg mellan individ och profession där det är tydligt hur och när den enskilde kan bidra. Ett centralt sådant är möjligheten att kunna överblicka sin egen planering, i form av ett patientkontrakt. Patientkontraktet kan vara som en brygga mellan olika delar av hälso- och sjukvården och framför allt mellan patient och vårdens medarbetare.

Traditionellt upprättar hälso- och sjukvården flera olika planer för en och samma patient men låter sedan alltför ofta patienten, eller närstående till patienten, stå för koordineringen. Den komplexiteten måste flyttas, från patienten till professionen, genom att gränssnittet mellan vårdens planering och patientens egen planering tydliggörs. Även om hälso- och sjukvården upprättar olika planer för en och samma patient måste de kunna presenteras på ett sammanhängande sätt för individen och därmed skapa ett sammanhang.

Tillhandahållandet av den övergripande planeringen behöver kunna anpassas efter mottagaren och måste finnas i olika former, t.ex. digitalt, muntligt eller skriftligt utlämnat, för att säkerställa att alla patienter har samma möjligheter att tillgodogöra sig innehållet. Det är redan reglerat i PL att information till patienten ska anpassas efter

patienten förmåga och preferenser.[14] Bestämmelsen gäller inte bara information till patienten utan även till andra mottagare, dvs. främst vårdnadshavare eller andra närstående. Informationen ska anpassas till mottagarens ålder och mognad. Informationen ska vidare anpassas efter mottagarens erfarenhet. Därmed avses mottagarens tidigare erfarenhet av hälso- och sjukvården, men även övriga erfarenheter som bl.a. kan ha betydelse för vilken förståelse han eller hon har av exempelvis skeenden i kroppen.[15]

Ett digitalt verktyg

Som vi beskrivit i tidigare delbetänkande[16] anser vi att det är viktigt att digitalisering och utvecklingen av it-stöd är inkluderande och sker utifrån olika gruppers behov och förutsättningar. Det s.k. patientkontraktet måste därmed kunna delges patienten på olika sätt, utifrån patientens förutsättningar och preferenser. Det sannolikt mest förekommande sättet kommer dock vara i digital form.

Potentialen med planverktyg kan exemplifieras genom Inera AB:s tjänst Journalen, som nås via 1177 Vårdguiden. Journalen ger en överblick över vårdhändelser som har ägt rum, men i dagsläget mycket lite information om planerade framtida händelser, även om det rent tekniskt går att dela information om vårdplaner med invånaren genom Journalen. I dag är det bara en region, Region Norrbotten, som visar upp information i vyn Vårdplaner.

Varje månad loggar 1,5 miljoner invånare in på 1177 Vårdguiden för att använda någon av 1177:s e-tjänster, som att läsa sin journal, se sina bokade tider eller efterfråga ett förnyat recept. Totalt har nästan 6,5 miljoner invånare använt någon av 1177 Vårdguidens e-tjänster. Våra förslag som både utökar innehållet och målgruppen för den individuella planen (se kap. 4) förväntas påskynda att fler regioner och kommuner delar planerna med andra vårdgivare. Om huvudmännen därtill fullt ut använde befintliga möjligheter i vyn Vårdplaner skulle de genom vårt förslag om patientkontrakt direkt kunna nå 1177 Vårdguidens 6,5 miljoner användare.

---

[14] 3 kap. 6 § *patientlagen* ”Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Mottagarens önskan om att avstå från information ska respekteras.”.
[15] Prop. 2013/14:106 *Patientlag*, s. 118.
[16] SOU 2018:39, *God och nära vård. en primärvårdsreform*.

Den vårdplan som i dag kan visas upp i Journalen presenteras som en fil, bifogad som ett PDF-dokument. En patient kan ha flera olika planer, och då visas de olika PDF-dokumenten i en lista. Att ta del av vårdplanen som en oformaterad PDF-fil motsvarar inte det behov som Inera AB identifierat i sin förstudie om patientkontrakt, varken hos patienter eller hos vårdpersonal. Inera har identifierat att det redan i dag finns *en* tjänst som möter behoven och kan visualisera en gemensam vårdprocess där både patienten och personalen utgår från samma information. Vårdpersonal kan i tjänsten lägga in information innan, under och efter ett patientmöte som kan visas på olika sätt beroende på användarens roll i processen. Patienten kan också bidra med egen information digitalt, exempelvis via appar. Om tjänsten integreras med vårdgivares journalsystem kan exempelvis tider uppdateras automatiskt. I dagsläget provas tjänsten bland annat vid KOL-enheten på Sahlgrenska sjukhuset i Västra Götalandsregionen.[17]

5.2.2 Ett patientkontrakt i praktiken

Tillhandahållandet av ett s.k. patientkontrakt kommer enligt våra förslag att initieras av att en patient efterfrågar ett sådant, med stöd i bestämmelsen i PL. Patientens fasta vårdkontakt ansvarar då för att ett patientkontrakt, som består av patientens individuella plan och kontaktuppgifter till patientens fasta vårdkontakt(er), upprättas. Om patienten inte har en fast vårdkontakt ska en sådan utses, med stöd av bestämmelser i PL[18], och om patienten inte har en individuell plan ska den fasta vårdkontakten initiera en sådan planering för att upprätta en individuell plan, bl.a. med stöd i bestämmelsen i LUS.[19]

Patientkontraktet ska sedan kunna visas upp digitalt för patienten utifrån den enskildas behov och preferenser. I dag lämnas planer generellt ut i pappersformat till patienten. Även om den möjligheten måste finnas kvar för att inte exkludera de patienter som saknar digitala hjälpmedel förväntas majoriteten av patienterna vilja ha sin plan presenterad digitalt.

[17] Inera AB, *Förstudie om sammanhållen planering via 1177 Vårdguiden Behov och lösningsförslag för ökad delaktighet och samskapande Slutrapport förstudie 2019-12-13*, 2019, s. 17.
[18] 6 kap. 2 § PL.
[19] 4 kap. 3 § LUS.

Att vi bedömer att det är en fast vårdkontakt som ska ansvara för att den individuella planen är aktuell och uppdaterad är en naturlig del av den samordnande rollen. Enligt LUS är det sedan 2018 reglerat att den fasta vårdkontakten som ska ta initiativ till en samordnad individuell planering[20]. Att då dessutom ansvara för resultatet av planeringen, den individuella planen, tydliggör att rollen handlar om att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet[21] och inte bara administrera det initiala planeringsmötet vid utskrivning från sluten vården.

Den individuella planen i det s.k. patientkontraktet kommer ur ett juridiskt och tekniskt perspektiv bestå av flera olika informationsmängder från olika vårdgivare och bestå av flera olika journalhandlingar. Vårdgivarnas skyldighet att föra journal regleras bland annat i patientdatalagen (2008:355) (PDL), men också av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Alla handlingar som upprättas av hälso- och sjukvården i syfte att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador för en patient är en journalhandling[22], så också handlingarna som utgör ett s.k. patientkontrakt. Flera journalhandlingar utgör rent formellt en patientjournal.[23] Ett krav på innehåll i patientjournalen är just vårdplanering.[24] Varje vårdgivare ansvarar för de journalhandlingar som de journalför och tillför patientjournalen. Det är därför viktigt att olika vårdgivares informationsmängder kan visas upp för patienten på ett sammanhållet, begripligt sätt genom patientkontraktet.

Att vi i vårt förslag till reglering inkluderar just individuell plan innebär inte att andra, icke författningsreglerade planer nödvändigtvis är mindre viktiga, eller inte kan vara del av den sammanhängande planering som visualiseras i ett patientkontrakt. Tvärtom är det lämpligt att även information från kompletterande planer ska kunna visas upp för patienten tillsammans med de hälso- och sjukvårds-

[20] 4 kap. 3 § LUS.
[21] Jfr 6 kap. 2 § PL.
[22] 1 kap. 3 § PDL: Framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder.
[23] 1 kap. 3 § PDL: En eller flera journalhandlingar som rör samma patient.
[24] 5 kap. 5 § *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården* (HSLF-FS 2016:40).

åtgärder som finns i den individuella planen, i samma gränssnitt. Eftersom de kompletterande planerna inte alltid är författningsreglerade kan vi dock inte utforma författningsförslag så att även dessa *ska* inkluderas i patientkontraktet. Eftersom gällande lagstiftning inte heller tillåter direktåtkomst mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst kommer inte heller eventuella socialtjänstinsatser i patientens individuella plan att kunna visualiseras i ett digitalt verktyg för patientkontraktet genom sammanhållen journalföring.

5.2.3 Informationsdelningsfrågor

Möjlighet att läsa sitt patientkontrakt

Att ge en patient tillgång till ett patientkontrakt kommer, liksom för andra journalhandlingar, ur juridiskt perspektiv vara ett *utlämnande*. Det finns ingen generell rättighet för den enskilda patienten att ta del av sin journal eller generell skyldighet för vårdgivaren att lämna ut journalen till patienten. Patienten har dock en författningsreglerad möjlighet att ta del av sin patientjournal, som regleras i tryckfrihetsförordningen samt i offentlighets- och sekretesslagen vad gäller den allmänna hälso- och sjukvården[25] [26] respektive i PDL beträffande enskild hälso- och sjukvård[27] [28]. Praxis är att dock att patienten får möjlighet att läsa sin journal. Det finns också ett nationellt it-stöd för detta, Journalen på 1177 Vårdguiden, som förvaltas av Inera AB.

Vårdgivaren får också ge en patient s.k. *direktåtkomst* till delar av eller hela patientjournalen, men vårdgivaren har ingen skyldighet att erbjuda det. Begreppet direktåtkomst är inte definierat i lag, men Högsta förvaltningsdomstolen har beskrivit att direktåtkomst vanligen innebär att någon har direkt tillgång till någon annans databas eller register och på egen hand kan söka efter information, dock utan att kunna påverka innehållet i databasen eller registret.[29]

[25] 12 kap. 1 § *offentlighets- och sekretesslag* (2009:400).
[26] Regionfinansierad respektive kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.
[27] 8 kap. 2 § PDL.
[28] Hälso- och sjukvård med privata utförare.
[29] Högsta förvaltningsdomstolens dom HFD 2017 ref. 67.

En förutsättning för direktåtkomst är att förbindelsen är krypterad med stark autentisering.[30] Det innebär till exempel att vårdgivaren använder en inloggning som ställer krav på att den enskildes identitet kontrolleras på minst två olika sätt (e-legitimation eller motsvarande). Om en vårdgivare bara ger begränsad direktåtkomst, till exempel på grund av sekretesskäl, ska den enskilde få information om det.[31] Det kan till exempel gälla uppgifter som berör skydd för barn, anmälare, vårdnadshavare eller vård och behandling.[32] Direktåtkomst kan enbart ges till patienten själv och inte till en närstående eller någon annan form av ombud. Frågan har prövats av Högsta förvaltningsdomstolen.[33]

Möjligheten att ge den enskilde direktåtkomst saknas i socialtjänsten. Regeringen har i juni 2019 tillsatt Utredningen om informationsutbyte inom vård och omsorg (S 2019:01), med uppdrag att bland annat se över möjligheten att införa sekretessbrytande bestämmelser för viss personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso- och sjukvård och att ge ombud åtkomst till patientjournal. Utredningen ska redovisa sitt slutbetänkande den 31 maj 2021.[34]

Brist på möjlighet att själv tillföra information i sitt patientkontrakt

Det finns i dag ingen juridisk möjlighet för patienten själv att skriva i eller på annat sätt tillföra information i sin patientjournal, och därmed i sitt s.k. patientkontrakt, då skyldigheten att upprätta journalhandlingar enbart gäller vårdgivare. I praktiken kan det dock hanteras genom att patienten i dialog med vårdgivaren beskriver vad det ur dennes perspektiv är viktigt att patientkontraktet innehåller varvid vårdgivaren kan upprätta en sådan journalanteckning.

[30] 4 kap. 11 § *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården* (HSLF-FS 2016:40).
[31] 4 kap. 12 § *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården* (HSLF-FS 2016:40).
[32] Socialstyrelsen, *Direktåtkomst för den enskilde*, 2019.
[33] Högsta förvaltningsdomstolens dom HFD 2017 ref. 67.
[34] Dir. 2019:37, *Kommittédirektiv – Översyn av vissa frågor som personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso- och sjukvårdsverksamhet*.

Som vi tidigare beskrivit kan dock patienten begära att en journalhandling rättas.[35] Det är den enda reglerade möjligheten för en patient att ändra eller tillföra information i sin patientjournal. Om en uppgift rättas ska det därför framgå av vem och när uppgiften rättades. Det ska därefter tydligt framgå vilken anteckning som ska gälla.[36] Motivet till den bestämmelserna är att det måste finnas en spårbarhet ur tillsyns-, integritets- och patientsäkerhetssynpunkt.

5.3 Konsekvensanalys

Övergripande konsekvenser av förslaget

De övergripande konsekvenserna av vårt förslag är att patientens ställning stärks i hälso- och sjukvården. Patientens möjlighet att vara delaktig ökar när hen får möjlighet till bättre överblick vad gäller sin hälso- och sjukvård. Relationen mellan patient och vårdens medarbetare blir mer jämlik när båda får tillgång till samma information om vad som är planerat för mig som individ.

5.3.1 Ekonomiska konsekvenser för samhället

Förslaget bedöms få positiva effekter för samhället på sikt. Genom att få möjlighet till ett patientkontrakt kommer patienten känna sig tryggare. Upplevelsen av delaktighet och trygghet förväntas bidra till stärkt välbefinnande samt minska behovet av många och fragmentiserade besök i vården, vilket är fördyrande.[37] En trygg patient vet att hen får hjälp när det behövs och patienten slipper ringa en extra gång eller åker inte in till sjukhusets akutmottagning för säkerhets skull för att hens planering och kontaktvägar är okända eller ofullständiga. Vård på sjukhus som hade kunnat undvikas resulterar, förutom i en icke optimal vård av patienten, i höga kostnader och vårdskador. En enda akut slutenvårdsepisod motsvarar i genomsnitt kostnaden för 56 läkarbesök i primärvården eller 220 hemtjänsttimmar för de mest sjuka äldre.[38]

[35] SOU 2018:39, *God och nära vård. en primärvårdsreform*.
[36] 3 kap. 14 § och 8 kap. 4 § PDL; artikel 5 *allmänna dataskyddsförordningen*.
[37] SOU 2016:2, *Effektiv vård*, s. 416.
[38] SKR, *Ingen på sjukhus i onödan*, 2016.

5.3.2 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Vårt förslag om patientkontraktet innebär en viss inskränkning av den kommunala självstyrelsen. Det bedöms dock vara proportionerligt utifrån kraven på god hälsa och vård på lika villkor och kraven att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet i HSL.

Förslaget om patientkontrakt är utformat för att innebära en minimal administrativ pålaga för vårdens medarbetare och består av två delar som redan i dag är författningsreglerade. De krav som nu kommer till uttryck i lag innebär i sig inget nytt ansvar, men genom det s.k. patientkontraktet placeras individuell plan och fast vårdkontakt i ett sammanhang som blir begripligt för patienten.

Med hänsyn tagen till dessa intressen anser vi att inskränkningen av det kommunala självstyret är proportionerlig och godtagbar i förhållande till syftet.

5.3.3 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten

Vårt förslag om att författningsreglera patientens möjlighet att få ett patientkontrakt (avsnitt 5.2.1) innebär att ett nytt krav åläggs huvudmännen och aktualiserar den kommunala finansieringsprincipen. Som vi redovisar ovan uppskattas kostnaden till en utvecklingskostnad om 185 mnkr samt 30 mnkr årligen i löpande förvaltningskostnader (se avsnitt 5.1.1). Vi bedömer att Ineras redovisade summa ger en god uppskattning av kostnaden för ett systemstöd för tillhandahållandet, oavsett om det är just Ineras lösning som väljs.

I och med vårt förslag att lagreglera patientkontraktet åläggs huvudmännen en ny uppgift, därmed aktualiseras finansieringsprincipen. Vi föreslår att den initiala utvecklingskostnaden hanteras genom ett tillfälligt statsbidrag om 185 mnkr över 3 år (75 mnkr 2021, samt 55 mnkr per år 2022 och 2023). Förslagsvis som en förlängd satsning på den redan befintliga satsningen på första linjens digitala vård.[39] Bidraget bör gå via SKR alternativt via huvudmännen till Inera AB.

[39] Bakgrunden till den satsningen är att SKR har ansökt om medel från regeringen för att modernisera och utveckla 1177 Vårdguiden och fått det beviljat. Utvecklingen av 1177 Vårdguiden planeras ske stegvis under 2019–2021. SKR fick 33 mnkr under 2019, 130 mnkr under 2020 och regeringen beräknar att avsätta ytterligare medel under 2021.

Därefter föreslås de löpande kostnaderna om 30 mnkr per år finansieras under UO9, anslag 1:6. Givet att den digitala infrastrukturen ses som en förutsättning för omställningsarbetet bedömer vi att denna kostnad i stället för att tas från befintligt anslag bör finansieras från de ytterligare tillskott till kommunsektorn som regeringen och dess samarbetspartier aviserat (se även avsnitt 9.4.5).

5.3.4 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna

För konsekvensanalys av de ingående delarna i patientkontrakt se våra konsekvensanalyser om individuell plan, avsnitt 4.5. Patientkontraktet förväntas på sikt bidra till ökad effektivitet då en större patientdelaktighet kan förväntas bidra tillförbättrade medicinska resultat.

Tillhandahållandet av det s.k. patientkontraktet till patienten medför framför allt kostnader för en nationell, gemensam teknisk lösning för att sammanställa de olika informationsmängderna. Regionernas olika regionala och lokala it-stöd ska redan vara anpassade till att kunna upprätta individuella planer, då krav om sådana redan föreligger enligt HSL och LUS. Delarna som utgör det s.k. patientkontraktet är reglerade via andra bestämmelser vilket innebär att själva upprättandet, givet ett funktionellt digitalt verktyg, kommer vara automatiserat för merparten av patienterna. Det s.k. patientkontraktet kommer därför enbart att medföra en liten utökning avseende administration för vårdens medarbetare, men kommer ändå utgöra en viktig skillnad för patienten då olika delar sätts i ett sammanhang. De ökade kostnader, t.ex. i form av personella resurser, som uppstår till följd av utökat antal individuella planer beskrivs direkt kopplat till dessa förslag i konsekvensanalysen i kap. 4.

Som beskrivet ovan förslås kostnader för den tekniska lösningen finansieras av staten, genom en tillfällig satsning för själva utvecklingskostnaden, samt ett nytt anslag under UO9 för att finansiera de löpande kostnaderna om 30 mnkr per år.

5.3.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna

För konsekvensanalys av de ingående delarna i patientkontrakt se våra konsekvensanalyser om individuell plan (avsnitt 4.5). Det s.k. patientkontraktet förväntas på sikt bidra till ökad effektivitet då en större patientdelaktighet kan förväntas bidra tillförbättrade medicinska resultat.

Kommunernas olika regionala och lokala it-stöd ska redan vara anpassade till att kunna upprätta individuella planer, då krav om sådana redan föreligger enligt HSL och LUS. Delarna som utgör det s.k. patientkontraktet är reglerade via andra bestämmelser vilket innebär att själva upprättandet, givet ett funktionellt digitalt verktyg, kommer vara automatiserat för merparten av patienterna. Patientkontraktet kommer därför enbart att medföra en liten utökning avseende administration för vårdens medarbetare, men kommer ändå utgöra en viktig skillnad för patienten då olika delar sätts i ett sammanhang.

Tillhandahållandet av patientkontraktet till patienten medför framför allt kostnader för en teknisk lösning för att sammanställa de olika informationsmängderna. De ökade kostnader, t.ex. i form av personella resurser, som uppstår till följd av utökat antal individuella planer beskrivs direkt kopplat till dessa förslag i konsekvensanalysen i kap. 4.

Som beskrivet ovan förslås kostnader för den nationellt, gemensamma tekniska lösningen finansieras av staten, genom en tillfällig satsning för själva utvecklingskostnaden, samt ett nytt anslag under UO9 för att finansiera de löpande kostnaderna om 30 mnkr per år.

Att ge den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården samma skyldighet som den regionfinansierade hälso- och sjukvården får inga juridiska konsekvenser för kommunerna avseende informationsdelning.

Genom att fler system kopplas samman skapas den infrastruktur mellan it-lösningarna i region och kommun som behövs för att utbyta informationsmängder när flera olika huvudmän och/eller vårdgivare ger insatser till en och samma patient. Vårt förslag bedöms i förlängningen bidra till en ökad s.k. interoperabilitet mellan olika it-stöd. I dag är det dock ovanligt att kommuner rent tekniskt kan dela information med regionerna. Att information kan delas vid upprättandet av det s.k. patientkontraktet är en central förutsätt-

ning. Som vi redovisat i tidigare delbetänkanden[40] har majoriteten av regionerna under 2018–2019 upphandlat nya journalsystem för framtidens vårdinformationsmiljö. Det är centralt att också kommunerna inkluderas i dessa upphandlingar och ges både teknisk och ekonomisk möjlighet att vara med och utforma framtidens vårdinformationsmiljöer och att vår föreslagna finansiering av utvecklingen också når kommunerna.

5.3.6 Konsekvenser för en jämlik vård

Förslagen bedöms ha positiva konsekvenser för en jämlik vård. Relationen mellan profession och patient blir mer jämlik när man har tillgång till samma information om vad som är planerat för mig som patient. Det förväntas också bidra till ökad jämlikhet mellan olika patientgrupper då möjligheten att få en individuell plan och därmed ett s.k. patientkontrakt utökas för att nå fler patienter än i dag.

5.3.7 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen

Det är i dag vanligare att kvinnor får stöd med samordning och daglig livsföring i form av socialtjänstinsatser än män. År 2018 fick en av fem kvinnor över 65 år minst en socialtjänstinsats medan motsvarande siffra för män var 12 procent.[41] Detta beror inte enbart på att kvinnor har sämre hälsa, utan också på att kvinnor får mindre hjälp av sin partner än män och därmed behöver hjälp och stöd från samhället i stället.[42] Att fler får möjlighet till en individuell plan och att komplexiteten att samordna olika insatser flyttas från patienten och dess närstående till hälso- och sjukvårdens aktörer förväntas få positiva konsekvenser för jämställdheten mellan könen, och då särskilt för den samordning som i dag görs av kvinnor för sina manliga partners.

[40] Se SOU 2019:29, *God och nära vård. vård i samverkan*, s. 69.
[41] Socialstyrelsen, *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2018*, 2019.
[42] SKR, *Hemtjänsten i Botkyrka kommun – En gender budget-analys*, 2010.

5.3.8 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården

Vårt förslag rörande patientens möjlighet att begära ett patientkontrakt innebär att fler patienter får en sammanhållen, individuell plan då skyldigheten att upprätta ett patientkontrakt i praktiken innebär att en individuell plan behöver upprättas. Det förväntas i sin tur underlätta patienters möjligheter att vara delaktiga i sin vård och får en tryggare vårdupplevelse. Genom det s.k. patientkontraktet får vården bättre förutsättningar att bli mer personcentrerad vilket i sig är ett medel för att uppnå andra mål, exempelvis jämlikhet och effektivitet, och bidra till bättre medicinska resultat. Exempelvis följer patienter som är involverade i sin egen vård i större utsträckning behandlingsråd, vilket bidrar till både bättre medicinska resultat och högre effektivitet.[43]

5.3.9 Konsekvenser för vårdens professioner

Vårt förslag om patientkontrakt kommer inte ha någon annan direkt påverkan för vårdens professioner än de som vi beskrivit som konsekvenser av våra förslag om individuell plan och samverkan i kap. 4. Ett patientkontrakt förväntas ytterligare stärka patientens ställning och möjligheter att engagera sig och bli delaktig i sin egen vård, vilket förväntas ha positiva konsekvenser för vårdens professioner, då patienten får bättre förutsättningar för att bli en medskapare och en medlem i vårdteamet runt sig. Att ta tillvara patientens resurser kommer att innebära att vårdens professioner får bättre förutsättningar att utföra sitt uppdrag och ökar möjligheterna att ge en personcentrerad vård utifrån patientens behov och preferenser.

Det kan samtidigt innebära en omställning för hälso- och sjukvårdens professioner att möta patientens och dess närståendes ökade förväntningar på delaktighet utifrån förändrad reglering. Utredningens bedömning är dock att patienter i dagens hälso- och sjukvårdssystem förväntar sig möjlighet till en större delaktighet och medskapande än tidigare och vi bedömer att förslag som reglerar hur detta ska gå till underlättar för vårdens professioner i den förändringen.

[43] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Från mottagare till medskapare Rapport 2018:8*, 2018, s. 41.

5.3.10 Konsekvenser för företagen

Genom vårt förslag ökar behovet av it-system i vården som även kan tillhandahålla det. s.k. patientkontraktet, vilket kan förväntas skapa ökad efterfrågan på tjänster från hälso- och sjukvårdens it-leverantörer. Även om vi ovan beskrivit och beräknat kostnaden för en nationell it-lösning kommer olika patientgruppen vilja interagera med sitt patientkontrakt på olika sätt, utifrån sina preferenser och möjligheter, vilket i sin tur kommer skapa möjligheter för företagen att tillhandahålla sådana lösningar. Enligt branschorganisationen Swedish Medtech finns ca 640 medicinteknikföretag i Sverige, som alltså potentiellt skulle kunna leverera sådana lösningar. 180 av dessa är medlemmar i branschorganisationen. Företagen är dock i dag tämligen heterogena vilket återspeglar sig i den stora variation av produkter som de levererar. Det är alltså ett urval av företagen som kommer kunna dra nytt av affärsmöjligheten med patientkontrakt.[44]

Vad gäller de privata vårdgivarna kommer dom att träffas av skyldigheten att upprätta patientkontrakt på samma sätt som de offentliga. Olika regioner har dock ställt olika krav på privata vårdgivare gällande it-lösningar. I de fall de privata vårdgivarna använder samma it-stöd som de offentliga kommer anpassningen av systemen inte kräva någon extra insats. I de fall där de privata utförarna har egna it-lösningar kommer dessa kräva särskilda utvecklingsinsatser. Det är därför viktigt att den statliga finansieringen av it-utvecklingen som vi föreslår också når de privata utförarna för att säkerställa att alla patienter har möjligheter att få ett patientkontrakt, oavsett i vilken driftsform hälso- och sjukvården de får bedrivs.

5.3.11 Övriga konsekvenser

Utredningen bedömer att förslagen inte har några konsekvenser för EU-rätten, sysselsättningen, miljön, för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen eller för det brottsförebyggande arbetet.

[44] Swedish Medtech, *Medtechbranschen i siffror*, 2018.

5.4 Ikraftträdande

Den nya bestämmelsen om patientkontrakt föreslås träda i kraft tidigast den 1 januari 2024.

Skäl för utredningens förslag: Den här föreslagna lagändringen är nära sammanhängande med de föreslagna ändringarna i kap. 4, och bör liksom dem enligt utredningens mening införas så snart som möjligt för att underlätta och säkra framdriften i det pågående omställningsarbetet i hälso- och sjukvården. För att potentialen i detta förslag fullt ut ska kunna realiseras krävs dock att ett digitalt verktyg, motsvarande behoven som beskrivits ovan, utvecklas. Detta förväntas också medföra behov av vissa anpassningar hos huvudmännen i form av såväl regioner som kommuner.

Med hänsyn tagen till lagstiftningsprocessen samt utvecklingen av ett digitalt verktyg bedömer utredningen att lagstiftningen tidigast kan träda i kraft den 1 januari 2024. I utredningens mening bör ett digitalt verktyg finnas på plats innan lagstiftningen träder i kraft. Ikraftträdandedatum bör därför slutligt avgöras utifrån när ett sådant verktyg kan tillgängliggöras.

6 Utbildningens och forskningens roll i omställningen till en god och nära vård

I utredningens tidigare betänkanden har vi genomgående belyst området Forskning, utveckling och utbildning (FoUU). Att säkerställa utveckling och innovation är en avgörande och central del i ett hållbart och uthålligt samhälle omfattande såväl miljömässig som social och ekonomisk hållbarhet. FoUU är ett av de perspektiv som nogsamt måste beaktas i omställningen till den nära vården, när hälso- och sjukvården skiftar fokus från den traditionella akutsjukhusmiljön till mer vård utanför sjukhuset och i förlängningen också i allt större utsträckning till vård i hemmet. Detta innebär att det måste etableras förutsättningar för livskraftig och uthållig forsknings- och utbildningsverksamhet även utanför de traditionella miljöerna och hos hälso- och sjukvårdens båda huvudmän, regioner och kommuner.

Vad gäller utbildning har det varit en fråga som utredningen belyst i samtliga tidigare betänkanden. Frågan om kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvårdssektorn är en av de största moderna samhälleliga utmaningarna i Sverige och många andra länder. Utifrån detta resonemang blir också utbildning i alla dess former, som grund för en adekvat kompetensförsörjning, en central fråga i utredningens dialoger liksom i utredningens interna arbete. Till skillnad från vad som är fallet när det gäller forskning är huvudmännens ansvar för utbildning, utöver allmäntjänstgöring (AT) och specialisttjänstgöring (ST) för läkare, inte reglerat i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL), något som vi beskrivit i tidigare betänkanden.[1] Många har lyft till oss att även om det är självklart för alla att ett så kun-

[1] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, avsnitt 9.2.6; SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, avsnitt 8.2.2.

skapsorienterat område som hälso- och sjukvård är helt beroende av kopplingen till utbildning riskerar det, genom att inte finnas med i den lagstiftning som reglerar kärnverksamheten, att bli satt på undantag. För att säkra framtidens kompetensförsörjning måste alla aktörer ta ett aktivt ansvar och finnas med vad gäller utbildningsinsatser på olika nivåer. Vi har tidigare meddelat vår avsikt att återkomma i frågan om behovet av att reglera även utbildningsuppdraget i HSL.

Vad gäller forskning har vi redan belyst utmaningarna vad gäller resursöverföring från sjukhusbaserad verksamhet till nära vård på längre sikt, inte bara i ekonomiska termer, utan också vad gäller kultur och kompetensförsörjning. I vårt andra delbetänkande föreslår vi att det i förordning regleras att det ska bedrivas forskning inom regioners och kommuners primärvård.[2] I vårt tredje delbetänkande beskriver vi ett antal utmaningar vad gäller forskningsområdet, och lyfter goda exempel och pågående initiativ inom området.[3] I det följande redogör vi för inspel på dialogfrågor i det föregående betänkandet, och lyfter särskilt ett pågående arbete kring förslag på finansiering av forskning inom primärvård och specifikt på det allmänmedicinska området.

6.1 Utbildningens roll i omställningen

6.1.1 En fråga utanför utredningens direktiv

Utbildningens roll i omställningen till en god och nära vård är alltså en fråga som vi inte har specifikt i våra direktiv att utreda. Som vi identifierat i vår färdplan är en fungerande kompetensförsörjning dock en förutsättning för den pågående omställningen och goda utbildningsmöjligheter är en självklar del av en sådan kompetensförsörjning. Det har till oss framförts önskemål om att vi tar oss an frågan om att lagreglerna utbildningsansvaret, inte minst från professioner och lärosäten. Utredningen har därför valt att i detta betänkande, liksom gjorts även i våra tidigare betänkanden, lyfta utbildningens roll och betydelse för omställningen.

Den utbildning som vi i detta kapitel resonerar kring är i huvudsak den verksamhetsförlagda utbildning som ingår i hälso- och sjukvårdsutbildningars utbildningsplaner, oavsett huvudman för utbild-

[2] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, avsnitt 9.2.6.
[3] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, avsnitt 8.1.

ningen, och som förläggs till de kliniska verksamheterna. Även andra begrepp än verksamhetsförlagd utbildning används för sådan utbildning, såsom t.ex. praktik, verksamhetsintegrerat lärande och arbetsplatsförlagt lärande. Verksamhetsförlagd utbildning (VFU) används här som ett samlingsbegrepp för alla dessa begrepp som bygger på pedagogiska modeller för samverkan och integrering mellan utbildning och arbetsliv. Utöver vikten av ett fungerande verksamhetsförlagt lärande, lyfter utredningen vikten av goda förutsättningar för fortbildning, dvs. möjligheter till fortsatt lärande. Även om fokus i detta kapitel ligger på de kliniska utbildningarna vill utredningen också understryka behovet av adekvat kompetensförsörjning av vårdens administrativa och stödjande yrkeskategorier.

6.1.2 Gällande rätt och praxis om utbildning inom hälso- och sjukvården

Begreppet utbildning

Utbildning är ett brett begrepp som kan innefatta bl.a. vidareutbildning, fortbildning, uppdragsutbildning och vad som i vardagligt tal benämns grundutbildning. Även läkarnas AT och ST, som är just tjänstgöring, kan betraktas som utbildning. De olika utbildningsbegreppen används olika och kan ha olika innebörder. Med vidareutbildning avses t.ex. i vissa sammanhang en obligatorisk fortsättning på en grundutbildning, i andra sammanhang en utbildning som en arbetstagare går i syfte att utveckla sina kunskaper inom sitt yrkesområde. Styr- och resursutredningen, den så kallade Struten, vars uppdrag var att göra en samlad översyn av universitetens och högskolornas styrning och resurstilldelning, benämner t.ex. vidareutbildning och fortbildning gemensamt som fortbildning.[4] Uppdragsutbildning kan vara en form av fortbildning beroende på syftet med utbildningen.

[4] SOU 2019:6, *En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan*.

Definierade utbildningskategorier

Högskoleutbildning

Utbildningar vid universitet och högskolor under statligt huvudmannaskap är indelade i tre utbildningskategorier; grundnivå, avancerad nivå och forskarnivå.[5] För dessa utbildningar tillämpas högskolelagen (1992:1434) och högskoleförordningen (1993:100). Utbildning på grundnivå ska väsentligen bygga på kunskaper från gymnasieskolan, utbildning på avancerad nivå väsentligen på kunskaper från utbildning på grundnivå och utbildning på forskarnivå väsentligen på kunskaper från utbildning på avancerad nivå.[6]

Indelningen i tre utbildningskategorier har gällt sedan 2007 och har sin bakgrund i en anpassning av den svenska högre utbildningen till Bolognaprocessen.[7] Bolognaprocessen innefattar en målsättning om att de deltagande länderna ska ha strukturer för den högre utbildningen som huvudsakligen är baserade på tre cykler eller nivåer, där varje nivå ska förutsätta och bygga på studier på tidigare nivå. Före 2007 var högre utbildning i stället indelad i två kategorier; grundläggande högskoleutbildning och forskarutbildning.[8] Det angavs då uttryckligen i lagtext att det i grundläggande högskoleutbildning ingick fortbildning och vidareutbildning. Någon sådan lydelse finns inte i dag.

Att fortbildning och vidareutbildning utmönstrades ur lagtexten berodde på regeringens bedömning att de inte kunde ses som egna utbildningskategorier. Regeringen uttalade att universitet och högskolor har ett stort ansvar att erbjuda utbildning som motsvarar efterfrågan från personer som önskar fortbilda sig eller vidareutbilda sig, men att fortbildning och vidareutbildning inte är egna definierade utbildningskategorier. I stället är det individens syfte och avsikt med utbildningen som avgör om den kan sägas vara fortbildning eller vidareutbildning.

I Styr- och resursutredningens betänkande föreslås att universitets och högskolors ansvar för det livslånga lärandet i form av yrkesverksammas fortbildning och vidareutbildning åter ska anges i högskolelagen.[9] Betänkandet har remitterats och bereds för närvarande

[5] 1 kap. 7 *§ högskolelagen* (1992:1434).
[6] 1 kap. 9 a § *högskolelagen* (1992:1434).
[7] Prop. 2004/05:162 *Ny värld – ny högskola*, s. 85 f.
[8] Se 1 kap. 7 § högskolelagen i dess tidigare lydelse.
[9] SOU 2019:6, *En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan*.

i Regeringskansliet. En reglering menar den utredningen förstärker det politiska signalvärdet av fortbildning, och bidrar till att lyfta frågan i lärosätenas prioriterings- och uppföljningsarbete.

Uppdragsutbildning

Universitet och högskolor kan utöver det reguljära utbildningsutbudet erbjuda utbildningar för yrkesverksamma genom s.k. uppdragsutbildning. Med uppdragsutbildning avses utbildning som lärosätena anordnar på uppdrag av myndigheter, företag eller andra organisationer, dvs. juridiska personer. Uppdragsgivaren, som betalar en avgift för utbildningen, kan exempelvis vara ett företag som beställer en kurs för fortbildning av sina anställda. Den offentliga sektorn är dock den absolut dominerande beställaren, främst vård- och skolsektorn.[10]

Högskolelagen och högskoleförordningen är inte direkt tillämpliga på uppdragsutbildningar. I stället tillämpas förordningen (2002:760) om uppdragsutbildning vid universitet och högskolor.[11] I förordningen finns inga bestämmelser motsvarande de i högskolelagen och högskoleförordningen om t.ex. behörighetskrav och regler kring disciplinära åtgärder.

De ursprungliga intentionerna med uppdragsutbildning var behovet av att fort- och vidareutbilda människor eller utveckla deras kompetens som ett led i utvecklingen av de företag eller myndigheter där de var anställda. På många kunskapsintensiva arbetsplatser är systematisk kompetensutveckling nödvändigt för att klara verksamheten.

Universitetskanslersämbetets (UKÄ) rapport om uppdragsutbildning vid universitet och högskolor visar samstämmighet bland lärosätena om uppdragsutbildningens värde för samverkan med olika delar av samhället och för lärosätenas övriga verksamhet. Enligt vissa lärosäten leder uppdragsutbildningen till utveckling av ordinarie utbildning och forskning genom att verksamheten tillförs erfarenheter från yrkeslivet.[12]

---

[10] Prop. 2001/02:15, *Den öppna högskolan*, s. 81.
[11] För uppdragsutbildningar tillämpas också Universitets- och högskolerådets föreskrifter om uppdragsutbildning vid universitet och högskolor, UHRFS 2013:11.
[12] UKÄ, *Uppdragsutbildning vid universitet och högskolor – Redovisning av ett regeringsuppdrag, Rapport 2016:8*, 2016.

Värt att lyfta är den problematik som kan finnas i behovet av uppdragsutbildningar. Det går att argumentera för att det vore mer ändamålsenligt om universitet och högskolor genom den statliga skattefinansieringen hade förmåga och resurser att tillhandahålla reguljära utbildningar i en omfattning som tillgodosåg vårt gemensamma välfärdssamhälles behov, i stället för att t.ex. regioner och kommuner behövde köpa in uppdragsutbildningar. På så sätt skulle det undvikas att allmänheten, i egenskap av skattebetalare, betalar två gånger för utbildning. Samtidigt har arbetsgivare ett ansvar för personalens kompetensutveckling. Många arbetsgivare köper insatser för sådan utveckling, från universitet eller högskola eller från andra aktörer. Uppdragsutbildningar från universitet eller högskola bidrar då på ett bra sätt till att tillgodose kompetensutvecklingsbehovet.

Utbildning vid yrkeshögskola

I enlighet med sin instruktion ska Myndigheten för yrkeshögskolan verka för att behoven av eftergymnasial yrkesutbildning, som inte är utbildning enligt högskolelagen eller kan leda fram till en examen enligt lagen (1993:792) om tillstånd att utfärda vissa examina, tillgodoses.[13] Myndigheten analyserar arbetsmarknadens behov av utbildningar inom yrkeshögskolan, beslutar vilka utbildningar som ska ingå i yrkeshögskolan och beviljar statliga medel till utbildningsanordnarna. Utbildningarna är oftast mellan ett och tre år långa. Under utbildningen får de studerande kombinera teoretiska studier med arbetsplatsförlagda kurser som kallas Lärande i arbete (LIA).[14] Bland de utbildningar som ingår i yrkeshögskolan finns flera inom vårdområdet, t.ex. utbildningar till medicinsk sekreterare/vårdadministratör, skötare och specialistundersköterska.

Utbildning på gymnasial nivå

Utbildningen i gymnasieskolan består av nationella program uppdelade i antingen yrkesprogram eller högskoleförberedande program.[15] Utbildningen till undersköterska, som ges på gymnasial nivå

[13] Förordning (2011:1162) *med instruktion för Myndigheten för yrkeshögskolan*.
[14] Myndigheten för yrkeshögskolan, *Yrkeshögskolan.*
[15] 15 kap. 7 § *skollagen* (2010:800).

genom vård- och omsorgsprogrammet, är ett exempel på ett yrkesprogram, dvs. en yrkesförberedande utbildning. Det ska dock noteras att undersköterska i dag är en anställningsform och att det inte är utbildningen i sig som leder till titeln undersköterska.

Det är i regel kommunen som är huvudman för gymnasieskolor i offentlig regi. Kommunen kan erbjuda utbildning som den själv anordnar eller som anordnas av en annan kommun eller region, då med samverkansavtal med kommunen eller regionen. I vissa avseenden kan också en region vara huvudman för gymnasieskolan, t.ex. avseende anordnande av utbildningar på nationella program som avser vård och omsorg. Gymnasieutbildning kan också ges vid en fristående gymnasieskola.

Reglering av olika yrken inom hälso- och sjukvården

Inom hälso- och sjukvården verkar många olika yrkesgrupper. Flertalet av dessa kräver eftergymnasial utbildning och är legitimationsyrken, som är tydligt reglerade. Det finns också många yrken med utbildning på gymnasial och eftergymnasial nivå, där det generellt saknas tydlig reglering av utbildningarnas innehåll. Nedan ges en kort överblick av yrken som har, eller är på väg att få, en tydlig nationell reglering av utbildningarnas innehåll.

Legitimationsyrken

Vilka yrken inom hälso- och sjukvården som är så kallade legitimationsyrken regleras i patientsäkerhetslagen (2010:659) (PSL). Yrkena i fråga är apotekare, arbetsterapeut, audionom, barnmorska, biomedicinsk analytiker, dietist, fysioterapeut, hälso- och sjukvårdskurator, kiropraktor, logoped, läkare, naprapat, optiker, ortopedingenjör, psykolog, psykoterapeut, receptarie, röntgensjuksköterska, sjukhusfysiker, sjuksköterska, tandhygienist och tandläkare.[16] Utbildning till samtliga dessa yrken är på eftergymnasial nivå. En legitimation fungerar som en garanti för en viss kunskapsnivå och vissa personliga egenskaper. Den som är legitimerad har skyddad yrkestitel, vilket innebär att yrkestiteln i fråga endast får användas av den som har legitimation i samma yrke. Legitimation är vidare en förut-

[16] 4 kap. 1 § PSL.

sättning för att få utöva yrke som apotekare, barnmorska, läkare, receptarie och tandläkare, s.k. ensamrätt till yrket. Det är Socialstyrelsen som prövar ansökningar om legitimation.

Undersköterskeyrket

Utbildning till en senare anställning som undersköterska, som i dag inte är ett reglerat yrke, ges genom yrkesutbildning vid gymnasieskola genom vård- och omsorgsprogrammet. Den största delen av de i dag yrkesverksamma undersköterskorna har dock i stället för gymnasieutbildning genomgått någon form av vuxenutbildning. En liten del av de som har anställning som undersköterskor har vidare inte fullgjort någon utbildning som avser att leda till en undersköterskeanställning. Bland de som har fullgjort en sådan utbildning har drygt en fjärdedel genomgått gymnasieutbildning inom vård och omsorg. Resterande tre fjärdedelar har genomgått någon form av vuxenutbildning.[17]

Utredningen Reglering av yrket undersköterska tillsattes av regeringen mot bakgrund av ett behov av att främja undersköterskeyrket och säkerställa tillvaratagande av undersköterskornas kompetens. Utredningen, som lämnade sitt slutbetänkande i april 2019, har identifierat relativt utbredda brister i kompetensen hos undersköterskorna och menar att det har en direkt effekt på utförandet av arbetsuppgifterna. Utredningen menar att bristerna kan ses som en konsekvens av att undersköterskeyrket hittills varit oreglerat och föreslår därför att yrket ska regleras med en skyddad yrkestitel. Genom förslaget om en skyddad yrkestitel menar utredningen att kvaliteten i verksamheterna kommer förbättras och intresset för att utbilda sig till och arbeta som undersköterska att öka.[18] Förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

[17] Se SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg*, avsnitt 5.3.
[18] SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg.*

I lag reglerade ordningar för specialisering

Vidareutbildning i form av specialisering är avseende läkare och sjuksköterskor reglerad i lag.[19]

Specialisering för läkare

Läkaryrket är ett legitimationsyrke och ett ensamrättsyrke, vilket innebär att endast legitimerade läkare eller läkare med ett visst särskilt förordnande har rätt att utöva det. Förutsättningarna för en legitimerad läkare att uppnå specialistkompetens regleras i PSL, patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) (PSF) och i föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen. I PSF uttrycks att läkaren för specialistkompetens ska förvärva de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som föreskrivs för specialistkompetensen genom att genomgå handledd specialiseringstjänstgöring under minst fem år. Under specialiseringstjänstgöringen är läkaren anställd av regionen som också bär konstadsansvaret för den avlönade tjänstgöringen. Det är Socialstyrelsen som genom föreskrifter och allmänna råd beslutar vilka kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som gäller inom respektive specialitet. Dessa regleras i en särskild publikation benämnd målbeskrivningar. Det är också Socialstyrelsen som beslutar om indelning och benämning av specialiteterna där specialistkompetens kan uppnås.

Översyn av och kommande ändringar i läkarutbildningen

Sedan flera år tillbaka har frågan om en förändring av läkarutbildningen behandlats.[20] Utifrån förslag lämnade bl.a. i en promemoria utarbetad inom regeringskansliet[21] har regeringen genom en förordningsändring beslutat om en förlängning av grundutbildningen från fem och ett halvt till sex år. Riksdagen har vidare beslutat att ta bort kravet på allmäntjänstgöring för läkarlegitimation samt att specialisttjänstgöringen ska inledas med en obligatorisk fristående introduk-

[19] Sådan specialiseringsordning finns även för sjukhusfysiker och tandläkare, se 4 kap. 8 och 9 §§ PSL.
[20] Redan 2013 lämnades förslag till regeringen om en förändrad läkarutbildning genom Läkarutbildningsutredningens betänkande *För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning* (SOU 2013:15).
[21] U2018/02704/UH, *En sexårig utbildning för läkarexamen*.

tionsdel till hälso- och sjukvården i form av bastjänstgöring under ca ett år, ett s.k. basår. Basåret är ett obligatoriskt tjänstgöringsavsnitt vid specialisering för alla läkare. Lagändringen i vilken kravet på allmäntjänstgöring tas bort börjar gälla den 1 juli 2020. Bestämmelserna om en sexårig grundutbildning gäller för utbildning som bedrivs och examination som utfärdas efter utgången av juni 2021. Socialstyrelsen har tagit fram ett förslag till föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring, inklusive bastjänstgöring, som nu är ute på remiss. Avsikten är att föreskrifterna och de allmänna råden ska träda i kraft den 1 juli 2020.

Syftet med den nya läkarutbildningen är att skapa ett mer sammanhållet utbildningssystem och en utbildningsstruktur som leder till specialister med högre kompetens och bättre förutsättningar att tillgodose befolkningens behov av vård.

Specialisering för sjuksköterskor

Sjuksköterskeyrket är ett legitimationsyrke. Yrkestiteln är skyddad, vilket innebär att endast den som är legitimerad sjuksköterska får använda titeln sjuksköterska. Det finns en reglerad ordning för specialistutbildning. Förutsättningarna för en legitimerad sjuksköterska att få kalla sig specialistsjuksköterska regleras i PSF och i bilaga 2 till högskoleförordningen, vilken benämns examensordningen. För att få kalla sig specialistsjuksköterska ska sjuksköterskan vid universitet eller högskola ha avlagt specialistsjuksköterskeexamen. Specialistsjuksköterskeutbildningen ges inom flera olika inriktningar och omfattar 60 högskolepoäng, dvs. ett år av heltidsstudier, med undantag för inriktningen mot distriktsköterska, som i dag omfattar 75 högskolepoäng.[22] I examensordningen anges målen med utbildningen och vilka kunskaper och färdigheter m.m. som ska erhållas för examen, den så kallade examensbeskrivningen. Generella kunskaper och förståelser, färdigheter och förmågor samt förhållningssätt som krävs för alla specialistsjuksköterskor, oavsett inriktning, anges här. Härutöver anges särskilda färdigheter och kunskaper som krävs för vissa specificerade inriktningar.

[22] I *Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter (SOU 2018:77)*, föreslås att alla specialistsjuksköterskeutbildningar ska omfatta 60 högskolepoäng, inklusive inriktningen mot distriktsköterska.

För specialistsjuksköterskeexamen ska en viss del av utbildningen vara verksamhetsförlagd. Omfattningen av den verksamhetsförlagda delen ska, enligt vad som anges i examensbeskrivningen, vara anpassad efter behovet för respektive inriktning.

Specialistsjuksköterskeutbildningen berättigar till studiestöd men finansieras i övrigt som utgångspunkt av studenten själv och kan dessutom komma att kräva tjänstledighet. Bristen på specialistsjuksköterskor är stor och för att inte finansieringsfrågan ska vara ett hinder mot att fler sjuksköterskor specialistutbildar sig, har olika former för finansierad utbildning arbetats fram. Vårdförbundet har t.ex. tagit fram modellen akademisk specialisttjänstgöring för sjuksköterskor (AST) där specialistutbildningen är en del av anställningen. Vissa regioner har på andra sätt gjort satsningar med möjlighet för sjuksköterskor att studera till specialister med bibehållen lön.

Specialistsjuksköterskeutbildningen är under översyn. I november 2018 lämnade Utredningen om specialistsjuksköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar (U 2017:08) sitt betänkande *Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter* (SOU 2018:77) till regeringen. Ärendet bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Specialiseringsordningar som inte regleras av staten

Även vissa andra yrkesgrupper än läkare och sjuksköterskor har identifierat ett behov av specialiserad kompetens inom sitt yrkesområde. De har därför, på initiativ av sitt fack- eller yrkesförbund, tagit fram egna ordningar för specialisering. Sådana specialiseringsordningar finns t.ex. avseende fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister och psykologer. Dessa yrkesgrupper bestämmer själva, genom sina förbund, förutsättningarna och kraven för specialisering. För att påbörja en specialisering krävs, förutom föregående utbildning på grundnivå, erfarenhet av kliniskt arbete under ett antal år. Inom samtliga specialiseringsordningar finns flera olika specialiseringsområden.

Bland annat för att undvika stora skillnader i förutsättningarna att specialisera sig inom sitt yrkesområde och med motiveringen att en oskyddad specialisttitel äventyrar patientsäkerheten, driver professionerna frågan om att specialiseringen ska bli reglerad i lag. En

sådan reglering av specialiseringsordningen anses möjliggöra för fler yrkesverksamma att vidareutbilda sig inom ramen för sin tjänst.

Även om nu nämnda specialiseringsordningar inte är rättsligt reglerade, efterfrågas specialisering som kompetens i formella sammanhang. Inom Region Stockholm finns t.ex. ett särskilt vårdval inom specialiserad fysioterapi. Med specialisering avses då den ordning för specialisering som yrkesförbundet Fysioterapeuterna har tagit fram.

Omfattningen av verksamhetsförlagt lärande varierar beroende på utbildning och lärosäte

För vissa utbildningar är omfattningen reglerad i författning

Alla utbildningar inom hälso- och sjukvårdens område har inte i svensk författning angivna krav på att VFU ska utgöra en obligatorisk del för examen. Målen i examensbeskrivningarna är i stället uttryckta på ett sådant sätt att de ska inkludera de kunskaper och kompetenser som studenterna tillägnar sig genom både teoretisk och praktisk utbildning. VFU ingår ändå många gånger som en obligatorisk del, men omfattning och placering har bestämts av respektive universitet eller högskola och preciserats i den utbildningsplan som respektive lärosäte tagit fram. Att olika utbildningar har olika stort inslag av VFU beror på lärosätenas stora frihet att själva besluta om utbildningarnas innehåll, däribland omfattningen av det verksamhetsförlagda lärandet. Var och i vilken omfattning den verksamhetsförlagda utbildningen ska genomföras skiljer sig således åt hos olika lärosäten och är inte nationellt enhetligt för respektive utbildning.

För vissa utbildningar anges dock i författning i vilken omfattning VFU ska ingå. Alla gymnasiala yrkesprogram, dit t.ex. utbildningar inom vård och omsorg hör, ska t.ex. enligt skollagen innehålla arbetsplatsförlagt lärande.[23] Det arbetsplatsförlagda lärandet ska omfatta minst 15 veckor.[24] Huvudmannen, dvs. kommunen, ansvarar för att ordna platser för det arbetsplatsförlagda lärandet. Om sådana platser inte kan erbjudas får utbildning som huvudregel inte anord-

[23] 16 kap. 16 § andra stycket *skollagen* (2010:800).
[24] 4 kap. 12 § första stycket *gymnasieförordningen* (2010: 2039).

nas.[25] För den elev som deltar i arbetsplatsförlagda studier ska det utses en handledare. Handledaren ska ha nödvändiga kunskaper och erfarenheter för uppdraget och även i övrigt bedömas vara lämplig.[26]

För utbildningar som leder till kvalificerad yrkeshögskoleexamen, såsom t.ex. yrkeshögskolans utbildningar till medicinsk sekreterare, ska minst en fjärdedel av utbildningstiden bestå av lärande i arbete på en arbetsplats.[27]

Gällande utbildning till specialistsjuksköterska ska studenten enligt examensordningen ha fullgjort en verksamhetsförlagd del av utbildningen av en omfattning som är anpassad efter behovet för respektive inriktning. I apotekarutbildningen ska enligt samma förordning ingå sex månader apotekspraktik och avseende psykoterapeutexamen gäller att studenten under utbildningen ska ha haft deltidstjänstgöring med psykoterapeutiska uppgifter.

Yrkeskvalifikationsdirektivet

Det s.k. yrkeskvalifikationsdirektivet[28] syftar till ömsesidigt erkännande av examens-, utbildnings- och andra behörighetsbevis avseende reglerade yrken. För vissa utbildningar finns i direktivet angett hur stort inslag av praktik eller motsvarande moment som ska ingå. Avseende utbildning till sjuksköterska anges att denna ska omfatta minst tre års utbildning eller 4 600 timmars teoretisk och klinisk undervisning och att den kliniska undervisningen ska utgöra minst hälften av den föreskrivna minimitiden för utbildningen.[29] Gällande utbildning till farmaceut anges att minst sex månaders praktiktjänstgöring på ett apotek eller på ett sjukhus ska ingå i den fem år långa utbildningen.[30]

Direktivet hanterar också frågan om fortbildning. I artikel 22 i direktivet anges att det genom fortbildning ska säkerställas att de som har avslutat sina studier kan hålla sig à jour med utvecklingen inom yrket i den mån som är nödvändig för att yrkesinsatserna ska bibehållas på säker och effektiv nivå.

---

[25] 4 kap. 12 § fjärde stycket och 13 § första stycket gymnasieförordningen (2010: 2039).
[26] 4 kap. 14 § *gymnasieförordningen* (2010: 2039).
[27] 14 § förordning (2009:130) *om yrkeshögskolan*.
[28] Europaparlamentets- och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 *om erkännande av yrkeskvalifikationer.*
[29] *Yrkeskvalifikationsdirektiv*et, artikel 31.
[30] *Yrkeskvalifikationsdirektivet*, artikel 44.

Allmänna bestämmelser i direktivet genomförs i svensk lagstiftning genom lagen (2016:145) om erkännande av yrkeskvalifikationer. Särskilda bestämmelser som bara rör vissa reglerade yrken och som genomför delar av yrkeskvalifikationsdirektivet finns i stället i de författningar där utövandet av dessa yrken regleras.

Några exempel på hur den verksamhetsförlagda utbildningen förläggs

Genom dialoger med och inspel från företrädare för förbund och organisationer har utredningen tagit del av exempel på hur den verksamhetsförlagda utbildningen är förlagd inom olika utbildningar och hos olika lärosäten. I ett exempel på vård- och omsorgsprogram inom den kommunala gymnasieskolan, dvs. i utbildningen till undersköterska, ingår totalt 18 veckors arbetsplatsförlagt lärande under de tre studieåren. I årskurs 1 ingår sex veckor, varav en under höstterminen och fem under vårterminen. I årskurs 2 ingår också sex veckor, samtliga under höstterminen, och i årskurs 3 ingår sex veckor under vårterminen. Den verksamhetsförlagda utbildningen i årskurs 1 sker inom äldreomsorgen och i årskurs 2 och 3 inom LSS-verksamhet, psykiatri eller hälso- och sjukvård, beroende på vilken programfördjupning studenten har valt. Det kan också noteras att det föreligger en stor variation, 5–15 veckor, när det gäller läkarutbildningens VFU på vårdcentral. Detta är något som även uppmärksammats vid Socialstyrelsens utvärdering av universitetssjukvård.

Avseende utbildning till fysioterapeut, som inte har någon i författning reglerad omfattning avseende verksamhetsförlagt lärande, kan som exempel anges att fysioterapiutbildningen vid Karolinska Institutet i Stockholm består av verksamhetsintegrerat lärande i två dagar under termin 1, en till tre dagar inom öppen- eller slutenvården under termin 2, sex veckor kliniskt träningscentrum och slutenvård under termin 3, två dagar neurologi, fyra dagar metodik, sex dagar pediatrik/barn samt fem dagar geriatrik/äldre under termin 4, tio dagar öppenvård under termin 5 samt två dagar vid klinisk utbildningsavdelning eller klinisk undervisningsmottagning och tio dagar klinisk fördjupning under termin 6.

För farmaceuterna, i vilket innefattas både receptarie och apotekare, ingår i alla lärosätens utbildningsprogram verksamhetsförlagt lärande. Den görs på öppenvårdsapotek. På receptarieprogrammet gör studenterna nio veckors VFU på sjätte tillika sista terminen. Innehållet är detsamma på samtliga lärosäten. Avseende apotekarprogrammet är den verksamhetsförlagda utbildningen olika fördelad vid olika lärosäten. I Umeå genomförs en vecka under termin 1, nio veckor under termin 6 och 16 veckor under termin 10. I Uppsala och Göteborg genomförs sex veckor sådan utbildning under termin 5 och 20 veckor under termin 10.

Samverkan kring verksamhetsförlagt lärande mellan lärosäten och hälso- och sjukvårdens aktörer

Regionernas och kommunernas ansvar att medverka till verksamhetsförlagd utbildning är inte reglerat i HSL

Staten, regionerna och kommunerna är alla ansvariga för utbildning i någon form. Regionernas ansvar att tillhandahålla platser för verksamhetsförlagd AT- och ST-tjänstgöring är reglerat i lag. Av 10 kap. 5 § HSL framgår att det i regionen ska finnas möjligheter till anställning för läkares allmäntjänstgöring i sådan omfattning att alla läkare som avlagt läkarexamen och läkare med utländsk utbildning som föreskrivits allmäntjänstgöring ges möjlighet att fullgöra praktisk tjänstgöring för att få legitimation. I samma bestämmelse anges att det i regionerna också ska finnas möjligheter till anställning för läkares specialiseringstjänstgöring. Omfattningen ska, enligt vad som uttrycks i HSL, motsvara det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet.[31]

Vidare är en läkares skyldighet att handleda andra läkarstudenter reglerad i lag. Om läkaren arbetar där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen är denne skyldig att biträda vid handledning. En specialistutbildad läkare är härutöver i regel skyldig att inom sitt verksamhetsområde ge den undervisning och den examination som

[31] Mot bakgrund av förändringarna av läkarutbildningen kommer lydelsen i 10 kap. 5 § HSL from. den 1 juli 2020 i stället vara att det i regionen ska finnas möjligheter till anställning för läkares specialiseringstjänstgöring inklusive bastjänstgöring i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet.

behövs för att högskoleutbildningen för läkarexamen ska kunna bedrivas på ett ändamålsenligt sätt.[32]

Hälso- och sjukvården har ett stort utbildningsuppdrag, men vad gäller regioners och kommuners ansvar att medverka till att studenter ges möjlighet till VFU i deras vårdverksamheter, är detta inte reglerat i HSL. I stället sker samverkan i utbildningsfrågan med stöd av den s.k. principöverenskommelsen och genom avtal.

Principöverenskommelse om ett statligt övertagande av huvudmannaskapet för regionernas vårdhögskoleutbildningar

I juni 1998 tillsattes den så kallade Vårdkommissionen med uppgift att kartlägga rekryteringsbehovet inom vård- och omsorgssektorn, analysera villkor som påverkar rekryteringen samt ge förslag till åtgärder mot kommande bristsituation inom vårdyrkena. En del av kommissionens uppdrag bestod i att diskutera huvudmannaskapet för de så kallade medellånga vårdutbildningarna, vilka bl.a. inbegrep arbetsterapeut-, barnmorske-, fysioterapeut- och sjuksköterskeutbildningen. Vid tidpunkten för kommissionens uppdrag var regionerna (då landstingen) huvudmän för dessa utbildningar. Kommissionens arbete utmynnade i ett förslag om att huvudmannaskapet för dessa vårdhögskoleutbildningar skulle överföras till staten.[33] Skälen var att rollfördelningen med ett huvudmannaskap där regionen är finansiär medan den statliga högskolan är utförare av utbildningen ansågs otydlig. En principöverenskommelse om ett förändrat huvudmannaskap utformades, vilken dokumenterade de principer som parterna ömsesidigt ansåg skulle ligga till grund för det överförande av huvudmannaskapet som senare ägde rum. Principöverenskommelsen finns antecknad i bilaga 3 till propositionen *Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar*.[34] Regeringen, som uttalade att klinisk praktik bör regleras i avtal mellan respektive högskola och region, resonerade kring behovet av samverkan dem emellan för att den kliniska praktiken skulle utvecklas och bli väl fungerande:

[32] 4 kap. 7 § *högskoleförordningen* (1993:100).
[33] Se Ds 1999:44, *Den ljusnande framtid är vård, Om vård och omsorg – en arbetsmarknad i utveckling*.
[34] Prop. 2000/01:71, *Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar.*

> Den kliniska praktiken är en nödvändig del av utbildningen och utgör för studenten den brygga som ska knyta an de teoretiska studierna med den kommande yrkesverksamheten. (…). Ett statligt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningarna förändrar inte behoven av kliniska utbildningsplatser. I principöverenskommelsen framhålls att parterna är ense om vikten av samverkan mellan högskola och vårdgivare för att utveckla den kliniska praktiken och ett huvudmannaskapsskifte kan tjäna som startskott för olika utvecklingsarbeten. Universitet och högskolor bör samverka med landstingen samt andra vårdgivare för att utveckla en väl fungerande klinisk praktik.

Regeringen påtalade även att det finns ett gemensamt intresse för högskolorna och primärvården att utveckla samverkansformer för att studenterna i sin utbildning ska ha tillgång till den sjukvård som kommunerna bedriver. Vidare resonerade regeringen kring behovet av att tillhandahålla praktikplatser i tillräcklig omfattning:

> Enligt principöverenskommelsen är inriktningen att landstingen ska erbjuda minst det antal praktikplatser med inriktning mot landstingens verksamhet som högskolan disponerar vid övertagandet och att genom ytterligare praktikplatser tillgodose framtida behov. Tillgången på praktikplatser är enligt samstämmiga bedömningar utbildningarnas kritiska moment. (…) Högskolorna har framfört att bristen på praktikplatser är ett allt mer växande bekymmer som med få undantag gäller generellt över hela landet. (…) I de utbildningsavtal som har tecknats mellan landsting och högskola garanterar landstingen att tillhandahålla viss volym av utbildningsplatser. Skulle landstinget i något fall inte kunna uppfylla detta åtagande förbinder sig landstinget att ersätta högskolan för detta, den s.k. garantiklausulen. Klausulen har endast behövt tillämpas i några enstaka fall.

De resonemang som regeringen förde kom att antecknas i 6 och 7 §§ i överenskommelsen med följande lydelser:

> 6 § En väl fungerande klinisk praktik är av grundläggande betydelse för en bra vårdhögskoleutbildning. Vid ett statligt huvudmannaskap är högskolan beroende av att landstingen även fortsättningsvis tillhandahåller praktikplatser i sin verksamhet. Inriktningen är att landstingen ska erbjuda minst det antal praktikplatser med inriktning mot landstingskommunal verksamhet som högskolan disponerar vid övertagandet och att genom ytterligare praktikplatser tillgodose framtida behov. Parterna är ense om vikten av samverkan mellan högskola och vårdgivare för att utveckla den kliniska praktiken.
>
> 7 § Det uppdrag som landstingen lagt på den statliga högskolan har lett till ett förtroendefullt samarbete. Parterna är ense om vikten av en fortsatt och utvecklad samverkan mellan landsting och högskola i ut-

bildningsfrågor även vid ett statligt huvudmannaskap för vårdhögskolorna. I denna samverkan utgör landstingens representation i berörda högskolestyrelser ett betydelsefullt inslag.

I samband med utformandet av principöverenskommelsen uttalade sig regeringen om lämplig storlek på ersättningen till regionerna för tillhandahållandet av utbildningsplatser. Regeringen bedömde vid denna tidpunkt att regioner för den kliniska utbildning som är förlagd till regionernas verksamheter, om inte annat överenskoms, bör få ersättning från högskolan med 1 200 kronor per student och praktikvecka.

Inom ramen för principöverenskommelsen gjordes ingen överenskommelse om ersättning för den kliniska praktiken mellan staten och kommunerna. I budgetpropositionen för 2009 uttalade regeringen dock att det är viktigt att lärosätena även kan använda de möjligheter till praktikplatser som de kommunala vårdgivarna ger och att det därför bör stå lärosätena fritt att teckna avtal om ersättning för klinisk praktik även med kommuner. Regeringen påtalade vikten av att lärosäten och sjukvårdshuvudmännen gemensamt och långsiktigt planerar de verksamhetsförlagda momenten i utbildningarna, så att vårdgivarna kan medverka i utbildningen på ett så tidsmässigt och kompetensmässigt effektivt sätt som möjligt.

Avtal om läkarutbildning och forskning

Genom det centrala avtalet om läkarutbildning och forskning, det e s.k. nationella ALF-avtalet, regleras samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. Det nuvarande nationella ALF-avtalet gäller sedan den 1 januari 2015. Avtalsparter är staten och Region Stockholm, Region Uppsala, Region Östergötland, Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Region Örebro län och Region Västerbotten. Staten ersätter genom avtalet de sju regionerna för de resurser som tas i anspråk för klinisk utbildning vid universitetssjukhusen och andra vårdenheter. Det nationella ALF-avtalet kompletteras med regionala avtal mellan berörda regioner och universitet. I de regionala avtalen ska bl.a. regleras hur enheter som ska bedriva verksamhetsintegrerad utbildning av läkare utses. Det gäller enheter såväl inom som utanför universitetssjukvården, inklusive enheter i andra regioner.

Kostnaderna för den del av grundutbildningen för läkare som är förlagd till sjukvårdshuvudmännens verksamheter förutsätts täckas av den ersättning som staten betalar till berörda huvudmän enligt det nationella ALF-avtalet. Ersättningen ska kompensera sjukvårdshuvudmännen för de merkostnader som uppkommer för undervisning, handledning, kursledning, administration etc. Som konstaterats ovan ska den kliniska utbildningen förläggas både till universitetssjukhus och andra vårdinrättningar. Enheter som mer regelmässigt utnyttjas för läkarutbildningen finns förtecknade i avtal mellan parterna.

Akademisk specialisttjänstgöring för sjuksköterskor

Vårdförbundet har tagit fram en modell för utbildningsanställning för specialistsjuksköterskor. Modellen kallas akademisk specialisttjänstgöring (AST), och är en finansierad utbildning som ges med full lön och med villkor enligt kollektivavtal. Utbildningen ges av universitet eller högskola men delar av utbildningen genomförs i vårdverksamheten. Efter avslutad utbildning får sjuksköterskan en tjänst som specialistsjuksköterska i verksamheten.

Former för finansierad utbildning, där AST utgör ett exempel, har tagits fram för att finansieringsfrågan inte ska vara ett hinder mot att fler sjuksköterskor specialistutbildar sig. Flera regioner och kommuner har tecknat kollektivavtal om AST.

Andra avtal

Mellan hälso- och sjukvårdens huvudmän och lärosäten ingås avtal i syfte att reglera övergripande principer för VFU.

Ett sådant exempel är ramavtalet mellan Högskolan Kristianstad, Lunds universitet, Malmö universitet och Region Skåne. Avtalet gäller utbildning bl.a. till arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska inklusive specialistsjuksköterska. Genom avtalet åläggs Region Skåne bl.a. att tillhandahålla överenskommet antal platser för verksamhetsförlagt lärande, handledare med adekvat kompetens, introduktion och lokaler för utbildning. Lärosätena å sin sida åläggs bl.a. att beställa önskat antal platser för verksamhetsförlagt lärande och att erbjuda handledarutbildning. För den verksamhetsförlagda utbild-

ningen betalar lärosätena ersättning till regionen. Ersättningsbeloppet består av en fast del och en del som räknas upp årligen i enlighet med statens uppräkningar för budgetmedel för utbildning. För 2018 är totalbeloppet per student och studerandevecka 1 524 kronor. Ersättningen delas upp i två delar. En del baseras på beställda antal studerandeveckor och utgör 75 kronor per vecka. Återstående del om 1 449 kronor per vecka baseras på antalet faktiskt genomförda studerandeveckor. Den ekonomiska ersättning som Region Skåne får för att tillhandahålla platser för VFU ska enligt avtalet användas till handledarutbildning, pedagogisk utveckling, delfinansiering av tjänst som klinisk lärare/samordnande huvudhandledare, drift, utveckling och administration av gemensamt digitalt verktyg för planeringen av den verksamhetsförlagda utbildningen.

Ramavtal avseende den verksamhetsförlagda utbildningen finns också t.ex. mellan Sahlgrenska akademin vid Göteborgs universitet, Högskolan i Skövde, Högskolan i Borås, Högskolan Väst och Västra Götalandsregionen. Avtalet avser i princip samma utbildningar och bygger på samma principer som det som ovan redogjorts för. År 2016 var ersättningen till regionen 1 405 kronor per studentvecka, ett belopp som räknas upp med index varje år.

6.1.3 Utbildningsrelaterade utmaningar för god kompetensförsörjning

Som konstaterats är en väl fungerande och ändamålsenlig kompetensförsörjning en förutsättning för att klara omställningen till en god och nära vård. Kompetensförsörjning handlar om att hitta rätt medarbetare, utveckla dem och behålla dem. Vi lever i ett kunskapsintensivt samhälle och med en snabb utveckling inom teknik och andra områden är medarbetarnas kompetens en viktig beståndsdel av en verksamhet. De förhållandevis goda sociala och socioekonomiska förhållandena i Sverige beror till stor del på vår förmåga att producera och förmedla ny kunskap och på utbildningssystemets kvalitet.

Lärandet i vården har stor betydelse för dess kompetensförsörjning och framtida rekryteringsmöjligheter. Vårdens medarbetare behöver kontinuerligt utveckla sin kompetens och de behöver samtidigt utveckla nya arbetssätt som är teambaserade, personcentrerade och hälsofrämjande.

Verksamhetsförlagd utbildning och fortbildning

Ett led i att tillgodose behovet av kompetensförsörjning är att skapa möjlighet och utrymme för studenter att genomföra sin VFU i hälso- och sjukvårdsverksamheter som är relevanta för utbildningen i fråga. Den verksamhetsförlagda utbildningen är i hög grad fortfarande knuten till sjukhusen. Då fokus nu förskjuts alltmer från de stora sjukhusens vårdavdelningar till vård på andra vårdinrättningar och i hemmiljö, behöver den verksamhetsförlagda utbildningen göra samma förflyttning. Studenterna behöver, för insikt i och förståelse för kommande arbetsuppgifter, kunna genomföra den verksamhetsförlagda utbildningen inom alla relevanta delar av hälso- och sjukvården. På så sätt ges t.ex. kunskap om de specifika förutsättningar det innebär att arbeta, ofta ensam, i patienters hem.

En relevant VFU skapar förutsättningar för medarbetare med hög kompetens och intresse inom sitt yrkesområde. Då den verksamhetsförlagda utbildningen många gånger kan leda till en kommande rekrytering, skapar sådan utbildning inom alla delar av hälso- och sjukvården också bättre förutsättningar för rekrytering inom alla delar av hälso- och sjukvården.

Ett annat led i att tillgodose behovet av kompetensförsörjning är att erbjuda hälso- och sjukvårdens befintliga medarbetare fortbildning. Vad som kan betecknas som fortbildning beror bl.a. på syftet med utbildningen för den enskilde deltagaren och på tidigare kunskaper och erfarenheter. Vad som utgör fortbildning för en person kan snarare betecknas som vidareutbildning för en annan. Med fortbildning avser vi generellt utbildning som ges för fortsatt lärande, oavsett skäl. Den enskilde medarbetaren kan vilja kompetensutveckla sig för egen personlig utveckling. Alternativt kan fortbildning i nya tekniker, arbetssätt m.m. vara nödvändig för att medarbetaren ska klara sina arbetsuppgifter och för att verksamheterna ska följa utvecklingen. Även människor med en gedigen utbildningsbakgrund behöver utveckla och förnya sina kunskaper. Möjligheter till fortbildning ökar förutsättningarna för en modern och kompetent hälso- och sjukvårdsverksamhet. Att erbjuda fortbildning skapar också en attraktiv arbetsplats och ökar förutsättningarna att behålla kompetent personal, då möjligheter till fortbildning efterfrågas i allt större utsträckning av hälso- och sjukvårdens medarbetare.

Utmaningar för verksamhetsförlagd utbildning

För att behovet av VFU ska kunna tillgodoses behöver alla hälso- och sjukvårdens aktörer bidra. Det gäller huvudmän som planerar vården, oavsett om huvudmannen är regional eller kommunal, och vårdgivare som tillhandahåller den, oavsett om vårdgivaren driver sin verksamhet i offentlig regi eller i privat regi med offentlig finansiering. Faktorer såsom vårdverksamhetens storlek har förstås betydelse för i vilken omfattning vårdgivaren kan och bör bidra, men utgångspunkten behöver vara att alla vårdgivare kan medverka, utifrån hur huvudmannen väljer att planera sitt VFU-arbete. För att så ska ske behöver regioner och kommuner ställa krav på vårdgivarna om studentmottagande i den omfattning som behövs, och vårdgivarna behöver göra plats i sina verksamheter för verksamhetsförlagt lärande. Nedan resonerar utredningen kring ett antal olika utmaningar för VFU i dag. På nationell myndighetsnivå finns i dagsläget mycket lite sammanställt om VFU i andra utbildningar än lärarutbildningarna. Men problembilden som under de tre senaste åren framträtt i utredningens dialoger med berörda aktörer, och som också speglas i såväl budgetproposition som slutrapporten om Framtidens vårdkompetens, är samstämmig och i linje med det som nedan beskrivs. Även om situationen ser olika ut för olika yrkesgrupper instämmer även det stora flertalet fack- och professionsföreningar i utredningens referensgrupp för professioner i denna beskrivning.

En stor del av de kliniska utbildningsplatserna finns fortsatt inom regionens verksamhetsområden. En naturlig orsak till det kan möjligen vara att regionerna tidigare, i stället för som i dag staten, var huvudman för flera av vårdhögskoleutbildningarna. Det innebär att platser hos kommunala och privata vårdgivare inte är lika vanliga.[35] Både kommunal och privat hälso- och sjukvård utgör dock i dag en mycket stor del av det totala vårdutbudet, framför allt på primärvårdsnivå. I ett exempel från Västragötalandsregionen anger kommunerna utmaningar med få sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor som en förklaring till bristen på VFU-placeringar.[36]

I budgetpropositionen för 2020 lyfts behovet av tillgång på platser för VFU. Här anges att tillgången till platser för VFU behöver säkras för att tillgången till utbildad personal i hälso- och sjukvården ska

[35] Jfr t.ex. SOU 2018:77, *Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter*, s. 306–307.
[36] SOU 2018:77, *Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter*, s. 306–307.

kunna öka. Vidare att regeringen, för att utbildningssatsningarna ska få avsedd effekt, noggrant följer situationen avseende tillgång till sådana platser inom hälso- och sjukvårdsutbildningarna.[37]

För utredningen har både professioner och utbildningsanordnare återkommande påtalat att fler aktörer behöver medverka i utbildningsinsatserna. Det har även påtalats att det ofta inte finns tillräckligt många eller rätt platser för läkares specialisttjänstgöring i verksamheterna, trots ett reglerat krav om att tillhandahålla platser efter behov. Att vissa vårdgivare ser sig förhindrade att ta emot studenter under utbildning kan förstås ha flera orsaker. Tidsbrist och bristen på handledare kan vara sådana skäl, liksom bristen på lokaler. Många verksamheter, bl.a. inom den kommunala hälso- och sjukvården, har begränsad erfarenhet av att utbilda och saknar vanan av att ta emot studenter. I vissa verksamheter har utbildningen låg status och prioriteras inte. Dialogen mellan de personer som avtalar om platserna och de som finns i verksamheterna kan också brista och den kliniska verksamheten känner inte alla gånger till kravställningarna från huvudmännen om att ta emot studenter.

När utredningen hos fackliga förbund och professionsorganisationer har ställt skriftliga frågor om eventuella utmaningar kopplade till den verksamhetsförlagda utbildningen, har t.ex. Dietisternas Riksförbund framhållit betydelsen av att vårdgivarna ger utrymme både tids- och lokalmässigt för att ta emot studenter, samt att tid och uppmuntran för handledaren att gå handledarkurser och fortbilda sig kontinuerligt ges. Vidare att dietisternas VFU till största delen förläggs hos kliniskt verksamma dietister inom regioner; vid sjukhus – både på avdelningar och mottagningar – samt inom primärvård och vårdcentraler. I enstaka fall förläggs den hos kliniska dietister inom kommunal verksamhet, vilket innebär att det är svårt för studenter att få tillräcklig klinisk erfarenhet hos dietister inom denna verksamhet.

Fysioterapeuterna hänvisar för problembeskrivning bl.a. till en återrapportering som institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle vid Karolinska Institutet lämnat av sitt utbildningsuppdrag. I denna anges avseende fysioterapeutprogrammet att utbildningsuppdraget, inom framför allt privata verksamheter och i öppenvård, fortfarande inte uppfattas som en självklar del i verksamheten.

[37] Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020, Utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning*, s. 171.

Avseende arbetsterapeutprogrammet redogörs vidare för svårigheter att få verksamheter inom såväl regionen, kommunen som den privata sektorn att hålla avtalsbundna erbjudanden om platser för verksamhetsintegrerat lärande och att detta potentiellt drabbar studenterna som riskerar att stå utan en plats för VFU vid kursstart.

Företrädare för Sveriges Farmaceuter anger att den största utmaningen med verksamhetsförlagt lärande på apotek är att handledarna inte får tid att handleda. Det uppges ta sig uttryck i att apoteken inte vill skicka handledare på en tvådagarsutbildning för att bli handledare, att många studenter inte får sin handledartid varje vecka och att handledarna många gånger inte är förberedda när studenten kommer eller har en plan för studentens lärande. En ytterligare utmaning enligt Sveriges Farmaceuter är att bemanningen på apoteken ofta är så snävt tilltagen att studenterna ibland uppfattas som en resurs på apoteket, särskilt vid sjukdom bland personalen. Tidigare hade studenterna en temporär legitimation efter halva praktikperioden och kunde då expediera läkemedel, vilket i vissa fall ledde till att studenterna nyttjades som arbetskraft. I dag är det i stället handledaren som skriver under alla studentens expedieringar. En bärande princip måste enligt Sveriges Farmaceuter vara att studenter under praktiken inte ska utföra något ordinarie arbete åt apoteket, utan att de är i verksamheten som en del av utbildningen, vilket också innebär att de inte har någon lön. Rotationen på handledare och mobiliteten allmänt på arbetsmarknaden gör att det ibland kan uppfattas som svårt att få en kontinuitet i vilka apotek som erbjuder praktikplatser och det finns ett stort behov av utbildning till handledarrollen.

I Socialstyrelsens och UKÄ:s slutrapport Framtidens vårdkompetens, som omnämns nedan och närmare redogörs för i avsnitt 2.3.1, lyfts behovet av samarbete mellan lärosäten och vårdgivare om den verksamhetsförlagda utbildningen. Det konstateras att hälso- och sjukvårdens kapacitet för den verksamhetsförlagda utbildningen är en viktig faktor i dimensioneringen av högskolans utbildningar och att vårdgivarna behöver arbeta med att utöka utbildningskapaciteten. I rapporten påtalas också vikten av att öka möjligheterna till VFU utanför sjukhusen och i kommunala verksamheter och att bristen på handledare är en begränsande faktor.

Landstingsrevisorerna i Region Stockholm, som granskar den verksamhet som bedrivs av regionens nämnder och bolagsstyrelser, har avseende avtal om VFU som ingås mellan Region Stockholm och vissa lärosäten, bedömt att avtalen bör tydliggöras bl.a. i fråga om innehållsliga krav på omfattning och kvalitet. Revisorerna har granskat uppställda krav om VFU i avtalen och menar att avtalen innehåller en alltför generell formulering om att vårdgivaren ska tillhandahålla utbildningsplatser. I flera avtal saknas uppgifter om omfattning på VFU. Enligt landstingsrevisorerna skulle det i högre utsträckning än i dag gå att säkra tillgången på platser om krav härom skulle ställas i fråga om omfattning och kvalitet och i förlängningen skulle vårdgivarna bidra till att regionens kompetensförsörjningsuppdrag kan uppfyllas i högre utsträckning än i dag. Revisorerna menar även att det saknas strategier inom regionen för hur platser för VFU ska kunna frambringas och att det därför krävs tydligare ansvar, styrning och incitament för att möjliggöra tillgång till tillräckligt antal platser med tillräcklig kvalitet.[38]

6.1.4 Andra aktuella initiativ för ökad kompetensförsörjning

Förbättrade möjligheter till verksamhetsförlagt lärande är förstås inte tillräckligt för att hantera frågan om god bemanning och kompetensförsörjning på hälso- och sjukvårdsområdet. Nedan beskrivs kortfattat ett par andra aktuella initiativ och processer som också adresserar området.

Framtidens vårdkompetens

Socialstyrelsen tillsammans med UKÄ fick 2016 i uppdrag att se över hur tillgången på utbildad personal inom hälso- och sjukvården kunde tillgodoses genom ökad samverkan mellan berörda aktörer. Myndigheterna skulle tillsammans analysera och föreslå hur samverkansarenor mellan aktörer med ansvar för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården kunde utvecklas långsiktigt. I uppdraget ingick även att säkerställa en förbättrad tillgång till statistik och prognoser över kompetensbehovet i hälso- och sjukvården.

[38] Landstingsrevisorerna Stockholms läns landsting, *Kompetensförsörjning i vården – utbildning hos vårdgivare en förutsättning för fler sjuksköterskor*, 2013.

Socialstyrelsen och UKÄ lämnade i augusti 2019 sin slutrapport om uppdragen, som bedrevs under namnet ”Framtidens vårdkompetens”.[39] I denna föreslogs bl.a. inrättandet av ett nationellt samverkansråd, utvecklad samverkan i landets sex sjukvårdsregioner samt förbättrade kunskapsunderlag om kompetensförsörjningsbehoven. Regeringen gav sedan Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta ett nationellt vårdkompetensråd, i linje med förslaget. Rådet ska långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom vården. Rådet är inrättat sedan den 1 januari 2020. För vidare beskrivning av förslagen i slutrapporten samt det nationella rådet, se avsnitt 2.3.1.

Resurser till vidareutbildning av sjuksköterskor och till karriärtjänster för specialistsjuksköterskor

Tillgången till specialistutbildade sjuksköterskor är en viktig faktor för att möta kompetensbehovet inom framtidens sjukvård. Behovet av sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor är stort och förväntas öka framöver. Under 2020 avsätts därför genom en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) totalt 500 miljoner kronor till regionerna för att öka antalet specialistutbildade sjuksköterskor. För att ta del av medlen ska regionerna genomföra insatser som syftar till att stimulera sjuksköterskor till att vidareutbilda sig till specialistsjuksköterska inom områden där de nationella behoven är stora eller inom prioriterade områden utifrån hälso- och sjukvårdens behov. Medlen ska vidare användas för att möjliggöra för sjuksköterskor att kombinera studier med arbete genom utbildningsanställningar och olika former av utbildningsförmåner, som t.ex. delvis eller full lön under studietiden.[40]

I syfte att bidra till att regionerna bedriver ett aktivt utvecklingsarbete med kompetens- och karriärmodeller för specialistsjuksköterskor, vilket bedöms öka attraktiviteten för yrket och möjliggöra bättre utvecklings- och karriärmöjligheter, avsätts vidare för 2020 100 miljoner kronor till regionerna.

[39] Socialstyrelsen och UKÄ, *Framtidens vårdkompetens – stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov*, 2019.
[40] Överenskommelsen mellan staten och SKR om *God och nära vård 2020 – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården.*

6.2 Förslag och motivering till förslag

6.2.1 Regioners och kommuners ansvar för medverkan i utbildning ska tydliggöras

Utredningens förslag: Det uppdrag som genom överenskommelser och andra avtal åvilar regioner och kommuner att medverka i utbildningsfrågan och tillse att behovet av platser för verksamhetsförlagd utbildning tillgodoses, ska tydliggöras genom ett i lag reglerat ansvar. I den nya bestämmelsen 18 kap. 4 § HSL ska anges att regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för. Bestämmelsen införs i syfte att synliggöra utbildningens betydelse för kompetensförsörjning och för att möjliggöra att fler aktörer i hälso- och sjukvården medverkar i utbildningsfrågan.

Skäl för utredningens förslag

En förutsättning för en fungerande och god hälso- och sjukvård är kompetenta medarbetare inom alla delar av hälso- och sjukvården. När svensk hälso- och sjukvård genomgår en omställning, mångfalden av aktörer ökar och vård i allt större utsträckning ges på annan plats än på sjukhus, behöver utbildningen av hälso- och sjukvårdens medarbetare anpassas. Den del av utbildningen som här främst avses är den verksamhetsförlagda utbildningen. Denna del av hälso- och sjukvårdsutbildningar behöver överensstämma med de arbetsförhållanden som de blivande medarbetarna senare kommer att arbeta under. Den verksamhetsförlagda utbildningen kan inte längre vara koncentrerad till sjukhusen, utan behöver förläggas till alla delar av hälso- och sjukvården.

Ökade möjligheter att förlägga den verksamhetsförlagda utbildningen till hälso- och sjukvårdsverksamhet även utanför sjukhus, torde också öka förutsättningarna för en senare rekrytering och anställning utanför sjukhusverksamheten, eftersom den verksamhetsförlagda utbildningen utgör en arena för kommande rekryteringar.

I dag finns ingen reglering i lag avseende regioners och kommuners ansvar att medverka till att VFU kan ske i den hälso- och sjukvård de ansvarar för. Utbildningsutbytet mellan lärosäten och

huvudmän bygger som ovan beskrivits i stället på avtal och överenskommelser. Det är således upp till avtalande parter att bestämma formerna för den verksamhetsförlagda utbildningen.

Även utan ett i lag reglerat krav kring regioners och kommuners medverkan i utbildningsfrågan har huvudmän möjlighet att kräva att de vårdgivare de ansvarar för medverkar till verksamhetsförlagt lärande. Det är upp till den enskilda regionen eller kommunen att vid en upphandling med stöd av lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU) eller vid ett vårdvalsförfarande med stöd av lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) avgöra vilka krav och villkor som ska gälla för de hälso- och sjukvårdstjänster som ska levereras. Eftersom den verksamhetsförlagda utbildningen i praktiken inte förläggs till alla delar av hälso- och sjukvården, är utredningens bedömning av hur den praktiska verksamheten hanterar, inkluderar och prioriterar frågan om utbildning dock att det inte ställs krav på vårdgivares medverkan i tillräckligt hög utsträckning. I dag är det främst den verksamhet som regionerna och kommunerna bedriver i egen regi som tillhandahåller utbildningsplatser.

Avsaknaden av ett formellt uppdrag att tillhandhålla utbildningsplatser upplevs på vissa håll medföra att det i princip blir en ny diskussion och förhandling om antal platser varje termin. Vårdsam är Göteborgsområdets lokala samordningsorgan (kopplat till ett regionalt avtal mellan Göteborgs universitet och VGR) med företrädare för universitetet och vårdgivare (region och kommun samt vissa privata vårdgivare). Företrädare för Vårdsam efterfrågar bl.a. ett ökat deltagande från såväl privata som kommunala vårdgivare. Att stärka utbildningsuppdraget till regioner uppfattas enligt representanter som ett sätt att underlätta arbetet med VFU.[41]

För att tydliggöra regionernas och kommunernas ansvar att medverka till möjliggörandet av VFU inom hela hälso- och sjukvården, föreslår utredningen att detta ansvar uttryckligen anges i HSL genom den nya bestämmelsen 18 kap. 4 § HSL. En lagreglering synliggör ansvaret och sänder en viktig signal till både huvudmän och vårdverksamheter om utbildningens betydelse för en god hälso- och sjukvård. Det ställer krav på regioner och kommuner att utifrån rådande behov av utbildningsplatser, vid planeringen av hälso- och sjukvården, i sin tur ställa erforderliga krav på vårdgivare att tillhandahålla utbildningsplatser i verksamheterna.

[41] SOU 2018:77, *Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter*, s. 307.

Bestämmelsen innebär inte att regioner och kommuner måste tillse att varje enskild vårdgivare tillhandahåller sådana platser. Ur ett regionalt eller kommunalt helhetsperspektiv ska dock säkerställas att behovet tillgodoses. Den praktiska utformningen av hur detta hanteras är en fråga för respektive region eller kommun. Regionen eller kommunen kan t.ex. ställa krav på att varje enskild vårdgivare, med hänsyn tagen bl.a. till vårdgivarens storlek, ska tillhandahålla utbildningsplatser i viss angiven omfattning. Alternativt kan regionen eller kommunen planera utbildningsinsatserna genom att vissa vårdgivare fungerar som särskilda utbildningsenheter och därmed tar emot en större volym studenter. Vad som är en ändamålsenlig lösning och hur stort behovet av utbildningsplatser är i den enskilda regionen eller kommunen bestäms utifrån lokala förutsättningar. Vid utformande av förfrågningsunderlag, som riktar sig till alla potentiella vårdgivare, och vid kravställandet, måste förstås hänsyn tas t.ex. till mindre aktörers möjligheter att uppfylla kraven i underlaget.

En förutsättning för ett ändamålsenligt utbildningsutbyte och för att studenterna ska kunna komma ut i lämpliga VFU-placeringar, är en fortsatt samverkan mellan huvudmännen och utbildningsanordnarna. En dialog mellan regionerna och kommunerna och utbildningsanordnarna måste även fortsättningsvis föras kring hur behoven ser ut i fråga om i vilken omfattning och i vilken verksamhet platser för verksamhetsförlagt lärande behövs. Detta för att regioner och kommuner ska kunna skapa sig en helhetsbild och utifrån denna kunna kravställa vårdgivarna i behövlig utsträckning. Så långt möjligt bör man i denna samverkan och planering också beakta behovet att skapa förutsättningar för interprofessionellt lärande.

Utbildningsfrågan har nära koppling till forskningsfrågan. Den föreslagna bestämmelsen har viss likhet med 18 kap. 2 § första stycket HSL som anger att regioner och kommuner ska medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Med hänsyn till att utbildningen, till skillnad från forskningen, inte enbart har staten som huvudman har den nu föreslagna bestämmelsen fått en föreslagen delvis annorlunda utformning. Avseende utbildning är det inte enbart fråga om behovet av regioners och kommuners medverkan till insatser som staten ansvarar för, utan regionen och kommunen är, tillsammans med andra huvudmän, ansvariga för utbildningen.

6.2.2 Att medverka till utbildning ska vara en del av primärvårdens grunduppdrag

Utredningens förslag: Det ska ingå i primärvårdens grunduppdrag att medverka till utbildning av de professioner som förekommer i primärvården. I tillägg till utredningens tidigare lämnade förslag om reglering av primärvårdens grunduppdrag genom införande av bestämmelsen 3 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), ska en ytterligare punkt föras in i samma bestämmelse, punkt 9, i vilken nu nämnda uppdrag avseende utbildning anges.

Skäl för utredningens förslag

För en ökad nationell likvärdighet av primärvården, med minskade regionala och lokala skillnader, och för att säkerställa en god och jämlik vård i hela landet, lämnade vi i vårt andra delbetänkande förslag på en reglering av vad som ska utgöra primärvårdens grunduppdrag.[42] Regleringen av primärvårdens grunduppdrag är en del i den föreslagna primärvårdsreformen. Redan när nu nämnda förslag lämnades gjorde vi bedömningen att det i uppdraget också bör ingå att medverka till utbildning av studenter och yrkesverksamma inom de professioner som förekommer i primärvården. Något förslag i denna del kunde dock inte lämnas då, mot bakgrund av att regioners och kommuners ansvar för utbildning inte fanns reglerat i HSL.

För en omställning till en stärkt och utvecklad primärvård krävs adekvata personella primärvårdsresurser. En förutsättning för att uppnå god bemanning och kompetensförsörjning är att blivande medarbetare får kunskap och förståelse för primärvårdens uppdrag och verksamhet. VFU är central för att utveckla denna kunskap och förståelse och det krävs att utbildningen också förläggs till primärvården. Primärvårdens vårdgivare, i såväl regioner som kommuner, behöver upplåta utbildningsplatser åt studerande inom professioner som förekommer i primärvården.

I detta betänkande konkretiseras därför vår bedömning att det i primärvårdens grunduppdrag bör ingå att medverka till utbildning. Den utbildning som avses är alltså sådan VFU som ingår i studier till

[42] Se SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*.

alla de professioner som förekommer i primärvården, på gymnasial nivå, på högskole- och universitetsnivå och vid yrkeshögskola.

Att inkludera utbildning i primärvårdens grunduppdrag innebär att regioner och kommuner i planeringen av hälso- och sjukvården behöver beakta vårdgivarnas möjligheter att tillhandahålla utbildningsplatser för verksamhetsförlagt lärande. Det leder till att regioner och kommuner, i sin egen regi-verksamhet och när de köper in hälso- och sjukvårdstjänster eller inrättar vårdvalsförfarande, behöver ställa krav på vårdgivarna i denna del. Som konstaterats ovan måste kravställandet förstås anpassas utifrån flera olika omständigheter, bl.a. kvalitet och mindre vårdgivares möjligheter att upplåta t.ex. lokal och handledning.

Vårt författningsförslag är formulerat på så sätt att bestämmelsen förs in i den av utredningen tidigare föreslagna regleringen av primärvårdens grunduppdrag, i hälso- och sjukvårdsförordningen. Dessa förslag bereds för närvarande i regeringskansliet. En förutsättning för att ta det här aktuella förslaget vidare är alltså att beslut fattas om ett reglerat grunduppdrag för primärvården.

6.3 Konsekvensanalys

6.3.1 Övergripande konsekvenser av förslagen

Utredningens bedömning: Genom att i lag reglera regioners och kommuners skyldigheter i fråga om utbildning tydliggörs det uppdrag för utbildning som i dag regleras genom avtal och andra överenskommelser mellan huvudmän och lärosäten. Tydliggörandet av huvudmännens ansvar skapar förutsättningar för verksamhetsförlagd utbildning inom alla delar av hälso- och sjukvården, oavsett huvudman och driftsform. Syftet med bestämmelsen är att fler aktörer inom hälso- och sjukvården ska involveras i utbildningsfrågan och att det därigenom skapas bättre förutsättningar för verksamhetsförlagd utbildning och därmed rekrytering av framtidens medarbetare inom alla delar av hälso- och sjukvården och över hela landet.

6.3.2 Samhällsekonomiska konsekvenser

Utredningens förslag syftar till en förbättrad kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården och en mer jämlik vård i hela landet. En väl fungerande och ändamålsenlig kompetensförsörjning är en förutsättning för den framtida vården. Nya effektivare arbetssätt kommer bidra till att utmaningarna inom detta område bättre kan hanteras, men trots det kommer det inom överskådlig tid att råda brist på medarbetare i hälso- och sjukvården. Alla möjliga effektiva och ändamålsenliga medel för god kompetensförsörjning bör därför övervägas och bättre förutsättningar för verksamhetsförlagt lärande i alla hälso- och sjukvårdens verksamheter är ett sådant medel.

Ett ändamålsenligt verksamhetsförlagt lärande, utan väntetider på en placering som är relevant för utbildningen i fråga, leder till ett snabbare genomförande av utbildningen och därmed till ett snabbare inträde i arbetslivet. Goda kapaciteter kring verksamhetsförlagt lärande skapar förutsättningar för ett bättre genomflöde och minskad sårbarhet. Korta sammanhållna utbildningsperioder minskar behovet av studiebidrag och människor i arbete ger ökade skatteintäkter för staten, vilket innebär en bättre samhällsekonomisk investering.

Ett i lag reglerat ansvar kring utbildningsfrågan skapar ett viktigt signalvärde och ger samtliga i utbildningen inblandade aktörer bättre förutsättningar för en ändamålsenlig dialog om utbildningens betydelse och om hur behoven kring den verksamhetsförlagda utbildningen ser ut.

6.3.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Att regionerna och kommunerna genom förslagen åläggs att säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för, innebär ett nytt åläggande och utgör därmed ett ingrepp i den kommunala självstyrelsen.

Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Bestämmelsen ger uttryck för en proportionalitetsprincip när det gäller inskränkningar i den kommunala självstyrelsen.

Våra förslag har föranletts av att hälso- och sjukvårdens olika aktörer inte medverkar i tillräcklig omfattning i utbildningsfrågan. I stor utsträckning är den verksamhetsförlagda utbildningen förlagd till regionens verksamheter, ofta till de som bedrivs i egen regi. Den inskränkning i den kommunala självstyrelsen som förslagen innebär går enligt utredningens bedömning inte utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till intresset av att säkerställa en god kompetensförsörjning. En god kompetensförsörjning är avgörande för en modern och effektiv hälso- och sjukvård och leder i sin tur till en mer jämlik vård. Kompetensförsörjningen behövs inom alla delar av hälso- och sjukvården och förutsättningar härför skapas när den verksamhetsförlagda utbildningen förläggs till alla delar av hälso- och sjukvården. Men hänsyn tagen till dessa intressen anser utredningen att intrånget i den kommunala självstyrelsen är proportionerligt och godtagbart i förhållande till syftet. Det kan vidare påminnas om att författningsförslagen som ska säkerställa att utbildning sker i hälso- och sjukvårdens olika verksamheter är en kodifiering av det ansvar som genom avtal och andra överenskommelser åvilar huvudmännen redan i dag. De krav på medverkan som nu kommer till uttryck i lag innebär alltså ett tydliggörande av ett ansvar som huvudmännen i stora delar redan tar.

När den svenska hälso- och sjukvården formades gällde andra principer för hur och av vem den kunde bedrivas. Inslaget av privata aktörer med offentlig finansiering har ökat markant, särskilt i samband med vårdvalsinförandet. Den kommunala hälso- och sjukvården har sedan Ädelreformen 1992, då kommunerna tog över viss hälso- och sjukvård från regionerna, varit en viktig och relativt stor del av den totala hälso- och sjukvård som bedrivs i Sverige. Hur den verksamhetsförlagda utbildningen bedrivs och förläggs har inte förändrats i takt härmed. I stället sker den största delen av den verksamhetsförlagda utbildningen fortfarande i regionernas verksamheter. Utbildningen behöver anpassas till nuvarande förhållanden, innebärande att även kommunala och privata aktörer behöver delta i kompetensförsörjningsfrågan. Genom förslagen möjliggörs detta. Härigenom kommer den egenägda verksamheten inte behöva avsätta lika stora resurser i utbildningsfrågan och förhållandet mellan utförare inom egen regi och enskilda utförare blir därmed mer jämlikt ur denna aspekt.

6.3.4 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten

Våra förslag syftar till att stärka huvudmännens förutsättningar att utifrån behov tillhandahålla VFU-platser och till en jämnare fördelning av utbildningsplatserna mellan hälso- och sjukvårdens olika aktörer. Det kan då lättare säkerställas att de kompetenser som hälso- och sjukvården behöver också kan utbildas. Förslagen syftar däremot inte i sig till att öka det totala antalet studenter i hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Redan i dag har staten kostnader för den utbildning som förläggs till hälso- och sjukvårdens olika verksamheter. Genom universiteten och högskolorna ersätter staten regionerna och kommunerna för mottagandet av studenter i deras verksamheter. Ersättningens storlek och vad den ska täcka regleras i avtal mellan berörda parter. Då ersättningen baseras på antalet mottagna studenter och våra förslag inte inbegriper en ökning av detta antal, kan utredningen inte se att den totala kostnaden för staten för utbildningsplatser i hälso- och sjukvårdens verksamheter ökar genom de förslag vi lämnar.

Däremot utgör våra förslag nya åligganden för regioner och kommuner, vilket aktualiserar finansieringsprincipen. Utredningen konstaterar dock att staten redan i dag finansierar ersättning till huvudmännen för mottagande av studenter. Detta sker indirekt genom statens bidrag till lärosäten för helårsstudenter och helårsprestationer. Universitet och högskolor tilldelas huvuddelen av sina resurser via ett anslag för utbildning på grundnivå och avancerad nivå och ett anslag för forskning och utbildning på forskarnivå. För utbildning på grundnivå och avancerad nivå tilldelas respektive lärosäte varje år ett s.k. takbelopp som är den ersättning lärosätet kan få för att utbilda studenter. Ersättningen beräknas dels utifrån antalet registrerade studenter, dels utifrån det antal högskolepoäng som studenterna presterar under ett år. Ersättningen beror också på vilket utbildningsområde som helårsstudenterna och helårsprestationerna hänförs till. För vårdens utbildningar finns t.ex. olika ersättningsbelopp för naturvetenskapliga, farmaceutiska, vård- och medicinska utbildningar.[43]

Om medel i stället skulle tillföras huvudmännen via de generella statsbidragen, borde detta ske genom att en del av kostnaderna för dessa ersättningsbelopp förs över från UO16, Utbildning och uni-

[43] Prop. 2019/20:01, *Budgetpropositionen för 2020., UO16*, s. 158 och s. 171.

versitetsforskning, till UO25, Allmänna bidrag till kommuner. Av tillgängliga underlag går det dock inte att utläsa hur dessa belopp är beräknade och vilken del som därmed kan anses avse VFU. Utredningen föreslår därför att finansieringen av huvudmännens omkostnader för VFU fortsatt ska finansieras genom ersättning från respektive lärosäte, vilken utgår från UO16. Om regeringen gör en annan bedömning, bör den utifrån egna underlag på annat sätt kunna disponera om resurserna.

Förtydligandet bedöms dock också medföra omställningskostnader t.ex. för att utbilda fler handledare, skapa ändamålsenliga rutiner och lokaler etc. Utredningen bedömer att sådana omställningskostnader bör hanteras som en del av den övergripande överenskommelsen om god och nära vård (jfr avsnitt 9.4.4), och de medel som finns avsatta inom den s.k. professionssatsningen.

Sådana medel bör t.ex. kunna användas av huvudmännen för att utbilda nya handledare, och därigenom kunna bredda den verksamhetsförlagda utbildningen i den hälso- och sjukvård de ansvarar för. Som en approximation för att beräkna en tänkbar omfattning på ett omställningsstöd i denna del har utredningen därför tittat på potentiella kostnader för att utbilda handledare. För flertalet vårdprofessioner med medellånga vårdutbildningar (t.ex. fysioterapeut, sjuksköterska och arbetsterapeut) ges handledarutbildningar om 7,5 högskolepoäng. Det motsvarar femveckors heltidsstudier, vilket därmed kan förväntas innebära produktionsbortfall och kostnader för arbetsgivaren motsvarande ungefär en månadslön. Genomsnittslönerna för flera av de aktuella yrkena (t.ex. sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och dietist) är omkring 32 000 kronor per månad. Den totala lönekostnaden för arbetsgivaren är då ca 45 000 kronor per månad. Om varje hälso- och sjukvårdshuvudman (290 kommuner och 20 regioner) t.ex. skulle få ersättning motsvarande utbildning av ca 15 handledare (mer för stora huvudmän, mindre för små) per år, skulle det motsvara en kostnad om 209,25 mnkr per år (4 650 handledare per år à 45 000 kronor). Vi lämnar dock den exakta utformningen och omfattningen av ett sådant omställningsstöd till parterna för den övergripande överenskommelsen för god och nära vård, dvs. regeringen och SKR.

6.3.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna och kommunerna

Krav på regioner och kommuner att säkerställa att utbildning sker i de verksamheter de ansvarar för innebär att huvudmännen vid utformningen av förfrågningsunderlag och andra handlingar som ligger till grund för inköp av hälso- och sjukvårdstjänster[44], kan behöva anpassas. I den mån regioner och kommuner inte redan i dag har krav avseende tillhandahållande av utbildningsplatser angivna i sina underlag, behöver underlagen ses över. Nya krav kan då behöva formuleras, anpassade dels efter utbildningsanordnarnas specifika behov av utbildningsplatser i regionens eller kommunens verksamheter, dels efter vårdgivares olika förutsättningar att tillhandahålla sådana utbildningsplatser som det nu är fråga om. Redan uppställda krav kan också behöva omformuleras för att bättre överensstämma med de lagkrav som nu föreslås. Vissa administrativa kostnader kan härigenom uppkomma.

Huvudmännen har redan utformade metoder för att uppdatera förfrågningsunderlag i fråga om t.ex. kravspecifikationer och gör sådana förändringar löpande. De eventuella ändringar som kan komma att behövas kan således göras inom den löpande administrationen och innebär därmed inga ökade kostnader.

Det är i egenskap av huvudmän och ansvariga för tillhandahållandet av hälso- och sjukvård en fråga för regionerna och kommunerna att avgöra hur de ingående delarna i ett hälso- och sjukvårdsuppdrag ska ersättas, däribland tillhandahållandet av utbildningsplatser. Huruvida särskild ersättning ska betalas till en vårdgivare som tillhandahåller sådana platser, är således upp till respektive region eller kommun att avgöra. Storleken på ersättningen är också en fråga för regionen eller kommunen att bestämma. Den ökade kostnaden för regionen eller kommunen med anledning av kravet på tillhandahållandet av utbildningsplatser beror helt på huvudmannens ersättningsmodell.

Det kan tänkas att vårdgivare, med nya krav om tillhandahållande av utbildningsplatser och med ersättningar för detta som enligt vårdgivarna inte motsvarar kostnaderna eller av annat skäl anses vara för låg, avstår från att lämna anbud eller bedriva vård under de förutsättningar som regioner och kommuner ställer upp. I ett vård-

[44] Vid upphandling med stöd av LOU eller vårdvalsinrättande med stöd av LOV.

valsförfarande kan det innebära att vårdgivarna blir färre till antalet. I ett upphandlingsförfarande med stöd av LOU skulle anbuden potentiellt kunna utebli. I den mån regioner och kommuner anser det ändamålsenligt kan de, likt gäller generellt, anpassa ersättningsvillkoren härefter. En sådan konsekvens är dock i överensstämmelse med principerna för den marknadsmässiga konkurrensen.

6.3.6 Konsekvenser för en jämlik vård

Våra förslag ökar förutsättningar för att fler vårdgivare kommer medverka i utbildningsfrågan och till tillgodoseendet av behovet av verksamhetsförlagt lärande. Förutsättningar för kompetensförsörjning i både regional och kommunal hälso- och sjukvård och i både privat och offentligt finansierad vård förbättras. VFU utgör en god grund för kommande rekryteringar och när sådan utbildning är förlagd till fler delar av landet, både socioekonomiskt och geografiskt, ökar förutsättningarna för rekrytering i fler sådana delar av landet. Kompetensförsörjningen blir därmed jämnare fördelad, vilket ökar förutsättningarna för en vård på lika villkor.

6.3.7 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården

En förutsättning för patientsäkerhet och goda medicinska resultat är god kompetensförsörjning. Det innebär i sin tur att det i hälso- och sjukvården måste finns medarbetare i tillräcklig omfattning och med rätt kompetens. Våra förslag innebär i förlängningen att en student i högre utsträckning än tidigare får möjlighet att genomföra sin VFU inom verksamhetsområden där studenten potentiellt senare kommer att tjänstgöra. Det verksamhetsförlagda lärandet blir därmed mer relevant och ändamålsenligt utifrån den enskilda studentens önskemål och inriktning i studierna. Våra förslag ökar därmed förutsättningarna för kompetenta och välutbildade framtida medarbetare. Det bidrar till en ökad patientsäkerhet.

Även om en ändamålsenlig VFU skapar förutsättningar för en ökad patientsäkerhet, är en grundförutsättning för all den utbildning som förläggs till hälso- och sjukvårdens verksamheter att den är patientsäker. Någon argumentation om en ökad risk för vårdskador

p.g.a. att studenter närvarar i eller genomför medicinska insatser i verksamheten kan således inte föras med framgång. Inte heller om att studentens bristande erfarenhet och utbildning leder till en sämre upplevelse av vårdbesöket. Tvärtom är nöjdheten hos patienterna ofta större vid vårdbesök där studenter har närvarat.

Att medarbetare ges möjlighet till utbildning och därmed till möjligheten att vara uppdaterad på utvecklingen i fråga om t.ex. teknisk apparatur och nya medicinska rön och metoder, ger med stor sannolikhet också en ökad patientsäkerhet och bättre medicinska resultat.

6.3.8 Konsekvenser för vårdens professioner

Handledarrollen tar tid i anspråk men utgör samtidigt ett incitament för ökad kompetens och motivation hos befintlig personal. Befintliga medarbetares kontakter med yngre kommande medarbetare skapar möjligheter att ta del av ny uppdaterad kunskap inom det egna kompetensområdet.

En VFU som bättre överensstämmer med de arbetsuppgifter och övriga förhållanden som senare kommer att gälla under en kommande yrkesutövning, ökar vidare kompetensen hos medarbetarna.

6.3.9 Konsekvenser för sysselsättningen

Att fler vårdgivare är med och tar ansvar för den verksamhetsförlagda utbildningen minskar risken för att studenter inte i rimlig tid kommer ut i den verksamhetsförlagda utbildning som studenten efterfrågar och är intresserad av. Förslagen förväntas medföra en bättre genomströmning av studenter på olika vårdutbildningar med resultatet att utbildningsperioden kortas och studenterna snabbare kan komma ut i tjänst och sysselsättning.

Att vårdgivare i alla delar av landet tillhandahåller utbildningsplatser, ökar som ovan konstaterats också förutsättningarna för rekrytering av framtida medarbetare i fler delar av landet. Då utbildningsplatser utgör en god bas för en senare rekrytering, ger förslagen således också ökade förutsättningar för sysselsättning i fler delar av landet.

6.3.10 Konsekvenser för företagen

Att i sin hälso- och sjukvårdsverksamhet ta emot studenter under utbildning innebär för de privata vårdgivarna med offentlig finansiering kostnader, på motsvarande sätt som det medför kostnader för de verksamheter i egen regi som redan nu tar emot studenter. Resurser behöver avsättas för introduktion och handledning av studenten, liksom för eventuell handledarutbildning. Lokal och teknisk utrustning, såsom t.ex. dator och telefon, kommer behöva tillhandahållas. Behov av att utforma rutiner för mottagande av studenter kommer att finnas och resurser kommer behöva avsättas för utformande av omdöme eller betyg. Det innebär sannolikt en viss minskad produktion för den enskilde vårdgivaren. Hur mycket produktionen kommer att påverkas och hur stora kostnaderna för mottagandet blir, beror förstås på uppenbara faktorer såsom antalet mottagna studenter och längden på den verksamhetsförlagda utbildningen, men också på verksamhetens storlek och vårdgivarens tidigare erfarenheter av att ta emot studenter. De förslag som utredningen lämnar innebär inte att varje enskild vårdgivare ska tillhandahålla utbildningsplatser, utan reglerar regionernas och kommunernas skyldighet att ur ett helhetsperspektiv tillgodose behovet av utbildning. Eftersom det är regionerna och kommunerna i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården som utformar kraven på vårdgivarna är det svårt att uppskatta vilka kostnader som de nu lämnade förslagen kommer innebära för de privata vårdgivarna. Det närmare kravställandet och ersättningen för insatserna är förbehållet regionerna och kommunerna. I de underlag som regionen eller kommunen utformar när den avser att anskaffa hälso- och sjukvårdstjänster får anges de närmare kraven kring hur och i vilken utsträckning vårdgivaren ska tillhandahålla sådana platser. Senast vid avtalstecknandet bör den ekonomiska ersättningen till vårdgivaren för mottagandet framgå. Kostnaderna för att ta emot studenter i sin hälso- och sjukvårdsverksamhet kan därmed på förhand uppskattas av den vårdgivare som vill lämna anbud.

Som exempel på redan befintligt kravställande om tillhandahållande av utbildningsplatser kan nämnas förfrågningsunderlaget avseende vårdvalet specialiserad öron-, näs- och halssjukvård inom Region Stockholm. Inom nämnda vårdval ska vårdgivarna för att få avtal med regionen, enligt vad som anges i förfrågningsunderlaget, till-

handahålla utbildningsplatser för VFU för vård- och medicinstuderande till de olika professioner som tjänstgör hos vårdgivaren. Vidare anges att vårdgivaren ansvarar för att utbildningsplatserna håller den kvalitet och den inriktning som följer examenskraven för respektive utbildning. De som handleder studenter ska ha handledarkompetens eller annan likvärdig pedagogisk utbildning och minst ha genomgått det webbaserade stöd för handledare inom VFU som ges av Karolinska Institutet och nås via Vårdgivarguiden. Av förfrågningsunderlaget framgår också att vårdgivarna ersätts för platserna för VFU i enlighet med av SLL fastställd ersättning.

Ett annat exempel är Vårdval Rehab inom Västra Götalandsregionen. Av förfrågningsunderlaget framgår att ett av kraven på vårdgivarna, för avtal med regionen, är att dessa ska tillhandahålla VFU-platser på grundnivå och avancerad nivå för de professioner som är verksamma vid enheten eller hos underleverantörer. Utbildningsplatser för andra yrkeskategorier än de som i huvudsak är verksamma vid enheten ska också tillhandahållas för studerande på yrkeshögskolor, studerande på omvårdnadsprogram, läkare under allmäntjänstgöring och specialiseringstjänstgöring. Vårdgivaren ersätts för mottagandet av studenter med 1 000 kronor per studentvecka.

Ovan exempel kan fungera som underlag för vårdgivarnas kostnader för mottagandet av studenter i sina verksamheter. Vilken eventuell merkostnad våra förslag innebär för en viss angiven vårdgivare går som ovan konstaterats dock inte att avgöra. Den beror på hur kraven avseende utbildningsplatser i en viss upphandling eller inom ett visst vårdval utformas och hur mottagandet av studenter ersätts av den specifika regionen eller kommunen. Kravet och ersättningen kommer dock vara känd för vårdgivaren på förhand och kostnaderna för mottagandet kommer därmed att kunna uppskattas och beräknas. Liksom andra parametrar i en regions eller kommuns upphandling eller vårdvalsförfarande kan ha betydelse för en viss vårdgivare i fråga om intresset att lämna anbud, kan kravställandet kring utbildningsplatser ha det för den enskilde vårdgivaren.

6.3.11 Övriga konsekvenser

Utredningen bedömer att förslagen inte har några konsekvenser för miljön, för jämställdheten mellan könen, för EU-rätten, för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen eller för det brottsförebyggande arbetet.

6.4 Ikraftträdande

Utredningens förslag: Förslagen till författningsändringarna i detta kapitel föreslås träda i kraft den 1 januari 2023.

Skäl för utredningens förslag

Författningsändringarna bör enligt utredningens mening införas så snart som möjligt för att underlätta och säkra framdriften i det pågående omställningsarbetet i hälso- och sjukvården. Givet att förslagen medför behov av vissa anpassningar hos huvudmännen, i form av såväl regioner som kommuner, ser utredningen att en period om ett år bör avsättas för förberedelsemöjligheter efter beslut om proposition, innan de nya författningarna träder i kraft. Med hänsyn tagen till lagstiftningsprocessen bedömer därför utredningen att författningsändringarna tidigast kan träda i kraft den 1 januari 2023, och förslår därför detta som datum för ikraftträdande.

6.5 Forskningens roll i omställningen

Utredningen har i tidigare betänkanden genomgående belyst forskningsfrågor. I utredningens andra betänkande, med förslag till en primärvårdsreform, betonades forskningens roll i primärvården, och vi la förslag på reglering av densamma i primärvårdens grunduppdrag. I utredningens tredje betänkande utvecklade vi resonemangen om forskningens förutsättningar i den moderna hälso- och sjukvården. Att säkerställa utveckling och innovation grundad i högkvalitativ forskning är en avgörande och central del i ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Forskningens roll måste ständigt beaktas i omställningen till den nära vården, när hälso- och sjukvården skiftar

fokus från den traditionella akutsjukhusmiljön till mer vård utanför sjukhuset och i förlängningen också i allt större utsträckning till vård i hemmet. Detta innebär att det måste etableras förutsättningar för livskraftig och uthållig forskningsverksamhet även utanför de traditionella miljöerna, och hos hälso- och sjukvårdens båda huvudmän, regioner och kommuner.

Vi har inte i våra direktiv att direkt adressera forskningsfrågor, och kommer därför inte, såsom vi också tidigare aviserat, lägga ytterligare förslag på området. Vi väljer dock att även i detta betänkande resonera kring ett antal utmaningar vad gäller forskningens roll i omställningen till nära vård.

6.5.1 Inspel på dialogfrågor

För en mer utförlig belysning av forskningsområdet inom ramen för utredningens uppdrag hänvisas till föregående betänkande.[45] I samma betänkande fanns också dialogfrågor, på vilka systemets olika aktörer uppmanades inkomma med inspel. Några huvudsakliga synpunkter som inkommit, och där det råder stor samstämmighet mellan olika aktörer, redovisas i det följande.

Många lyfter behovet av forskning som inte bara är fokuserad på behandling av specifika tillstånd, utan som ser till komplexa sjukdomstillstånd och multisjuklighet utifrån dagens uppdrag för sjukvården. I anslutning till det lyfts också behovet av interprofessionell forskning, och mötesplatser för forskare i syfte att öka utbytet mellan olika discipliner, yrkesgrupper och hälso- och sjukvårdens båda huvudmän. Ett återkommande tema är behovet av forskning vad gäller arbetssätt och metoder, inte minst i kölvattnet av en ökad digitalisering. Från den prehospitala vården påtalas pågående initiativ kring forskning gällande beslutsstöd som ett exempel på möjliga forskningsområden vad gäller arbetssätt och implementering.

Ett mer övergripande organisatoriskt synsätt på forskning efterfrågas också; behovet av stöd från chefer på alla nivåer, både vad gäller förståelse för forskningens villkor och förutsättningar och för att stödja enskilda medarbetare i deras forskargärning. Inte minst inom kommunernas verksamheter betonas vikten av detta, och även om en positiv utveckling iakttas av flera aktörer belyses fortfarande

[45] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, kap. 8.

bristen på medarbetare med högre akademisk examen, t.ex. disputerade, i kommunernas hälso- och sjukvård. Detta kan i delar också handla om grundläggande förutsättningar för en lärande kultur, så som tillgång till vetenskapliga tidskrifter.

Kombinationstjänster, såväl hos regioner som kommuner, efterfrågas. En synpunkt som lyfts av flera är behovet av att öka kunskapen för hur mycket av hälso- och sjukvården som bedrivs med kommunen som huvudman, och att kvantifiera och beskriva detta område tydligare. En sådan kunskap bedöms som en förutsättning för förståelsen av behovet av forskningsinsatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Man ser också ett behov av forskningsinsatser inom kommunens patientgrupper för att säkerställa generaliserbara resultat – kanske tillämpas i dag evidens i stora och växande grupper som egentligen inte är fullt ut generaliserbara för gruppen de appliceras på. I samma sammanhang lyfts behovet av forskning vad gäller förebyggande och hälsofrämjande insatser. Specifika områden av stor betydelse för folkhälsan, såsom t.ex. felnäring, betonas som områden där specifika forskningsinsatser skulle behöva göras inom den nära vården och primärvården.

Kopplingen mellan forskning och ett hållbart yrkesliv kommenteras, och att möjligheten för en enskild medarbetare att bidra såväl kliniskt som till forskning under ett långt yrkesliv ökar attraktiviteten i hälso- och sjukvårdens uppdrag.

Vidare betonas vikten av forskning och utbildning i den nära vården särskilt, och behovet av att det inom den samlade primärvården finns såväl resurser för att kunna bygga upp forsknings- och utbildningsmiljöer som stöd för innovations- och utvecklingsarbete. Att via forskning öka kunskapen om personcentrering och involvera personer med patient- brukar- och närståendeerfarenhet inom alla delar av forskningen lyfts till utredningen av flera aktörer. Begrepp som följeforskning, aktionsforskning och implementeringsforskning är sannolikt framgångsfaktorer i den omställning och den tid av förändring vi står inför.

6.5.2 Finansiering av forskning i den nära vården

Möjligheten och förutsättningarna att erhålla forskningsmedel för forskning som behöver bedrivas i primärvården har av många lyfts till utredningen som en utmaning. Strukturen i den nära vårdens verksamheter är annorlunda än de mer traditionella forskningsmiljöerna, ofta med små och geografiskt spridda enheter vilket kan vara försvårande. Uppfattningen är också att det gällande allmänmedicinsk forskning och omvårdnadsforskning utanför sjukhusmiljö i liten utsträckning finns forskningsmedel att söka från de traditionella forskningsfinansiärerna. Utredningen har i tidigare betänkande beskrivit dessa förhållanden närmare.[46] Behovet av en nationell forskningsstruktur inom området har påtalats av flera, och utredningen har i tidigare betänkande exemplifierat med ett förslag från Samling för Allmänmedicinsk Forskning och utbildning (SAFU).[47] I följande utdrag redovisas ett exempel på en tänkbar modell för hur även finansiering av denna typ av forskning skulle kunna stärkas via en mer nationell konstruktion.[48]

Sammanfattande utdrag ur SAFU:s handlingsprogram för forskning inom primärvård och allmänmedicin

Nationell forskningsfond
I Norge, där uppbyggnaden av en heltäckande primärvård genomförts, finns en statligt inrättad forskningsfond för allmänmedicinsk forskning, Allmenmedicinsk Forskningsfond. Fonden finansierar årligen stora forskningsprojekt med allmänmedicinsk relevans, och har nära samarbete med de fyra allmänmedicinska universitetsinstitutionerna. Den har också till uppgift att understödja samarbete mellan universiteten.

[46] SOU 2019.29 *God och nära vård. Vård i samverkan*, avsnitt 8.1.4.
[47] Samling för Allmänmedicinsk Forskning och Utbildning (SAFU) är ett officiellt samarbete mellan Distriktsläkarföreningen (DLF), Svensk förening för Allmänmedicin (SFAM) och representanter från alla allmänmedicinska enheter i Sverige. Syftet med SAFU är att gemensamt driva ett arbete för att synliggöra, utveckla och förstärka den allmänmedicinska forskningen och utbildningen som en del av en nationell reform för primärvården i Sverige. Se även SOU 2019:29 *God och nära vård. Vård i samverka*n, avsnitt 8.1.5.
[48] Utdrag ur: SAFU, *Förslag gällande utvecklandet av en nationell och regional FoU-struktur för forskning i primärvården*, 2019.

Enligt den norska modellen kan en forskningsfond bidra till att:

- Medarbetare stimuleras till att delta i och driva forskning med utgångspunkt i den egna verksamheten
- Kunskapsbaserad allmänmedicinsk verksamhet får goda villkor
- Att forskningen vid olika enheter koordineras och håller hög kvalitet
- Prioriterade allmänmedicinska forskningsområden identifieras och att forskning inom dessa områden stimuleras
- Forskning publiceras och sprids till relevanta delar av systemet som vårdcentraler, inom allmänmedicinsk verksamhet, andra medicinska specialiteter samt högskolor och universitet
- Forskning sprids till allmänhet och myndigheter nationellt och internationellt
- Verksamheten på universitetssjukvårdsenhet och akademiska vårdcentraler synliggörs
- Medarbetare på forskningsenheter stöds till att delta i och arrangera forskningsmöten inom primärvård och allmänmedicin
- Forskningsmässig synergi skapas mellan de forskande enheterna, institution och fakultet
- De forskande enheterna samarbetar tvärprofessionellt med andra berörda delar inom vården och samhället

Fonden kan vidare göra detta genom att t.ex.:

- Utveckla visioner och bidra i arbetet med övergripande strategier för att stärka och främja primärvårds- och allmänmedicinsk forskning
- Arrangera olika forum för möten mellan forskare, enheter, universitetssektorer, patientföreträdare och andra berörda, både nationellt och internationellt
- Utarbeta och driva en hemsida för fonden
- Medverka till rekrytering av forskare från kliniskt verksamma medarbetare

- Bidra till att utveckla system för datainsamling från primärvård
- Bidra till att hitta vägar att söka ytterligare ny finansiering av primärvårdsforskning.

Den norska modellen och idéerna bakom den är tillämpliga för att utveckla svensk primärvårdsforskning och allmänmedicinsk forskning. En svensk allmänmedicinsk forskningsfond med liknande uppdrag skulle vara en möjlighet till en långsiktig nationellt stödjande infrastruktur. Fonden kan också ligga som bas för en långsiktig finansiering av den nationella forskarskolan. I fonden bör representanter för regering, huvudmän, patientorganisationer, universitet samt professionsföreträdare finnas med. Finansiering av fondens verksamhet skulle kunna ske via årligen avsatta medel från statliga myndigheter, t.ex. Vetenskapsrådet och Forte, och dessa medel skulle då hanteras inom ramen för en specifik nationell forskningsfond för primärvård och allmänmedicin.

6.5.3 Aktuella initiativ av betydelse för omställningen till den nära vården

Forskningspropositionen 2020

Regeringen presenterar varje mandatperiod en samlad proposition för att peka ut den forskningspolitiska inriktningen. Nästa forskningspolitiska proposition planeras till hösten 2020.[49] Ca 200 organisationer har uppmanats inkomma med inspel till innehållet i propositionen. I flera av remissvaren, bl.a. från SKR, påtalas behovet av satsning på forskning inom välfärdsområdet och i ”nya” forskarmiljöer, inte minst i primärvård och nära vård.[50] Utredningen stödjer uppfattningen att detta är ett område som behöver belysas i den kommande forskningspropositionen.

[49] Regeringen, *Den forskningspolitiska propositionen 2020*, 2020.
[50] SKR, *Synpunkter på regeringens forskningspolitik*, 2019.

Det fortsatta arbetet med regeringens life science-strategi

Avslutningsvis vill utredningen lyfta fram det arbete som gjorts inom ramen för det av regeringen tillsatta life science-kontoret, och som resulterat i den nationella life science-strategi som presenterades i december 2019.[51] Strategin är framtagen i dialog med aktörer från hela sektorn, och kan ses som ett ramverk med tydliga prioriteringsområden och målsättningar. Ramverkets prioriteringar och målsättningar bygger på de behov och utmaningar som sektorns aktörer har pekat ut, och däri nämns också de förändringar som ligger till grund för vårt utredningsdirektiv. Regeringen sätter i strategin upp 30 målsättningar som bedöms vara särskilt angelägna att uppnå. Utredningens uppfattning är att ska detta vara möjligt måste förutsättningar för forskning väsentligen stärkas i stora delar av hälso- och sjukvårdssystemet, inte minst inom den kommunala hälso- och sjukvården.

[51] Regeringen, *En nationell strategi för life science*, 2019.

7 Verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi

7.1 Inledning

Utredningen har i uppdrag att se över hur läkare och fysioterapeuter som bedriver verksamhet enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF) kan integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt i övrig öppenvård. I kapitel 6 i vårt förra delbetänkande finns bakgrundstexter och analys av dessa vårdgivare, det system de verkar i och reglerna kring deras form av anslutning till den offentligt finansierade vården.[1] Kapitel 6 i vårt förra delbetänkande ska därför läsas tillsammans med detta kapitel.

Av bakgrundstexterna framgår att det finns en kritik från samtliga ingående aktörer mot det befintliga system i vilket läkarna och fysioterapeuterna i fråga i dag verkar. Kritiken består bl.a. i svårigheter för regionerna att planera sin hälso- och sjukvård, då de upplever att de i liten utsträckning kan påverka läkarnas och fysioterapeuternas möjligheter att etablera sig och den lämnade vårdens innehåll. Kritiken består också i att befintligt ersättningssystem inte är utformat och anpassat efter dagens vårdbehov eller till hur vården i dag bedrivs. Inspel om att systemet inte möjliggör insyn i och kontroll av vårdverksamheterna i tillräcklig utsträckning finns också. Huruvida avtal som löper på obegränsad tid är förenligt med EU:s rättsordning, utifrån vikten av upprätthållande av konkurrens, har också ifrågasatts.

[1] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, s. 159 f.

Av vår tidigare analys framgår att flera tidigare förslag till förändringar har lämnats, däribland förslag om att upphäva de lagstiftningar som systemet bygger på och förslag om att behålla systemet men att förändra det i valda delar. Det system som aktuella läkare och fysioterapeuter verkar i och de lagar och förordningar som reglerar detsamma, är dock alltjämt gällande och har i stora delar varit oförändrade i många år. Uppfattningen om vad som är den mest ändamålsenliga och sett till helheten bästa förändringen är förstås olika hos olika aktörer, i olika verksamheter och också över tid. Gemensam är dock uppfattningen att det behövs en förändring. Vi lämnar här förslag som i möjligaste mån beaktar den kritik som har förts fram mot systemet men som också anammar värdet av flera sätt att verka i hälso- och sjukvården, något som också särskilt nämns i Januariavtalet[2]. De förslag vi lämnar i denna del ingår i en kontext och en helhet där övriga pågående förändringar i hälso- och sjukvården beaktas.

7.2 Dagens parallella system är inte ändamålsenligt

7.2.1 Dagens system står inte i samklang med ett modernt hälso- och sjukvårdssystem

Regionerna har planeringsansvaret för hälso- och sjukvården men dagens system uppfattas inte ge tillräckliga möjligheter att styra vårdetableringar under LOL och LOF som en del av hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet. Ett befintligt samverkansavtal gäller tills vidare och det finns ingen möjlighet för regionerna att ompröva behovet av etableringen utifrån det rådande behovet av vård. Regionen kan varken styra över vårdens innehåll eller över var verksamheten ska vara etablerad rent geografiskt. Rättspraxis har också utvecklats så att regionerna har små möjligheter att i stället för ersättningsetablering hänvisa till verksamhetsbedrivande inom ett befintligt vårdval. Samverkansavtalen som ger rätt till offentlig finansiering av den vård som vårdgivaren utför omprövas således inte. Det innebär att behovet av och kvaliteten på vården inte utvärderas på samma sätt som vid etableringar med stöd av t.ex. lagen (2016:1145)

[2] I januari 2019 slöts Januariavtalet – en sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna. Delar av regeringens politik bygger på denna överenskommelse.

om offentlig upphandling (LOU) eller lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) där avtalen löper på begränsad tid.

En grundförutsättning för ett modernt hälso- och sjukvårdssystem är vidare att vård ska ges där den behövs. En mycket stor del av de aktörer som i dag verkar med stöd av LOL eller LOF, driver sin verksamhet och ger vård i storstadsområden där det redan finns god etablering och ett stort vårdutbud.

När dagens system konstruerades var det inte främst utifrån patientens behov och det är utredningens bedömning att systemet inte är utformat så att patientens väg i vården stöds tillräckligt, även om de enskilda personer som verkar på taxan har sina patienters bästa för ögonen.

Ersättningssystemets utformning bygger på ersättning per patientbesök. I ett modernt hälso- och sjukvårdssystem behöver även andra faktorer beaktas än antalet besök. Ersättningsystem behöver utformas så att de främjar personcentrering, samverkan aktörer emellan och förebyggande hälso- och sjukvårdsarbete. De behöver uppmuntra till mottagande av studenter under praktik och till handledning åt dessa studenter. I ersättningssystems utformning bör också finnas incitament att erbjuda medarbetarna fortbildning. Vidare ser vårdbehoven annorlunda ut i dag än tidigare, och ersättningen behöver utformas för att spegla dessa nya behov.

De läkare och fysioterapeuter som i dag verkar i systemet uppfattar inte ersättningsystemet som ändamålsenligt. Fysioterapeuterna påtalar att reglerna om arvodesnivåer och fördelningen dem emellan gör att deras specialistkunskap endast kan användas för patienter som kräver mer avancerad fysioterapi under en begränsad del av sin arbetstid, trots att patienterna har stora behov. Aktörerna menar sig också ofta vara låsta till den plats som var aktuell när etableringen förvärvades och flytt till en mer ändamålsenlig lokal eller till områden med fler patienter är sällan möjlig. Vidare påtalar aktörerna att systemet har stora brister gällande möjligheten till forskning och utveckling och att man saknar möjlighet att ta emot och handleda studenter.[3]

[3] Se aktörernas egna problembeskrivningar i SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, s. 175 ff.

7.2.2 Utredningens utgångspunkter för en ny ordning

En god hälsa och vård på lika villkor

Hälso- och sjukvårdshuvudmännen och vårdgivarna har ett grundläggande ansvar för att bidra till uppfyllelsen av målet för hälso- och sjukvården om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

En del i målet för hälso- och sjukvården om vård på lika villkor består i att hälso- och sjukvården ska vara jämlik, vilket även innebär att den ska vara jämställd. Alla som bor i Sverige ska i princip ha samma möjlighet att vid behov få tillgång till hälso- och sjukvård. Förutsättningarna att kunna vända sig till hälso- och sjukvårdens verksamheter måste så långt det är möjligt utjämnas, då endast vårdbehoven ska avgöra insatsernas omfattning och karaktär. Andra hinder mot att den enskilde ska få del av vården måste från samhällets sida undanröjas. Exempel på sådana hinder är ekonomiska, sociala och kulturella, men också geografiska hinder. Samhället har en skyldighet att, inom ramen för tillgängliga resurser och kunskaper, se till att erbjuda vård åt alla vårdbehövande, oavsett var de bor. Vårdresurserna ska med andra ord vara geografiskt rättvist fördelade. Dessa centrala mål för hälso- och sjukvården är en av utgångspunkterna för de förslag vi lämnar.

Personcentrerad vård

Den personcentrerade vården är en viktig del i omställningen till en modern och mer jämlik hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvården upplevs av många som fragmentiserad och svårtillgänglig. Många patienter vill vara mer delaktiga i sin vård än vad de är, och uppfattar hälso- och sjukvården som organiserad utifrån verksamheten snarare än utifrån patienten. Då den moderna hälso- och sjukvården ska utgå från individens behov, är ett personcentrerat förhållningsätt en del i utformandet av våra förslag. Våra förslag sätter således patientperspektivet i främsta rummet. Det innebär inte att andra perspektiv inte behöver beaktas, såsom t.ex. företagarperspektivet och möjligheten att bedriva privat verksamhet, eller professionsperspektivet och den hänsyn som behöver tas till vårdens medarbetare.

Regionens fortsatta planeringsansvar

Regionen, som ansvarig för att tillhandahålla hälso- och sjukvård inom sitt ansvarsområde, ska kunna styra över utformningen och omfattningen av vården. I regionens planeringsansvar för hälso- och sjukvården ska utgångspunkten vara behovet av vård. Sedan patientlagens (2014:821) (PL) tillkomst är det inte enbart vårdbehovet hos befolkningen som avses, utan vårdbehovet hos samtliga som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. De centralt fastställda allmänna riktlinjerna om prioriteringar, den s.k. etiska plattformen, måste också beaktas. Det finns ett behov av att prioritera inte bara enskilda medicinska åtgärder och insatser utan också mer horisontellt i systemet.

Med hänsyn till att primärvården ska utgöra basen i hälso- och sjukvårdssystemet bör planeringen också utgå från denna. Det numera lagreglerade kravet på att vården ska ges nära befolkningen måste också beaktas. Vidare måste det övergripande målet om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen genomsyra planeringen. I övrigt har regionen möjlighet att planera hälso- och sjukvårdsverksamheten inom sitt geografiska ansvarsområde på det sätt som den finner mest ändamålsenligt utifrån egna lokala bedömningar och förutsättningar. Våra förslag tar avstamp i att regionen fortsatt ska ha denna roll och i möjligaste mån kunna styra över och planera vårdutbudet inom sitt ansvarsområde.

Kompetensförsörjning i hela landet

Svårigheterna att rekrytera medarbetare med rätt kompetens utifrån behov är i vissa delar av landet stora, vilket innebär omfattande vakanser, och därmed följande utmaningar att tillhandahålla en god och jämlik vård. I glest befolkade delar av landet är tillhandahållandet av service generellt låg, inklusive tillhandahållandet av hälso- och sjukvård. En utgångspunkt för våra förslag är en jämlik vård och däribland att i möjligaste mån främja tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet. Dels i form av hälso- och sjukvård som sådan för hela Sveriges befolkning, dels till de olika professioner som patienter kan behöva komma i kontakt med. I våra dialoger med vårdens unga och kommande medarbetare har framkommit önskemål om att kunna bo och verka i andra delar av landet än i storstadsregionerna, men att

detta kräver hållbara och förutsägbara villkor. En generell framtidsspaning är att just hållbar livsmiljö och närhet till naturen är viktiga faktorer när unga väljer var de vill bo.[4]

Möjlighet att verka i offentligt finansierad vård på olika sätt

För att klara omställningen till en god och nära vård behöver vi använda all befintlig vårdkompetens. Vi behöver värna om alla de medarbetare som finns inom hälso- och sjukvården och som vill verka där och använda resurserna klokt. I det ingår att det måste finnas möjlighet att verka i hälso- och sjukvårdssystemet på olika sätt. Det innebär t.ex. att det ska vara möjligt för privata aktörer att verka i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och att företagandet ska kunna ske i både mindre och större bolag. Även om normen är att vara anställd i hälso- och sjukvård finns det också de som föredrar att vara egenföretagare. För att tillvarata befintlig kompetens behöver vi fortsatt tillhandahålla olika möjligheter att verka i systemet.

Goda förutsättningar för en integrerad hälso- och sjukvård med teamarbete

Ett hälso- och sjukvårdssystem och alla dess ingående delar behöver vara uppbyggt så att det understödjer och ger incitament för samverkan mellan vårdprocesserna, och mellan olika professioner. Häri innefattas ett behov av att alla hälso- och sjukvårdens aktörer är integrerade i hälso- och sjukvårdssystemet som helhet. Det kan gälla allt från möjlighet att medverka till utbildning av studenter, till uppföljningssystem, system som möjliggör informationsdelning och samverkansrutiner. För att detta ska kunna säkerställas bedömer utredningen att huvudmännen behöver ha förutsättningar att ställa motsvarande villkor på alla offentligt finansierade verksamheter.

[4] AFRY, *Future Cities Survey Results*, 2019.

Möjlighet till privat verksamhet inom allmänmedicin omfattas av dagens obligatoriska vårdvalssystem inom primärvården

Den aviserade primärvårdsreformen[5] och det omstruktureringsarbete av hälso- och sjukvården som pågår i övrigt syftar till att ge goda förutsättningar för medarbetarna att verka i primärvården. Målsättningen med ett omstruktureringsarbete är att medarbetarna inom primärvården ska uppleva goda arbetsvillkor och en ändamålsenlig primärvårdsverksamhet. Utredningens tidigare förslag vad gäller utformningen av regionernas vårdval för primärvård innebär en möjlighet att även som liten aktör verka inom detta vårdval.[6] Givet denna utformning ger det obligatoriska vårdvalssystemet för primärvård allmänläkare goda förutsättningar att verka som privata aktörer i den offentligt finansierade primärvården. Förutsatt att dessa förslag tas vidare finns alltså inget behov av ett parallellt system för anslutning till den offentliga finansieringen för allmänläkare.

7.3 Två alternativa scenarier

Med ovan angivna utgångspunkter lämnar vi två alternativa förslag på hur det befintliga systemet för legitimerade fysioterapeuters och vissa specialistläkares anslutning till den offentligt finansierade vården skulle kunna utvecklas. Vilket av de två förslagen som bör förespråkas beror på vilka perspektiv, värdegrunder och mål för hälso- och sjukvården som prioriteras. Den samhälleliga och politiska inställningen i dessa frågor förändras förstås över tid.

Det ena förslaget innebär att det ska vara obligatoriskt för regionen att inrätta valfrihetssystem även *inom* psykiatri och fysioterapi. Den närmare utformningen av valfrihetssystemen lämnas åt regionen utifrån det egna planeringsansvaret, dvs. det föreslås inte obligatoriskt omfatta all psykiatri eller all fysioterapi i en region.

Det andra förslaget består i att vidareutveckla befintligt system till ett omarbetat kompletterande nationellt utformat system som syftar till att skapa långsiktighet och förutsättningar för mindre vårdetableringar i geografiska områden där tillgången till vård är mindre.

[5] Se Januariavtalet, punkt 60. Januariavtalet är en sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna. Delar av regeringens politik bygger på denna överenskommelse.
[6] Se SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, avsnitt 9.3.1.

Båda förslagen inkluderar att LOL och LOF samt förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning (FOL) och förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi (FOF) upphävs. Övergångsbestämmelser föreslås som gör det möjligt för berörda läkare och fysioterapeuter att ställa om eller avsluta sin verksamhet utifrån de nya förutsättningarna (se avsnitt 7.4.2).

Införande av obligatoriska valfrihetssystem kan ifrågasättas utifrån regionernas redan befintliga möjligheter att inrätta sådana, och det stora intrång i den kommunala självstyrelsen som detta medför (jfr avsnitt 7.5.4). Att vi väljer att lägga ett alternativt förslag om obligatoriska valfrihetssystem bottnar i en nuvarande tillitsproblematik mellan regionerna och utförarna på dagens nationella taxa. I utredningens mening är det därför inte tillräckligt att upphäva befintliga lagstiftningar (LOL och LOF) utan att säkerställa ett alternativt sätt att verka som möjliggör småföretagande inom vården. Det kan förstås hävdas att scenario 2, utifrån att det är valfritt för regionen att tillämpa, har samma problematik. Där bedömer dock utredningen att incitamenten för regionerna, i och med en statlig delfinansiering, uppväger tillitsproblematiken.

I bakgrundstexterna i vårt förra delbetänkande redogörs för den departementspromemoria från Regeringskansliet från 2018 i vilken en rad lagändringar i LOL och LOF föreslås i syfte att hantera de utmaningar som identifierats.[7] Promemorian bereds fortfarande i Regeringskansliet. Vi har tagit del av och beaktat promemorians analyser där relevant och möjligt. Givet vårt uppdrag att integrera befintliga aktörer verksamma med stöd av LOL och LOF i primärvården och den övriga öppna vården, har utredningen dock ansett det behövligt att lämna förslag som är mer omfattande än de som lämnas i nämnda promemoria. Förslagen i departementspromemorian skulle – givet att regeringen ännu inte tagit ställning till dem – kunna ses som en tredje väg framåt, utöver de två vi här presenterar.

[7] Ds 2018:32, *Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi*, 2018; se SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, s. 185 f.

7.4 Scenario 1

7.4.1 Obligatoriskt inrättande av valfrihetssystem inom fler vårdområden

Utredningens förslag: Det ska vara obligatoriskt för regionerna att inrätta valfrihetssystem även inom fysioterapi och psykiatri. En ny bestämmelse, 7 kap. 3 a §, i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL), ska fastslå detta. LOL och LOF med tillhörande förordningar upphävs. Övergångsbestämmelser ska ge vårdgivare som verkar med stöd av LOL och LOF möjlighet att ställa om sin verksamhet utifrån de nya förutsättningarna.

Skäl för utredningens förslag

Fler obligatoriska vårdval

Begreppet vårdvalssystem i HSL syftar på regionernas organisering av primärvården och inkluderar dels att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård ska kunna välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården, dels att de ska få tillgång till och välja en fast läkarkontakt.[8] Vårdvalssystem som juridiskt begrepp är således kopplat till primärvården. Valfrihetssystem kan dock, i den utsträckning regionerna önskar, inrättas inom fler vårdområden än primärvården. Valfrihetssystem inrättas då med tillämpning av LOV. Med valfrihetssystem avses enligt definitionen i LOV just ett förfarande där den enskilde har rätt att välja den vårdgivare som ska utföra viss hälso- eller sjukvård och som en upphandlande myndighet godkänt och tecknat kontrakt med.[9] När regionen har inrättat ett valfrihetssystem inom ett visst vårdområde brukar det uttryckas som att vårdval har inrättats. Vårdval används således allmänspråkligt med innebörden inrättande av valfrihetssystem. Det är också med den innebörden vi använder ordet vårdval.

Regioner är skyldiga att organisera primärvården så att invånarna ges rätt att välja vårdcentral och annan primärvård, oavsett om den är privat eller offentlig. Vårdvalssystem inom primärvården är således obligatoriskt. Flera regioner i landet har valt att utöver primär-

[8] Se 7 kap. 3 § HSL.
[9] 1 kap. 1 § andra stycket LOV.

vården ha fler vårdområden förlagda som vårdval. Hur många vårdval regionerna har inrättat varierar dem emellan och beror på lokala förutsättningar och politisk vilja i respektive region. Region Stockholm är den region som har flest vårdval.

Som konstaterats tidigare har utredningen i uppdrag att se över hur de läkare och fysioterapeuter som i dag verkar med stöd av LOL och LOF kan integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt i övrig öppenvård. Ett sätt att tillmötesgå önskemålet om en integrering är enligt utredningen att ge regionerna ökade skyldigheter gällande inrättande av valfrihetssystem. Genom större möjligheter att arbeta inom ett vårdval ges vårdgivarna som nu verkar med stöd av LOL och LOF möjlighet att verka i hälso- och sjukvården i en annan etablerad form för anslutning till offentligt finansierad vård och under förutsättningar som är desamma som för andra vårdgivare, inom samma vårdområde.

Vilka vårdområden som utöver primärvården bör vara obligatoriska att inrätta valfrihetssystem inom bör, utifrån utredningens uppdrag, bestämmas dels utifrån behovet av vård på området, dels utifrån i vilken utsträckning aktörer i befintligt system verkar inom vårdområdet i fråga. På så sätt tillgodoses i största möjliga utsträckning dels målet om en god hälsa på lika villkor, dels uppdraget att integrera befintliga aktörer i systemet i övrig öppen hälso- och sjukvård.

Vårdgivare i befintligt system

De vårdgivare som i dag verkar med stöd av LOL och LOF och som utredningen har i uppdrag att integrera i övrig öppen hälso- och sjukvård, är dels legitimerade fysioterapeuter, dels vissa specialistläkare. För nuvarande är 767 läkare och 1 467 fysioterapeuter anslutna genom LOL och LOF.[10]

Avseende fysioterapeuter är kravet i fråga om behörighet att fysioterapeuten har legitimation. Någon reglering i författning om krav kring viss specialisering finns inte, vare sig generellt eller när fysioterapeuter med möjlighet att verka enligt LOF identifieras.[11]

[10] SKR, *Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2018*, 2019.
[11] Någon i författning reglerad ordning för specialisering finns inte för fysioterapeuter. Däremot har fysioterapeuterna tagit fram en egen ordning för specialisering, se mer om detta i kapitel 8.

Alla läkarspecialiseringar omfattas av möjligheten att verka med stöd av LOL, bortsett från specialistkompetens i laboratoriemedicinska specialiteter, socialmedicin, klinisk neurofysiologi, rehabiliteringsmedicin, klinisk genetik eller bild- och funktionsmedicinska specialiteter utom klinisk fysiologi.[12] Ungefär 21 procent av de läkare som verkar med stöd av LOL är specialister inom allmänmedicin, knappt 17 procent inom psykiatri och ca 62 procent inom olika former av somatisk vård. Specialiteter inom somatisk vård fördelar sig i sin tur, sett till det totala antalet läkare som verkar med stöd av LOL på anestesi och intensivvård m.m. om ca 1,7 procent, barnmedicinska specialiteter om ca 2,3 procent, hud- och könssjukdomar om ca 4,6 procent, invärtesmedicinska specialiteter[13] m.m. om ca 13,4 procent, reumatologi om ca 1,0 procent, vissa opererande specialiteter[14] om ca 14,7 procent, obstetrik och gynekologi om ca 11,7 procent, ögonsjukdomar om ca 4,4 procent och öron-, näs- och halssjukdomar m.m. om ca 6,6 procent.[15] Den övervägande största gruppen enskilda specialistläkare utgörs således, förutom av allmänläkarna, av läkare med specialitet i psykiatri.

Behovet av tillgång till fysioterapeuter och psykiatriker

Kunskapen om de positiva effekterna av fysisk aktivitet för den somatiska och psykiska hälsan är väl kända. I och med detta är det viktigt att var och en får möjlighet att vara så fysiskt aktiv hen kan vara i förhållande till sina förutsättningar. Vissa individer behöver för detta, under kortare eller längre perioder, professionellt stöd i form av en fysioterapeut. Fysioterapeuter är ett bristyrke. 13 av 21 regioner uppger brist på legitimerade yrkesutövare i en enkät utförd 2019. Från fackligt håll har i samma rapport framförts att tjänster inte utannonseras i brist på sökande.[16] Ytterligare ett tecken på att

[12] 7 § andra stycket LOL.
[13] Rymmer potentiellt följande specialiteter: internmedicin, kardiologi, medicinsk, gastroenterologi och hepatologi, endokrinologi och diabetologi, medicinska njursjukdomar, lungsjukdomar, hematologi, allergologi, geriatrik, klinisk fysiologi, infektionsmedicin, arbets- och miljömedicin.
[14] Rymmer potentiellt följande specialiteter: kirurgi, urologi, barn- och ungdomskirurgi, plastikkirurgi, thoraxkirurgi, ortopedi, handkirurgi, neurokirurgi.
[15] SKR, *Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2018*, 2019.
[16] SKR, *Vårdgarantiläge. Alla regioner*, 2020.

förekomsten i regionerna av fysioterapeuter är alltför låg återfinns i SKR:s vårdgarantiredovisning. Andelen patienter som fått medicinsk bedömning inom tre dagar av fysioterapeut vid behov är ca 50 procent i medeltal över landet under 2019.[17] Till följd av den demografiska utvecklingen, en alltmer åldrad befolkning och möjlighet till olika typer av behandlade insatser för större grupper än tidigare, ökar också behovet av rehabiliterande och förebyggande insatser. Det bedöms därför särskilt angeläget att möjliggöra goda förutsättningar att verka som fysioterapeut även efter avskaffandet av LOF. Detta dels för att fortsatt behålla de fysioterapeuter som i dag verkar i hälso- och sjukvården, dels för att locka framtida medarbetare till yrket.

Även psykiatriker utgör en bristgrupp. Det är en av de tre specialiteter inom vilka flest antal regioner bedömer att det saknas läkare. Av de 19 regioner som bedömt tillgång och efterfrågan på specialistläkare rapporterar 18 en brist.[18] I samma rapport gör Arbetsförmedlingen bedömningen att pensionsavgångar, liksom en ökande andel äldre och yngre, vilka är grupper som kan ha stora vårdbehov, väntas ge upphov till brist på specialistläkare. Detta gäller bl.a. inom psykiatri. Även om vissa regioner särskilt satsar på fler ST-läkare i psykiatri är återväxten generellt problematisk. Det bedöms därför särskilt angeläget att möjliggöra goda förutsättningar att verka som psykiater även efter avskaffandet av LOL. Detta inte minst mot bakgrund av att psykiatri är ett område som omfattar patienter med ofta stora, och inte tillgodosedda, behov, och särskilt utsatta patientgrupper. Väntetiderna till psykiatrin är på många håll i landet långa.

Obligatoriskt valfrihetssystem inom fysioterapi

Regionernas uppdrag till primärvården innefattar hos alla regioner en kärnverksamhet som på en övergripande nivå är gemensam för alla regioner. Den gemensamma kärnan som ingår i grunduppdraget till vårdcentralerna omfattar i flertalet regioner bl.a. mottagningsverksamhet inom rehabilitering. Utredningen har dessutom i ett av sina tidigare delbetänkanden lämnat förslag om att det i primär-

[17] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2019*, 2019.
[18] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2019*, 2019.

vårdens grunduppdrag ska ingå att tillhandahålla rehabiliterande åtgärder, ett förslag som för närvarande bereds i Regeringskansliet.[19] Det kan mot bakgrund härav tänkas att fysioterapeuterna, vid ett upphävande av LOF, bör kunna hänvisas till befintliga vårdval inom primärvård. I större utformade vårdval för primärvården torde goda möjligheter till arbete finnas inom detta vårdval genom anställning. En utgångspunkt för utredningen är dock att det ska finnas möjlighet att verka i den offentligt finansierade vården på olika sätt och eget företagande är ett av dem. Utredningen ser därför skäl att, vid ett upphävande av LOF och således avslutade möjligheter för fysioterapeuterna att verka med stöd av den lagstiftningen, hitta ett alternativt sätt för eget företagande. Eget företagande inom ett vårdval ställer krav på vårdvalets utformning, med hänsyn taget till detta perspektiv.

Regioner har möjlighet att inrätta vårdvalet inom primärvården som flera olika uppdrag och därigenom särskilja vissa hälso- och sjukvårdstjänster från andra. Vårdvalet kan således vara organiserat som ett brett och samlat uppdrag, där alla delar av primärvården levereras, eller som flera separata vårdval. Att så är möjligt framgår av LOV, som anger att en upphandlande myndighet inte behöver tillämpa samma valfrihetssystem inom alla berörda vårdområden.[20] I Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42) resoneras vidare kring regioners möjlighet att dela upp ett geografiskt område i flera vårdvalssystem för att kunna anpassa uppdrag och ersättningar utifrån de förhållanden som råder i olika delar av regionen, t.ex. när regioner har både tätbebyggelse och glesbygd.[21]

När regionen väljer att ha ett samlat vårdval för hela primärvården innebär det att den vårdgivare som vill lämna anbud ska kunna leverera primärvårdsuppdraget i sin helhet. Möjlighet finns visserligen för en vårdgivare att åberopa andra vårdgivares ekonomiska, tekniska och yrkesmässiga kapacitet, dvs. underleverantörers resurser.[22] Det betyder dels att flera vårdgivare kan gå samman för att tillsammans uppfylla kraven i ett förfrågningsunderlag och gemensamt ha ett avtal med regionen om vårdbedrivande inom vårdvalet, dels att en

[19] Se SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*.
[20] 1 kap. 1 § andra stycket LOV.
[21] SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*, s. 484 f.
[22] 5 kap. 2 § LOV.

vårdgivare kan knyta sig till ett befintligt vårdval. I det senare alternativet har vårdgivaren inget eget avtal med regionen utan är, även om vårdgivaren indirekt omfattas av avtalet för vårdvalet, beroende av en egen överenskommelse med den vårdgivare som har avtal med regionen. Vårdgivaren som knutit sig till en befintlig aktör får således inte ersättning från regionen, utan i stället utifrån en överenskommelse vårdgivarna emellan.

En fysioterapeut kan med nuvarande reglering om vårdvalssystem inom primärvården, som utgår från allmänläkarkompetens, inte gå in i ett övergripande vårdval inom primärvård ensam, men kan inte heller gå samman med andra fysioterapeuter och tillsammans uppfylla förutsättningarna för ett fullständigt primärvårdsuppdrag. Annan kompetens behövs också. Utifrån det som beskrivits ovan är fysioterapeuterna, för anslutning till den offentliga finansieringen, beroende av att det finns en vårdcentral eller motsvarande inrättning som är villig att köpa in deras tjänster och ersätta dem. Det krävs således samverkan med andra aktörer och fysioterapeuternas möjlighet att styra över sina förutsättningar att verka i systemet är förhållandevis små.

De flesta regionerna har organiserat vårdvalet inom primärvården på ett större samlat sätt. Sex regioner har i stället organiserat primärvården som olika vårdval. Vad gäller området fysioterapi eller rehabilitering har tre regioner fysioterapi eller rehabilitering som egna vårdval; Region Värmland har vårdval fysioterapi, Region Stockholm specialiserad fysioterapi och Västra Götalandsregionen rehabilitering.

Utredningen ser att den modell som vissa regioner redan tillämpar i praktiken med ett utbrutet vårdval för fysioterapi eller rehabilitering leder till ökade förutsättningar för fysioterapeuter att verka som egna företagare inom ett vårdval. Härigenom behöver fysioterapeuterna inte uppfylla hela vårdvalsuppdraget, utan kan fokusera på att tillgodose de egna patienternas behov av vård. Beroende på omfattningen och den exakta utformningen av det utbrutna vårdvalet skapas förutsättningar för en eller flera fysioterapeuter att gå samman och leverera uppdraget i sin helhet. Utredningen föreslår därför att det ska vara obligatoriskt att inrätta ett särskilt valfrihetssystem inom fysioterapi. Införande av ett obligatoriskt valfrihetssystem kan ifrågasättas utifrån regionernas redan befintliga möjligheter att inrätta sådana och det stora intrång i den kommunala självstyr-

elsen som detta medför (jfr 7.5.4). Att vi väljer att lägga ett alternativt förslag om obligatoriskt valfrihetssystem bottnar i nuvarande tillitsproblematik mellan regionerna och utförarna på dagens nationella taxa. I utredningens mening är det därmed inte tillräckligt att upphäva befintlig lagstiftning utan att säkerställa ett alternativt sätt att verka som möjliggör småföretagande inom vården.

Den närmare utformningen av vårdvalet inom fysioterapi får regionen i egenskap av huvudman och som ansvarig för planeringen av hälso- och sjukvården själv bestämma över utifrån lokala förutsättningar. Det kan vara en utbruten del av primärvården i övrigt, eller utgöras av annan öppen specialiserad vård.

Obligatoriskt valfrihetssystem inom psykiatri

Långt ifrån alla specialistläkare som verkar med stöd av LOL verkar inom primärvården. Den största gruppen är som ovan konstaterats allmänläkare, men en stor del av aktörerna har andra specialiteter och verkar utanför primärvården. Ett resonemang kring ett utvecklat vårdval enbart inom primärvården, likt det som förts avseende fysioterapeuter, möter således inte behovet av alternativa sätt för specialistläkare i befintligt system att verka i hälso- och sjukvården. Vårdvalet inom primärvården är i fråga om läkartillgång ofta uppbyggt kring ett krav på allmänläkare.

Tre regioner i landet har i nuläget vårdval inom psykiatri, där utformningen och omfattningen ser olika ut. Region Östergötland har vårdval vuxenpsykiatri, i Region Halland ingår vuxenpsykiatri i ett vårdval avseende specialiserad öppenvård och Region Kronoberg införde vårdval inom barn- och ungdomspsykiatri vid årsskiftet 2020.[23] Region Skåne har vårdval LARO (LäkemedelsAssisterad Rehabilitering vid Opioidberoende[24]) med 13 privata aktörer anslutna. Möjligheten att inrätta valfrihetssystem inom psykiatri utnyttjas således i förhållandevis liten utsträckning.

En utgångspunkt för utredningen är att det ska finnas möjlighet att verka i den offentligt finansierade vården på olika sätt och eget företagande är ett av dem. För att möta befolkningens behov av tillgång till insatser i psykiatri bör det skapas förutsättningar för

[23] Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Östergötland röstade den 27 januari 2020 för att avsluta vårdvalet inom vuxenpsykiatri efter den 31 maj 2021.
[24] Kombinerad psykosocial och medicinsk behandling av långvarigt opiodberoende.

etablering av psykiatriker i samband med upphävandet av LOL. Utredningen anser att modellen med eget vårdval inom delar av psykiatrin, som ett litet antal regioner redan tillämpar, är ett möjligt tillvägagångssätt. Genom att inrätta valfrihetssystem inom psykiatri ges specialister i psykiatri möjlighet att verka inom vårdval genom att mindre enheter kan bildas. Beroende på utformningen och omfattningen av vårdvalet kan en eller flera psykiater gå samman och leverera uppdraget i sin helhet. De får då egna avtal med regionerna och kan styra över sitt yrkesutövande. Utredningen föreslår därför att regionerna ska vara skyldiga att inrätta valfrihetssystem inom psykiatri. Införande av ett obligatoriskt valfrihetssystem kan ifrågasättas utifrån regionernas redan befintliga möjligheter att inrätta sådana och det stora intrång i den kommunala självstyrelsen som obligatoriet medför (jfr 7.5.4). Att vi väljer att lägga ett alternativt förslag om *obligatoriskt* valfrihetssystem bottnar i nuvarande tillitsproblematik mellan regionerna och utförarna på dagens nationella taxa. I utredningens mening är det därmed inte tillräckligt att upphäva befintlig lagstiftning utan att säkerställa ett alternativt sätt att verka som möjliggör småföretagande inom vården.

Den närmare utformningen av valfrihetssystemet inom psykiatri får regionen i egenskap av huvudman och ansvarig för planeringen av hälso- och sjukvården själv bestämma över utifrån lokala förutsättningar. Förslaget innebär alltså inte något krav om att all psykiatri ska omfattas av det valfrihetssystem som föreslås.

7.4.2 Upphävande av LOL och LOF och möjlighet för befintliga vårdgivare att ställa om sin verksamhet

Utredningens förslag: LOL och LOF ska upphävas genom lag om upphävande av LOL och lag om upphävande av LOF. Tillhörande förordningar, dvs. FOL och FOF, ska som en följd härav också upphävas. LOL och LOF, som dock fortsatt ska tillämpas för redan befintliga aktörer i systemet, föreslås upphöra att gälla vid utgången av 2022.

De vårdgivare som genom föreslagna upphävanden inte längre kommer ha möjlighet att med offentlig finansiering bedriva verksamhet på samma sätt som tidigare, ska ges förutsättningar att i god tid före ett upphävande kunna avveckla eller ställa om sin

verksamhet. LOL och LOF med tillhörande förordningar ska därför under en övergångsperiod fortfarande gälla för de läkare och fysioterapeuter som i dag ger vård eller fysioterapeutisk behandling med stöd av dessa lagar. För dessa vårdgivare ska LOL och LOF fortfarande gälla till och med första halvåret 2028. Nya samverkansavtal ska dock inte kunna ingås under övergångsperioden. Möjligheten till ersättningsetablering är därför undantagen den under övergångsperioden fortsatta tillämpningen av lagstiftningarna. Ersättningsetableringar är således inte möjliga efter utgången av 2022 då LOL och LOF föreslås upphävas.

Skäl för utredningens förslag

Vad som här föreslås gällande övergångsregler är också tillämpligt för scenario 2. Båda våra alternativa scenarier inkluderar att LOL och LOF och tillhörande ersättningsförordningar ska upphävas. Det kommer således inte vara möjligt att bedriva verksamhet enligt dessa lagstiftningar längre. Avsikten är att en förhållandevis stor del av de aktörer som ger vård eller fysioterapeutisk behandling med stöd av LOL eller LOF i stället ges förutsättningar att verka genom de i scenario 1 föreslagna obligatoriska valfrihetssystemen alternativt i det i scenario 2 föreslagna nya kompletterande systemet för vård i glesbygd.

De vårdgivare som genom ett upphävande av LOL och LOF inte längre kommer ha möjlighet att bedriva verksamhet med offentlig finansiering på sätt som tidigare, ska ges förutsättningar att i god tid före ett upphävande, kunna avveckla eller ställa om sin verksamhet. Det är därför nödvändigt med övergångsbestämmelser som tillmötesgår detta. Med anledning härav ska LOL och LOF fortfarande gälla för aktörerna under en övergångsperiod. Hur lång denna övergångsperiod bör vara, får bedömas utifrån flera faktorer.

En stor del av de aktörer som i dag verkar med stöd av LOL och LOF har en relativt hög ålder jämfört med läkare och fysioterapeuter som verkar i andra finansieringssystem. Det gäller särskilt läkarna, men till viss del även fysioterapeuterna. Åldersfördelningen av läkare verksamma med stöd av LOL domineras av personer över 58 år. I Region Stockholm befinner sig flest antal läkare i åldersspannet 68–77 år. Avseende fysioterapeuterna som verkar med stöd av LOF

är det dominerande åldersspannet i Region Stockholm 58–67 år.[25] För verksamma i denna ålderskategori är ålderspensionering förhållandevis nära förestående. Det kan således konstateras att en utfasning av naturliga skäl kommer att ske.

Den avskrivningstid som kan vara aktuell för material och utrustning i aktörernas verksamheter bör också beaktas. Avskrivningstiden är förstås svår att ange generellt, då den varierar utifrån faktorer såsom t.ex. inriktning av verksamhet och storlek på mottagning. Att bygga upp och utrusta en fysioterapimottagning kan handla om att inrätta en träningssal med behövliga redskap och nödvändig tillgänglighetsanpassning. Ett sådant inrättande innebär kostnader och det kan också finnas kostnader i att återställa hyrda lokaler när verksamhet inte längre ska bedrivas i dem.

Med hänsyn härtill föreslår utredningen att för redan etablerade läkare och fysioterapeuter som verkar med stöd av LOL och LOF ska dessa lagar fortfarande gälla sju år efter att beslut om upphävande av dem fattats. Givet att utredningen bedömer att ett sådant beslut tidigast kan fattas våren 2021, föreslår vi att de ska gälla fram till och med första halvåret 2028. Några nya samverkansavtal ska dock inte kunna ingås under övergångsperioden. Möjligheten till ersättningsetablering föreslås därför upphöra i samband med att lagstiftningarna upphävs, dvs. vid utgången av 2022.

7.5 Konsekvensanalys – scenario 1

7.5.1 Övergripande konsekvenser av förslagen

Utredningens bedömning: Upphävande av LOL och LOF leder till ett hälso- och sjukvårdssystem där utförare agerar på mer lika villkor. Taxeaktörerna integreras i det övriga hälso- och sjukvårdssystemet. Detta ger större möjligheter för regionerna att planera vården. Att samtidigt inrätta vårdval inom fysioterapi och psykiatri tillgodoser det stora behovet av vård inom dessa om-

[25] Se Ds 2018:32, *Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi*, s. 23–29. Statistiken som redovisas avser Region Stockholm, men mot bakgrund av att 40 procent av läkarna och 35 procent av fysioterapeuterna som verkar med stöd av LOL respektive LOF finns i Stockholm, kan siffrorna anses ge en tillräckligt rättvisande bild av åldersfördelningen hos aktörerna.

råden och möjliggör fortsatt småskaligt företagande inom respektive vårdområde.

7.5.2 Nollalternativ och alternativa lösningar

Nollalternativ

Utredningen har enligt direktiven i uppdrag att föreslå hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning enligt LOL och LOF ska kunna integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt i övrig öppenvård. Att inte göra några förändringar i nuvarande regelverk skulle fortsatt ställa dessa aktörer delvis utanför systemet.

Under 2018 betalade regionerna ut 1,4 mdkr i ersättning enligt LOL och LOF.[26] Det finns en stark vilja från regionerna att reformera dessa system då de av regionerna anses vara onödigt kostnadsdrivande och svårreglerade. Till utredningen har från samtliga aktörer framförts att det är angeläget att någon form av förändring genomförs då det har gjorts flera utredningar men ingen förändring har skett. De aktörer som i dag är verksamma i systemet upplever att det finns en osäkerhet och svårighet i att vara aktiv då regionerna på olika sätt försöker förhindra dem från att utföra sin verksamhet.

Att avskaffa LOL och LOF räcker inte för att integrera

Om den s.k. nationella taxan avskaffas utan några andra ändringar i lagstiftning blir det upp till regionerna att garantera möjligheter för aktörerna anslutna via LOL och LOF att integreras i systemet. Detta kan göras bl.a. genom att tillhandahålla ett valfrihetssystem eller att upphandla deras verksamhet. Om det inte görs obligatoriskt kan regionerna välja att inte göra några åtgärder i sina system och därmed inte ge andra möjligheter att verka som egenföretagare inom de aktuella vårdområdena. Utredningen bedömer att det inte är tillräckligt att endast rekommendera regionerna att införa ett vårdval eller att upphandla verksamhet. En sådan lösning skulle innebära att det inte gjordes något intrång i det kommunala självstyret. Dock skulle det inte i samma utsträckning garantera möjligheter för aktörer att

[26] SKR, *Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2018*, 2019.

fortsätta verka, utan att vara anställd, vilket är en del av utredningens uppdrag. Utredningens förslag till två nya obligatoriska valfrihetssystem ämnar möjliggöra fortsatt verksamhet för en stor del av dessa aktörer. Med andra mindre omfattande förslag kan inte möjligheten att ansluta sig garanteras för lika många aktörer. Vilken väg man går beror på vilket/a perspektiv som prioriteras.

Flera specialister än psykiatriker

Av de nuvarande specialiteterna på nationella taxan har utredningen valt att endast föreslå ett obligatoriskt valfrihetssystem inom delar av psykiatrin, och därmed omfattande psykiatriker (se avsnitt 7.4.1). En alternativ lösning skulle vara att föreslå valfrihetssystem för flera specialiteter. Detta skulle möjliggöra för flera av de aktörer som nu är verksamma på taxan att integreras i systemet. Utredningen bedömer dock att detta skulle vara ett allt för stort intrång i det kommunala självstyret och innebära utökade uppgifter för regionerna med ett stort antal nya obligatoriska vårdval (för konsekvenser för de specialiteter som inte omfattas av obligatoriska vårdval, se avsnitt 7.5.10).

Jämförelse med scenario 2

Det andra scenariot som utredningen föreslår (se avsnitt 7.7) tar tillvara på möjligheten till småskaligt företagande och integrerar aktörerna på systemnivå, dock möjliggör det inte för lika många att fortsätta sin verksamhet. Scenario 2 är ett mindre omfattande intrång i det kommunala självstyret och har inte lika stora osäkerhetsfaktorer för huvudmännen som införandet av obligatoriska valfrihetssystem.

7.5.3 Ekonomiska konsekvenser för samhället

Att ersätta nuvarande LOL och LOF med obligatoriska valfrihetssystem innebär ett mer sammanhängande vårdsystem då det parallella anslutningssystemet försvinner. Ett mer sammanhängande system ger bättre möjlighet till uppföljning, planering och statistik både på nationell och regional nivå. Då utformningen av vårdval kommer

skilja sig åt regionalt kommer det inte uppstå enhetliga samhälleliga effekter. Bl.a. kommer det omfatta olika delar av fysioterapi och psykiatri samt införas i olika utsträckning, vilket gör att det inte går att beskriva förändringar för samhällsekonomin, varken ur resultat- eller kostnadsperspektiv. Dessa effekter träffar i stället på regional nivå. Det finns också osäkerheter kring vilka effekter valfrihetssystem har då nuvarande utvärderingar visar att det kan leda till såväl kostnadsökningar som kostnadsminskningar.[27] Det är också svårt att bedöma effekter av de föreslagna obligatoriska valfrihetssystemen inom fysioterapi och psykiatri då den enda liknande reform som genomförts är det obligatoriska vårdvalssystemet inom primärvård vilket var mer omfattande och krävde en omorganisering av hela primärvården, även den offentliga. Vårt förslag är inte lika omfattande, utan verksamhet i offentlig regi och upphandlad verksamhet kommer fortsatt kunna verka. Möjligheten att anpassa efter regionala förutsättningar gör att förslaget berör en begränsad del av vården på regional nivå och inte har direkta eller förutsägbara effekter på samhället i stort.

7.5.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Införandet av obligatoriska valfrihetssystem inom fysioterapi och psykiatri innebär ett stort ingrepp i det kommunala självstyret då det blir en skyldighet för regionerna att organisera ytterligare delar av sin vård inom ett vårdval. Detta bedöms dock vara proportionellt förutsatt syftet att integrera aktörerna i det övriga systemet. I jämförelse med de befintliga regelverken för läkare och fysioterapeuter på den s.k. nationella taxan ger denna lösning huvudmännen bättre möjligheter att planera och styra sin verksamhet samtidigt som det garanterar möjligheter för aktörer inom de berörda professionerna att fortsätta bedriva privat verksamhet.

Obligatoriska vårdval kan beroende på tillämpning innebära vissa negativa effekter för jämlik vård (se avsnitt 7.5.8). Dock varierar dessa effekter mycket mellan olika vårdval och det är svårt att avgöra om negativa effekter för jämlikheten uppstått till följd av vårdval eller fanns tidigare. Regionerna kan påverka detta själva i bl.a. utformandet av villkor, ersättningsnivåer och geografiska avgräns-

[27] Riksrevisionen, *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? (RiR 2014:22)*, 2014.

ningar. Det är därför särskilt viktigt att regionerna säkerställer tillgång till jämlik vård i utformandet av vårdvalen.

Utredningen bedömer att nuvarande utformning av LOL och LOF i praktiken är en större inskränkning. LOL och LOF är utformade på nationell nivå och möjliggör inte anpassning till lokala förhållanden. Ersättningsnivån förhandlas också på nationell nivå. Med LOV har regionerna större möjlighet att påverka både utformningen av verksamheten och ersättningen. Valfrihetsmodellen är utformad med hänsyn till regionernas självstyre. Regionerna utformar själva sitt specifika system och sina förfrågningsunderlag utifrån lokala förutsättningar, preferenser och behov. Regionen kan fastställa krav för vården samt besluta om vilka tjänster som ska ingå i valfrihetssystemet. Dessutom är det regionen som bestämmer hur tjänsterna ska utföras, hur ersättningssystemet utformas samt hur invånarna informeras om systemet. Såväl inom valfrihetssystem för fysioterapi som psykiatri finns stora möjligheter att anpassa vad som ska tillhandhållas, tex. om fysioterapi ska vara avgränsat till en viss typ av rehabilitering eller om psykiatri ska vara avgränsat till mindre uppdrag eller mindre spetskliniker med få kompetenser.

Den huvudsakliga skillnaden är att det är frivilligt att ingå ett samverkansavtal (även om det i praktiken inte är möjligt för regionerna att avsluta eller justera befintliga avtal) medan valfrihetssystem inom fysioterapi och psykiatri skulle vara obligatoriska. Obligatoriskt vårdval bedöms vara mer hanterligt för regionerna än LOL och LOF då etableringar genom taxan är på livstid. Avtal enligt LOV tecknas under en på förhand bestämd tidsperiod varefter man löpande följer upp om vårdgivaren uppfyllt de på förhand bestämda villkoren. Med LOL och LOF har regionen ingen möjlighet att utforma verksamheten. Det finns mycket begränsad möjlighet för regionen att avsluta ett ingått avtal om etablering enligt LOL och LOF. Möjligheterna för regionerna att utvärdera verksamheten är mindre vid anslutning via LOL och LOF än vid anslutning via LOV (se avsnitt 6.3 i vårt tredje delbetänkande God och Nära Vård. Vård i samverkan (SOU 2019:29) för en mer utförlig beskrivning av svårigheterna med uppföljning ur huvudmännens perspektiv). Om en vårdgivare på taxan väljer att sälja vidare sin etablering så måste regionen godkänna högstbjudande om den uppfyller de grundläggande kraven. Detta gör att det i praktiken inte är frivilligt för regionen att ingå ett samverkansavtal med en vårdgivare som köper en

existerande etablering. I praktiken är alltså LOL och LOF ett större ingrepp i det kommunala självstyret än obligatoriskt vårdval, där regionen själv styr villkor och ersättning.

De nuvarande etableringarna är förhållandevis få och koncentrerade till större städer (avseende både läkare och fysioterapeuter är de flesta taxeanslutna verksamma i Stockholm, följt av Skåne och Västra Götaland).[28] Ett obligatoriskt vårdval skulle behöva tillhandahållas i regioner som för närvarande inte har några, eller enbart ett fåtal etableringar. Det skulle potentiellt också möjliggöra att aktörerna får en större spridning och inte koncentreras endast till större städer. Syftet med utredningens förslag är att möjliggöra integration av vårdgivare som får ersättning enligt den nationella taxan i det existerande systemet. En utgångspunkt för utredningen är att det ska finnas möjlighet att verka i den offentligt finansierade vården på olika sätt, och att eget företagande är ett av dem. Den alternativa lösningen att avskaffa LOL och LOF utan krav på regionerna att tillhandhålla ett annat sätt för privata aktörer att ansluta sig till det offentligt finansierade systemet skulle göra att dessa aktörer saknar ett naturligt sätt att integreras i systemet. Att avskaffa taxan utan möjlighet till anslutning någon annanstans skulle ha negativa konsekvenser för företagen, se avsnitt 7.5.12.

7.5.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna

Det nya ansvar som åläggs regionerna är att det ska inrättas valfrihetssystem inom fysioterapi och psykiatri. Det finns betydande skillnader mellan detta förslag och obligatoriskt vårdval i primärvården. Detta då vi inte föreslår att all fysioterapi eller all psykiatri måste erbjudas genom valfrihetssystem utan endast en del av det, som regionen själva avgör. Då vårdvalet i primärvården är det enda befintliga obligatoriska valfrihetssystemet är det ändå av intresse att utgå från detta.

Vid införandet av obligatoriskt vårdval i primärvården gjorde regeringen bedömningen att obligatoriska vårdval inte medförde direkta konsekvenser för landstingens ekonomi då det inte innebar nya uppgifter. Det var fortsatt landstingen (numera regionerna) som

[28] SKR, *Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2018*, 2019.

beslutade om budgeten för hälso- och sjukvården. Landstingen ålades inte ett ansvar att tillhandahålla något mer eller annat än tidigare. En vårdvalsmodell bedömdes således inte öka landstingets kostnader för vården i sig. Vilket resursutrymme som avsätts till vården skulle fortsatt vara ett politiskt ställningstagande i varje enskilt landsting.[29] Sedan införandet av obligatoriskt vårdval har det gjorts ett antal utvärderingar av faktiska effekter av olika valfrihetskonstruktioner som utredning redogör för nedan.

I majoriteten av de undersökningar och utvärderingar som gjorts av vårdval finns inte belägg för varken positiva eller negativa ekonomiska effekter. I de flesta fall har kostnadsutvecklingen varit oförändrad jämfört med före införandet av vårdval.[30] Dock skiljer sig de ekonomiska konsekvenserna något mellan regionerna och form av vårdval. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) genomförde 2014 en utvärdering av införandet av obligatoriskt vårdval inom primärvården som visade att primärvårdens del av den totala kostnaden för hälso- och sjukvården inte hade förändrats sedan införandet av vårdval.[31] En genomgång utförd av Region Stockholm angående kostnaden för deras vårdval visar att vårdvalen ökar i kostnader snabbare än den övriga upphandlade vården. Rapporten menar dock att den utvecklingen behöver ses i relation till i vilket skede som vårdvalen är i och det uppdämda behov som finns. Det har inte gått att jämföra förändringarna i kostnader sedan innan vårdvalen infördes i Stockholm.[32]

Det är brist i regionerna både på specialister i psykiatri och på fysioterapeuter. Enligt det nationella planeringsstödet uppger ungefär hälften av regionerna att de har brist på fysioterapeuter och 18 av 21 regioner att de har brist på psykiatriker.[33] En vårdvalskonstruktion som möjliggör en ökad konsumtion av dessa tjänster kan därför ge upphov till ökade kostnader. Denna ökade konsumtion motsvarar i det fallet ett behov som tidigare inte tillgodosetts. Det är upp till regionerna att planera sin ekonomi så att vårdbehovet kan mötas oavsett hur vården tillhandhålls.

[29] Prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården*, s. 48.
[30] Riksrevisionen, *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? (RiR 2014:22)*, 2014.
[31] Vårdanalys, *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?*, 2014, s. 153 ff.
[32] Region Stockholm, *Vårdval 10 år: Vad vet vi om dess effekter?*, 2017.
[33] Socialstyrelsen, *Nationella planeringsstödet 2019*, 2019.

Eftersom valfrihetskonstruktioner i vissa fall har lett till ökade kostnader och det i dag upplevs en brist av både psykiatriker och fysioterapeuter så skulle de nya obligatoriska valfrihetssystemen potentiellt kunna leda till ökade kostnader. Utredningen bedömer dock att åtagandet, att införa någon form av valfrihetssystem inom psykiatri och fysioterapi, går att genomföra kostnadsneutralt. Kostnaden beror på genomförandet. Det finns stor frihet för regionen att välja en mindre del av psykiatrin och fysioterapin som effektivt kan avgränsas och resurssättas. Regionerna kan även utforma avtalen på ett sätt som undviker överkonsumtion och ökade kostnader, t.ex. genom att sätta ersättningstak. Om regionen väljer att införa mer omfattande vårdvalssystem som täcker stora delar av psykiatrin och fysioterapin så skulle det kunna leda till ökade kostnader. Detta är då utifrån regionernas egna val och budgetering. Det tillkommer inte regionerna en automatisk kostnadsökning med detta förslag utan det kommer att variera beroende på hur det implementeras. Utredningen bedömer därför att finansieringsprincipen inte aktiveras. Huruvida kostnaderna ökar eller minskar jämfört med taxan går inte att beräkna då det finns många andra faktorer som kan påverka kostnaderna, bl.a. vårdbehov.

Den konkreta kostnad som tillkommer regionerna är den administrativa kostnaden för införandet av ett eller två nya valfrihetssystem. Det är en initial kostnad för utformning av de nya valfrihetssystemen. Kostnaden kommer variera mellan regioner då några redan har antingen delar av psykiatri eller fysioterapi som vårdval samt beroende på att beredningen och omfattningen av vårdvalen kommer variera regionalt. Den därefter följande kostnaden för kontinuerlig förvaltning bedöms kunna göras inom ramen för regionernas ordinarie administration och leder inte till ett utökat uppdrag eller ökade kostnader.

Det som i praktiken tillkommer regionerna är alltså arbetet med att utreda vad de vill erbjuda inom ett vårdval samt utformningen av förfrågningsunderlag. Utredningen har efter kontakt med regionförvaltningar bedömt att utvecklandet av ett vårdval kräver ungefär motsvarande 1 heltidstjänst, under 14 månaders tid. Detta omfattar tid för utredning av möjlig utformning av förfrågningsunderlag och villkor samt utannonsering. Hela arbetsprocessen görs av flera professioner i samverkan, bl.a. ekonomer, medicinskt sakkunniga, jurister och kommunikatörer. Då det är flera olika kompetenser som krävs

med olika lönenivåer har utredningen utgått från en schablonlön på 40 000 kronor per månad. Till detta tillkommer arbetsgivaravgifter och försäkringar till en kostnad av 53 970 kronor per månad för regionen. Personalkostnaden under hela perioden blir då ca 755 580 kronor. Då det rör sig om två valfrihetssystem blir kostnaden för en region totalt ca 1 511 160 kronor. Detta är en engångskostnad för den initiala utformningen vilket utredningen bedömer bör finansieras med ett riktat statsbidrag (se avsnitt 7.5.6).

7.5.6 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten

Det kan tillkomma en eventuell kostnad för staten i form av ökat antal mål om rättelse i domstol. En leverantör som anser att en upphandlande myndighet brutit mot en bestämmelse i LOV, får ansöka om rättelse hos allmän förvaltningsdomstol. Det totala antalet mål som rör sådan rättelse är dock relativt få, endast ett tiotal mål per år har inkommit till de allmänna förvaltningsdomstolarna.[34] Det obligatoriska vårdvalet för primärvård är mer omfattande än vårdval för fysioterapi och psykiatri och i flera län finns ett flertal olika vårdval. Det finns ingen anledning att förvänta sig att vårdvalen inom fysioterapi och psykiatri skulle leda till ett stort antal mål i allmän förvaltningsdomstol. Det ökade antalet ansökningar om rättelse och kostnaden som följer kan alltså inte förväntas vara av den storleksordning att den utvidgar domstolarnas uppdrag och kräver en tillförsel av medel för att hanteras.

Utredningen föreslår att den tillkommande kostnaden för införande av två nya valfrihetssystem finansieras av staten genom ett tillfälligt statsbidrag. Utredningen bedömer att kostnaden för utformningen av två nya valfrihetssystem är ca 1 511 160 kronor (se avsnitt 7.5.5). I dag har tre regioner vårdval inom fysioterapi och tre inom psykiatri Med tanke på det föreslagna ikraftträdandet 2028 kan det då vara fler eller färre regioner som har dessa valfrihetssystem. Utredningen utgår därför från att denna kostnad tillkommer alla 21 regioner. Den totala kostnaden för staten blir då ca 32 mnkr, vilka föreslås tilldelas regionerna under 2027, som ett led i förberedelserna för införandet.

[34] SOU 2016:78, *Ordning och reda i välfärden*, s. 600.

7.5.7 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna

Avskaffandet av LOL och LOF och införandet av ett obligatoriskt valfrihetssystem inom psykiatri och fysioterapi kan få vissa konsekvenser för samverkan mellan den kommunala och regionala hälso- och sjukvården. Att alla aktörer är anslutna enligt ett enhetligt system gör det tydligare för kommunerna att veta vilka de kan samarbeta med. Inom både fysioterapi och psykiatri är det viktigt med samverkan mellan kommun och region då de grupper som berörs ofta har behov av insatser från flera olika utförare. Hur samverkan ska ske varierar mellan regionerna utifrån lokala samverkansavtal och ansvarsfördelningar. Det är viktigt vid utformandet av dessa vårdval att samverkan med kommunen tas till vara av regionerna och skrivs med i förfrågningsunderlag.

7.5.8 Konsekvenser för en jämlik vård

Ett antal undersökningar har visat att införande av vårdval i större utsträckning gynnat socioekonomiskt starka grupper än svaga. I en forskningssammanställning från 2017 behandlas sex vetenskapliga studier och nio offentliga rapporter. Denna undersökning visadeatt effekterna var svåra att följa upp och att det saknades övergripande undersökningar av vårdvalens påverkan på jämlik vård. Slutsatsen var dock att existerande utvärderingar visar på att införandet av vårdval främst gynnat dem i grupper med högre välstånd och låga vårdbehov även om effekterna var förhållandevis små.[35] De analyser som finns är främst inriktade på förändringen efter vårdvalet. En brist i forskningen generellt är att det finns ytterst lite analys när det gäller den fråga som väcktes före vårdvalsreformens införande, dvs. om det redan fanns ojämlikheter i vården och att vårdvalsreformen inte gav förutsättningar att förändra det. Det är också många faktorer som påverkar detta samtidigt.[36] Man bör därför vara försiktig med att dra alltför stora slutsatser utifrån detta.

Innan införandet av vårdval psykiatri i Östergötland fanns en farhåga bland personalen att ersättningssystemet skulle bidra till att köerna för nybesök skulle bli kortare samtidigt som patienter med

[35] Burström, B., Burström, K., Nilsson, G. et al. *Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping review*. Int J Equity Health 16, 29, 2017.
[36] SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*, s. 176–178.

behov av kontinuerlig behandling skulle trängas undan. Detta stärks dock inte av resultat från registerdata som visar att antalet besök per patient i genomsnitt har legat på samma nivå under de senaste åren, trots att antalet patienter har ökat betydligt. Några diagnosgrupper har fler besök per patient och andra färre, men dessa fluktuationer och förändringar fanns även innan vårdval infördes. Det fanns således ingen tydlig koppling mellan befarad undanträngningseffekt för vissa patientgrupper och införandet av vårdval. Dock fördelas patienter med olika vårdbehov ojämnt mellan olika utförare. Patienter med komplex sjukdomsbild och med större vårdbehov behandlas i större utsträckning i offentlig verksamhet. I en utvärdering föreslås flera olika skäl till detta. Bland annat så har dessa patienter p.g.a. sin sjukdomsbild svårare att göra val. Representanter för vårdgivarna uppger att ersättningssystemet gör det svårare för dem att tillhandahålla vård till de grupper som har stora behov.[37]

Sammanfattningsvis finns det en farhåga att införandet av vårdval leder till ökad ojämlikhet. Regionerna utformar själva hur vårdvalet ska se ut. Det är särskilt viktigt att regionerna tar hänsyn till jämlik vård i utformandet av vårdvalet. Utredningen Styrning för en jämlik vård genomförde nyligen en översyn av jämlikheten inom vården. De föreslog ett antal ändringar i det obligatoriska vårdvalet inom regionernas primärvård med syftet att det skulle vara mer jämlikt fördelat.[38] Betänkandet bereds för närvarande i Regeringskansliet.

7.5.9 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården

Det finns inte tillräckliga evidens för varken positiva eller negativa konsekvenser för patientsäkerheten och de medicinska resultaten genom införandet av vårdval. Detta beror delvis på bristen på uppföljning av resultaten i primärvården, som är det enda område där vårdval är obligatoriskt. Det är därför svårt att dra någon slutsats angående detta.

Vårdanalys uppföljning 2014 visade att primärvårdens kostnadsandel inte har förändrats sedan införandet av obligatoriskt vårdval. Eftersom andelen besök i primärvården ökat kan det tolkas som att

[37] Region Östergötland, Enheten för forskningsstöd, *Uppföljning av vårdval inom öppen specialiserad vuxenpsykiatri i region Östergötland*, 2018, s. 14–15, 28–31.
[38] SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*.

produktiviteten ökat. Vårdanalys studie visade dock att denna form av produktivitet varierade mycket mellan regionerna. Under tidsperioden 2006–2012 ökade antalet läkar- och sjuksköterskebesök i vissa regioner medan den minskade eller var relativt oförändrad i andra regioner.[39] Om den ökade produktiviteten inneburit en ökad effektivitet är dock svårt att säga någonting om. I en översikt av vårdvalsreformen från 2016 bedöms att det inte går att säga särskilt mycket om hur vårdvalet påverkat primärvårdens effektivitet utifrån dessa produktivitetsmått eftersom det saknas information om medicinska resultat av insatser, vårdbesökens innehåll och hur långa de är, besökens fördelning mellan olika grupper i befolkningen samt andra insatser vid sidan av besök.[40]

Förslaget att införa ytterligare obligatoriska vårdval innebär att medborgarna kommer behöva ta en mer aktiv roll i sin kontakt med vården och välja utförare i större utsträckning. På samhällsnivå innebär detta att relationen till vården blir mer påtaglig då invånarna blir konsumenter av vården.

7.5.10 Konsekvenser för vårdens professioner

De personer som i dag är verksamma på taxan och inte kan eller vill fortsätta bedriva sin verksamhet (med de anpassningar som eventuellt krävs) kommer behöva ta anställning antingen privat eller offentligt. Detta gäller främst de läkare utöver psykiatriker som i dag är anslutna på taxan. För nuvarande är 638 läkare som inte är psykiatriker anslutna genom LOL. När anslutningen via LOL avslutas kommer de vårdtillfällen som dessa läkare nu erbjuder försvinna efter övergångsperioden. Det frigörs medel för regionen att skapa flera anställningar och täcka upp för dessa uteblivna vårdtillfällen. En stor andel av läkarna på nationella taxan är också i pensionsålder och förväntas ha kort kvarvarande aktiv tid i arbetslivet (se avsnitt 7.4.2, s. 17–18). Det skulle kunna finnas en viss risk att det uppstår en arbetsbrist för personer med viss specifik kompetens då det under kort tid tillkommer ett stort antal personer till arbetsmarknaden. Dock är denna risk begränsad då det överlag råder brist på med-

[39] Vårdanalys, *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?*, 2014, s. 153 ff.
[40] SOU 2016:78, *Ordning och reda i välfärden*.

arbetare i hälso- och sjukvården, och det enligt förslaget är en lång övergångstid innan obligatoriet träder i kraft.

Även de fysioterapeuter och psykiatriker som inte kan eller vill bedriva ett eget företag under de nya förutsättningarna kommer behöva söka en anställning (se även avsnitt 7.5.12).

7.5.11 Konsekvenser för sysselsättningen

Att införa obligatoriska valfrihetssystem inom fysioterapi och psykiatri möjliggör etablering av flera företag inom dessa verksamheter, samtidigt som upphävandet av LOL och LOF innebär att andra etableringar försvinner. De nya etableringarna kan innebära ett ökat antal arbetstillfällen. De professioner som skulle beröras av detta är främst psykiatriker och fysioterapeuter men också närliggande professioner som psykologer, sjuksköterskor och administrativ personal. Det är svårt att uppskatta denna effekt då det beror på hur vårdvalen utformas regionalt. Ungefär hälften av regionerna uppger att de har brist på fysioterapeuter och 18 av 21 regioner uppger att de har brist på psykiatriker. Att det finns fler arbetstillfällen påverkar inte hur många utbildade som finns tillgängliga. Dock kan införandet av obligatoriska vårdval innebära att flera utbildar sig till dessa yrken om marknaden framstår som bredare och mer attraktiv.

7.5.12 Konsekvenser för företagen

Att avskaffa LOL och LOF och i stället införa obligatoriska valfrihetssystem inom psykiatri och fysioterapi kommer möjliggöra ett ökat företagande med mer privat etablering på lika grunder. Många nuvarande aktörer på taxan kommer behöva avveckla sin verksamhet eller göra förändringar för att fortsätta bedriva den.

De företag som kommer påverkas av denna förändring är:

- vårdföretag som tillhandhåller tjänster inom fysioterapi eller psykiatri. Både företag som är anslutna via LOU och LOV,
- företag som vill kunna utföra psykiatri och fysioterapi men i dag inte har möjlighet att etablera sig,
- alla som har ett samverkansavtal enligt LOL och LOF.

Konsekvenser för nuvarande företag inom psykiatri och fysioterapi

Nuvarande företag på LOV

Tre regioner har vårdval inom psykiatri. I Halland ingår vuxenpsykiatri i vårdvalet för den specialiserade öppenvården. Fyra privata aktörer är anslutna på vårdval vuxenpsykiatri i Halland.[41] Region Skåne har vårdval LARO med 13 privata aktörer anslutna.[42] Region Kronoberg införde vårdval inom barn- och ungdomspsykiatrin vid årsskiftet 2020.

Tre regioner har vårdval för fysioterapeuter. Stockholms läns landsting har vårdval specialiserad fysioterapi, i november 2019 var 274 fysioterapeuter anslutna fördelat på drygt 160 företag[43], Västra Götalandsregionen har vårdval för rehabilitering med 69 privata rehabenheter anslutna. Region Värmland har vårdval fysioterapi med 33 anslutna.[44]

Införande av obligatoriskt vårdval innebär en rättvis konkurrenssituation mellan aktörer med ett enhetligt system på samma grunder. I nuvarande system med LOL och LOF parallellt så skiljer sig ersättning och villkor baserat på vilken form av anslutning man har. Exempelvis så får i nuläget en fysioterapeut på taxan i Stockholm högre ersättning per timme än en fysioterapeut ansluten genom vårdval.

Nuvarande företag på LOU

I de flesta regionerna ansluts privata utförare inom psykiatri via LOU. Under år 2018 fanns det 393 privata utförare av specialiserad psykiatri åt regionerna.[45] Borträknat de dåvarande utförarna anslutna via LOV och LOL så innebär det att det fanns ca 350 utförare av psykiatri anslutna via LOU.[46] Det är ovanligt att ansluta fysiotera-

[41] Region Halland, *Företeckning privata vårdgivare med avtal*, 2019.
[42] Region Skåne, *Vårdval Laro*, 2020.
[43] Region Stockholm, *Lista med godkända vårdgivare inom vårdval specialiserad fysioterapi*, 2019.
[44] Region Värmland, *Anslutna fysioterapeuter*, 2019.
[45] SKR, *Köp av verksamhet 2019*, 2019.
[46] Samma utförare kan förekomma inom ett landsting i olika verksamhetsområden. En utförare kan även förekomma hos flera landsting. Utredningen har här utgått från att utförare via LOL är inräknade. Statistiken kommer från SCB:s utförarregister där regionerna själva rapporterar in vilka utförare de har köpt verksamhet av. En problematik med LOL och LOF är att de inte innefattas av ansvaret att inrapporteras i statistik, det kan därför vara så att vissa regioner inte inräknar dem.

peuter via LOU, för dem rör det sig endast om ett fåtal enheter. Att ersättningen i ett valfrihetssystem alltid följer patientens val gör också att konkurrensen blir mer jämlik än med upphandlingar där fri etablering saknas och ersättningen skiljer sig åt baserat på kontrakt. Obligatoriska vårdval uppfattas av många som en mer långsiktig anslutningsform än LOU då utförarna vet att de kommer kunna fortsätta sin verksamhet om de uppfyller villkoren. Det kan därför uppfattas vara tryggare för företagen.

Under de första åren kan det komma att finnas regioner som redan har upphandlat och avtalat verksamheter inom de aktuella områdena i kontrakt där avtalsperioden omfattar flera år till. Beroende på hur regionerna upprättar sina respektive vårdval kan dessa företag då avtalsperioden är slut, potentiellt kunna fortsätta utföra offentligt finansierad vård på olika sätt. Antingen genom att anpassa verksamheten till de nyetablerade vårdvalen och ansluta sig till dem, alternativt, om regionen fortsatt väljer att ha kvar viss verksamhet på LOU, genom att fortsatt ha möjlighet att delta i de upphandlingarna.

Framtida företag inom psykiatri och fysioterapi på LOV

Med obligatoriska valfrihetssystem inom psykiatri och fysioterapi kommer alla privata aktörer som uppfyller kraven ställda av regionen kunna ansluta sig och erhålla offentlig finansiering. Det kommer innebära ökade möjligheter för nya företag att etablera sig. Vilka möjligheter till etablering som uppstår kommer skilja sig mellan olika regioner. Delvis kommer viljan från företagen att etablera sig se olika ut. Vårdvalen kommer också vara olika utformade i olika regioner. Vid införandet av obligatoriskt vårdval primärvård etablerade sig företagen främst i större städer. Man bör dock undvika allt för mycket jämförelser med vårdval primärvård då det var ett mer omfattande uppdrag och en större reform. Den nya etableringen av företag kommer vara varierande och är svår att förutsäga.

Företag anslutna genom LOL och LOF

Detta förslag innebär att LOL och LOF avskaffas och ersätts med obligatoriska valfrihetssystem inom psykiatri och fysioterapi. Förslagen har därför stora konsekvenser för de enskilda företag som nu

är ansluta genom LOL och LOF. För att kunna fortsätta bedriva sin verksamhet med offentlig finansiering kommer de behöva ansluta sig antingen genom ett vårdval eller genom en upphandling. Möjligheterna att göra detta ser olika ut för olika professioner, i olika regioner och beroende på hur verksamheten är utformad. Om man ansluter sig genom ett annat system kan det vara andra förutsättningar för verksamheten med andra krav samt förändrade ersättningsnivåer. För de som inte har möjlighet eller inte vill ansluta sig till vårdval eller upphandlas så kan man antingen välja att bedriva sin verksamhet med privat finansiering eller avveckla denna. För konsekvenser för de individer som avvecklar sin verksamhet och inte har möjlighet eller vill ansluta sig som företagare i ett annat system, se avsnitt 7.5.10.

För fysioterapeuter kommer obligatoriskt vårdval innebära mer likvärdiga möjligheter att ansluta sig och en mer likvärdig konkurrens då alla kommer vara på samma system. Fysioterapeuternas professions- och fackförbund har framfört kritik mot valfrihetssystemen för fysioterapeuter. De anser bl.a. att avtalstiderna är för korta och att kraven som ställs i vårdvalsavtalen så som de är utformade nu främst gynnar större aktörer och gör det svårt för småföretagare.[47] Konsekvenserna för de fysioterapeuters företag som nu är anslutna genom LOF kommer se olika ut beroende på hur vårdvalsavtalen utformas. Med viss utformning av avtal så kan de aktuella företagen gå direkt över på vårdval. Avtalen kan också utformas så att det innebär förändrade förutsättningar för verksamheten och att företagen måste göra anpassningar för att uppnå kraven. Om vårdvalsavtalen har höga specifika krav på t.ex. tillgång till personal och lokal så kan det innebära att fysioterapeuterna som nu är aktuella på taxan inte har möjlighet att ansluta sig. Samtidigt kommer det som tidigare nämnts innebära att andra företag med andra utformningar kommer ha möjlighet att etablera sig.

Även för psykiatrikerna så beror konsekvenserna på hur avtalen utformas. De nuvarande psykiatriföretagen som är anslutna på taxan är främst enpersons-mottagningar. För att dessa ska kunna fortsätta bedriva sin verksamhet med offentlig finansiering så behöver avtalen i ett valfrihetssystem möjliggöra anslutning för enskilda psykiatriker. Detta innebära att vissa av de företag som nu är aktiva kan behöva avveckla sin verksamhet då förutsättningarna förändras.

[47] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*.

Samtidigt kommer det möjliggöra att flera företag kan etablera sig och att dessa kan etablera sig i ett mer enhetligt system.

För fysioterapeuter och övriga läkarspecialiteter än psykiatriker så kommer de behöva avveckla sin verksamhet enligt övergångsbestämmelser. De kan fortsätta bedriva sin verksamhet med offentlig finansiering om ett vårdval finns som de kan ansluta sig till eller om regionen väljer att köpa deras tjänster via offentlig upphandling. Det skiljer sig mellan regionerna om vårdval finns. Det kan i vissa regioner tillkomma vårdval för att fånga upp detta men det är frivilligt.

Då taxan avskaffas försvinner möjligheten att sälja sin etablering. Detta gäller dock själva samverkansavtalet med regionen. Man kan fortsatt sälja t.ex. sin lokal, utrustning och därmed följande immateriella värden.

7.5.13 Konsekvenser för EU-rätten

Även vid tillämpning av valfrihetssystem inom psykiatri och fysioterapi ska regionerna behandla vårdgivarna på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt och beakta principerna om öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet. Principerna härrör från Fördraget om Europeiska unionens funktionssätts, EUF-fördragets, principer, framför allt från de om fri rörlighet för varor, etableringsfrihet och frihet att tillhandahålla tjänster. Att dessa grundläggande principer ska beaktas vid inrättande av valfrihetssystem kommer i svensk lagstiftning till uttryck i 1 kap. 2 § LOV. Förslaget om inrättande av fler obligatoriska valfrihetssystem bedöms därmed förenligt med EU-rätten.

7.5.14 Övriga konsekvenser

Utredningen bedömer att förslagen inte har några konsekvenser för miljön, för jämställdheten mellan könen, för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen eller för det brottsförebyggande arbetet.

7.6 Ikraftträdande – scenario 1

Utredningens förslag: Den nya bestämmelsen i 7 kap. 3 a § HSL föreslås träda i kraft den 1 juli 2028.

Skäl för utredningens förslag

Utredningen bedömer att inrättande av valfrihetssystem inom de två vårdområden som vi föreslår inte kräver ett omfattande förberedelsearbete för regionerna. Samtliga regioner är i och med det obligatoriska vårdvalssystemet inom primärvården bekanta med ett inrättande som sådant. De nu tillkommande valfrihetssystemen ska dock formuleras och preciseras av regionerna och det nya valfrihetssystemens relation till redan befintligt vårdvalssystem inom primärvården och till eventuella övriga vårdval kommer behöva ses över.

För att regionerna inte, p.g.a. en ytterligare form för anslutning till den offentligt finansierade vården, ska riskera att belastas med parallella kostnader för den aktuella vården bedömer vi dock att den föreslagna bestämmelsen inte kan införas förrän den 1 juli 2028 (dvs. då LOL och LOF enligt vårt förslag inte längre ska tillämpas för de aktörer som i dag verkar med stöd av dessa lagar, se avsnitt 7.4.2). Det finns dock inget som hindrar regionerna från att inrätta valfrihetssystem inom dessa områden tidigare.

Med beaktande av ovan föreslår vi att 7 kap. 3 a § HSL ska träda i kraft den 1 juli 2028.

7.7 Scenario 2

7.7.1 Ett nytt kompletterande system för anslutning till offentligt finansierad vård i syfte att främja hälso- och sjukvård i hela landet

Utredningens förslag: Ett nytt kompletterande system för anslutning till den offentligt finansierade vården ska införas genom *lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet*. Det nationellt utformade systemet syftar till att skapa långsiktighet och bättre förutsättningar för en jämlik vård i hela landet och möjlig-

gör etableringar av mindre hälso- och sjukvårdsaktörer i glesbygd. Regionerna ges goda planeringsförutsättningar och genom att staten föreslås vara delfinansiär av vården skapas incitament för etablering i områden där vårdutbudet är litet. Det nya kompletterande systemet innebär att LOL och LOF upphävs. Övergångsbestämmelser ger de vårdgivare som i dag verkar med stöd av LOL och LOF möjlighet att ställa om eller avsluta sin verksamhet utifrån de nya förutsättningarna.

Skäl för utredningens förslag

Det behövs ett kompletterande sätt att bedriva hälso- och sjukvård

När regionen i stället för att bedriva verksamhet i egen regi väljer att köpa in hälso- och sjukvårdstjänster kan det göras på flera olika sätt. Det kan t.ex. ske genom inrättande av valfrihetssystem med stöd av LOV, vilket regionen är skyldig att göra avseende primärvården. Med valfrihetssystem avses ett förfarande där den enskilde har rätt att välja den leverantör som ska utföra tjänsten och som en upphandlande myndighet godkänt och tecknat kontrakt med. Det kan också ske genom upphandling med stöd av LOU. LOU tillämpas när en upphandlande myndighet anskaffar varor eller tjänster genom tilldelning av kontrakt.[48] Även om det vanligen inte sker i praktiken inom hälso- och sjukvården, finns också möjlighet att tillämpa lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner, LUK. Det ska göras i de fall det är så kallade koncessioner som ska upphandlas.[49] Avseende verksamhet bedriven av legitimerade fysioterapeuter och vissa specialistläkare finns också möjlighet att tillämpa LOL och LOF.

[48] Med ett kontrakt avses ett skriftligt avtal med ekonomiska villkor som ingås mellan en eller flera upphandlande myndigheter och en eller flera leverantörer och som avser leverans av varor, tillhandahållande av tjänster eller utförande av byggentreprenad, se 1 kap. 15 § LOU.
[49] Med koncession avses ett skriftligt kontrakt med ekonomiska villkor som ingås mellan en upphandlande myndighet och en koncessionshavare, där ersättningen för tjänsterna utgörs antingen av enbart rätten att ta betalt för och utnyttja föremålet för koncessionen eller dels av en sådan rätt, dels betalning. Det krävs vidare att kontraktet innebär att de kommersiella riskerna med verksamheten till övervägande del övertas av koncessionshavaren, se 1 kap. 13 § LUK.

När valfrihetssystem med stöd av LOV inrättas inom ett vårdområde finns utrymme att dela upp ett vårdval i flera geografiska områden och bestämma olika villkor för olika områden.[50] Högre ersättning kan t.ex. bestämmas för verksamhetsbedrivande i glesbygdsområden. Även vid upphandlingar med stöd av LOU kan regioner avgöra ersättningsnivåer och andra villkor utifrån tillgången på vårdgivare och behovet av etablering. I de alltjämt gällande LOL och LOF finns vidare regler om att en särskild högre ersättning ska utgå för vård som ges enligt dessa lagar i så kallade stödområden.[51]

Trots flera sätt att köpa in hälso- och sjukvårdstjänster och möjligheter att utifrån lokala förutsättningar anpassa villkoren, råder brist på etablering av vårdgivare i flera delar av landet, särskilt de glest befolkade. Möjligheten att lämna en särskild högre ersättning vid verksamhet med stöd av LOL eller LOF i stödområden utnyttjas i liten utsträckning. Utredningen väljer därför att lämna förslag på ett kompletterande sätt med andra incitament för etablering än i dag för privata aktörer med offentlig finansiering att bedriva vård i glesbygd.

Ett nytt kompletterande sätt för regionerna att anskaffa hälso- och sjukvårdstjänster i syfte att främja vård i hela landet

Vi föreslår ett nytt, kompletterande och i förhållande till LOL och LOF utvecklat system som tar avstamp i syftet att för en jämlik vård i hela landet främja hälso- och sjukvården där utmaningarna med att kompetensförsörja och etablera vård är som störst. Systemet möjliggör för vissa regioner att, som ett alternativ till ett upphandlingsförfarande enligt LOU eller ett vårdvalsförfarande enligt LOV, göra inköp av hälso- och sjukvårdstjänster i glesbygdsområden. Genom denna möjlighet för regionerna ges bättre förutsättningar för mindre hälso- och sjukvårdsaktörer att etablera sig och verka i glesbygd. En ny lag föreslås som reglerar detta system – *lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet*. Lagen kan tillämpas av den region som har ett eller flera områden som kan betecknas som glesbygd inom sitt geografiska ansvarsområde. När en sådan region i sitt planeringsansvar för hälso- och sjukvården identifierar ett behov av en

[50] Se resonemang som hänvisats till ovan i SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*.
[51] 20 § LOL och 20 § LOF.

viss vårdgivare inom ett sådant glesbygdsområde, kan regionen, för etablering inom området, tillämpa den nu föreslagna lagen.

19 kapitlet LOU, som ska tillämpas när upphandlande myndigheter anskaffar hälso- och sjukvårdstjänster genom tecknande av kontrakt, ska, i de delar särskilda bestämmelser i lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet inte anger något annat, tillämpas när regionen avser att köpa in hälso- och sjukvårdstjänster med stöd av den nya föreslagna lagen. Bestämmelserna i 19 kapitlet LOU bl.a. om hur annonsering och tilldelning av kontrakt ska gå till, liksom bestämmelserna om information till anbudsgivare och om dokumentation av en upphandling ska således tillämpas. I 19 kapitlet LOU hänvisas vidare till andra kapitel i samma lag som blir gällande även vid tillämpning av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet, däribland kapitel 20 och 21. De kapitlen innehåller bestämmelser om avtalsspärr, överprövning, skadestånd och upphandlingsskadeavgift. Även 22 kapitlet LOU är tillämpligt, vilket innehåller regler om tillsyn över regionernas förfarande kring avtalstecknande.

Av 19 kapitlet LOU följer vidare att endast begränsade bestämmelser är tillämpliga när värdet av den tjänst som regionen avser att köpa in understiger det s.k. tröskelvärdet.[52] När så är fallet tillämpas i princip endast vissa regler om annonsering och förfarande kring anbudsbeslut samt reglerna om avtalsspärr, överprövning, skadestånd, upphandlingsskadeavgift och tillsyn.

Den av oss föreslagna lagen har således sin grund i LOU och inköpen av hälso- och sjukvårdstjänster med stöd av den nya lagen liknar i stora delar förfarandet vid inköp av hälso- och sjukvårdstjänster med stöd av LOU. Särskiljande i förhållande till LOU med den föreslagna lagen är, förutom att den endast kan tillämpas för hälso- och sjukvårdsetablering i glesbygd, att modellen för ersättning till vårdgivarna är nationellt utformad och fastställd av en statlig myndighet. Särskiljande är vidare att lagen endast kan tillämpas avseende vissa angivna professioner och att avtal om vårdbedrivande tecknas, liksom i dag vid tillämpning av LOL eller LOF, med den enskilde vårdgivaren. Vidare, för att möjliggöra en tryggad försörjning och därmed skapa ökade incitament för etablering, ges möjlighet att teckna avtal om att bedriva vård med stöd av lagen som löper i upp till sju år. För att skapa incitament för regionerna att tillämpa

[52] Tröskelvärdet vid upphandling av sådana sociala och andra särskilda tjänster som hälso- och sjukvårdstjänster utgör är 7 701 675 kronor från den 1 januari 2020.

den nya lagen och således för etablering i glesbygd, föreslås vidare att staten bidrar i finansieringen av den vård som lämnas.

Utvecklande av de särskiljande delarna

Vad som utgör glesbygd

Lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet är tillämpbar i sådana områden som vi betecknar som glesbygd. Med glesbygd avser vi i detta förslag områden som har en glest utspridd befolkning och som präglas av långa avstånd till större städer. Glesbefolkade områden har särskilda svårigheter med kompetensförsörjningen. Även andra områden än sådana som är glesbefolkade kan ha svårt att kompetensförsörja sina verksamheter, särskilt socioekonomiskt utsatta områden. I glesbefolkade områden är dock de geografiska förutsättningarna sådana att det är ändamålsenligt med ett specifikt system med särskilda incitament för att skapa långsiktiga förutsättningar för etablering och kompetensförsörjning.

Vår definition av glesbygd är kommuner där mer än hälften av invånarna bor i områden med en befolkningstäthet på under 300 boende per km^2. I dessa kommuner får etablering endast ske på platser belägna minst 30 min med bil från en tätort med 10 000 eller fler invånare. Om etablering görs i en tätort som uppfyller övriga krav får tätorten ha högst 6 000 invånare. Med denna definition innefattas 130 kommuner och totalt sett en befolkning om 1 620 000 invånare.[53] Utesluter man områden i dessa kommuner som inte uppfyller kraven på avstånd till tätort och tätortsstorlek så är det ca 1 200 000 invånare som innefattas av detta.

Definitionen av glesbygd som ett område med en befolkningstäthet på under 300 invånare per km^2, är framtagen av EU:s statistikmyndighet Eurostat. Detta mått används återkommande i svensk kontext, bl.a. i en rapport från Vårdanalys, där en tydlig korrelation mellan glesbygd och brist på läkarkompetens kunnat identifieras.[54] Vår avgränsning är på kommunnivå för att uppnå flexibilitet genom att peka ut större glesbygdsområden där etableringen kan centraliseras i mindre tätorter. Att centralisera mottagningarna möjliggör

[53] Tillväxtanalys, *Bättre statistik för bättre regional- och landsbygdspolitik*, 2014.
[54] Vårdanalys, *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*, 2017.

etablering i områden med tillräckliga patientunderlag samtidigt som kompetenserna tillgängliggörs för glesbygden.

En möjlig problematik med denna indelning är att den utestänger glesbefolkade områden i kommuner som i övrigt är tätbefolkade. Detta drabbar främst områden i norr där det finns särskilt stora kommuner. För att åtgärda detta skulle man kunna tänka sig en eventuell komplettering med mindre uppdelningar, till exempel distriktsuppdelning. Dock är distriktsindelningarna mycket små och varierande över landet och tillåter inte samma flexibilitet. Därför anser vi att kommuner räcker som avgränsning och fångar upp tillräckligt många områden för att definitionen ska vara ändamålsenlig.

Den föreslagna definitionen av glesbygd anges i den nya föreslagna *förordningen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet*. Om en annan definition av glesbygd och därmed en tillämpning av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet inom ett annat geografiskt område än det vi föreslår önskas, möjliggör en förordningsändring detta. Så skulle t.ex. kunna vara aktuellt vid förändrade förutsättningar kring befolkningstäthet.

Ett ersättningssystem som är nationellt utformat

I syfte att skapa bättre förutsättningar och incitament för regionerna att tillämpa den nya lagstiftningen, samt främja jämlik tillgång till vård i hela landet, föreslår vi att den ersättning som ska utgå för vård lämnad med stöd av den nya lagen ska utformas och bestämmas på nationell nivå. Härigenom säkerställs en viss nivå på ersättningen och därmed skapas förutsebarhet och incitament för vårdgivare att etablera sig i sådana geografiska områden som det nu är fråga om. Frågan om ett nationellt utformat ersättningssystem utvecklas i avsnitt 7.7.2.

Vårdgivare vars tjänster regionerna kan köpa in

De vårdgivare vars hälso- och sjukvårdstjänster regionerna kan köpa in med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet, är legitimerade fysioterapeuter och läkare med sådan specialistkompetens som i dag har möjlighet att verka med stöd av LOL, dock inte läkare med specialitet i allmänmedicin. Att dessa profes-

sioner omfattas anges i den ovan nämnda föreslagna nya förordningen. Lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet är utformad för att kunna tillämpas även avseende andra professioner än de nu angivna, om det framöver finns en samsyn kring att det vore ändamålsenligt. En förordningsändring gör det då möjligt att inkludera även andra professioner. Givet att utredningens uppdrag rör de vårdgivare som i dag verkar med stöd av LOL och LOF, har utredningen inte utrett frågan om möjligheten att inkludera andra professioner än legitimerade fysioterapeuter och aktuella specialistläkare i det nya systemet.

Att läkare med specialitet i allmänmedicin inte ska ha möjlighet att verka med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet beror på deras möjligheter att i stället verka inom det obligatoriska vårdvalssystemet för primärvården. För ett mer utvecklat resonemang kring detta, se avsnitt 7.2.2, s. 7.

Mot bakgrund av att läkarvårdsersättning inte lämnas till en läkare för verksamhet inom företagshälsovård eller elevhälsa som avser medicinska insatser enligt 2 kap. 25 § skollagen (2010:800) och fysioterapiersättning inte lämnas till en fysioterapeut för verksamhet inom företagshälsovård, omfattas inte sådan verksamhet av de tjänster som regionen kan köpa in med stöd av den nya föreslagna lagen.

Urvalet av vårdgivare

Vårt förslag till ny lagstiftning innebär att urvalet av den eller de vårdgivare som regionen ingår avtal med uteslutande ska göras utifrån kvalitetskriterier. Vad som utgör god kvalitet i den hälso- och sjukvårdstjänst som regionen efterfrågar och hur utvärdering kommer att ske, ska vara känt för vårdgivarna på förhand. Att urvalet ska göras enbart utifrån kvalitetskriterier, beror på utredningens förslag om en ersättning bestämd på förhand, reglerad på nationell nivå. Möjlighet att i urvalet av vårdgivare beakta parametern pris är således inte aktuellt.[55] Vilka kvalitetskriterier, och således vad som utgör god kvalitet, samt hur olika kriterier viktas i förhållande till varandra, är upp till respektive region att avgöra. Kriterierna kan och bör utformas utifrån regionens behov och efterfrågan och med hänsyn till

[55] Jfr urvalet vid offentlig upphandling med stöd av LOU, då kontrakt ska ingås med den leverantör vars anbud är det ekonomiskt mest fördelaktiga, vilket ska utvärderas utifrån kostnad, pris eller bästa förhållande mellan pris och kvalitet, se 19 kap. 24 § LOU.

vilken tjänst som ska köpas in. Vid bestämmandet av kvalitetskriterierna och vid urvalet ska regionen dock behandla vårdgivarna på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt och beakta de upphandlingsrättsliga principerna om öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet. Kriterierna som ligger till grund för urvalet och tilldelningen måste också vara kopplade till upphandlingsföremålet, dvs. relevanta.

En i lag angiven möjlighet till lång avtalstid

Till utredningen har framförts, särskilt från yngre representanter för hälso- och sjukvården, att det finns ett intresse för möjligheten att flytta från storstadsmiljö till områden i landet som är mindre befolkade och med andra livsförutsättningar. En flytt till ett sådant område som det nu är fråga om, innebär för många av hälso- och sjukvårdens medarbetare, samt för dennes eventuella medföljande familj, en stor omställning på många plan. Att starta upp en ny verksamhet innebär förstås också stora investeringskostnader. För att medarbetaren ska vara beredd att göra de personliga och ekonomiska satsningar som krävs, behövs en garanti om en viss avtalstid under en tid framöver. Samtidigt är det nödvändigt att beakta de EU-rättsliga aspekterna på frågan. En del i kritiken mot LOL och LOF är att de samverkansavtal som tecknas med stöd av lagarna gäller på obegränsad tid. Utifrån upprätthållandet av konkurrensen kan lämpligheten i detta ifrågasättas.

I den svenska upphandlingslagstiftningen finns för vissa typer av avtal regler kring tillåten maximal löptid. Reglerna kring löptid är olika beroende på tillämplig lagstiftning, typ av tjänst och inköpsvärde. Förekomsten av bestämmelser om en maximal tillåten avtalstid beror på avtalens konkurrensbegränsande effekt. Långa löptider ger påverkan på marknaden, oavsett avtalsform. För ramavtal som upphandlas med stöd av LOU gäller t.ex. att avtalen, oavsett tjänstens art och värde, får gälla i maximalt fyra år. Endast om det finns särskilda skäl får ramavtalen avse en längre tidsperiod.[56] Avseende upphandling av så kallade koncessioner, vilket i svensk lagstiftning som ovan nämnts regleras i LUK, gäller att avtalen ska vara tidsbegränsade. Den upphandlande myndigheten ska då göra en tids-

[56] 7 kap. 2 § LOU.

avvägning i förhållande till vad upphandlingen avser. Som huvudregel får en koncession dock inte löpa på längre tid än fem år.[57] För koncessioner avseende hälso- och sjukvårdstjänster finns ingen uttrycklig längsta angiven avtalstid.

Ingen av ovan angivna bestämmelser om maximal tillåten avtalstid är direkt tillämplig på de avtal som tecknas med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet. Av konkurrenshänsyn finns ändå starka skäl för att avtal inte ska ingås på obestämd tid. EU-domstolen har avseende offentliga kontrakt i offentlig upphandling uttalat att det i princip är främmande för det upphandlingsrättsliga regelverket att låta kontrakt löpa på obestämd tid. Samma domstol har också uttalat att starka skäl, däribland upprätthållandet av konkurrens, talar för att tilldelning av koncessioner på obegränsad tid inte är förenligt med EU:s rättsordning.[58] För alla avtal som reglerar inköp av hälso- och sjukvårdstjänster bör en löptid således bestämmas och avgränsas. När reglering kring längsta tid saknas, får bedömningen av löptidens lämplighet göras utifrån en proportionalitetsbedömning i förhållande till vad det är som anskaffas.[59]

Faktorer att väga in i en proportionalitetsbedömning kan vara hur stor påverkan avtalet har på konkurrensen i området, ställt mot vårdgivarens intresse att få avkastning på de investeringar som görs för att fullgöra sina åtaganden enligt avtalet. Även faktorer som rör svårigheten att få till stånd etablering i ett glesbygdsområde, vägda mot nödvändigheten därav, bör kunna vägas in i en proportionalitetsbedömning. En nyetablering innebär alltid en ekonomisk risk. Kostnader kopplade till bl.a. lokal och medicinsk utrustning kan vara omfattande. En nyetablering i ett glesbygdsområde kommer dessutom med stor sannolikhet att innebära stora förändringar på ett personligt plan för flera av vårdgivarna. För många kommer en etablering att förutsätta en flytt från större stad eller ort, vilket inte bara berör den enskilde vårdgivaren utan även eventuell medföljande familj. Det i sig är skäl som kan beaktas vid en proportionalitetsbedömning.

Med hänsyn till dessa aspekter, samt med vägledning från de föreskrivna maximala avtalstiderna i LOU och LUK, bedömer utredningen att det är proportionerligt och därmed förenligt med de

[57] Se 4 kap. 11 § LUK.
[58] Se EU-domstolens domar i mål C-454/06, *pressetext Nachrichtenagentur GmbH mot Republik Österreich*; mål C-451/08, *Helmut Müller GmbH mot Bundesanstalt für Immobilienaufgaben*.
[59] Prop. 2015/16:195, *Nytt regelverk om upphandling*, s. 515.

grundläggande upphandlingsrättsliga principerna, att avtal tecknade med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i glesbygd får löpa i upp till sju år. Det kan, med hänsyn till att en proportionalitetsbedömning ska göras i varje enskilt fall, övervägas om det i lagstiftningen i stället ska lämnas öppet hur lång avtalstiden maximalt får vara och i stället reglera att den ska vara tidsbegränsad och proportionerlig. Av hänsyn till behovet av trygghet för vårdgivarna lämnar utredningen dock inte ett sådant förslag.

Möjligheterna att säga upp ett avtal regleras enligt vanliga avtalsrättsliga principer, med villkor angivna i avtalet i fråga. Förutsättningarna för att avsluta ett avtalsförhållande är således annorlunda än de som gäller i dag för vård bedriven med stöd av LOL eller LOF. I avtalen som tecknas mellan regionen och vårdgivaren bör övriga avtalsrättsliga frågor också hanteras, såsom t.ex. vad som gäller i fråga om patientavgifter.

Tillsyn över inköp och vårdverksamhet

Tillsyn över regionernas inköp

Utredningens förslag: Konkurrensverket ges i uppdrag att utöva tillsyn över inköp av hälso- och sjukvårdstjänster enligt lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet. Ett tillägg härom görs i 3 § förordningen (2007:1117) med instruktion för Konkurrensverket.

Skäl för utredningens förslag

Över upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster och tecknande av kontrakt med stöd av 19 kapitlet LOU ska Konkurrensverket utöva tillsyn.[60] Vi föreslår att samma myndighet ges i uppdrag att utöva tillsyn över de inköp av hälso- och sjukvårdstjänster som regionerna gör med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet.

[60] 19 kap. 2 § och 22 kap. 1 § LOU samt 3 § förordning (2007:1117) *med instruktion för Konkurrensverket*.

Reglerna om tillsyn i 22 kapitlet LOU, tillämpliga när 19 kapitlet i samma lag tillämpas, innebär att tillsynsmyndigheten från regionen ska kunna inhämta de upplysningar som den anser nödvändiga för sitt arbete. Regionen är då skyldig att tillhandahålla sådana uppgifter. I vissa fall får upplysningarna hämtas in genom besök hos regionen. Tillsynsmyndigheten ska också ha möjlighet att vid behov förelägga regionen att lämna de uppgifter den behöver, visa upp en handling eller lämna över en kopia av handlingen. Ett sådant föreläggande får överklagas.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska svara för tillsynen av den vård som lämnas med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet. Uppdraget ligger inom ramen för myndighetens befintliga uppdrag att svara för tillsyn inom hälso- och sjukvård.[61]

7.7.2 Ett nytt ersättningssystem

Utredningens förslag: Förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning och förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi upphävs. I stället ska ett nytt ersättningssystem tas fram som bygger på principer som är bättre anpassade efter hälso- och sjukvårdens utformning i dag. Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att i samråd med Sveriges kommuner och regioner (SKR) och berörda professionsföreningar utforma detta ersättningssystem. Ersättningssystemet ska ligga till grund för den ekonomiska ersättning som vårdgivare som verkar med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet får för de hälso- och sjukvårdstjänster de lämnar.

Skäl för utredningens förslag

I syfte att främja jämlik tillgång till vård i hela landet, bör ett nationellt utformat ersättningsystem ligga till grund för den ersättning som vårdgivare som verkar med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet erhåller. Genom en nationellt bestämd ersättning säkerställs en viss nivå på densamma och därmed

[61] Se 1 § förordning (2013:176) *med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.*

skapas förutsebarhet och incitament för vårdgivare att etablera sig i sådana geografiska områden som det nu är fråga om. Det ersättningssystem som i dag ligger till grund för den ersättning som läkare och fysioterapeuter verksamma med stöd av LOL och LOF erhåller är dock inte anpassat efter dagens utformning av hälso- och sjukvården och de principer som är vägledande för vården i dag. Ersättning per patientbesök fungerar i vissa avseenden inte optimalt och det understödjer t.ex. inte samverkan i vårdprocesserna. Utredningen menar därför att ett nytt ersättningssystem bör utformas.

Socialstyrelsen fick 2017 i uppdrag att i samråd med SKR, Sveriges Läkarförbund och Fysioterapeuterna, se över läkarvårdsersättningen och ersättningen för fysioterapi. Syftet med uppdraget var att anpassa ersättningen utifrån en säker, effektiv, patientcentrerad och evidensbaserad vård och att skapa större enhetlighet med vårdens övriga klassificering. Ändamålsenligheten med ersättningsnivåerna, dess klassificering, förekommande tidsgränser, olika arvodeskategorier och de åtgärder som ingår i systemet skulle ses över. Socialstyrelsen fann att läkarvårdsersättningen och ersättningen för fysioterapi inte är ändamålsenlig i alla delar och att den nuvarande konstruktionen med ersättningsnivåer på sikt borde avvecklas.[62] En förutsättning för ett nytt ersättningssystem är enligt Socialstyrelsen att vårdgivarna tillämpar relevanta nationella klassifikationer och nationell terminologi i dokumentationen av vården. Myndigheten har lämnat förslag om att den medicinska beskrivningen i arvodeskategorierna översätts till nationella klassifikationer och nationell terminologi. Vidare att läkarvårdsåtgärder behöver preciseras och arvodeskategorier utvecklas med beskrivning av det medicinska innehållet.

Vid utformningen av ett nytt ersättningssystem bör enligt utredningen principer tillämpas som är anpassade efter ett modernt och personcentrerat hälso- och sjukvårdssystem och som tar hänsyn till hur dagens vårdbehov ser ut. Det bör uppmuntra till kontinuitet, utbildning och forskning, ha fokus på hälsa och främja samverkan och en sammanhållen vård. Det bör utformas med hänsyn till rådande förhållanden i glesbygd, möjligheterna till företagande samt regionernas och statens ekonomi (se avsnitt 7.2.2). Den kritik som framförts mot nuvarande ersättningssystem bör rimligen beaktas, vilken i stora delar i dag är densamma som den som framfördes mot

[62] Socialstyrelsen, *Uppdrag om läkarvårdsersättning och ersättning till fysioterapi*, 2018.

systemets tidigare utformning, när det bl.a. hade sju arvodesnivåer i stället för tre.[63] Ersättningssystemet anses föråldrat. Det ger stora möjligheter till individuella tolkningar vid debitering av arvodet, vilket kan leda till olikheter i den ekonomiska ersättningen till vårdgivare som inte är berättigade utifrån de medicinska behoven. Ersättningsmodellen kan också sägas premiera ett stort antal patientbesök snarare än att vårdgivaren ägnar tid åt patienten vid ett besök. Det har också framförts att modellen inte anpassats till den medicinska utvecklingen, t.ex. genom att vissa nyare behandlingsmetoder inte finns intagna i förteckningen över åtgärder som kan ersättas. Det har också hävdats att ersättningsnivåerna inte har höjts i samma takt som kostnaderna för verksamhetsbedrivandet och att detta riskerar en kvalitetsförsämring.

Som en fortsättning på det arbete som Socialstyrelsen genomfört i sin översyn av läkarvårdsersättningen och ersättningen för fysioterapi föreslår vi att samma myndighet i samråd med SKR och berörda professionsföreningar får i uppdrag att utforma ett nytt system för ersättning genom framtagande av föreskrifter.

Utredningen ser att framtagandet av ett nytt ersättningssystem utgör en del i den helhet som våra förslag avseende verksamheterna som bedrivs med stöd av LOL och LOF utgör. Utformande av en ny modell för ersättning och ett uppdrag till Socialstyrelsen att närmare precisera denna modell, kan dock genomföras oberoende av utredningens övriga förslag.

7.7.3 Statlig medfinansiering

För att främja tillämpning av den nya lagstiftningen hos regionerna och därigenom bidra till mer jämlik kompetensförsörjning, föreslår vi att staten ska delfinansiera den hälso- och sjukvård som utförs med stöd av den nya föreslagna lagen. Genom en statlig delfinansiering skapas förutsättningar för långsiktighet för både regioner och utförare, samtidigt som staten medverkar till bättre förutsättningar för en jämlik vård i hela landet och möjliggör etableringar av mindre hälso- och sjukvårdsaktörer i glesbygd. Vi föreslår att staten ska ersätta regionerna för 50 procent av kostnaderna för ersättningen till

[63] Se prop. 1993/94:75, *Arvoden till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samt vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m.*, s. 38.

dem som verkar enligt lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet. En lägre statlig andel av finansieringen bedömer vi inte skulle utgöra ett tillräckligt incitament för regionerna att använda sig av lösningen. Med en högre andel statlig finansiering riskerar incitamenten för regionerna att använda lösningen i stället bli allt för starkt.

Vi föreslår att det för ändamålet tas fram ett nytt anslag och bemyndigande om ekonomiska åtaganden för *bidrag i syfte att främja vård i hela landet,* under UO9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg. Anslaget föreslår vi ska användas för statens bidrag till regionerna för kostnader för vårdgivare som verkar enligt lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet.

Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att administrera och fördela medel på anslaget samt följa upp användningen, och baserat på det göra prognoser för omfattning av anslaget för kommande år.

Varje region med glesbygdsområde enligt den föreslagna definitionen (se s. 39) får rekvirera medel för ändamålet. Medlen får användas av regioner till kostnader för ersättning till de vårdgivare som verkar enligt lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet. De bidrag som inte används ska återbetalas.

Kostnader på anslaget ska beräknas årligen utifrån regionernas prognosticerade kostnader för utförd vård enligt lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet. Om regionernas kostnader blir mindre eller högre än förväntat ska detta regleras i nästa års bidrag. Kostnaden för delfinansieringen har vi beräknat till 680 mnkr för det första året (se avsnitt 7.8.6).

Ett alternativ till statlig delfinansiering som vi övervägt är helt statlig finansiering. Det skulle å ena sidan ytterligare öka incitamenten för regionerna att använda möjligheten som den föreslagna lagen medför och därmed leda till ännu fler etableringar i glesbygd. Å andra sidan skulle en sådan statlig finansieringslösning innebära ett helt statligt åtagande av en uppgift som egentligen ligger inom regionernas finansieringsansvar. Det skulle försvåra en integrering med övrig planering och resurssättning av hälso- och sjukvårdsverksamheten i regionerna. Full statlig finansiering av delar av verksamheterna i regionerna skulle också kunna påverka uppfattningen om huvudmannaskapet för den delen av verksamheten. Med full statlig finansiering finns också en eventuell risk att lagen tillämpas i större utsträckning än vad som motsvarar behovet hos regionerna.

Ett annat alternativ vi har övervägt är att kostnaderna helt skulle finansieras av regionerna. Det skulle å ena sidan stämma väl med regionens generella planerings- och finansieringsansvar för hälso- och sjukvården. Å andra sidan skulle ett sådant förfarande, som ovan beskrivet, innebära en viss risk att regionerna inte ser tillräckliga incitament att använda sig av den nya lagstiftningen.

7.7.4 Upphävande av LOL och LOF och möjligheter för befintliga vårdgivare att ställa om sin verksamhet

Då det reformerade system som här föreslås inbegriper etablering i glesbygd, och aktörerna som verkar med stöd av LOL och LOF i stor utsträckning verkar i storstadsområden, kommer det med stor sannolikhet vara andra individer än dagens aktörer som kommer verka med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet. En stor del av dagens aktörer kommer med stor sannolikhet inte återetablera sig på ny ort. Det är därför viktigt att dessa vårdgivare ges möjligheter att ställa om sin verksamhet utifrån de nya förutsättningarna. De som inte önskar flytta sin verksamhet till en ny plats ska kunna avsluta befintlig verksamhet under rimliga förhållanden. De ska ha rimlig tid att avveckla eller ställa om sin verksamhet, i förhållande till sina investeringskostnader. I avsnitt 7.4.2 redogörs för utredningens förslag angående övergångsregler. Samma övergångsregler föreslås alltså för såväl scenario 1 som scenario 2.

7.8 Konsekvensanalys – scenario 2

7.8.1 Övergripande konsekvenser av förslagen

Utredningens bedömning: Förslaget främjar etablering av hälso- och sjukvård i de områden där behovet är som störst. Den nya möjligheten att etablera sig förväntas i ökad utsträckning förbättra förutsättningar att ge vård i hela landet och skapar därmed en mer jämlik vård. Förslagen innebär att staten får ökade kostnader i form av en delfinansiering av denna nya anslutningsform. En statlig delfinansiering motiveras av behovet att främja vård i glesbygd och säkerställa att hela landet kan leva. Regionerna får också utökade planeringsmöjligheter jämfört med i dag. Avskaff-

andet av LOL och LOF leder till ett mer enhetligt system med jämlik konkurrens.

7.8.2 Nollalternativ och alternativa lösningar

Nollalternativ

Utredningen har enligt direktiven i uppdrag att föreslå hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning enligt LOL och LOF ska kunna integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt i övrig öppenvård. Att inte göra några förändringar i nuvarande regelverk skulle fortsätt ställa dessa aktörer delvis utanför systemet (se avsnitt 7.5.2). Att behålla den nuvarande lagstiftningen men att begränsa användningsområdet till glesbygd är inte önskvärt då konstruktionen i den nuvarande taxan med etableringar på livstid, med möjlighet till försäljning av etableringar, gör den oattraktiv för regionerna. Utredningen bedömer att för att möjliggöra nya etableringar för dessa aktörer krävs det en ny lagstiftning som tar tillvara på möjligheten till småskaligt företagande samtidigt som den är mer anpassad och integrerad i det moderna hälso- och sjukvårdssystemet.

Etableringar i andra områden än glesbygd

Utredningen har föreslagit användning av en glesbygdsdefinition som träffar områden över hela landet samtidigt som den begränsar anslutning till glest befolkade områden. Det skulle vara möjligt att använda både bredare och smalare definitioner av glesbygd samt att använda den föreslagna lagstiftningen på andra platser. Utredningen anser att den föreslagna definitionen skulle kunna ses över och utvidgas efter implementering och utvärdering. Utredning bedömer dock att denna definition är mest ändamålsenlig i detta skede då den möjliggör fortsatta enpersons-anslutningar samtidigt som den skapar bättre möjligheter till bemanning i glesbefolkade områden. En smalare definition riskerar att vara för avgränsad till områden där det är mycket oattraktivt att arbeta samt finns ett mycket litet patientunderlag. Detta skulle leda till allt för få anslutningar och innebära att aktörerna på taxan inte integreras. En allt för bred definition kan

leda till att etableringar endast sker i områden som redan i dag har möjlighet att rekrytera personal.

Ytterligare en möjlig användning av den nya lagstiftningen är att tillåta anslutningar i socioekonomiskt utsatta områden. Dessa områden har också i större utsträckning än andra områden svårigheter att bemanna. Bemanningsproblematiken i glesbygd beror på geografiska förutsättningar. Utredningen bedömer att det inte är ändamålsenligt att använda denna sorts statliga lösningar för bemanningsproblematiken i socioekonomiskt utsatta områden. Staten ska inte ta över delar av finansiering av hälso- och sjukvården i dessa områden. Regionerna kan själva använda t.ex. LOU för att skapa mindre enmansetableringar i dessa områden om det bedöms användbart för att tillgodose vårdbehovet.

Jämförelse med scenario 1

Utredningens första föreslagna scenario med obligatoriska valfrihetssystem inom psykiatri och fysioterapi innebär att en större mängd av de aktörer som i dag är verksamma inom LOL och LOF skulle kunna fortsätta bedriva verksamhet och att nya företagare skulle kunna bedriva verksamhet på samma platser. Scenario 1 innebär dock ett mycket stort intrång i det kommunala självstyret. Scenario 2 innebär ett mindre intrång eftersom regionerna själva väljer när/om de vill tillämpa lagstiftningen. Obligatoriska valfrihetssystem innehåller också omfattande osäkerhetsfaktorer, bl.a. finns en risk att det gynnar socioekonomiskt starka individer i större utsträckning än svaga.

7.8.3 Ekonomiska konsekvenser för samhället

Förslaget innebär att regionerna får större möjligheter att tillhandahålla vård i glesbygd. I praktiken blir de ekonomiska effekterna begränsade på samhällsnivå då det handlar om få etableringar på avgränsade platser. De få etableringar som sker får dock stor betydelse eftersom de områden där anslutningsformen kan användas har en bristande tillgång till vård. Livskvalitén och hälsan för invånarna kan förväntas öka om det finns en bättre tillgång till vård. De områden där de föreslagna etableringarna används blir också mer attrak-

tiva att bo och verka i. Förslaget möjliggör för människor att leva sina liv på olika sätt och att välfärdsuppdraget utförs mer jämlikt över landet. Oavsett antalet etableringar så innebär förslaget att staten tar ett större ansvar för ett jämlikt tillhandhållande av vård över hela landet genom att erbjuda denna möjlighet till finansiering.

7.8.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Det är regionerna som ska identifiera behovet innan systemet blir aktuellt. Det är frivilligt att använda sig av denna anslutningsform. Förslaget innebär en möjlighet till alternativa anslutningsformer och finansieringsmöjligheter när detta behov identifieras. Då det är valfritt för regionerna att använda sig av det föreslagna nya anslutningssystemet bedöms den inte utgöra en inskränkning i det kommunala självstyret.

Att staten genom en myndighet specificerar särskilda områden där extra medel kan tillföras till vården kan ses som en viss inskränkning av regionernas uppdrag att själva identifiera vårdbehovet. Dock är det inte rimligt att regionerna själva skulle definiera glesbygdsområden där denna anslutningsform kan användas då anslutningarna ska vara delvis statligt finansierade. Staten bör själv kunna styra avgränsningen och administrationen av sina bidrag. Flera regioner har i dag andra egenutformade stöd för vård i glesbygd, t.ex. extra ersättning till vårdcentraler i glesbygd. Vårt föreslagna system bör ses som ett frivilligt (delvis) statligt finansierat komplement till den sortens lösningar. Då det är frivilligt att använda sig av systemet och inte innebär något förändrat ansvar så är ingreppet proportionerligt.

Nuvarande LOL och LOF innebär ett stort ingrepp i det kommunala självstyret. Regionerna kan inte påverka ersättningarna lokalt då de förhandlas på nationell nivå. Etableringarna vars vårdinnehåll och geografiska placering regionerna inte helt fritt kan styra över är också på livstid och går att sälja vidare utan att regionen har någon möjlighet att bedöma behovet. Avskaffandet av LOL och LOF gynnar därför det kommunala självstyret (se även avsnitt 7.5.4 för ett mer utförligt resonemang).

7.8.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna

Förslaget bedöms ha positiva effekter för regionernas ekonomi då det gör det enklare för regionerna att uppfylla sitt hälso- och sjukvårdsuppdrag i glesbygdsområden. Denna effekt uppstår delvis genom möjligheten till en ny flexibel anslutningsform som är anpassad till små företag. Störst påverkan får dock tillförandet av medel från staten. En bättre tillgång till vård skapar en mer levande och attraktiv glesbygd. Förslaget kan på så sätt potentiellt leda till andra positiva ekonomiska effekter för regionerna som en minskad utflyttning samt ökad tillväxt och inflyttning. Avskaffandet av LOL och LOF bedömer utredningen också kommer bidra till en bättre ekonomi för regionerna då de får större planeringsmöjligheter än i dag (se resonemang i avsnitt 7.5.5).

Glesbygdsområden finns i alla regioner, dock i olika antal. Den effekt som uppstår kommer främst gynna de regioner som i dag har en stor mängd glesbygdsområden. I vilken utsträckning dessa effekter uppstår beror på i vilken grad regionerna väljer att använda sig av glesbygdsanslutningen samt om den används kostnadseffektivt. Det finns en stor mängd faktorer som påverkar benägenheten för regionerna att använda sig av glesbygdsanslutning, den främsta av dessa är kostnaden.

Ersättningsystemet för de vårdgivare som verkar enligt den nya lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet ska utformas av Socialstyrelsen i samverkan med SKR och med de berörda professionsföreningarna, med hänsyn till rådande förhållanden i glesbygd, möjligheterna till företagande samt regionernas och statens ekonomi (se avsnitt 7.7.2).

För att kunna redovisa potentiella kostnader för stat och region utgår utredningen från de nuvarande ersättningsnivåerna reglerade i FOL samt FOF. Dessa belopp är framförhandlade mellan SKR, Sveriges läkarförbund och Fysioterapeuterna. Ersättningsnivåerna kan därför anses spegla kostnaderna för bedrivande av verksamhet samt skälig ersättning för verksamheten. Det är dock viktigt att påpeka att nivåerna är framförhandlade utifrån nuvarande utformning av taxan där aktörer främst är aktiva i storstäder. Glesbygden har både ett lägre patientunderlag samt lägre lokalkostnader. Det är därför tänkbart att ett nytt ersättningssystem medför lägre kostnader totalt sett. Nedan redovisas de maxbelopp som är bestämda i förord-

ningen samt den genomsnittliga utbetalda ersättningen till aktörer anslutna via LOL och LOF under 2018.

Tabell 7.1 Ersättningsnivåer för nationella taxan

Profession/specialitet	Maximal ersättning för heltidsarbete per år (2020) angivet i kronor	Beräknad maximal ersättning för halvtidsarbete per år (2020) angivet i kronor	Ersättning för heltid under fullständig avtalstid på sju år (2020) angivet i kronor	Ersättning för halvtid under fullständig avtalstid på sju år (2020) angivet i kronor	Genomsnittlig utbetald ersättning (2018) angivet i kronor
Fysioterapeut	1 218 480	609 240	8 529 360	4 264 680	844 188
Anestesi och intensivvård	4 982 000	2 491 000	34 874 000	17 437 000	1 515 323
Barnmedicinska specialiteter	3 466 000	1 733 000	24 262 000	12 131 000	1 651 591
Hud- och könssjukdomar	4 179 000	2 089 500	29 253 000	14 626 500	2 350 882
Invärtes medicinska specialiteter m.m.	3 737 000	1 868 500	26 159 000	13 079 500	2 015 973
Reumatologi	3 821 000	1 910 500	26 747 000	13 373 500	1 485 375
Vissa opererande specialiteter	5 109 000	2 554 500	35 763 000	17 881 500	2 567 831
Bestryk och gynekolog	4 282 000	2 141 000	29 974 000	14 987 000	2 265 106
Psykiatriska specialiteter	2 839 000	1 419 500	19 873 000	9 936 500	1 156 052
Ögonsjukdomar	4 518 000	2 259 000	31 626 000	15 813 000	2 251 105
Öron-, näsa och halssjukdomar	4 369 000	2 184 500	30 583 000	15 291 500	2 396 062
Onkologi	3 750 000	1 875 000	26 250 000	13 125 000	-
Neurologi	4 041 000	2 020 500	28 287 000	14 143 500	-

De maximala ersättningarna är benämnda utifrån 2020 års nivåer, den genomsnittliga erhållna ersättningen är beräknad utifrån 2018, för närvarande anges inte utbetalningsnivåerna till onkologer och neurologer i statistiken då de är för få.

Källa: FOL, FOF samt SKR, Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2018, 2019.

Den föreslagna nya anslutningsformen innebär liksom dagens system att anslutna läkare och fysioterapeuter ska etablera och driva en egen verksamhet. Ersättningsnivåerna kommer vara utformade utifrån detta och därför inte bara innefatta kostnaden för läkaren eller fysioterapeuten utan också övriga kostnader som tillkommer med att bedriva en verksamhet. Det kommer i många fall vara dyrare för regionen att ansluta en individ via glesbygdstaxan än att anställa någon, även om staten betalar hälften. Till exempel är den genomsnittliga lönen för en fysioterapeut 31 600 kronor per månad.[64] Den totala kostnaden per år, inklusive semesterlön, arbetsgivaravgift samt försäkrings- och löneskattekostnader, blir då 535 350 kronor.[65] Det maximala ersättningsbeloppet genom nationella taxan för en heltidsarbetande fysioterapeut är 1 218 480 kronor. Om den anslutne uppnår maxbeloppet och staten betalar hälften av detta så blir regionens kostnad för en heltidsarbetande fysioterapeut 609 240 kronor per år. Det är 73 890 kronor mer än att anställa en. Att ansluta en ny aktör via den föreslagna anslutningsformen innebär också högre administrativa kostnader för regionenen än att anställa någon då det krävs en upphandlingsprocess samt en större grad av uppföljning. Regionerna förväntas därför av naturliga skäl endast använda denna etablering i särskilda fall.

Den nya anslutningsformen bör snarare jämföras med de fall då regionen skulle välja att upphandla kompetenser antingen via LOV eller LOU. Denna anslutningsform skiljer sig dock från LOU och LOV då utformningen till viss del är nationellt utformad. Regionen kan endast använda den nya anslutningsformen för att ansluta egenföretagare som bildar mindre mottagningar som erbjuder insatser inom en avgränsad specialitet. Anslutningsformen går inte att använda för större mottagningar som samlar flera kompetenser. Större mottagningar kan ibland vara önskvärt för regionen i dessa mycket utspridda områden då det delvis finns en ekonomisk vinning i att centralisera resurser samt kan leda till mer effektiva behandlingar då flera kompetenser är samlade på samma ställe i stället för utspridda på flera små mottagningar. Regionen har därför endast användning för den nya anslutningsformen i specifika fall då det finns ett avgränsat uppdrag och tydligt behov av geografisk tillgänglighet.

[64] Statistiska centralbyrån, *Lönesök: sjukgymnast*, 2020.
[65] Den totala årslönen inräknat semesterlön blir 389 312 kronor, till detta tillkommer en arbetsgivaravgift på 31,42 procent i detta fall 122 322 kronor samt försäkrings- och löneskattekostnader på 23 716 kronor.

Det faktum att ersättningen och till viss del utformningen är bestämd på nationell nivå kan göra att denna anslutningsform är mindre anpassningsbar och attraktiv för regionen än upphandling. Detta är också meningen då den till viss del är statligt finansierad och endast ska användas vid avgränsade behov. Regionerna kan välja att använda denna anslutningsform när de har svårt att rekrytera. Nationellt bestämd ersättning samt längre avtalstider gör att denna anslutningsform är mer attraktiv för egenföretagare än LOU och LOV. Det är dock främst viljan och benägenheten att verka i dessa områden som ligger till grund för den bristande tillgången. Även om denna anslutningsform är mer attraktiv handlar det ändå i praktiken om få individer som kommer söka sig till den på grund av områdenas karaktär.

7.8.6 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten

Statlig delfinansiering av anslutningar

I enlighet med beskrivningen i avsnitt 7.7.3 föreslår vi att staten ska delfinansiera den hälso- och sjukvård som utförs med stöd av den nya föreslagna lagen. För detta ändamål föreslås ett nytt anslag tillskapas.

Det saknas övergripande prognoser och bedömningar om vårdtillgången i glesbygd. En problematik med de fåtal bedömningar som gjorts är att glesbygdsdefinitionerna skiljer sig åt. Att använda sig av dessa bedömningar kan därför vara irrelevant eller missvisande. 2018 genomförde Vårdanalys en undersökning av tillgängligheten till läkare i primärvården mätt i antalet vakanser (antalet vakanta, eller lediga tjänster, i förhållande till antalet anställda). Denna undersökning visade att det i glesbygden finns en vakansgrad på 0,35 vakanser per anställd jämfört med 0,1 i storstadskommuner.[66] Denna undersökning använder sig också av definitionen av glesbygd som ett område med en befolkningstäthet på under 300 invånare per kvadratkilometer och är därför användbar i detta sammanhang. Vår definition väger dock även in avstånd till tätort vilket deras inte gör. Vårdanalys undersökning redogör endast för vakansgraden hos läkare i primärvården. I primärvården finns främst behovet av allmänläkare vilket

[66] Vårdanalys, *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*, 2017, s. 57.

inte omfattas av vårt aktuella förslag. Utredningen har dock i vårt andra delbetänkande God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:39) lagt förslag om att staten ska finansiera 1250 nya ST i allmänmedicin.[67]

Undersökningen redogör endast för läkarkompetenser och inte fysioterapeuter som har flest individer verksamma på taxan. Denna uppskattning är dock den mest relevanta som finns tillgänglig. Då den speglar en generell svårighet i rekrytering så kan den ge en fingervisning även om resultaten bör tolkas med stor försiktighet.

Det saknas även utförlig statistik om nuvarande omfattning av och kostnader för vården i dessa områden. Även här finns en problematik med varierande definitioner av glesbygd. Det är också svårt att bedöma tillgänglighet i dessa områden då de långa avstånden gör att kriterierna för att räkna en resurs som tillgänglig ser annorlunda ut. Vi använder oss därför av ett mycket generellt mått då vi utgår från hur många fysioterapeuter samt läkare från de utvalda specialiteterna som är verksamma per 100 000 invånare i hela riket. För närvarande är det sammantaget 322 per 100 000 invånare.[68] Med vår definition av glesbygd inbegrips 1,2 miljoner människor. Detta innebär att det skulle finnas totalt 3 864 läkare/fysioterapeuter tillgängligt för invånarna i glesbygd om de vore jämnt fördelade. Om man utifrån Vårdanalys rapport utgår från en vakansgrad på 0,35 i glesbygden så innebär det att det är 1 325 vakanta platser i glesbygden om platserna vore jämnt fördelade.

Detta visar dock endast på antalet vakanser. Det är inte rimligt att utgå från att regionerna skulle använda denna anslutningsform för att fylla alla sina vakanser eftersom den även med statligt stöd är dyrare för regionerna än att anställa. Det är också en mindre flexibel anslutningsform som därför inte kan tänkas vara användbar för att fylla alla vakanser. I dag fylls många av regionernas vakanser med hyrpersonal och vikarier. Dessa tillfälliga bemanningsformer är dyrare än att anställa personal och leder till försämrad kontinuitet för patienter.[69] Hyrpersonal och vikarier används i högre utsträckning i glesbygd än i det övriga landet. 46 procent av läkarbeman-

[67] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, s. 21.
[68] Socialstyrelsen, *Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal*, 2017.
[69] SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*, 2019.

ningen i glesbygd består av hyrpersonal.[70] Användningen av hyrpersonal visar på hur många av vakanserna som regionerna upplever behövs eller är möjligt att fylla med dyrare anslutningsformer. Dock är inte hyrbemanning direkt jämförbar med att ansluta en etablering vid den föreslagna nya anslutningsformen. Att ansluta kan innebära högre kostnader p.g.a. upphandlingsprocessen. En ny anslutning bedöms ändå vara mer attraktiv för regionen då det är en mer långsiktig lösning för bemanning med bättre kontinuitet. Utredningen använder därför nuvarande grad av hyrpersonal som indikator på hur många etableringar som regionerna kan bedömas ansluta. Utifrån beräkningen att det med proportionell fördelning skulle finnas 1 325 vakanta platser i glesbygden och att 46 procent av dessa kan fyllas med anslutningar via vår föreslagna nya anslutningsform så skulle det tillkomma 622 nya etableringar. Utifrån nuvarande maximala ersättningsnivån så blir den totala kostnaden per år för alla 622 etableringar 1 816 552 954 kronor. Om staten skulle finansiera hälften av dessa kostnader blir dess kostnad per år 908 276 477 kronor. Det bör samtidigt noteras att det i dag är få aktörer som når upp till maxersättningarna. Utifrån de genomsnittliga utbetalningarna 2018 skulle dessa 622 etableringar i stället kosta 898 085 244 kronor, den statliga delen skulle då uppgå till 454 138 238 kronor. Givet ovan, samt nedan redovisade osäkerheter i beräkningarna, föreslår vi att storleken på det för ändamålet föreslagna anslaget (se avsnitt 7.7.3) för det första året beräknas till medelvärdet av den genomsnittliga och den maximala kostnaden, vilket motsvarar ca 680 mnkr. Därefter bör anslagets storlek beräknas utifrån prognoser, baserade på det nya ersättningsystemet och på underlag från regionerna.

Om osäkerheter i beräkningar

Som nämnt är flera av dessa variabler osäkra. Beräkningarna är gjorda utifrån övergripande statistik. Resultaten bör därför tolkas med försiktighet och främst ses som en preliminär uppskattning av potentiella behov och kostnader. Beräkningen visar ett estimat av den maximala kostnaden. Utredningens bedömning är dock att det inte rör sig om högre summor än de beräknade. Sannolikt är det mindre

[70] Vårdanalys, *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*, 2018, s. 66.

summor då anslutningen kommer vara låg på grund av andra faktorer. Som nämnt är också viljan och benägenheten att verka i dessa områden den allra främsta anledningen till den bristande tillgången (se avsnitt 7.8.5).

Överprövningar i domstol

Det kan uppstå en eventuell ökning av antalet överprövningar i domstol. Det sker dock en liten mängd överprövningar för tillfället. Förslaget bedöms i praktiken leda till färre anslutningar. En potentiell ökning av antalet överprövningar kan därför förväntas vara så liten att den ryms inom domstolarnas ordinarie uppdrag.

Uppdrag till Socialstyrelsen att utforma ersättningsmodeller

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen utformar nya ersättningsmodeller och ersättningsnivåer för den föreslagna anslutningsformen. Socialstyrelsen utförde mellan 2017–2018 en översyn av LOL och LOF där de bl.a. utvärderade nuvarande ersättningsmodeller och föreslog ändringar. Utredningen bedömer att detta uppdrag hade liknande omfattning som det vi föreslår och att de därför borde vara likvärdigt i kostnader. Detta uppdrag bedömdes kosta 2,5 mnkr.[71] Kostnaden föreslås finansieras med medel från UO9, anslag 1:6.

Dessa ersättningsmodeller och belopp bör sedan uppdateras regelbundet. Den löpande uppföljningen bedöms kunna hanteras inom myndighetens ordinarie budget.

Konkurrensverket och IVO ska utöva tillsyn

Utredningen föreslår att Konkurrensverket får i uppdrag att utöva tillsyn den föreslagna nya upphandlingsformen. Detta ansvar ska ses i relation till deras redan förordningsreglerade uppdrag att tillsyna offentlig upphandling. Under 2018 utannonserades 18 522 upphandlingar i Sverige.[72] Utifrån utredningens bedömning att den föreslagna nya formen högst innefattar 620 nya upphandlingar så är det

[71] Socialstyrelsen, *Årsredovisning 2018*, 2019.
[72] Konkurrensverket och upphandlingsmyndigheten, *Statistik om offentlig upphandling 2019*, 2019.

så få att tillsynen kan genomföras inom ramen för Konkurrensverkets existerande budget. Då tillsynsbestämmelsen i den nya lagstiftningen är utformad utifrån lagen om offentlig upphandling så är tillvägagångssättet likt nog att det inte krävs utformande av nya rutiner eller anställningar.

IVO ansvarar för tillsynen av hur hälso- och sjukvården utförs i de nya anslutna enheterna. Detta ingår i deras existerande ansvar och innebär inget nytt uppdrag. Även här rör det sig som så få enheter att det inte innebär ett utökat tillsynsuppdrag.

7.8.7 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna

Förslaget bedöms inte ha några direkta ekonomiska konsekvenser för kommunerna. För de kommuner där etableringarna sker kan detta bidra till en bättre hälsa i befolkningen. Tillgång till vård leder också till en ökad attraktivitet och möjlighet att locka och behålla arbetskraft (se även avsnitt 7.8.3). En ökad befolkning leder i förlängningen till ett ökat skatteunderlag. En bättre lokal tillgång på läkare underlättar också samverkan mellan den kommunala och regionala hälso- och sjukvården.

Förslaget kan påverka kommunernas möjlighet att anställa fysioterapeuter. Det finns en risk att de fysioterapeuter som i dag är aktiva i glesbygdskommunerna väljer att i stället ansluta sig till den regionala hälso- och sjukvården genom den föreslagna anslutningsformen. Arbetsformerna skiljer sig till en sådan grad att även om ersättningen kan vara högre så är det inte alla som vill vara egenföretagare.

7.8.8 Konsekvenser för en jämlik vård

Vården är i dag ojämnt fördelad över landet med en oproportionellt stor tillgång i storstäder och en låg tillgång i glest befolkade områden där det finns stora behov som inte möts. Detta förslag ger regionerna nya metoder och statliga medel för att tillgodose vårdbehovet i glesbygden. Detta möjliggör en mer jämlik vård över hela landet.

7.8.9 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården

Förslaget kommer leda till att patienterna i de glesbygdsområden där etablering sker får en bättre upplevelse av vården med ökad tillgänglighet och närhet. Ökad tillgänglighet och närhet leder även i förlängningen till bättre medicinska resultat.

7.8.10 Konsekvenser för vårdens professioner

Avskaffande av LOL och LOF innebär att flera som nu är aktiva genom denna anslutningsform kommer behöva söka anställning på andra platser, eller anpassa sin verksamhet för att ha möjlighet att ansluta sig till offentligt finansierad vård på andra sätt, alternativt utöva helt privat finansierad vård. För nuvarande är 767 läkare och 1 467 fysioterapeuter anslutna genom LOL och LOF.[73] Flera av dessa kommer kunna fortsätta bedriva sin verksamhet genom anslutning till LOU och LOV, förutsatt att man anpassar verksamheten till ett aktuellt LOV- eller LOU-uppdrag. Det kan finnas en viss risk att det uppstår en arbetsbrist för personer med viss specifik kompetens då det under kort tid tillkommer ett stort antal personer till arbetsmarknaden. Dock är denna risk begränsad då det överlag råder brist på medarbetare i hälso- och sjukvården. När anslutningen via LOL och LOF avslutas kommer de vårdtillfällen som dessa läkare och fysioterapeuter nu erbjuder försvinna. Det frigörs medel för regionen att skapa flera anställningar och täcka upp för dessa uteblivna vårdtillfällen. En stor andel av läkarna på nationella taxan är också i pensionsålder och förväntas ha kort kvarvarande aktiv tid i arbetslivet (se avsnitt 7.4.2, s. 17–18).

Förslaget innebär ökade incitament för läkare och fysioterapeuter att vara verksamma i glesbygden. För de som i dag är verksamma inom vården i glesbygden kan tillförseln av verksamma genom etableringar underlätta arbetsbelastningen då vården i glesbygden nu är underbemannad. Förslaget underlättar bemanning av kompetenser som det nu är brist på i glesbygden, särskilt specialistläkare. Närmare tillgång till specialistläkare underlättar arbetet för de som är verk-

[73] SKR, *Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2018*, 2019.

samma inom vården i glesbygden då det blir enklare att remittera och behandlingar kan utföras mer effektivt.

7.8.11 Konsekvenser för sysselsättningen

Som beskrivet under avsnitt 7.8.3 och avsnitt 7.8.7 så leder tillgång till vård till en ökad attraktivitet och möjlighet att locka och behålla arbetskraft.

Regionerna kan teckna avtal som omfattar mindre än heltid vilket möjliggör att de som i dag arbetar i kommunen och är intresserade av att vara egenföretagare kan fortsätta arbeta i kommunen på halvtid. Halvtidsmöjligheten innebär även att de som flyttar till glesbygd för att var egenföretagare genom den föreslagna anslutningsformen kan arbeta deltid i kommunen om de vill det. Det skulle då öka tillgängligheten till anställningsbar personal för kommunala verksamheter.

7.8.12 Konsekvenser för företagen

De företag som främst påverkas av dessa förslag är de som nu är aktiva på nationella taxan. Förslaget om en ny delvis statligt finansierad anslutningsform i glesbygd innebär ökade möjligheter till företagande i glesbygd. Avskaffandet av LOL och LOF kommer leda till att vissa företag som nu är aktiva genom denna anslutningsform inte längre kommer kunna bedriva sin verksamhet. Dock kommer det leda till ett mer enhetligt och rättvist företagande med konkurrens på lika villkor (för mer utförliga beskrivningar av konsekvenserna för avskaffande av LOL och LOF se avsnitt 7.5.12).

Införandet av en ny form av anslutning i glesbygd med statlig delfinansiering möjliggör ett ökat företagande inom vården i glesbygd. Som beskrivet finns det i dag en vilja att arbeta och etablera sig i utanför storstadsområdena (jfr avsnitt 7.2.2, s. 5–6) men inte förutsättningar att göra det. Denna anslutningsforms anpassning till just småföretagande och dess långa anslutningstider gör den mer säker och gynnsam för mindre egenföretagare än befintliga alternativ. De etableringar som uppkommer kommer även få positiva effekter för företagandet generellt i glesbygdsområdena då en bättre vårdtillgång

höjer områdets attraktivitet och möjlighet att locka och behålla arbetskraft.

Detta förslag möjliggör småföretagande inom vården. Anslutning via LOU och LOV har ofta höga krav på antal anställda, storlek på lokaler och ekonomiska förutsättningar. Kraven har gjort att det främst är stora företag som har möjlighet att ansluta sig till dessa system. Nationella taxan har med sina lägre krav möjliggjort för små företag att ansluta sig till den offentligt finansierade vården. Nationella taxans utformning har dock i förlängningen lett till negativa effekter för företagen då det skapat en ojämn konkurrenssituation, varit oproportionerligt resurskrävande och få individer har kunnat ansluta sig (se avsnitt 7.5.12). Den här föreslagna anslutningsformen använder sig av delar av nationella taxan som uppfattats som positiva, såsom anslutningskrav anpassade för små aktörer och långa anslutningstider, men avser undanröja en del av den problematik som uppkommit till följd av taxans föråldrade konstruktion. Detta möjliggör fortsatt egenföretagande på liknande villkor, dock i avgränsade områden. Det faktum att detta förslag är avgränsat till glesbygdsområden gör att det sannolikt inte är samma individer eller samma mängd egenföretagare som nu. Det bedöms handla om förhållandevis få individer och företag. Möjligheten och förutsättningarna för egenföretagande behålls dock.

Utifrån utredningens beräkning av en proportionerlig fördelning av resurser över landet så är fysioterapeuter den största gruppen som denna anslutningsform skulle vara aktuell för. Fysioterapeuter är också den grupp som för nuvarande är störst på nationella taxan. Fysioterapeuter har också goda möjligheter att utföra sin verksamhet i en mindre organisation såsom enpersons-mottagningar eller flera samlokaliserade enpersons-mottagningar.

Även företag som är aktiva i glesbygden eller i närheten till den, anslutna via LOU och LOV påverkas när en ny etableringsform införs. Det finns en potentiell problematik med konkurrens då den statliga finansieringen kan göra detta system mer attraktivt för regionen att använda. Detta kan uppfattas som missgynnade för aktörer i dessa områden som inte kan ansluta sig genom den nya formen. I praktiken bedöms detta vara ett försumbart problem då glesbygdsområdenas avgränsning gör att det endast kan användas under väldigt specifika omständigheter där det för nuvarande inte saknas aktiva aktörer eller en attraktiv marknad. Den nya anslutningsformen är

avgränsad till små mottagningar med nationellt bestämd ersättning. Dessa kan inte uppfylla samma behov som större mottagningar med flera professioner vilket är de som är aktuella för LOU och LOV. Det finns i praktiken inte en konkurrenssituation då de stora mottagningar som finns nu uppfyller ett annat behov som kommer kvarstå även efter införandet av den nya anslutningsformen (se även avsnitt 7.8.5).

Då taxan avskaffas försvinner möjligheten för enskilda som verkar på taxan att sälja sin etablering. Detta gäller dock själva samverkansavtalet med regionen. Man kan fortsatt sälja t.ex. sin lokal, utrustning och därmed följande immateriella värden.

7.8.13 Konsekvenser för EU-rätten

Vid utformningen av förslaget om lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet har tillämplig EU-lagstiftning beaktats och förslaget bedöms därmed förenligt med EU-rätten. De olika ingående delarna av detta utvecklas nedan.

Förhållandet till direktiv 2014/24/EU och direktiv 2014/23/EU

Vid utformande av ny lagstiftning krävs att denna förhåller sig till eventuella tillämpliga bestämmelser på EU-nivå. Direktiv 2014/24/EU, det så kallade LOU-direktivet, och direktiv 2014/23/EU, det så kallade LUK-direktivet, anger ramarna för hur regioner och andra upphandlande myndigheter kan gå till väga när de vill anskaffa varor eller tjänster. Hälso- och sjukvårdstjänster är sådana tjänster som återfinns i bilaga XIV till LOU-direktivet respektive bilaga IV till LUK-direktivet och som därmed till stora delar faller utanför tillämpningsområdet för direktiven. Endast begränsade regler i direktiven är därför tillämpliga avseende sådana tjänster.

Nu nämnda direktiv har implementerats i svensk lagstiftning genom LOU och LUK. I och med direktivens begränsade tillämpningsområde för hälso- och sjukvårdstjänster, tillämpas för dessa tjänster endast bestämmelserna i 19 kapitlet LOU respektive 15 kapitlet LUK. Om värdet av de hälso- och sjukvårdstjänster som regionen avser att köpa in understiger det så kallade tröskelvärdet faller tjänsten

helt utanför direktivens tillämpningsområden, vilket innebär att enbart ett fåtal av kapitlens bestämmelser tillämpas.

Hur avtalen som tecknas med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet ingås måste, för att vara förenliga med EU-rätten, beakta tillämpliga bestämmelser i LOU-direktivet eller, om avtalen skulle vara att klassificera som tjänstekoncessioner, i LUK-direktivet. Vilket av direktiven som är styrande för hur nationell lagstiftning behöver utformas beror på om avtalen ska klassificeras som kontrakt eller tjänstekoncessioner.

Offentliga kontrakt

LOU tillämpas när en upphandlande myndighet anskaffar varor och tjänster genom tilldelning av kontrakt. Med ett kontrakt avses enligt 1 kap. 15 § LOU ett skriftligt avtal med ekonomiska villkor som ingås mellan en eller flera upphandlande myndigheter och en eller flera leverantörer och som avser leverans av varor, tillhandahållande av tjänster eller utförande av byggentreprenad.

Av ordalydelsen till artikel 1.2 i LOU-direktivet framgår även uttryckligen att anskaffningen ska ske från, eller tilldelningen av kontraktet ska ske till, en leverantör som har valts ut av den eller de upphandlande myndigheterna. Detsamma följer av skäl 4 till LOU-direktivet, där det anges att situationer där samtliga aktörer som uppfyller vissa villkor har rätt att utföra en bestämd uppgift utan selektivitet inte ses som upphandling, utan enbart som ett auktorisationssystem. För att det ska vara fråga om offentlig upphandling enligt LOU krävs således ett inslag av selektivitet. EU-domstolen har även relativt nyligen behandlat frågan om gränsdragningen mellan auktorisationssystem och upphandlingspliktig anskaffning i två domar som är av särskilt intresse; EU-domstolens dom den 2 juni 2016 i mål C-410/14, Dr. Falk Pharma GmbH mot DAK-Gesundheit och EU-domstolens dom den 1 mars 2018 i mål C-9/17, Maria Tirkkonen mot Maaseutuvirasto. EU-domstolen konstaterar i de båda domarna att urvalet av ett anbud och därmed av en vinnande anbudsgivare ska anses vara ett grundläggande kriterium för begreppet offentligt kontrakt och även för tillämpningen av upphandlingsdirektiven.

Vad beträffar avtal som tecknas med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet, kan konstateras att de kommer att ingås efter ett urvalsförfarande. Urvalsförfarandet kommer att baseras på kvalitetskriterier och hur urvalet görs kommer framgå av annonsen eller annan dokumentation som görs tillgänglig tillsammans med annonsen. Avtalen kommer vidare att utformas som skriftliga kontrakt och hänvisa till ekonomiska villkor, såtillvida att det i avtalet framgår vad som krävs av vårdgivaren för att den fastställda ersättningen ska utgå. Vilka tjänster som efterfrågas och således vilken ersättning som kan utgå kommer inte att vara bestämt på förhand, utan kommer rimligen att variera något beroende på hur behoven ser ut i den region som etableringen avser. Med hänsyn till detta bedömer utredningen att ett avtal som ingås med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet skulle kunna klassificeras som ett offentligt kontrakt.

Tjänstekoncessioner

Vid anskaffning av tjänstekoncessioner ska den upphandlande myndigheten tillämpa LUK i stället för LOU. Definitionen av en koncession är ett skriftligt kontrakt med ekonomiska villkor som ingås mellan en upphandlande myndighet och en koncessionsinnehavare, där ersättningen för tjänsten utgörs antingen av enbart rätten att ta betalt för och utnyttja föremålet för koncessionen eller dels av en sådan rätt, dels betalning. För att det ska vara fråga om koncession krävs vidare att kontraktet innebär att de kommersiella riskerna med verksamheten till övervägande del övertas av koncessionshavaren.

Kravet på att ersättningen för tjänsterna i vart fall delvis måste utgöras av rätten att nyttja koncessionen är nära sammankopplat med kravet på att verksamhetsrisken ska övergå till entreprenören. Sättet på vilket tjänsteleverantören får ersättning utgör en faktor som gör det möjligt att fastställa vem som tar på sig risken i samband med nyttjandet.

De avtal som kommer att ingås enligt vårt förslag till ny lagstiftning innebär att vårdgivare får rätt att etablera sig och bedriva vård i det glesbygdsområde som avses. Till skillnad från vad som gäller för tjänstekoncessioner för mer kommersiella tjänster, där ersättningen betalas av nyttjarna av tjänsten direkt, kommer vårdgivare som har

avtal med en region att ersättas genom offentliga medel. Ersättningen kommer emellertid, utifrån hur utredningen ser att den bör utformas, baseras på den faktiska efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänsten.

Med hänsyn till ovan skulle nu aktuella avtal upphandlings-rättsligt också kunna klassificeras som tjänstekoncessioner. Avgörande är härvid om ersättningssystemet utformas så att vårdgivarna, i vart fall delvis, står risken för sina investerings- och verksamhetskostnader, eller om de får sina kostnader täckta oavsett efterfrågan på tjänsterna.

Av det som redogjorts för ovan framgår att det till viss del beror på hur ersättningssystemet utformas hur avtalen som tecknas med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet ska klassificeras. Bland annat av hänsyn till att utredningen inte lämnar förslag om ersättningens utformning är det svårt att dra någon slutsats i detta avseende. Givet dessa förutsättningar, samt utredningens uppfattning att avtalen kan betraktas som offentliga kontrakt, har vi valt att utforma lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet genom tillämpning av delar av LOU. Utredningens uppfattning är att regionerna har större igenkänning i denna lagstiftning än i LUK.

Frågan om likabehandling

Att inrätta flera parallella system för samma upphandlingsföremål kan innebära viss problematik ur likabehandlingshänseende. Vårt förslag till ett nytt kompletterande system för inköp av hälso- och sjukvårdstjänster, som ett alternativ till inköp med stöd av LOU eller LOV, har beröringspunkter med frågan om användning av parallella ramavtal. Det ligger i ett ramavtals natur att en leverantör, på motsvarande sätt som i ett sådant system som vi föreslår, inte är garanterad att få leverera tjänster till ett visst värde. Det är dock en utbredd uppfattning att flera upphandlingar av samma upphandlingsföremål, t.ex. genom parallella ramavtal, kan strida mot de upphandlingsrättsliga principerna om det ger den upphandlande myndigheten frihet att välja efter fritt skön från vilket avtal avrop ska

ske.[74] Motsvarande problematik skulle kunna uppkomma med vårt föreslagna, vid sidan av LOU och LOV parallella, sätt att köpa in hälso- och sjukvårdstjänster. En sådan problematik skulle kunna uppkomma om flera vårdgivare som lämnar samma hälso- och sjukvårdstjänster inom samma geografiska område ersätts olika. Vid flera parallellt fungerande och tillämpade system bör, av hänsyn till likabehandlingsprincipen, villkoren för ersättning m.m. i den mån det är möjligt nämligen vara likalydande, oavsett med stöd av vilken lagstiftning vårdgivaren verkar. Mot bakgrund av syftet med det kompletterande system som vi föreslår, att främja etablering i områden där sådan saknas, torde risken för parallella system i praktiken vara liten. Det kan också konstateras att parallella system inom samma geografiska område redan i dag förekommer genom t.ex. LOU och LOV.

Förslagets överensstämmelse med rättsmedelsdirektivet

Av det så kallade rättsmedelsdirektivet[75] följer att det måste finnas sätt att garantera att en upphandlande myndighets beslut gällande avtal som omfattas av upphandlingsdirektiven kan prövas effektivt och skyndsamt. Rättsmedelsdirektivet har till största del implementerats i svensk lagstiftning genom 20 och 21 kapitlet LOU och 16 och 17 kapitlet LUK och reglerna om avtalsspärr, överprövning, skadestånd och upphandlingsskadeavgift. Även reglerna om meddelande och dokumentation av tilldelningsbeslut i såväl LOU som LUK genomför rättsmedelsdirektivet. Dessa regler är i allt väsentligt desamma i LOU och LUK och innebär bl.a. att tilldelningsbeslut samt skälen till beslutet ska meddelas skyndsamt, att en avtalsspärr om minst tio dagar ska tillämpas efter det att tilldelning om kontraktet har meddelats, samt att såväl en upphandling som giltigheten av ett avtal kan överprövas vid förvaltningsdomstol.

[74] Se t.ex. RÅ 2010 ref. 97. Konkurrensverket yttrade sig i målet och konstaterade att ett förfarande där den upphandlande myndigheten genomför två olika ramavtalsupphandlingar avseende samma slags varor, tjänster eller byggentreprenader och som ger avropande myndigheter en frihet att välja urvalsmodell vid kontraktstilldelning inte uppfyller kraven på likabehandling och transparens.

[75] Europaparlamentets och rådets direktiv 2007/66/EG om ändring av rådets direktiv 89/665/EEG och 92/13/EEG vad gäller effektivare förfaranden för prövning av offentlig upphandling.

Då avtalen som ingås med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet är att betrakta antingen som offentliga kontrakt som omfattas av LOU-direktivet eller som tjänstekoncessioner som omfattas av LUK-direktivet, bör rättsmedelsdirektivet vara tillämpligt på dessa avtal. Detta tillgodoses i lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet genom hänvisningen till LOU och de bestämmelser som där reglerar just frågorna om tilldelningsbeslut, avtalsspärr, överprövning, skadestånd och upphandlingsskadeavgift.

Statsstödsfrågan

När statliga offentliga medel tillskjuts för att stödja viss verksamhet utgör det ett så kallat statsstöd. På EU-nivå finns regler kring sådana statsstöd att förhålla sig till angivna i *fördraget om Europeiska unionens funktionssätt*, det så kallade EUF-fördraget. EU:s statsstödsregler är en del av de gemensamma regler om konkurrens som finns i detta fördrag. Artiklarna 107–109 i EUF-fördraget sätter ramarna för medlemsstaternas möjligheter att med offentliga medel kunna stödja en viss verksamhet genom att ge bidrag eller annat stöd. Där fastställs att statsstöd är förbjudet om det inte är förenligt med den inre marknaden enligt något av de undantag som finns. Den centrala bestämmelsen om statligt stöd finns i artikel 107.1 i EUF-fördraget som anger att, om inte annat föreskrivs i fördragen, är stöd som ges av en medlemsstat eller med hjälp av statliga medel, av vilket slag det än är, som snedvrider eller hotar att snedvrida konkurrensen genom att gynna vissa företag eller viss produktion, oförenligt med den inre marknaden i den utsträckning det påverkar handeln mellan medlemsstaterna.

Vi föreslår att staten ska vara delfinansiär av den vård som regionerna köper in med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet. I avsnitt 7.7.3 redogör vi för förslaget om ett nytt anslag vars medel ska användas för bidrag till regionernas kostnader för den vård som lämnas med stöd av den föreslagna nya lagen.

Regionerna får för ändamålet rekvirera medel från Socialstyrelsen. De bidrag som inte används ska återbetalas. Kostnader på anslaget ska beräknas årligen utifrån regionernas prognosticerade kostnader för utförd vård enligt lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela

landet. Om regionernas kostnader blir mindre eller högre än förväntat ska detta regleras i nästa årsbidrag (se avsnitt 7.8.6).

Den föreslagna modellen för finansiering inbegriper således inte ekonomiskt stöd till enskilda privata vårdgivare, utan i stället är det regionerna som erhåller bidrag till finansieringen av den inköpta vården. Den statliga finansieringen till regionerna är dock förbehållen regionernas inköp av hälso- och sjukvårdstjänster utförda av vissa privata vårdgivare som driver ekonomisk verksamhet. Det kan därför finnas anledning att fundera över om de stöd som regionerna erhåller, genom att de resulterar i etablering av vissa privata vårdgivare, kan anses utgöra stöd till viss verksamhet som är oförenligt med ovan nämnda artiklar i EUF-fördraget.

En förutsättning för att det ska vara tal om ett otillåtet statsstöd är dock att det stöd som ges gynnar vissa företag eller viss produktion. I detta krav ligger dels att åtgärden ska innebära en ekonomisk fördel för mottagaren, dels att åtgärden ska vara selektiv. Det är inte heller fråga om otillåtna statsstöd när åtgärden inte snedvrider eller hotar att snedvrida konkurrensen.

Det kan konstateras att de tjänster som regionerna kan anskaffa med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet är hälso- och sjukvårdstjänster i områden där det är brist på sådana tjänster. Tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster utgör en basal nödvändighet och är en förutsättning för välfärd. Det ligger således i det allmännas intresse att hälso- och sjukvårdstjänster kan tillhandahållas befolkningen i landets alla geografiska områden.

Vidare anskaffar regionerna hälso- och sjukvårdstjänsterna i nu föreslaget system genom ett förfarande med annonsering och urval av vårdgivarna i enlighet med upphandlingslagstiftning. Alla presumtiva vårdgivare som omfattas av lagstiftningen har på lika villkor möjlighet att lämna anbud och regionens urval av vårdgivare sker utifrån objektivt ställda kriterier och således efter konkurrensutsättning. Den eller de vårdgivare som regionen tecknar avtal med, och som indirekt i ett senare led tar del av det stöd som staten lämnar till regionerna, ges inga ekonomiska fördelar som andra vårdgivare inte ges. Den statliga delfinansieringen får inte till effekt att vissa vårdgivare får en mer fördelaktig konkurrensställning än konkurrerande vårdgivare. I stället konkurrerar vårdgivarna, i och med regionernas upphandlingsförfarande, på lika villkor.

Modellen för finansieringslösning torde mot bakgrund härav, i den mening som nu avses, inte resultera i någon ekonomisk fördel för de vårdgivare som regionen tecknar avtal med. Det finns vidare ingen risk att det stöd som staten lämnar till regionerna förbättrar den enskilde vårdgivarens konkurrensposition i förhållande till andra vårdgivare som den konkurrerar med. Stödet till regionerna påverkar t.ex. inte vårdgivarens möjlighet att expandera eller få en starkare konkurrensmässig position. Inte heller innebär stödets utformning att vårdgivare med avtal med regionen genom stödet befrias från kostnader som denne annars själv hade fått bekosta i sin verksamhet. Modellen för finansieringslösning torde således inte heller innefatta en risk för snedvridning av konkurrensen.

7.8.14 Övriga konsekvenser

Utredningen bedömer att förslagen inte har några konsekvenser för miljön, för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen eller för det brottsförebyggande arbetet.

7.9 Ikraftträdande – scenario 2

Utredningens förslag: Lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet och förordningen med samma namn, samt föreslagna övriga nya bestämmelser hänförliga till scenario 2, föreslås träda i kraft den 1 januari 2023.

Skäl för utredningens förslag

Tidpunkten för införandet av den nya lagen är inte beroende av tidpunkten för upphävande av LOL och LOF. I stället bör den nya lagstiftningen, för att snarast skapa förutsättningar för hälso- och sjukvård i hela landet, införas så snart som möjligt. Hänsyn måste dock tas till den tid som behöver tas i anspråk för utformandet av det nya ersättningssystem som vi föreslagit att Socialstyrelsen ska ta fram. Tid kommer också att behöva tas i anspråk för att utarbeta en metod för den statliga delfinansiering som vi föreslår. Former för ett

nytt anslag behöver ses över. Vi föreslår med hänsyn härtill att författningsförslagen i scenario 2 ska träda i kraft den 1 januari 2023.

7.10 Utredarens reflektion över de två scenarierna

Vi har valt att presentera två scenarier, och därmed två alternativa förslag, på hur läkare och fysioterapeuter som bedriver verksamhet enligt LOL och LOF kan integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt i övrig öppenvård. Uppfattningen om vad som är den mest ändamålsenliga och sett till helheten bästa förändringen är förstås olika hos olika inblandade aktörer. Gemensam är dock uppfattningen att det behövs en förändring. Vi vill poängtera att vårt uppdrag inte handlat om vad som är bästa lösningen för varje enskild aktör på dagens taxa, utan vad som är det mest hållbara på lång sikt ur patient-, medarbetar- och samhällsperspektiv. Vi har också valt att ha som utgångspunkt för våra förslag att det ska finnas möjlighet att verka i den offentligt finansierade vården på olika sätt och även som mindre aktör.

En slutlig reflektion från utredaren är att de två scenarierna, och de därpå följande förslagen i våra analyser inklusive konsekvensanalyser, på många sätt är olika men samtidigt på många sätt jämbördiga. Vilket av de två förslagen man föredrar beror på vilka perspektiv, värdegrunder och mål man prioriterar. Den samhälleliga och politiska inställningen i dessa frågor förändras över tid. Utredaren vill dock uppmärksamma att det i ett avseende finns skillnader mellan förslagen som bör noteras.

Som beskrivet i våra utgångspunkter (se avsnitt 7.2.2) är målet för den svenska hälso- och sjukvården vård på lika villkor. Alla som bor i Sverige ska i princip ha samma möjlighet att vid behov få tillgång till hälso- och sjukvård. Som beskrivet i avsnitt 7.5.8 pekar ett antal undersökningar på att införande av vårdval i större utsträckning gynnat socioekonomiskt starka grupper mer än svaga. I en forskningssammanställning från 2017 behandlas sex vetenskapliga studier och nio offentliga rapporter. Effekterna var svåra att följa upp och det saknades övergripande undersökningar av vårdvalens påverkan på jämlik vård. Slutsatsen var dock att existerande utvärderingar visar på att införandet av vårdval främst gynnat dem i grupper med högre välstånd och låga vårdbehov, även om effekterna var

förhållandevis små. De analyser som finns är främst inriktade på förändringen efter vårdvalet. En brist i forskningen generellt är att det finns ytterst lite analys när det gäller den fråga som väcktes innan vårdvalsreformens införande, dvs. om det redan fanns ojämlikheter i vården och att vårdvalsreformen inte gav förutsättningar att förändra det. Det är också många faktorer som påverkar detta samtidigt. Man bör därför vara försiktig med att dra alltför stora slutsatser utifrån detta, men det finns en beskriven farhåga delvis belagd, och utredarens uppfattning är att den inte fullt kan bortses ifrån. Detta med anledning av frågans allvarliga karaktär i förhållande till avsikten med hälso- och sjukvårdens uppdrag. Ett sätt att bevaka jämlikhetsperspektivet vore att om förslagen i scenario 1 genomförs ge Vårdanalys ett uppdrag att följa upp de föreslagna förändringarna särskilt ur ett jämlikhetsperspektiv.

Scenario 2 har som utgångpunkt just den jämlika vården i hela landet. Som redovisat i avsnitt 7.8.8 är vården i dag ojämnt fördelad över landet med en oproportionellt stor tillgång i storstäder och en låg tillgång i glest befolkade områden där det finns stora behov som inte möts. Scenario 2, och de därpå följande förslaget om en ny lagstiftning gällande förbättrade möjligheter till mindre etableringar i hela landet, ger regionerna nya metoder och statliga medel för att tillgodose vårdbehovet i glesbygden. Avsikten med detta är just att skapa förutsättningar för och möjliggöra en mer jämlik vård över hela landet.

8 En ändamålsenlig struktur för styrning av hälso- och sjukvården

8.1 Inledning

Utredningen har utifrån direktiven (dir. 2017:97) i uppdrag att analysera om vårdens uppdelning i öppen vård och sluten vård fortfarande är ändamålsenlig med utgångspunkten att vården ska organiseras och bedrivas effektivt med god kvalitet och utifrån den enskildes vårdbehov. Analysen ska göras utifrån ett patientperspektiv i relation till utredningens övriga förslag och utredningen ska redogöra för vilka konsekvenser en förändring skulle kunna få för kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner eller regioner ur ett samhällsekonomiskt perspektiv samt avseende ansvarsfördelning och samverkan mellan huvudmännen.

I kapitel 4 i vårt föregående delbetänkande[1] analyserade vi bakgrunden och gällande rätt kopplat till begreppen öppen vård och sluten vård samt vårdformernas utveckling över tid. Därför bör kapitel 4 i vårt förra delbetänkande läsas tillsammans med detta kapitel.

Kort sammanfattat fyller, sedan ikraftträdandet av 1982 års hälso- och sjukvårdslag (1982:763), inte dagens begreppsindelning i öppen och sluten vård någon organisatorisk funktion i lagstiftningen. Indelningen i dessa vårdformer utgör därmed endast en *lagteknisk lösning*. Att regioner även efter 1982 valt att organisera sina verksamheter utifrån dessa begrepp regleras alltså inte av lagstiftning.

[1] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, s. 91 ff.

Indelningen bygger på att det definierade begreppet *sluten vård*[2] innefattar sådan hälso- och sjukvård som ges till en patient som är *intagen vid en vårdinrättning*. Till detta regleras att det för sådan vård ska finnas *sjukhus*.[3] Definitionen av *öppen vård*[4] är däremot negativt reglerad och innefattar annan hälso- och sjukvård än sluten vård, dvs. all annan hälso- och sjukvård som inte kräver intagning vid vårdinrättning. Denna konstruktion har använts av lagstiftaren för att säkerställa att ingen hälso- och sjukvård ”faller mellan stolarna”. Vårdformernas indelning och definitioner i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) har däremot fortsatt kommit att ha stor betydelse för hur regionerna valt att organisera, styra och följa upp vården.

Indelningen i öppen respektive sluten vård används också av angränsande regleringar, men med delvis annan innebörd, t.ex. i samband med tvångsvård av olika slag eller fullgörande av en påföljd för brott. Dessutom finns det andra, närliggande begrepp inom ramen för hälso- och sjukvårdssystemet, men med egna definitioner som regleras i annan ordning, såsom exempelvis gällande läkemedel.[5]

Det råder samtidigt enighet om att nuvarande struktur och vårdformsindelning också utgör en bidragande orsak till ineffektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet. Nya behandlingsalternativ och nya sätt att organisera vården har lett till att vård som tidigare krävde intagning på sjukhus, numera kan utföras och utförs på andra platser än på sjukhus och därmed förflyttas till den öppna vårdformen. Det befintliga styrsystemet uppfattas dock ofta i stället premiera sluten vård, vilket medför att sådan förflyttning inte sker i önskad utsträckning.

8.1.1 Utgångspunkter och avgränsningar

Utgångspunkter utifrån gällande rätt

När det gäller gällande rätt hänvisas till den beskrivning som återfinns i vårt tredje delbetänkande, God och nära vård. Vård i samverkan (SOU 2019:29). Nedan påminner vi om några grundläggande definitioner och utgångspunkter utifrån befintlig lagstiftning samt utredningens slutsatser utifrån denna.

[2] Se 2 kap. 4 § *hälso- och sjukvårdslag* (2017:30) (HSL).
[3] Se 7 kap. 4 § HSL.
[4] Se 2 kap. 5 § HSL.
[5] Se avsnitt 3.1 SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*.

I 2 kap. 1–3 §§ HSL definieras vad som enligt lagen utgör *hälso- och sjukvård* (1 §) och som därmed faller in under lagens tillämpningsområde, vad som avses med *huvudman* (2§) respektive *vårdgivare* (3§).

I 2 kap. 4 § definieras begreppet *sluten vård* enligt följande

> Med *sluten vård* avses i denna lag hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning.

I 2 kap. 5 § definieras begreppet *öppen vård*

> Med *öppen vård* avses i denna lag annan hälso- och sjukvård än sluten vård.

I 2 kap. 6 § definieras begreppet *primärvård*[6]

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

I 2 kap. 7 § definieras *högspecialiserad vård*

> Med *nationell högspecialiserad vård* avses i denna lag offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje samverkansregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Primärvård utgör alltid öppen vård

Vårdformen primärvård utgör alltid öppen vård vilket framgår av definitionen av denna vårdnivå i 2 kap. 6 § HSL.

Begreppet öppen vård är däremot bredare och omfattar all vård som inte enligt befintlig definition är sluten vård. All öppen vård är således inte primärvård.

[6] Utredningen har i delbetänkandet God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:39) s. 311 ff. föreslagit en modernisering av definitionen av primärvård.

Kommunal hälso- och sjukvård utgör primärvård

Den hälso- och sjukvård som kommunen har ansvar att erbjuda är primärvård och således öppen vård i enlighet med 2 kap. 6. § HSL.

Av 12 kap. 1 § framgår att kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller motsvarande tillståndspliktig boendeform eller bostad som avses i 7 kap. 1 § första stycket socialtjänstlagen (2001:453). Kommunen ska även i samband med dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § samma lag erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som vistas i dagverksamheten.

Av 14 kap. 1 § HSL framgår bland annat att en region får överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende och i särskilt boende till en kommun inom regionen, om regionen och kommunen kommer överens om det. En sådan överenskommelse får däremot inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare.

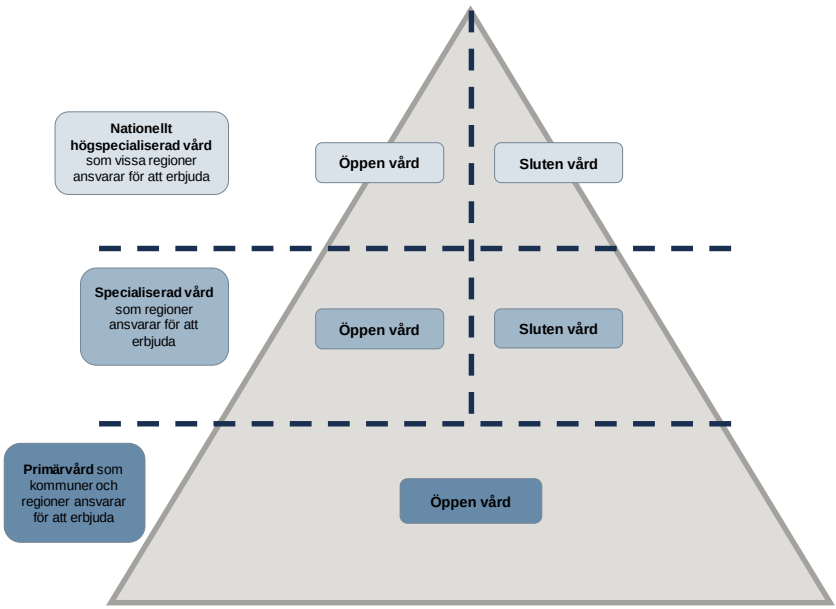
Den begränsning som tydligt framgår i HSL är alltså att läkarinsatser inte omfattas av kommunens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård. I övrigt framgår inte någon tydlig begränsning av uppdragets omfattning. Av förarbeten framgår dock att det endast är ansvar att erbjuda vård på primärvårdsnivå som överförts.[7]

[7] Jfr prop. 1990/91:14, *om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.*, s. 57 f.

Utgångspunkter utifrån utredningens analyser

Vårdformer och vårdens nivåstrukturering

Figur 8.1 Vårdformer och vårdens nivåstrukturering



Bilden är en beskrivning av de olika vårdformerna och vårdens nivåstrukturering, samt hur dessa förhåller sig till varandra. Den stora besöksvolymen vård utgörs av primärvård, basen i hälso- och sjukvårdssystemet. Den medelstora volymen av specialiserad vård kan utgöras av såväl öppen som sluten vård. En mindre del av hälso- och sjukvården utgörs av den nationellt högspecialiserade vården. Alla dessa delar omfattas av, och ingår i, omställningen till den nära vården. Vården i framtiden bedöms i allt mindre utsträckning vara beroende av intagning på en fysisk plats där vården utförs. I stället bör system fokusera mer på innehållet i de hälso- och sjukvårdstjänster som tillhandahålls patienten, oavsett den fysiska platsen.

Internationellt benämns delarna i bilden ofta utifrån begreppen primär, sekundär och tertiär vård. En viktig del av hälso- och sjukvården, nämligen egenvården, illustreras inte i bilden.

Otydligt gränssnitt mellan vårdformer medför ojämlik tillämpning

Som beskrivs ovan samt i utredningens senaste delbetänkande[8], betraktas det befintliga gränssnittet mellan vad som i praktiken utgör öppen respektive sluten vård som otydligt. Det bör även noteras att begreppen delvis har olika innebörd i Socialstyrelsens termbank och i HSL. Sammantaget påverkar detta tillämpningen av befintliga regelverk, då det exempelvis för såväl vårdgivare som för huvudmän inte är tydligt vilken typ av vårdinrättning patienten behöver vara intagen i för att definitionen av sluten vård ska anses vara uppfylld. Vissa regioner organiserar exempelvis avancerad vård i hemmet (vanligen kallad ASIH eller SSIH, även andra förkortningar förekommer) som sluten vård medan andra regioner ger sådan vård som öppen vård. Ytterligare andra ser det som en helt egen vårdform. Olika tolkningar görs också gällande exempelvis dygnet-runt-vård inom primärvården, där sådan vård i vissa fall registreras som sluten vård, medan i andra fall bedöms dygnet-runt-vård endast kunna ske på vårdinrättning som kan jämställas med sjukhus. Ibland beskrivs viss vård som en blandform[9] av öppen och sluten vård, såsom åtgärder som utförs i dagkirurgisk verksamhet och patienten sedan övernattar på patienthotell. Några sådana blandformer bedöms dock inte ha varit avsedda att förekomma.

Utredningen bedömer att tillämpningen av vårdformerna behöver bli mer enhetlig och att gränssnitten dem emellan behöver bli tydligare.

Begreppen är ålderdomliga

Flera begrepp i de befintliga definitionerna av vårdformerna såsom ”intagen vid vårdinrättning”, ”sluten vård” och även ”sjukhus” betraktades som ålderdomliga redan i förarbetena[10] till 1982 års HSL. Sedan dess har HSL moderniserats. Begreppen öppen vård respektive sluten vård har lyfts ut från tidigare 5 § första stycket andra meningen i HSL till egna definitioner i nuvarande 2 kap. men själva begreppen öppen vård och sluten vård har inte förändrats.

[8] Se SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, s. 117 f.
[9] Se SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, s. 117 f.
[10] Se prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag m.m.,* s. 73.

Såväl ”intagen” som ”sluten vård” associeras i praktiken inte sällan till andra vårdformer såsom psykiatrisk tvångsvård eller kriminalvård, samtidigt som dessa vårdformer regleras i andra författningar än i HSL.[11]

Utredningen bedömer att språket i den relevanta lagstiftningen bättre behöver spegla dagens kontext och språkbruk. En avgränsning för utredningens arbete är lagstiftning som reglerar tvångsvård.

Nya förarbetsuttalanden saknas

En stor del av vården sker i dag utanför traditionella vårdinrättningar för sluten vård, såsom sjukhus. I samband med Ädelreformen 1992 utökades möjligheterna för vård i patientens egna hem eller i särskilda boenden (se vidare beskrivning i kapitel 4). Sådan hälso- och sjukvård övergick efter reformen till att klassas som öppen vård.[12] Även regionernas hälso- och sjukvård bedrivs i dag i allt högre utsträckning som öppen vård.

Trots att vårdformerna genom 2017 års översyn av HSL, i förtydligande syfte, gjordes om till definitioner, så gjordes inte någon modernisering eller förarbetsuttalanden när det gäller den fortsatta ändamålsenligheten med vårdformernas innebörd eller gränssnitten dem emellan i förhållande till hälso- och sjukvårdens utveckling.

Utredningen bedömer att det finns behov av sådana uttalande t.ex. vad gäller hur samhällsutvecklingen påverkar vilket vårdbehov som avses.

Öppen vård bör vara förstahandsalternativet

Den öppna vården enligt HSL omfattar i dag all vård som inte är sluten vård enligt befintlig definition.

Utredningen föreslog i vårt första delbetänkande en reglering av den grundläggande principen inom hälso- och sjukvårdssystemet att hälso- och sjukvården i första hand ska ges som öppen vård. Även om denna princip i dag inte är författningsreglerad vidhåller utredningen att den är och ska utgöra fortsatt grund för omställningen till

[11] Se SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, s. 106 f.
[12] Prop. 1999/2000:149, *Nationell handlingsplan för utvecklingen av hälso- och sjukvården*, s. 33 f.; prop. 2005/06:115, *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 39; Se även Zeteokommentaren till 7 kap. 4 § HSL, 2017-11-09.

en god och nära vård i enlighet med principen om Lägsta Effektiva OmhändertagandeNivå (LEON).

Vård och omhändertagande under dygnets alla timmar

En annan viktig princip är att möjlighet till dygnet-runt-vård utgör en materiell förutsättning för dagens slutna vård, men vård dygnet runt i form av platser för heldygnsvistelse kan också ges inom ramen för den öppna vården, exempelvis i s.k. sjukstugor. Med andra ord kan alltså redan i dag dygnet-runt-vård bedrivas utanför sjukhus och på primärvårdsnivå.

Vårdinrättningar och sjukhus

Som utredningen har beskrivit i vårt tredje delbetänkande, är begreppet vårdinrättning inte definierat i lagstiftningen. Däremot ingår rekvisitet att patienten är *intagen vid vårdinrättning* som förutsättning för att den hälso- och sjukvård som ges utgör sluten vård. I begreppen intagen inbegrips att när patienten vistas på vårdinrättningen så ska vården kunna ges både på natten och på dagen.

Vilka vårdinrättningar som är att anse som vårdinrättningar specifika för sluten vård har däremot ändrats över tid utifrån både förändrad ansvarsfördelning mellan huvudmännen men också utifrån utbyggnaden av den öppna vården. Historiskt sett har vårdinrättningarna avsedda för sluten vård benämnts sjukhus, men vad ett sjukhus är har ändrats över tid. I 1982 års HSL ersattes begreppet sjukhus med begreppet vårdinrättning i beskrivningen av sluten vård, dock utan avsikt att innehållet i begreppet skulle ändras i sak. Begreppet sjukhus behölls i andra delar av HSL och återfinns också i andra författningar.

Begreppet vårdinrättning är ett dynamiskt begrepp och i dagens hälso- och sjukvårdssystem bedöms den inte enbart utgöras av den fysiska platsen sjukhus eller lasarett, antalet vårdplatser eller dess organisation utan kan även avse annan plats där hälso- och sjukvård bedrivs. Exempelvis kan sjukstuga i glesbygd, vård-/hälsocentral men också annan plats eller lokal falla in under begreppet vårdinrättning om hälso- och sjukvård bedrivs där och den också är inrättad specifikt för verksamheten på ett patientsäkert och ändamålsenligt sätt.

På detta sätt är själva begreppet vårdinrättning inte exklusivt eller materiellt kopplat till att det måste bedrivas sluten vård där. Det finns alltså olika typer av vårdinrättningar för olika verksamhetsformer. Utredningen finner inte att det vore ändamålsenligt att i dag lyfta ut och definiera vårdinrättning som ett eget begrepp i HSL.

Läkemedelsförsörjning

Finansiering av läkemedel ingår i ett tämligen komplext regelsystem. Regelverket utgår ifrån begreppen *sjukhus*, *sjukhusapotek* och *öppenvårdsapotek*. Däremot bedöms de inte vara annat än språkligt kopplade till vårdformerna öppen vård respektive sluten vård. En förändring av exempelvis begreppet sluten vård i HSL, bedöms därför inte direkt påverka denna lagstiftning.

Ett sjukhusapotek ansvarar för läkemedel till och inom ett sjukhus. Regionerna kan också erbjuda läkemedel ur ett läkemedelsförråd (knutet till ett sjukhusapotek) till individer i särskilda boenden eller till de patienter som får sjukvård i hemmet.

Om ett läkemedel tillhandahålls *förskrivet* till patienten eller om det ges på *rekvisition* (dvs. att hälso- och sjukvårdspersonal administrerar läkemedlet till patienten) ska avgöras av om patienten själv kan ta läkemedlet, eller om det av medicinska skäl behöver ges av hälso- och sjukvårdspersonal. Valet mellan att förskriva läkemedel eller tillhandahålla det via rekvisition är därför inte beroende av om vården i sig är öppen eller sluten.

Rekvisition sker i regel inom den sluten vård men kan också avse beställning av läkemedel till öppen vård. Vid rekvisition, dvs. distribution från sjukhusapotek (och öppenvårdsapotek) eller läkemedelsförråd, är läkemedlen kostnadsfria för patienten. Läkemedel som tillhandahålls via öppenvårdsapotek genom förskrivning, omfattas till stor del av läkemedelsförmånssystemet.

I vissa sammanhang som kan relateras till läkemedelsförsörjning används benämningen öppen vård och sluten vård på ett sådant sätt att en sammanblandning kan uppstå kring valet av förskrivning eller rekvisition som om de vore beroende just av dessa definitioner. Givet att denna lagstiftning alltså inte är annat än språkligt besläktad med begreppen öppen vård och sluten vård i HSL kommer utredningen inte att göra någon ytterligare analys av denna lagstiftning.

Det skiljer sig internationellt hur man definierar sluten vård

Ur ett internationellt perspektiv varierar regleringen avsevärt när det gäller vad som definieras som sluten- eller sjukhusvård. I vissa länder ingår såväl platsen/inrättningen/sjukhuset och/eller faktisk vårdtid i rekvisiten, där tiden kan skilja sig åt i definitionerna exempelvis mellan 3, 6 eller 12 timmar, eller specificeras som dagvård eller dygnet-runt-vård. I andra länder bygger definitionen på ett flertal rekvisit som behöver vara uppfyllda för att vården ska betraktas som sluten (in-patient care) och vårdformerna för den enskilde patienten kan övergå från en (sluten) vårdform till en alternativ vårdform under pågående vårdepisod. Det är därför svårt att finna ledning i andra länders hälso- och sjukvårdssystem för att avgöra vad som skulle utgöra en mer ändamålsenlig definition av motsvarigheten till den svenska slutna vården.

8.2 En förändring möjlig i flera steg

I utredningens arbete med att analysera om vårdens uppdelning i öppen vård och sluten vård fortfarande är ändamålsenlig, med utgångspunkten att vården ska organiseras och bedrivas effektivt med god kvalitet och utifrån den enskildes vårdbehov, har vi som beskrivits ovan fastslagit ett antal utgångspunkter utifrån gällande rätt och våra egna analyser. Baserat på utredningens samlade dialoger med företrädare för de många olika perspektiv som på olika sätt berörs av dessa grundläggande strukturfrågor har vi kommit fram till de bedömningar och förslag som presenteras i detta kapitel.

Intresset för frågan om ändamålsenligheten med uppdelning i öppen vård och sluten vård ser delvis annorlunda ut jämfört med utredningens övriga frågor; för den som ansvarar för och arbetar med systemnivån vad gäller styrning och ledning, beskrivningssystem och det ekonomiska perspektivet är den intressant utifrån sin faktiska legala utformning och därpå följande konsekvenser. För många andra är den mer principiellt intressant utifrån hur väl den underlättar den omställning av hälso- och sjukvården som är utredningens övergripande uppdrag att såväl föreslå som stödja. Vi är medvetna om, och har under utredningens gång flera gånger uppmärksammats på, att förändringar i de grundläggande begreppen öppen vård och sluten vård är stora ingrepp i strukturen för det rådande systemet.

Det råder olika uppfattning om hur viktiga sådana förändringar är att göra, för att möjliggöra och underlätta omställningen till nära vård, och i vilken utsträckning de är bärare av en traditionell kultur som behöver förändras för att uppnå en modern hälso- och sjukvård. Vi vill därför inleda med ett resonemang om hur våra bedömningar och därpå följande förslag i kapitlet förhåller sig till varandra.

1. Vi presenterar skälen för vår *bedömning* att en uppdelning i vårdformer är fortsatt ändamålsenlig (se avsnitt 8.2.1).
2. Vi gör bedömningen att de beskrivningssystem som i dag används inte är ändamålsenliga för styrningen och uppföljningen av dagens och framtidens hälso- och sjukvård, och presenterar därför *förslag* om att de behöver utredas och anpassas (se avsnitt 8.2.2).
3. Vår uppfattning är att även om en sådan översyn genomförs bör på sikt definitionen av sluten vård moderniseras till namn och innehåll. Utredningen presenterar som en *bedömning* hur en sådan utformning skulle kunna se ut (se avsnitt 8.2.3).

Till följd av de stora förändringar som en ändrad definition av sluten vård enligt punkt 3 innebär, och också med tanke på de därav följande svårigheterna att med säkerhet beskriva konsekvenserna av en sådan förändring, väljer utredningen att presentera detta som en bedömning. Vi vill påpeka det som också aktualiserats av flera av våra referensgrupper; en översyn av beskrivningssystemen i enlighet med punkt 2 är ett avgörande steg för omställningen till den nära vården. En ändrad definition av den slutna vården i enlighet med punkt 3 är sannolikt nödvändig för att möjliggöra och underlätta omställningen vid någon tidpunkt, och har sannolikt också ett viktigt symbolvärde. Det kan dock dröja innan systemet är moget för en sådan större strukturförändring. Punkt 2 är alltså möjligt att göra utan att beslut fattas om att genomföra punkt 3 i närtid. Punkt 3, däremot, förutsätter att punkt 2 genomförts.

8.2.1 En uppdelning av vården är fortsatt ändamålsenlig

Utredningens bedömning: En uppdelning av vården i olika vårdformer bedöms fortsatt vara ändamålsenlig.

Begreppen öppen och sluten vård kan av lagtekniska skäl inte tas bort utan att ersättas med annan reglering, då uppdelningen också fyller en funktion inom andra rättsliga regleringar än hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Skäl för utredningens bedömning

Att vården i dag delas in i sluten vård och öppen vård fyller flera olika rättsliga funktioner, såväl i hälso- och sjukvårdsregelverk som i andra regelverk. Begreppen kan därför inte tas bort utan att ersättas med en annan reglering.

Dagens reglering bygger på att viss vård särskiljs från övrig vård. Utredningen bedömer inte att en annan form av indelning, såsom endast en vårdform eller ett större antal vårdformer, skulle öka ändamålsenligheten utifrån de rättsliga funktioner begreppen fyller.

Inom hälso- och sjukvården fyller en uppdelning mellan vårdformerna framför allt funktionen att tydliggöra ansvarsövergångar mellan huvudmän. Det underlättar för samverkan om patientens vård. Det kan vara viktigt att veta vilken typ av vård som bedrivs inom en viss vårdform t.ex. vid tillsyn.

En uppdelning behövs för att staten ska kunna styra regleringen av olika hälso- och sjukvårdsförmåner. Den kan även behövas för att underlätta implementering av EU-rättsliga regler som kan skilja mellan olika vårdbehov (se utredningens tredje betänkande[13]).

En uppdelning kan också behövas för att kunna styra hälso- och sjukvården på nationell och regional nivå bl.a. i syfte att skapa incitament för vård i öppnare former.

Utredningen gör således bedömningen att en uppdelning i två vårdformer är fortsatt ändamålsenlig.

[13] Se avsnitt 4.3.2 i SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*.

8.2.2 Beskrivningssystemen behöver utredas och förändras

Utredningens förslag: Det ska utredas på vilket sätt de beskrivningssystem som används inom hälso- och sjukvården behöver förändras för att underlätta och stimulera en överföring av mer vård till öppna vårdformer, och möjliggöra att vård kan ges och adekvat beskrivas på lägsta effektiva omhändertagandenivå.

Det bedöms vidare finnas ett behov av att utreda om den hälso- och sjukvård som ges med kommunen som huvudman i dag omfattas tillräckligt, och om inte i vilken utsträckning den framöver bör omfattas, av vårdens beskrivningssystem för att säkerställa samma goda kvalitet och relevanta uppföljningsmöjligheter i all hälso- och sjukvård oavsett huvudman.

Socialstyrelsen ska därför ges i uppdrag att genomföra en sådan utredning samt, utifrån dess resultat, vid behov vidare uppdras göra en översyn av begrepp, termer och klassifikationer i avsikt att tillhandahålla en ändamålsenlig informationsstruktur.

Skäl för utredningens förslag

Socialstyrelsen har ett instruktionsenligt uppdrag att tillhandahålla enhetliga begrepp, termer, klassifikationer och en ändamålsenlig informationsstruktur för sitt verksamhetsområde. Den s.k. gemensamma informationsstrukturen innefattar Nationell Informationsstruktur (NI), samt de fackspråkliga resurserna hälsorelaterade klassifikationer (t.ex. ICD 10-SE, KVÅ och ICF), Snomed CT (begreppssystem), och Socialstyrelsens termbank. Socialstyrelsen förvaltar också den svenska versionen av beskrivningssystemet DRG.

De olika beskrivningssystem som i dag används för att beskriva insatser i hälso- och sjukvården utgår i många fall från uppdelningen i öppna och slutna vårdformer. De har i flera fall sitt ursprung i beskrivning av den slutna vården, och har senare i viss mån utvecklats till att omfatta även den öppna vården och primärvården. I takt med den medicinska och medicintekniska utvecklingens framsteg, tillämpningen av den s.k. LEON-principen (Lägsta Effektiva OmhändertagandeNivå) samt utvecklingen att bedriva allt mer vård utanför traditionell sjukhusmiljö eller till och med i hemmet, blir det nödvändigt att beskrivningssystemen anpassas till den utveckling som

sker. Samma typ av insats kan utföras såväl i traditionell sjukhusmiljö som utanför sjukhus, som öppen vård, ibland också på primärvårdsnivå med antingen region eller kommun som huvudman.

DiagnosRelaterade Grupper (DRG) är ett patientklassificeringssystem för att dela in patienter i medicinskt- och resurshomogena grupper och systemet används för aggregerad verksamhetsbeskrivning i sjukvården.[14] Den variant av DRG-systemet som används i Sverige är en version gemensam för de nordiska länderna, s.k. NordDRG. DRG består av en eller flera ICD-10-SE-koder och en eller flera KVÅ-koder tillsammans med patientuppgifter. Samtliga parametrar grupperas till en DRG-kod. DRG-koderna kopplas till vikter och kan således vara ett relativt mått på vård- och behandlingskostnaden för en genomsnittspatient i varje DRG-grupp.

Resursåtgången per DRG beräknas nationellt utifrån ”Kostnad Per Patient” (KPP), vilket rapporteras till SKR:s databas. KPP är en metod för att beräkna unika kostnader per vårdkontakt och patient. Utifrån den verkliga resursåtgången per vårdtillfälle räknas en genomsnittlig kostnad per DRG fram. Detta genomsnitt jämförs med den genomsnittliga kostnaden för hela databasen och på så sätt får varje DRG en relativ vikt som uttryck för den genomsnittliga resursåtgången för patienter i den aktuella gruppen. Noteras bör dock att enbart den specialiserade somatiska och psykiatriska vården rapporterar in till SKR:s KPP-databas. För att vikterna ska bli representativa krävs att kostnadsberäkningarna görs på stora volymer av patientdata. Styrande principerna för KPP utformades 2015. År 2019 presenterades ett förslag på reviderade principer för att också kunna tillämpa KPP i primärvården,[15] men inget beslut har ännu fattats om att uppdatera principerna.

De allra flesta regioner använder DRG-poäng för uppföljning av sin verksamhet,[16] det kan användas för produktions- och produktivitetsberäkningar. Produktion mäts då som antal DRG-poäng per tidsperiod och produktivitet mäts som egen kostnad per DRG-poäng. Det senare kräver att verksamheten har tillgång till KPP-data. DRG i sig är alltså inte ett ersättningsystem men det kan även användas till grund för prestationsbaserade ersättningar. Det är upp

[14] Socialstyrelsen, *Sekundär klassificering av diagnosrelaterade grupper (DRG)*, 2019.
[15] SKR, *KPP för primärvård*, 2019.
[16] Socialstyrelsen, *DRG-statistik 2017*, 2019, s. 11.

till respektive region både om och hur man använder och prissätter DRG-poäng.

DRG-systemet är initialt utformat för sluten vård och insatser företrädesvis utförda i sjukhusmiljö, vilka ges en högre vikt än motsvarande insats utförd i öppen vård.[17] Detta är till viss del också avsikten med systemet, då särskild kompetens, jourlinjer, teknisk utrustning och andra faciliteter nödvändiga för många insatser som klassificeras som sluten vård.

I dag utförs dock många insatser som tidigare var sluten vård som öppen vård, inklusive utanför traditionell sjukhusmiljö. Det finns en utbredd bild av att den vård som flyttas ”ut” från sjukhusen framför allt är den enkla vården, men utredningens uppfattning är att många gånger är den vården, även om den är mindre avancerad, väl så komplex till sin natur. Det kan till exempel röra sig om insatser som ges till äldre med många sjukdomar, där insatsen i sig kan vara mindre medicinskt avancerad, men patientens multisjuklighet och övriga omständigheter gör att vården är minst lika resurskrävande som när den tidigare utfördes i sjukhusmiljö.

Användandet av DRG och DRG-systemets tyngre viktning av insatser utförda i den slutna vården riskerar, om DRG-poäng används för beräkning av ersättning, därmed att systematiskt undervärdera de ofta komplexa insatser som görs i den öppna vården i dag. Därmed uppstår ett behov av att mer likartat, eventuellt med en förändrad syn på delar av viktningen, beskriva insatser oavsett om de utförs i öppen eller sluten vård. Motsvarande resonemang kan också vara tillämpligt på den del av primärvårdsnivån som har kommunen som huvudman.

DRG-systemet har möjlighet att beskriva alla delar av vården, dvs. sluten vård och öppen vård, inklusive primärvård. För att kunna följa öppen vård i samma utsträckning som slutenvård så finns ett behov av en mer likartad insamling av data till de nationella hälsodataregistren. Behovet består delvis i att kunna samla in data från fler yrkeskategorier inom öppenvården än vad som görs i dag.

Det finns alltså ett behov att utreda och lämna förslag och konsekvensanalyser på vad och på vilket sätt de beskrivningssystem (för såväl primär- som sekundärdata) som används i hälso- och sjukvården och som förvaltas av Socialstyrelsen bör förändras för att motsvara den moderna hälso- och sjukvården och omställningen till

[17] Socialstyrelsen, *Viktlistor för NordDRG*, 2019.

den nära vården. Utredningen bör särskilt beakta om den hälso- och sjukvård som ges med kommunen som huvudman i dag i tillräcklig utsträckning omfattas av beskrivningssystemen. Detta för att säkerställa samma goda kvalitet och relevanta uppföljningsmöjligheter i all hälso- och sjukvård oavsett huvudman.

Uppdraget bör inledas med en utredning av vilka beskrivningssystem som bör omfattas av översynen, i syfte att klargöra vilka förändringar som krävs samt fastställande av tids- och resursramar för vidare genomförande. Utredningen föreslår att ett sådan uppdrag ges Socialstyrelsen, i enlighet med myndighetens instruktion att tillhandahålla enhetliga begrepp, termer, klassifikationer och en ändamålsenlig informationsstruktur för sitt verksamhetsområde. Regeringen kan efter denna inledningsfas ta ställning till omfattning av fortsatt uppdrag.

8.2.3 Begreppet sluten vård behöver omdefinieras

Utredningens bedömning: Utredningen bedömer att det finns ett behov att byta ut begreppet sluten vård.

Till följd av de stora förändringar som en ändrad definition av sluten vård innebär, och med tanke på de därav följande svårigheterna att med säkerhet beskriva konsekvenserna av en sådan förändring, väljer utredningen att presentera detta som en bedömning. Nedan presenteras ett möjligt sätt att utforma en sådan ny definition, benämnd särskild vård.

Med särskild vård skulle i det tänkta förslaget avses specialiserad hälso- och sjukvård som av kvalitets- och effektivitetsskäl ges vid en vårdinrättning i vilken vård kan ges dygnet runt. Utöver detta bör sådan vårdverksamhet, till patienten kunna tillhandahålla tillgång till insatser som innefattar dels det akuta omhändertagandet, dels adekvat övervakning med multidisciplinära kompetenser och viss teknisk utrustning men också diagnostiska metoder för fortsatt utformning av patientens vård. För att vården ska klassificeras som särskild behöver därför vissa rekvisit vara uppfyllda, dock inte nödvändigtvis alla samtidigt.

Skäl för utredningens bedömning

Den befintliga definitionen av sluten vård, dvs. hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning (2 kap. 4 § HSL) sammantagen med bestämmelsen i 7 kap. 4 § HSL, att det för hälso- och sjukvård som kräver intagning vid vårdinrättning ska finnas sjukhus, har konstaterats vara otydlig. Detta såväl i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) som i våra tidigare delbetänkanden utifrån dialogen med regioner, myndigheter, vårdgivare och utförare. Otydligheten i lagstiftningen har medfört olika tolkning och tillämpning av bestämmelsen.

Hälso- och sjukvården har dessutom, sedan befintlig reglering av vårdformerna öppen vård och sluten vård tillkom, utvecklats markant men utan att begreppen har bytts ut eller anpassats till samhällets och vårdens utveckling. I dag uppfattas därför begreppen snarare som bevarande av traditionella strukturer än som bidragande till en effektiv, jämlik eller rättssäker styrning.

Utredningen bedömer därför att begreppet ”sluten vård” på sikt bör ges en ny definition i hälso- och sjukvårdslagen med ett innehåll som på ett bättre, mer modernt, sätt än i nu gällande lagstiftning beskriver logiken för vilken vård som behöver särskiljas.

Nedan redogörs initialt för skälen till bedömningen att begreppet behöver bytas, samt hur begreppet intagning samtidigt skulle kunna utmönstras i och med den tänkta konstruktionen av definitionen. Därefter redogörs för hur den nya definitionen skulle kunna konstrueras. Slutligen ges en översikt av några olika följdändringar i lagstiftning, som skulle behöva följa som en konsekvens av den förändrade definitionen av sluten vård.

Begreppet sluten vård skulle på sikt kunna ersättas med ”särskild vård”

Med hänsyn till vår bedömning att det fortsatt är ändamålsenligt att särskilja viss vård från annan vård (se avsnitt 8.2.1) samt att begreppet *sluten vård* är otidsenligt, bedöms det på sikt kunna ersättas med *särskild vård*.

Begreppet särskild vård bedöms på ett mer neutralt sätt beskriva den vård som behöver särskiljas från annan, dvs. öppen, vård. Utredningen är medveten om att just begreppet särskild kombinerat med

begreppet vård förekommer i andra sammanhang och regleringar. Risken för sammanblandning ses dock som liten, i förhållande till svårigheten att hitta en annan lämplig deskriptiv term för det som finns ett behov av att särskilja.

Utredningen har också i dialog med olika aktörer övervägt andra möjliga ordpar som på ett ändamålsenligt sätt skulle kunna ersätta både begreppen *öppen vård* och *sluten* vård. Exempel som har diskuterats är allmän, basal, vardaglig, generell eller ordinär parat med specifik, speciell eller särskild. Inget av dessa ordpar har dock befunnits tillräckligt väl beskriva innehållet i vården, utan att också medföra ett slags inneboende värdering av det som motsvarar dagens öppen vård, vilken då uppfattas som enklare vård utan samma behov av kompetenta insatser. Eftersom det som inte särskiljs må vara medicinskt mindre avancerad vård, men många gånger väl så komplext, ser vi inte behov av att använda en mer beskrivande term på denna vård. Dvs. vi ser inte behov av någon ny benämning på den öppna vården.

Definitionen skulle inte längre utgå från begreppet intagen

Som tidigare beskrivits grundar sig den i dag gällande definitionen av sluten vård i 2 kap. 4 § HSL delvis på *platsen*, dvs. den fysiska *vårdinrättningen* men också på det formella kravet på *intagning* vid denna vårdinrättning. Ett beslut om intagning associeras dock inte sällan till andra vårdformer och sammanhang än de som avses i HSL. Sammanhang där vårdinrättningen t.ex. utgörs av kriminalvårdsanstalt, eller sjukvårdsinrättning för psykiatrisk (tvångs-)vård och intagningen avser situationer där individen helt eller delvis fråntas rättshandlingsförmåga.

I praktiken innebär intagning enligt HSL ett administrativt beslut om *inskrivning*, men inskrivningen påverkar sedan vilka andra åtgärder som kan bli aktuella för patienten, när det gäller exempelvis samverkan eller individuell planering. Ett inskrivningsbeslut grundat på en *medicinsk bedömning*, ska vidare, enligt förarbetena till HSL,

fattas om patientens vårdbehov är av sådan karaktär att patienten behöver en *vårdplats* på sjukhus eller liknande vårdinrättning.[18]

Den tidpunkt från vilken patienten skrivs in och till dess att patienten är utskrivningsklar, är patienten såväl intagen som inskriven i sluten vård. Ett sätt att hantera problemen med det ålderdomliga begreppet intagen hade därmed kunnat vara att ändra begreppet intagen till inskriven. Förutom att inskrivning används administrativt inom den slutna vården, används det dock också som begrepp inom den öppna vården[19] (t.ex. inom barnavård eller mödravård). Vid 2017 års översyn av HSL lyftes också behovet av ändring av begreppet intagen till inskriven, men lagrådet gjorde bedömningen att intagning som begrepp bör kvarstå just för att upprätthålla särskiljbarheten mellan öppen och sluten vård då individen också kan vara inskriven i den öppna vården. Lagrådet utvecklade dock inte resonemanget.[20]

Utredningen bedömer att begreppet intagen vare sig bidrar till tydlighet eller fyller en ändamålsenlig funktion i den befintliga definitionen. Begreppet signalerar inte heller samskapande på lika villkor i den personcentrerade vården. Även om ett beslut motsvarande dagens intagningsbeslut fortsatt skulle gälla som grund för in- och utskrivning från den särskilda vården, bedömer utredningen att definitionen av sluten vård framöver inte skulle behöva bygga på intagning vid vårdinrättning.

Så skulle innehållet i den nya definitionen ”särskild vård” kunna konstrueras[21]

Det som enligt vår bedömning skulle kunna utgöra särskild vård är specialiserad hälso- och sjukvård som av kvalitets- och effektivitetsskäl ges vid en vårdinrättning där vård kan ges dygnet runt.

---

[18] Jfr prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag m.m.,* s. 65 f. och 120 f.; prop. 1969:125, *med förslag till lag om ändring i lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring*; prop. 1962:122, *om sjukvårdslag m.m.* Jfr även begreppet ”vårdplats” i Socialstyrelsens termbank som förklarar förhållandena dels mellan disponibel, teknisk och fastställd vårdplats men också hur vårdplats förhåller sig till in- och utskrivningsprocessen i sluten vård.

[19] Inskrivning kan även ske inom primärvården, men då används det administrativa begreppet ”listning” som i sig utgör den huvudsakliga grunden för s.k. kapiteringsersättning från region till primärvårdens utförare.

[20] Se prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 89 och s. 280 f.

[21] För tänkbar utformning se bilaga 5.

Med *specialiserad* hälso- och sjukvård avses en avgränsning mot primärvårdsverksamhet som definitionsmässigt (se 2 kap. 6 § HSL) ges som öppen vård. Vare sig primärvård som har regionen eller kommunen som huvudman skulle alltså kunna utgöra särskild vård inom ramen för den tänkta definitionen.[22] Liksom i dag skulle specialiserad vård kunna ges både som öppen vård och särskild vård (tidigare sluten vård). Den öppna vården skulle avgränsas från den särskilda vården genom ytterligare angivna rekvisit (se nedan).

Den *vårdinrättning* som avses i definitionen är fortsatt tänkt att utgöra en typ av vårdinrättning som kan jämställas med dagens sjukhus eller lasarett. I den tänkta nya definitionen tydliggörs att vårdinrättningen behöver vara av sådan beskaffenhet att hälso- och sjukvårdsverksamhet dels kan tillgängliggöras däri kontinuerligt under dygnets alla timmar, dvs. ”dygnet runt”, dels att vården också kan tillhandahållas på ett sådant sätt att patientens behov av vissa insatser kan tillgodoses.

Noteras bör att i en sådan bestämmelsen skulle inte primärvårdsverksamhet inbegripas, då det per definition är öppen vård. Därmed skulle inte särskilt boende kunna jämställas med sådan vårdinrättning där särskild vård ges. En ordinarie bostad skulle inte heller kunna utgöra en vårdinrättning i den mening som avsetts i 2 kap. 4 §, dvs. en med sjukhus jämställd vårdinrättning. Detta gäller även om bostaden anpassas för att viss, och i många fall avancerad eller specialiserad, hälso- och sjukvård ska kunna bedrivas där.

I jämförelse med befintlig definition av sluten vård, skulle det uttryckliga kravet på att patienten måste vara *intagen* vid vårdinrättningen tas bort, såsom förutsättning för att vården skulle vara särskild. I begreppet intagen har förutsatts att patienten som vistas på vårdinrättningen även kan göra det under natten.[23] I vårt tänkta förslag till definition inryms detta i stället i att vårdinrättningen skulle kunna tillhandahålla kontinuerlig vård dygnet runt. Det formella förfarandet gällande inskrivning i den nya särskilda vården, som t.ex. skulle aktivera lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, är inte avsedd att påverkas innehållsmässigt utan skulle i princip gälla alltjämt.

[22] Jfr även definitionen av specialiserad vård i Socialstyrelsens termbank: ”*hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård*”.
[23] Se prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag m.m.*, s. 120 f.

Utöver de ovan beskrivna obligatoriska rekvisiten skulle den särskilda vården också behöva tillhandahålla sådana insatser som ger patienten tillgång till:

a) aktiva insatser motsvarande *akut omhändertagande*, dvs. behandling av allvarlig skada eller sjukdom, akut medicinskt eller psykiatriskt tillstånd eller initial återhämtning från kirurgiskt ingrepp, eller

b) adekvat *övervakning* med tillgänglig multidisciplinär kompetens och/eller teknisk utrustning, eller

c) *diagnostiska metoder* för utformning och fortsatt planering av patientens vård (se vidare beskrivning av punkterna nedan).

Det tänkta förslaget skulle således medföra en förflyttning av fokus i definitionen från kravet på ett intagningsbeslut, till att det är beskaffenheten på vårdinrättningen och innehållet i de hälso- och sjukvårdstjänster som tillhandahållas vid vårdinrättningen som blir avgörande för att vården skulle falla under klassificeringen särskild vård. Med andra ord ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges i form av särskild vård (jfr 5 kap. 2 § HSL).

Det tänkta förslaget skulle innebära att den särskilda vården, inom överskådlig tid, i stor utsträckning, skulle ges vid sådana vårdinrättningar som kan jämställas med dagens sjukhus. Den tänkta definitionen skulle dock medge, förutsatt en fortsatt medicinsk och teknisk utveckling, att mer av även denna typ av vård i framtiden skulle kunna bedrivas utanför traditionell sjukhusmiljö.

Ovanstående innebär att all vård som inte faller in under dessa kriterier, även framledes ska utgöra öppen vård i enlighet med definitionen i 2 kap. 5 § HSL. Några former av halvsluten vård eller halvöppen vård, är alltså inte heller fortsatt möjliga.

För en tänkbar utformning av ett sådant författningsförslag se bilaga 5.

Potentiella följder av förslag om ny definition

Kravet på att det ska finnas sjukhus för vård som kräver intagning skulle kunna tas bort

Begreppet sjukhus förekommer som tidigare beskrivits på många ställen i såväl nationell som internationell lagstiftning, men är i sig inte definierat nationellt.

Vad som i svensk kontext har betraktas som ett sjukhus har ändrats över tid[24] och såväl vårdinrättning som sjukhus har bedömts utgöra dynamiska begrepp som enligt lagstiftarens intention ska kunna anpassas till samhällsutvecklingen. Som tidigare konstaterats har dock begreppet sjukhus medfört tillämpningssvårigheter.

Utredningen bedömer att bestämmelsen i 7 kap. 4 § HSL, dvs. att det för hälso- och sjukvård som kräver intagning vid vårdinrättning ska finnas sjukhus, sammantaget med bestämmelsen 5 kap. 2 § HSL som reglerar att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, lokaler och utrustning som behöves för att god vård ska kunna ges, blir överflödig i HSL i ljuset av den tänkta omdefinitionen av sluten vård. Paragrafen skulle därför kunna upphävas. Trots att begreppet sjukhus återfinns i andra författningar, bedöms ett upphävande av den aktuella bestämmelsen, inte påverka sådan annan lagstiftning. Det både kan och kommer fortsatt finnas såväl sjukhus och med sjukhus jämställda vårdinrättningar. I och med att beskaffenheten av den vårdinrättning som ingår i det tänkta förslaget på ny definition av särskild vård regleras särskilt, skulle den aktuella bestämmelsen inte längre tillföra något i sak.

Behov av att närmare klassificera särskild vård

För att öka tydligheten nationellt och bidra till en likvärdig implementering i hela landet bedömer utredningen att regeringen eller den myndighet regeringen bestämde skulle behöva få ett uppdrag att meddela föreskrifter om klassificering av vilken hälso- och sjukvård som skulle utgöra särskild vård.

[24] Se avsnitt 4.1.2 i SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*.

Detta arbete bör sannolikt ske utifrån en genomgång av såväl diagnosområden som vårdförlopp. Arbetet borde kunna anknytas till det pågående arbetet med den högspecialiserade våren samt Partnerskapet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården.

Tentativa följdändringar i HSL och annan lagstiftning

Med anledning av det tänkta nya begreppet särskild vård skulle flera bestämmelser i olika författningar på hälso- och sjukvårdsområdet behöva ändras för att anpassas till den nya definitionen, men i princip endast i språkligt hänseende.

Definitionen av öppen vård i 2 kap. 5 § HSL (se avsnitt 8.1.1) och 17 kap. 2 § HSL skulle behöva ändras språkligt, liksom 1 kap. 1 punkten 1, 2 § och 3 § första stycket, punkterna 3–5, 2 kap. 1, 3, 4 och 6 §§, 3 kap. 1–2 §§, 5 kap. 1, 3, 4 och 6 §§ lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten vård (LUS).

Eftersom 1 kap. 3 §, punkten 3 LUS innehåller en egen definition av sluten vård som inte hänvisar direkt till definitionen i 2 kap. 4 HSL men som är näst intill likalydande med HSL, påverkas denna paragraf även till sitt innehåll. De övriga två punkterna (4 och 5) behöver dock endast ändras språkligt.

Även 3 kap. 2 b § patientlagen (2014:821) (PL) skulle behöva ändras språkligt med anledning av en ny definition.

Utredningen bedömer att fler författningar[25] än de här angivna skulle kunna komma att påverkas av en ny definition av sluten vård.

Nya definitioner kan påverka statistik

Den tänkta nya definitionen skulle kunna medföra ett skifte där viss vård som tidigare klassificerats som sluten vård inte skulle klassificeras som särskild vård enligt den nya definitionen, utan i stället som öppen vård. Det skulle leda till att man fick en bruten statistikserie, där man inte rakt av kunde jämföra statistik kring t.ex.

[25] Såsom exempelvis *tandvårdslagen* (2008:145), *patientsäkerhetslagen* (2010:659), *mervärdesskattelagen* (1994:200), förordning (1995:239) *om förmåner för totalförsvarspliktiga*, *hälso- och sjukvårdsförordningen* (2017:80), förordning (1984:555) *om tillämpning av konvention av den 4 februari 1983 mellan Sverige och Spanien*, konventionen (SÖ 1984:18), som gäller vid sidan av *Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen*, förordningen (2001:707) *om patientregister hos Socialstyrelsen*, bilagan till *offentlighets- och sekretessförordningen* (2009:641) avseende sekretess hos TLV.

öppen vård före och efter den nya definitionen. Detta eftersom gränsen mellan vad som är öppen vård och sluten/särskild vård förändrats. Samtidigt kan framhållas att dessa begrepp – i enlighet med lagstiftarens intentioner- oavsett är dynamiska och att det över tid organiskt skett ett skifte där mycket som tidigare utförs som sluten vård i dag bedrivs som öppen vård. Det är vidare utredningens bedömning att de insatser som i dag faller under sluten vårdsdefinitionen och som med den tänkta nya definitionen skulle bli öppen vård torde bli specialiserad öppen vård, inte primärvård. Därmed skulle huvudmännen fortsatt omfattas av skyldigheten att rapportera insatserna till Patientregistret, som förvaltas av Socialstyrelsen.

Läkemedel – ett angränsande men annat regelverk

Utredningen bedömer att den tänkta nya definitionen inte skulle ha en direkt påverkan på förskrivningen av läkemedel och därmed inte heller på statens kostnader för dessa. Läkemedel finansieras på olika sätt och med olika fördelning mellan patienten och det offentliga i ett relativt komplext system. Regelverket utgår från begreppen sjukhus, sjukhusapotek och öppenvårdsapotek, inte öppen vård och sluten vård. Regleringen skulle därför inte direkt beröras av en förändring i HSL av begreppen öppen och sluten vård. Det regelverket omfattas därför inte heller av vår utrednings överväganden (se även avsnitt 8.1.1 under rubriken ”Läkemedelsförsörjning”).

Samtidigt kommer den nödvändiga omställningen av hälso- och sjukvården, som utredningens alla förslag är en del av, innebära att mer vård utförs på andra platser än på sjukhus samt att insatserna och bedömningarna som görs blir mer anpassade till individen och dess sammanhang. Förmedling av läkemedel via rekvisition ska avgöras av om patienten själv kan ta läkemedlet eller om det av medicinska skäl behöver ges av hälso- och sjukvårdspersonal. Omställningen i sig kan därför i förlängningen indirekt leda till en ökad förskrivning av läkemedel då rekvisition i dag främst är kopplat till sjukhusvård av tradition och bedömningar i större utsträckning ska utgå ifrån patientens behov än utifrån verksamhetens organisering.

8.3 Konsekvensanalyser

8.3.1 Övergripande konsekvenser av förslaget

De övergripande konsekvenserna av förslaget om översyn av beskrivningssystemen (se avsnitt 8.2.2) bedöms vara att möjliggöra en anpassning av hälso- och sjukvården på ett sådant sätt att förutsättningar ges för att bedriva och beskriva en modern hälso- och sjukvård på effektivt sätt utifrån befolkningens behov.

Förslaget bidrar även till ökad tydlighet kring begrepp i systemet.

8.3.2 Samhällsekonomiska konsekvenser

Utredningen bedömer att den föreslagna utredningen av beskrivningssystemen samt ändringarna vad gäller regleringen av öppen och särskild vård bidrar till att skapa bättre förutsättningar för omställningen till ett långsiktigt hållbart hälso- och sjukvårdssystem. WHO förespråkar en integrerad och personcentrerad ansats när vi utvecklar våra hälsotjänster och system. Dagens sjukhustunga system leder till onödiga kostnader i form av onödig medikalisering samt behandlingsrelaterade skador.[26] Beskrivningssystem som bättre speglar helheten i hälso- och sjukvården kan i förlängningen bidra till en minskning av dessa onödiga kostnader och till en mer effektiv användning av resurser.

8.3.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Förslaget om översyn av beskrivningssystem som tydligare beskriver insatser i den öppna vården kan på sikt också komma att få vissa konsekvenser för huvudmännen, t.ex. gällande kodning, beskrivning och inrapportering av uppgifter till nationella myndigheter. I vilken mån det blir fallet går dock ej att bedöma innan den föreslagna utredningen gjorts av Socialstyrelsen. Eventuella förändringar i olika beskrivningssystem kan i förlängningen också komma att underlätta för huvudmännen att på ett adekvat sätt beskriva, och i förlängningen ersätta, olika typer av insatser som utförs under ens huvudmannaskap.

[26] WHO, *Now more than ever, World Health Report 2008*, 2008.

8.3.4 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna

Att ha kvar dagens beskrivningssystem oförändrade är i utredningens mening vare sig möjligt eller ändamålsenligt till följd av de medicinska och samhälleliga förändringar som har skett. För att regionerna ska kunna utföra mer vård i öppna vårdformer behövs system som kan ge incitament till, beskriva och resurssätta detta på ett rättvisande sätt. Om systemen inte ses över försvåras omställningen vilket i förlängningen förvänta leda till fortsatta svårigheter vad gäller kostnadskontroll och effektivt resursutnyttjande.

Den föreslagna översynen av nationella beskrivningssystem som i dag används på lokal nivå som delar av system för ersättning och uppföljning, kan i förlängningen medföra att lokala metoder för beskrivning och uppföljning behöva anpassas (se avsnitt 8.2.2).

Till följd av eventuella förändringar i beskrivningssystemen som kan komma utifrån uppdraget till Socialstyrelsen i avsnitt 8.2.2 kan regionerna även komma att behöva se över sina regionala it-system.

8.3.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten

Uppdrag till Socialstyrelsen om översyn av beskrivningssystem

Utredningen föreslår en översyn av Socialstyrelsens beskrivningssystem (se avsnitt 8.2.2). Det föreslagna uppdraget och därpå följande fördjupade uppdrag samt förändringar av systemen är omfattande och beräknas omfatta flera år i tid. Uppdraget bör enligt ovan inledas med en utredning omfattande en översikt av existerande system, i syfte att klargöra vilka förändringar som krävs samt fastställande av tidsramar för genomförande. För denna inledande del av projektet bedöms ett regeringsuppdrag omfattande 12 månader behövas samt en ekonomisk resurssättning omfattande 20 mnkr. Denna tidsram och kostnad baseras på Socialstyrelsens regeringsuppdrag att införa en nationell informationsstruktur 2011, ett projekt utredningen bedömer vara av motsvarande omfattning. För det projektet krävdes ca 18 tillsatta tjänster. Kostnader för implementering och vidareutveckling tas fram av Socialstyrelsen i denna föreslagna inledningsfas. Regeringen kan efter denna inledningsfas ta ställning till omfattning av fortsatt uppdrag.

För att visa på en möjlig omfattning av det vidare arbete som senare kan komma att behövas utifrån den initiala fasen, har utredningen utgått från bedömningar vid införandet av en nationell informationsstruktur. Baserat på estimaten som gjordes i samband med det projektet bedömer vi att omfattande systemförändringar av detta slag kan kräva en projektperiod på 5 år. För införandet av nationell informationsstruktur beräknades den totala arbetsinsatsen för den organisationen och dess åtgärder motsvara 66 heltidsekvivalenter per år för att under projekttiden stiga till 161 i genomsnitt. Omkring 60 procent av personresurserna beräknades bli tillgodosedda genom inhyrd personal och konsulter. Kostnaden för projektet bedömdes vara 136,3 mnkr för det första året, 246 mnkr för det andra och sedan ca 280 mnkr per år för resterande tre år. Den totala kostanden för projektet under femårstiden beräknades till 1,2 mdkr.[27]

8.3.6 Konsekvenser för kommunerna

Tydligare beskrivningssystem kan leda till bättre planeringsförutsättningar för kommunen som huvudman för hälso- och sjukvård.[28] Att förtydliga att vård som utförs i hemmet är öppen vård underlättar samverkan mellan kommun och region då ansvarsområden förtydligas.

8.3.7 Konsekvenser för en jämlik vård

Förslaget om översyn av beskrivningssystem förväntas möjliggöra en mer jämlik vård då de underlättar en mer jämlik tillämpning av regelverk för öppen och sluten vård.

Bättre beskrivningssystem förväntas också ge bättre förutsättningar för att utveckla och resurssätta verksamheter på adekvat sätt, exempelvis delar av den kommunala hälso- och sjukvården som är riktad till utsatta grupper, såsom t.ex. personer med behov av socialpsykiatriska insatser och/eller personer med funktionsnedsättning.

[27] Socialstyrelsen, *Ändamålsenlig och strukturerad dokumentation – underlag för nationell samordning och finansiering*, 2011, s. 63–73.
[28] SOU 2016:2, *Effektiv vård*, s. 372–373.

Förtydligandet att dygnet-runt-vårdplatser kan erbjudas såväl i särskild vård som i öppen vård bedöms också underlätta inrättandet av sådana platser. Detta kan underlätta inte minst i delar av landet där avstånden till sjukvårdsinsatser är långa och där dygnet-runt-vård kan behöva ges av andra skäl än vård som kräver intagning.

8.3.8 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården

Resultatet av den förslagna utredningen av beskrivningssystemen förväntas kunna bidra till att förutsättningarna förbättras för att bedriva mer vård som öppen vård samt öka patientsäkerheten avseende de patientsäkerhetsrisker som uppstår t.ex. i vårdövergångar.

8.3.9 Övriga konsekvenser

Utredningen bedömer att förslaget inte har några konsekvenser för vårdens professioner, jämställdheten, företagen, sysselsättningen, EU-rätten, miljön, möjligheten att nå de integrationspolitiska målen eller det brottsförebyggande arbetet.

9 Att skapa förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet

9.1 Omställningen – En långsiktig process i flera steg

Vår utrednings uppdrag och arbete syftar till en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård, med fokus på primärvården. För att uppnå målet räcker det dock inte att göra förändringar i dagens primärvård. Omställningsarbetet omfattar hela den svenska hälso- och sjukvården, vilken har såväl region som kommun (och till en liten del även staten) som huvudman, samt alla som på olika sätt verkar i den. Tillsammans utgör de ett komplext system med flera olika beslutsnivåer, vårdgivare, professioner och framför allt med alla de människor vars hälso- och sjukvårdsbehov ska mötas.

Att genomföra en samordnad utveckling mot ett gemensamt mål är därmed en betydande utmaning. En utmaning som kommer innebära en långsiktig stegvis process och kräva stor uthållighet från alla inblandade. Det kommer inte att räcka med ett eller par stora politiska beslut på statlig nivå de närmsta åren. Det kommer att behövas beslut på alla politiska nivåer, och en bred politisk förankring som gör att beslut och inriktning står sig över flera mandatperioder. Detta såväl på kommunal som regional och nationell nivå.

Men inte heller politisk uthållighet kommer vara tillräckligt. Det kommer dessutom krävas ett långsiktigt och uthålligt utvecklingsarbete i alla delar av systemet. I de enskilda vårdverksamheterna, i utbildningsystemen, i forskningen, i tillsynen osv.

Nästa steg på nationell nivå är den primärvårdsreform som aviserats i Januariavtalet,[1] vilken enligt propositionsförteckningen ska läggas fram till riksdagen under våren 2020. Men även den kommer bara att vara ett av flera grundläggande steg av vad som behöver göras på nationell nivå. Kompletterande steg kommer att behöva tas därefter, såsom beslut baserade dels på förslagen i detta betänkande och vårt avslutande betänkande. Även förslag från relaterade utredningar såsom t.ex. slutbetänkandet Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42), slutbetänkandet Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget (SOU 2020:8), betänkandet Framtidens teknik i omsorgens tjänst (SOU 2020:14), utredningen Framtidens Socialtjänst (S 2017:03), Utredningen om översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet (S 2019:01), Fast omsorgskontakt i hemtjänsten (S 2019:02), Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård (S 2019:03) och Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (S 2019:05) kan komma att utgöra ytterligare pusselbitar i det vidare omställningsarbetet.

I kapitel 2 har vi, med utgångspunkt i vår målbild och färdplan, lämnat en nulägesbeskrivning vad gäller omställningen. I kapitel 3 har vi, i enlighet med våra direktiv, redogjort för det vi ser som de primära framgångsfaktorerna respektive hindren för omställningen, med utgångspunkt i huvudmännens ansvar och arbete. I detta kapitel kommer vi att lyfta olika former av stödstrukturer som vi ser som avgörande att den nationella nivån tillhandahåller huvudmännen och övriga berörda aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet.

[1] I januari 2019 slöts Januariavtalet – en sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna. Delar av regeringens politik bygger på denna överenskommelse.

9.2 Att uppnå uthållighet i den nationella färdplanen mot målbilden

9.2.1 Ett samordnat budskap och stöd till huvudmännen från den nationella nivån och statliga myndigheter

Även om det inte räcker med ett antal beslut i riksdag eller regering för att klara att ställa om den svenska hälso- och sjukvården så är nationell enighet om inriktningen, tillsammans med beslut och lagstöd som understödjer och underlättar omställningen, nödvändigt för att skapa förutsättningar för uthållighet. Vi ser det därför som centralt att det finns en tydlighet och kontinuitet i budskapen från riksdag, regering och stat till huvudmännen om det långsiktiga omställningsarbetet.

Utredningen välkomnar därför de steg som redan tagits i denna riktning, såsom riksdagens beslut 2018 om prop. 2017/18:83 Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti och de överenskommelser som slutits mellan regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) om god och nära vård under 2019 och 2020.

Riksdagsbeslut kring inriktning skapar långsiktighet

Som beskrivet ovan kommer politisk uthållighet, över mandatperioder och partigränser, vara avgörande. Det krävs tydlighet och övergripande enighet i budskapen från den nationella nivån. Därför var det betydelsefullt att prop. 2017/18:83 Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti, som baseras på vårt första delbetänkande, kunde antas med bred politisk enighet mindre än ett år efter att vi överlämnat delbetänkandet. I propositionen fastslogs att det var ”…ett första steg i regeringens avsedda omstrukturering av hälso- och sjukvården där primärvården ska bli den tydliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården.” Vidare gjordes bedömningen att ”alla vårdens intressenter och aktörer bör sträva åt samma håll i omstruktureringen av hälso- och sjukvården. En förflyttning bör ske från dagens sjukhustunga hälso- och sjukvård till en förstärkt första linjens hälso- och sjukvård. Grunden är en god och nära vård som tydligt utgår från patientens behov.”

Vårt andra delbetänkande God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:39) överlämnades till regeringen den 1 juni 2018. Där lämnade vi förslag på en fördjupad målbild och färdplan för omställningen av den svenska hälso- och sjukvården, där primärvården är utgångspunkten för en ökad närhet till patienten. Denna målbild och färdplan har under 2019 använts av regeringen som utgångspunkt för såväl uppdrag till myndigheter som i överenskommelse med SKR. I övrigt fokuserade förslagen i det andra delbetänkande på primärvården och hur den kan stärkas.

Betänkandet har remitterats och en proposition om Inriktning för en nära och tillgänglig vård finns på propositionsförteckningen för våren 2020.

Utredningen bedömer det som avgörande för omställningsarbetet att regering och riksdag även framöver har en kontinuerlig framdrift i beslut om nästkommande steg i reformarbetet.

Uppdrag till statliga myndigheter för att stödja omställningen

Efter hand som ytterligare steg konkretiseras bör fler och fler delar av det statliga systemet också kunna användas för att understödja omställningen. Ett sätt att göra det kan vara att ge relevanta myndigheter övergripande uppdrag att stödja omställningen, utifrån sina respektive grunduppdrag. Utifrån behov bör också specifika uppdrag ges till relevanta myndigheter såsom de som under 2019 gavs till Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och kortfattat beskrivs nedan.

Strategisk plan för hur Socialstyrelsen kan stödja omställningen mot en god och nära vård

I maj 2019 fick Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en strategisk plan för hur Socialstyrelsen kan stödja omställningen mot en god och nära vård. I uppdraget ingick bl.a. att analysera vilka insatser myndigheten kan genomföra för att stödja regionerna och kommunerna i omställningen. Arbetet ska utgöra en grund för en strategisk flerårig plan för myndighetens arbete.

I november 2019 presenterade Socialstyrelsen rapporten ”Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård” som svar på detta uppdrag. I den identifierar Socialstyrelsen några viktiga utvecklingsområden:

- God och nära vård
- Samordnad vård och omsorg
- Främja hälsa och förebygga ohälsa
- Patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser
- Primärvården i regionen är navet i vården och omsorgen
- Kompetensförsörjning
- Vision e-hälsa 2025.

För varje utvecklingsområde har Socialstyrelsen tagit fram mål för myndighetens utveckling fram till 2027. Konkreta insatser redovisas som Socialstyrelsen skulle kunna bidra med till och med 2022 under förutsättning att myndigheten får det i uppdrag. Genomförandet kommer att kräva ett nära samarbete med SKR och partnerskapen för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården respektive inom socialtjänsten.[2]

Utvecklad nationell uppföljningen av primärvården

I juli 2019 fick Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av primärvården, ett uppdrag i tre delar. Den första delen avser möjligheter för nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Det andra handlar om förutsättningarna för att på aggregerad nivå inhämta resultat för ett antal utvalda indikatorer i syfte att följa omställningen till en mer nära vård. Det tredje deluppdraget handlar om att följa upp, analysera och rapportera hur omställningsarbetet i regionerna och kommunerna utvecklas (se även avsnitt 2.3.3 angående deluppdrag 2 och 3). I uppdraget ingår även att följa upp och analysera de insatser som regionerna vidtar inom ramen för överenskommelsen God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården, som regeringen

[2] Socialstyrelsen, *Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård*, 2019.

beslutade om den 19 juni 2019. Socialstyrelsen ska lämna en årlig rapportering om uppdraget (alla tre delarna) den 1 juni varje år fram t.o.m. 2022.

Tidsbegränsad förstärkt tillsyn på området god och nära vård

I juni 2019 fick IVO ett uppdrag om tidsbegränsad förstärkt tillsyn på området god och nära vård. I uppdraget ingick att föreslå hur myndigheten kan bidra till den pågående omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård.

IVO rapporterade på detta uppdrag i december 2019. I rapporten konstaterar IVO att den påbörjade omställningen är komplex och omfattande, och omfattar hela hälso- och sjukvårdssystemet. Inte bara primärvården. Förändringsarbetet kommer kunna medföra nya möjligheter men också nya risker ur ett patient- och brukarperspektiv. IVO:s ansvar för tillsyn och tillståndsgivning inom vården och omsorgen är mot den bakgrunden centralt. Oaktat förstärkningar av tillsynen är det IVO:s bedömning att de konsekvenser som omställningen medför är angelägna fördjupningsområden för IVO.

Följande åtgärder har identifierats som angelägna för att förstärka IVO:s bidrag till omställningen:

- En förstärkning av myndighetens analysförmåga och -kompetens med fokus på bland annat stora datamängder och datadrivna analyser.
- En satsning på inledningsvis tre av myndighetens identifierade nationella riskområden (personer som behöver ett multidisciplinärt omhändertagande, barn med psykisk ohälsa och samsjukliga patienter).
- En förstärkning av myndighetens arbete med återkoppling, dialog och lärande i vården och omsorgen, bl.a. genom förstärkningar inom förbättringskunskap och kunskap om lärande organisationer.[3]

[3] IVO, *IVO:s bidrag till omställningen i vården. Uppdrag om tidsbegränsad förstärkt tillsyn på området god och nära vård*, 2019.

9.2.2 Stöd från Sveriges Kommuner och Regioner

I sin roll som medlems- och arbetsgivarorganisation för kommuner och regioner är även SKR en central nationell aktör vad gäller stöd till huvudmännen för omställningen. Liksom för riksdag och regering ser utredningen även för SKR behov av tydlighet och kontinuitet i budskapen kring omställningsarbetet.

I vårt tredje delbetänkande beskrev vi övergripande hur SKR organiserat sig internt för att tillhandahålla sådant stöd.[4] Sedan dess har steg, såsom en utökad bemanning, tagits för att ytterligare förstärka den interna organisationen, något utredningen välkomnar. För att kunna ge kommuner och regioner adekvat stöd i omställningsarbetet behöver den interna organisationen fortsatt utveckla samverkan mellan sina olika delar, t.ex. mellan de delar som hanterar hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Överenskommelse om god och nära vård 2020

Liksom 2019 års överenskommelse mellan regeringen och SKR om god och nära vård lyfter även 2020 års överenskommelse SKR:s centrala roll vad gäller att ge stöd till regioner och kommuner i omställningen till god och nära vård. Under 2020 innebär det bl.a. att SKR ska:

- Stödja kommuners och regioners strategiska arbete för omställningen till god och nära vård.
- Tillsammans med kommuner och regioner stödja den regionala och lokala uppföljningen av omställningen till den nära vården samt arbeta fram metoder för att följa upp resursutnyttjande och ekonomisk bärkraft i omställningen.
- Stödja kommuners och regioners förändringsledning i relation till omställningen.
- Bidra till spridning av goda exempel på hur den nära vården tar form och stödja kommuner och regioners erfarenhetsutbyte och gemensamma lärande.

[4] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, s. 249.

– Stödja kommuners och regioners arbete med kompetensförsörjning, utbildning och forskning i relation till omställningen till den nära vården.
– Stödja nya personcentrerade arbetssätt med inriktning på främjande, förebyggande och proaktiva arbetssätt och nya arbetssätt med stöd av digital teknik.
– Samordna insatser för att stödja omställningen med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter.

Senast den 30 september 2020 ska SKR lämna en delrapport till Socialdepartementet där man ska redogöra för den verksamhet som bedrivits under första halvåret 2020. Där ska även redogöras för eventuella hinder och utmaningar och det ska framgå vilka insatser SKR preliminärt bedömer kan vara aktuella för en eventuell överenskommelse 2021.

I överenskommelsen fastslås även att regeringen och SKR under 2020 tillsammans ska utveckla formerna för en långsiktig strategisk samverkan mellan stat, regioner och kommuner för utvecklingen av den nära vården. Den strategiska samverkan ska bl.a. säkra förvaltningen av målbilden och uppföljningen av omställningen.

9.2.3 Dialog med medarbetare och invånare

I vårt förra delbetänkande beskrev vi hur behovet av dialog med invånare och medarbetare är en avgörande del av ett förändringsarbete som den pågående omställningen.[5] Får vi inte med oss de vården är till för – invånarna – och de som varje dag har vården som arbetsmiljö – vårdens medarbetare – på resan, då kommer vi inte att nå målet.

För att människor ska vilja och orka engagera sig i allt slags förändringsarbete är det avgörande att man kan förstå och känna igen sig i såväl beskrivningen av ”varför” saker behöver förändras som ”hur” denna förändring ska ske. Om människor får vara delaktiga i processen, får möjlighet att bidra med sina olika perspektiv, då kan vi ta fram lösningar som har tillräckligt bred förankring för att kunna få bärare vidare ut i hela organisationer och samtidigt bygga viss förståelse även hos dem som skulle föredragit delvis andra lösningar.

[5] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, s. 251–254.

Enbart genom att säkerställa att olika berörda aktörer, såsom personer med patient- och närståendeerfarenhet och professionsorganisationer, får möjlighet att vara delaktiga i och utforma processerna kan vi skapa det breda samförstånd och de bärare av förändringen som vi behöver på alla nivåer i systemet.

I detta sammanhang, och utifrån vår dialog med olika aktörer i systemet kring dessa punkter, ser vi ett behov av att kort återvända till två centrala budskap på detta område från vårt förra delbetänkande.

Medarbetarna: att förankra arbete hela vägen ut i organisationen

Av regionernas nulägesrapporter framgår att omställningsarbetet i princip genomgående finns förankrat på strategisk nivå i regionerna, såväl hos politikens företrädare som på tjänstemannasidan. På många håll finns eller byggs nu också organisationsstrukturer inom förvaltningarna för att kunna driva och följa omställningsarbetet på ett ändamålsenligt sätt.

Även i de regioner som kommit längst på detta området möter vi dock ofta såväl medarbetare som patient-/närståenderepresentanter som inte upplever sig vara informerade om sin egen regions arbete på området. Detta även om de många gånger är väl medvetna om utredningens arbete och andra nationella initiativ på området. Utredningen får också till sig många berättelser om nya regelverk, arbetssätt etc. som – med de bästa intentioner- införs utan att man i verksamheterna upplever sig få information om *varför* dessa införs, eller möjlighet till dialog om dess utformning. På många håll finns en relativt utbredd misstro gentemot de förvaltningar som styr vårdverksamheter, vilka inte uppfattas ha förståelse för verksamheternas vardag. Det förefaller på många ställen saknas forum för dialog med medarbetarna, även om forum för information kan finnas. Häri ligger en stor utmaning för huvudmännen att hantera, tillsammans med olika professionsorganisationer och företrädare, vilket vi också har beskrivit i kap. 3 i detta betänkande (se framför allt avsnitt 3.3.5 Bristande inkludering av medarbetarna och avsnitt 3.3.9 Bristande arbete med ledarskapsfrågor).

I sammanhanget vill utredningen dock också lyfta fram positiva signaler som framkommer i regionernas nulägesrapporter, t.ex. finns det ett par regioner som anger att man har eller ska ta fram kommunikationsplaner för omställningsarbetet och någon region har också tydligt identifierat behov av skilda kommunikationsstrategier för medarbetare respektive invånare, samt angett att strategin för medarbetarna ska informera såväl om förändringar som om förutsättningar att vara delaktig i utvecklingen.

Invånarna: förväntningar, förståelse och förtroende

Som vi och andra tidigare beskrivit så har befolkningen i dag andra förväntningar än förr på hälso- och sjukvårdssystemet. I dag upplever allt fler invånare att systemet inte fullt lever upp till deras förväntningar. Det är allvarligt. Om vi inte lyckas återvinna det förtroendet kan detta i förlängningen komma att riskera medborgarnas förtroende för vår offentligt finansierade välfärdsstat.

Som utredningen tidigare anfört ser vi därför behov av ett tydligare offentligt samtal om vad vi kan och ska göra inom den ändliga resurs som den allmänna hälso- och sjukvården har till sitt förfogande. Det behöver bli tydligare för invånarna på vilka grunder vi prioriterar våra begränsade resurser.

Det behöver också bli enklare för våra invånare att förstå hur hälso- och sjukvårdssystemet hänger ihop, enklare att ”göra rätt” när man söker sig till vården med sina behov.

Vi behöver se invånare och patienter som medskapare i vården, men alltid utifrån varje persons individuella behov, förutsättningar och preferenser. De är vårdens viktigaste partner, och bärare av exklusiv kunskap om sin egen situation, behov och målbild framåt. Men för att få ta del av den kunskapen måste vi involvera dem. Det gäller såväl i det enskilda mötet mellan patient och vårdens professioner som när vi bygger framtidens hälso- och sjukvårdsorganisation, vilket vi också har beskrivit i kapitel 3 i detta betänkande (se framför allt avsnitt 3.2.1).

9.2.4 Fortsatt behov av sammanhållande nationell stödstruktur

Som även beskrivs i avsnitt 2.2.6 bedömer utredningen att den efterfrågan som funnits på att få använda utredningen såväl som bollplank som ”pådrivare/katalysator” på hemmaplan är ett uttryck för ett behov av en samlande kraft för de olika aktörerna i vårt decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem. Givet att vår utredning har en relativt lång tid för uppdraget, och det faktum att vi lämnat våra förslag i olika steg under utredningstiden, har utredningen kunnat fungera som detta bollplank och samlande kraft i förhållande till helheten i omställningen och våra olika förslag, och kommer att fortsätta göra det fram till vår sluttid i januari 2021.

När utredningen är avslutad återstår dock, om man ser till färdplanen, minst sex år av omställningsarbete. Under denna tid, och även därefter, finns ett fortsatt behov av sammanhållande stödjande strukturer. När flera aktörer har åtaganden i att stödja omställningen behöver det finnas en sammanhållen nationell stödstruktur. Utredningen ser att såväl Socialstyrelsen som SKR har centrala roller i det arbetet.

9.3 Ett sammanhängande system för att följa omställningen

9.3.1 Utgångspunkter

I ett så omfattande förändringsarbete som detta, vilket utvecklas iterativt och pågår parallellt på flera olika nivåer och med flera olika huvudmän behövs ett sammanhängande system för att kontinuerligt kunna följa upp arbetet, se om man är på rätt väg mot målet eller, vid behov, ska justera någon del av planen. Kanske ta en lite annorlunda väg. Kanske låta någon del ta lite längre tid än planerat.

I vårt andra delbetänkande lämnade vi förslag på ett ramverk för att regelbundet följa upp omställningsarbetet.[6] Förslagen omfattade dels en årlig uppföljning av ett antal storheter för att följa förflyttningen på övergripande nivå, dels regelbundna nationella samråd (med representanter från kommun, region och statlig nivå) och dels

[6] Se avsnitt 8.3 i SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*.

uppdrag till Vårdanalys att bistå med underlag inför dessa nationella samråd.

I juli 2019 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av omställningen till en nära vård med fokus på primärvården. Ett uppdrag i tre delar, där den andra och tredje delen är direkt kopplade till uppföljningen av omställningen. Det andra deluppdraget handlar om förutsättningarna för att på aggregerad nivå inhämta resultat för ett antal utvalda indikatorer i syfte att följa omställningen till en mer nära vård. Det tredje uppdraget handlar om att följa upp, analysera och rapportera hur omställningsarbetet i regionerna och kommunerna utvecklas. En första rapport kring det andra deluppdraget lämnades i november 2019 (se avsnitt 2.3.3). Årliga rapporter om uppdragen kommer att lämnas till regeringen senast 1 juni 2020–2022.

9.3.2 Medskick i fortsatta arbetet med att utveckla ett nationellt system för uppföljning

System som omfattar den kommunala hälso- och sjukvården

Utredningen vill i detta sammanhang lyfta vad vi ser som en stor utmaning för att få fram rättvisande underlag för att följa omställningen på nationell nivå, nämligen bristen på kvalitetssäkrade underlag och kunskap om kommunal hälso- och sjukvård. T.ex. var det först i januari 2019 som landets kommuner blev skyldiga att rapportera uppgifter om vilka åtgärder som utförts av legitimerad personal till Socialstyrelsens register, och tidigast 2021 räknar Socialstyrelsen med att kunna redovisa statistik över denna vård. Antalet kommuner som rapporterar in, och kvaliteten i det inrapporterade materialet, har ännu inte nått tillräcklig omfattning.

Givet att våra uppföljningssystem för svensk hälso- och sjukvård hitintills i stor utsträckning fokuserat på den vård som ges vid sjukhus, och vi nästan helt saknat system för att systematiskt följa upp primärvården, såväl finansierad av region som kommun, finns det en risk att vi konsekvent missbedömer den vård som ges utanför sjukhusen, och då inte minst den primärvård som kommunerna har ansvar för att erbjuda. Detta måste beaktas vid utformandet och utvecklingen av uppföljningssystem såväl för omställningen, som för hela den svenska hälso- och sjukvården.

Gemensamma arenor för utvecklingsdialog

Utredningen bedömer fortsatt att det i vårt decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem finns behov av något slags gemensamt forum för olika aktörer, där man kan diskutera framdriften i omställningen, utbyta erfarenheter och vid behov diskutera justeringar. Utredningen bedömer att detta behov finns såväl regionalt (mellan varje region och dess kommuner) som på mer övergripande nivå (stat, regioner, kommuner). Det är också vår bild att fler och fler regionala sådana forum är på väg att tillskapas runtom i landet. Vad gäller sådana arenor på övergripande nivå var det flera av remissvaren avseende vårt andra delbetänkande som välkomnade förslaget om gemensamma uppföljningstillfällen.

Ett tänkbart alternativ till de tidigare föreslagna nationella uppföljningstillfällena skulle kunna vara etableringen av ”Omställningsforum” i de sex sjukvårdsregionerna, vilka möts vart tredje år, eller så ofta regioner och kommuner i respektive sjukvårdsregion finner det lämpligt. Samt att den nationella nivån genom SKR och staten, t.ex. i form av Socialstyrelsen och IVO och andra relevanta myndigheter medverkar, vid dessa forum.

9.4 Omfördelning av resurser i systemet och resurser för omställningen

9.4.1 Utgångspunkter

Det handlar inte bara om ekonomiska resurser

I enlighet med utredningens ursprungsdirektiv ska vi analysera hur resurser kan överföras från sjukhusvård till primärvård. Som vi beskrivit i tidigare betänkanden kan en sådan resursöverföring inte beskrivas enbart i ekonomiska termer. Det handlar i minst lika stor utsträckning om successiv överföring av kompetenser för såväl vårdverksamhet som utbildning och forskning, och ibland om att tillgängliggöra resurser och kompetenser till olika delar av systemet via nya arbetssätt och/eller nya tekniska lösningar. Även om omställningen till en god och nära vård omfattar hela hälso- och sjukvården så bedömer utredningen att det, i likhet med hur det utrycks i våra direktiv, finns behov av att också specifikt titta på hur primärvården resurssätts. Utan

en stark primärvård som kan vara basen i en mer nära hälso- och sjukvård kommer inte omställningen att vara möjlig.

Men det handlar också om ekonomiska resurser

Samtidigt kan konstateras att den regionfinansierade primärvården står för en förhållandevis liten del av regionernas totala hälso- och sjukvårdskostnader, runt 18 procent 2018.[7] Även om en stor mängd nya uppgifter de senaste åren tillförts vård-/hälsocentraler så har generellt sett inte förutsättningar i form av kompetens och/eller ekonomiska resurser motsvarande uppdragen följt med.[8] Den specialiserade somatiska vårdens kostnader har under större delen av 2010-talet ökat mer än kostnaderna för regionernas primärvård, även om dessa steg något mer än för den somatiska vården 2017 (det senaste året för vilka siffror finns tillgängliga när detta betänkande trycks).[9]

Ser man i stället till den del av hälso- och sjukvården som kommunerna har ansvar för att erbjuda, vilken också är på primärvårdsnivå, motsvarar det visserligen en relativt stor del av kostnaderna för den svenska hälso- och sjukvården, men betydligt mindre av kommunernas totala kostnader, då de har ett stort antal andra ansvarsområden än hälso- och sjukvård. Dessutom är det ett återkommande problem att kommunernas hälso- och sjukvårdskostnader inte redovisas tydligt och därmed synliggörs på samma sätt som övriga delar av hälso- och sjukvårdssystemet. I SKR:s Hälso- och sjukvårdsrapport redovisas t.ex. bara regionernas hälso- och sjukvård, och i Ekonomirapporten – som omfattar både kommuner och regioner- så redovisas inte kommunernas hälso- och sjukvårdskostnader separat. Så vitt utredningen kan bedöma kan denna i stället i olika utsträckning rymmas under rubrikerna ”äldreomsorg”, ”funktionshinder” och ”övrigt”.[10] Rubriker som kan omfatta både hälso- och sjukvård och socialtjänst. På samma sätt förefaller det också vara i många kommuners övergripande budgetdokument och årsredovisningar.

Utredningen har inte haft möjlighet att göra en analys av samtliga kommuner i landet. I stället har vi i samband med besök/dialoger i olika kommuner, samt via vår referensgrupp med kommundirektö-

[7] SKR, *Ekonomirapporten oktober 2019,* 2019, s. 48.
[8] Vårdanalys, *En primär angelägenhet*, 2017, s. 65–66, s. 91.
[9] SKR, *Ekonomirapporten oktober 2019*, 2019 s. 48; Vårdanalys, *En primär angelägenhe*t, 2017, s. 91.
[10] SKR, *Ekonomirapporten oktober 2019,* 2019, s. 32.

rer, ställt frågan om man i olika kommuners budgetdokument och redovisningar av de nämnder som har ansvar för kommunens hälso- och sjukvårdsuppgifter kan utläsa vilken andel av budget som går till just hälso- och sjukvård. Representanterna i vår referensgrupp har också tillfrågat kringliggande kommuner. Av dessa svar framgår att flera, men inte alla, kommuner kan utläsa – eller med eftersökningar kan få fram – kostnader för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Delegerade insatser enligt HSL, som utförs av t.ex. personal i socialtjänst har dock flertalet kommuner svårigheter, eller inga möjligheter alls, att följa. En kommun har vid en initial genomlysning fått indikationer på att delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser inom hemtjänsten motsvarar ca 20–25 procent av den totala insatstiden i hemtjänsten. Detta kan jämföras med när kommuner tog fram schabloner över kostnader för hemtjänsttimme vid införande av LOV, då motsvarande beräkningen var ca 10 procent. Flera kommuner har sedan höjt ”HSL- schablonen” till 15 procent, vilket dock enligt den aktuella kommunens beräkningar alltså ändå skulle vara långt under den faktiska andelen.

En extra utmaning gällande den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården är att det finns så få kvalitetssäkrade underlag att det är svårt att beskriva både nuläge (omfattning, kostnader och kvalitet) och förmodade konsekvenser av eventuella förändringar. Därmed blir det också svårt att med säkerhet belägga det som såväl vi i utredningen som många andra hälso- och sjukvårdsaktörer – inte minst kommunala företrädare i våra dialoger – uppfattar: att den kommunala hälso- och sjukvården överlag är väsentligt underresurssatt. Exempel som pekar på detta återfinns i Socialstyrelsens förstudie om kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Av den framgår bl.a. att hälso- och sjukvården och socialtjänsten enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom bör erbjuda vård och omsorg utifrån ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt till personer med demenssjukdom. År 2018 var det dock enbart 41 procent av kommunerna som erbjöd sådan vård i ordinärt boende, dvs. uppnådde den förväntade kvalitetsnivån.

Ett annat exempel är att nationella riktlinjer för vård vid diabetes rekommenderar att patienter bör erbjudas en enkel fotundersökning. En sådan undersökning förebygger allvarliga problem i form av svårläkta fotsår och infektioner samt fotdeformiteter som ofta förekommer hos personer med diabetes typ 1 och typ 2. År 2018 var det

bara 20 procent av kommunerna som erbjöd patienterna i ordinärt boende detta, och 24 procent av kommunerna som erbjöd fotundersökning i särskilt boende.

Hälso- och sjukvårdens finansiering

Det är viktigt att i detta sammanhang påminna sig om hur strukturen och finansieringen av den svenska hälso- och sjukvården ser ut. Staten har ett övergripande systemansvar. Riksdagen stiftar lagar som sätter ramarna för hälso- och sjukvården. Rent ekonomiskt är statens roll förhållandevis liten. År 2017 stod staten för ca 1,5 procent av de totala löpande hälso- och sjukvårdsutgifterna för den svenska hälso- och sjukvården.[11] Ansvaret för finansieringen och organiseringen av hälso- och sjukvården ligger hos de 20 regionerna, och i vissa delar hos de 290 kommunerna. Via region- respektive kommunalskatten finansieras merparten av hälso- och sjukvården. 2017 stod regionerna och regionägda bolag för 56,7 procent av de totala löpande hälso- och sjukvårdsutgifterna och kommunerna för 25,5 procent.[12] Tittar man i stället enbart på det offentligas kostnader för hälso- och sjukvården står staten för ca 2 procent, regionerna för ca 68 procent och kommunerna för ca 30 procent av de löpande hälso- och sjukvårdsutgifterna.[13] Oavsett gör detta att när en större andel av den ekonomiska resursen i framtiden ska tillfalla primärvården behöver det primärt ske genom omfördelning inom regionerna, och delvis kommunerna, av respektive huvudmans egna resurser. Statens bidrag till hälso- och sjukvården är en liten del i sammanhanget.

9.4.2 Omfördelning av huvudmännens resurser

Regioner och kommuner sköter sina angelägenheter inom hälso- och sjukvården på den kommunala självstyrelsens grund. I enlighet med våra grundlagar bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de

[11] SCB, *hälsoräkenskaper 2001–17*, 2019.
[12] Resterande kostnader fördelas mellan frivilliga sjukvårdsförsäkringar (0,6 procent), hushållens ideella organisationer (0,1 procent), företag (0,5 procent) och hushållens utgifter ur egen ficka/patientavgifter (15,2 procent).
[13] Prop. 2019/20:01, *UO9*, s. 21.

ändamål som har föranlett den.[14] Att från statens sida besluta om exakt fördelning av resurser inom ett område som enligt lagstiftning är regioner och kommuners ansvar vore ett mycket stort intrång i den kommunala självstyrelsen, som i utredningens mening inte går att motivera utifrån nuvarande ansvarsförhållanden. Givet att våra regioner och kommuner även i flera avseende har olika förutsättningar, t.ex. vad gäller geografi, befolkning och bemanning, och hur man hittills valt att organisera sin primärvård och övriga hälso- och sjukvård är det också en naturlig följd att behoven kommer att se delvis olika ut på olika ställen. Det är därför nödvändigt att varje region och kommun gör egna analyser av hur primärvården behöver förstärkas för att respektive huvudman ska kunna leva upp till de gemensamma lagbestämmelser som gäller för hela landet, och vilken resursomfördelning som behöver göras för att uppnå detta utifrån de egna förutsättningarna.

Som vi beskrivit i avsnitt 2.3.4 är det utifrån regionernas nulägesrapporter dock överlag svårt att säga om sådana analyser görs, och om en resursomfördelning från sjukhus till primärvård faktiskt sker. För flertalet regioner kan man på sin höjd utläsa att det är ambitionen utifrån fastslagna strategier och påbörjade utvecklingsarbete. Något mer konkret är det för t.ex. Västra götalandsregionen, som uppger ett pågående arbete med scenarier för uppdrags- och resursförflyttning, Region Skåne som anger att primärvården fått en ökad andel i budgeten för såväl 2019 som 2020 och för Region Kronoberg där primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader enligt budget ska öka kommande år.

9.4.3 Statliga stöd

Vårt uppdrag, och omställningen av hälso- och sjukvården, handlar inte om kostnadsbesparingar på kort sikt. Avsikten är att skapa förutsättningar för resurseffektivisering, att bibehålla eller öka kvaliteten, möta de demografiska förändringarna och samtidigt ha kontroll på kostnaderna. Då kan vård och omsorg inte organiseras på samma sätt som i dag.

[14] 14 kap. 3 § RF.

På sikt är bedömningen, i enlighet med aktuella rekommendationer och beskrivningar av moderna, hållbara hälso- och sjukvårdssystem,[15] att omställningen och omfördelningen av resurser från sjukhus till primärvård kommer att bidra till en mer kostnadseffektiv hälso- och sjukvård. Som utredningen konsekvent har framhållit är det dock inte momentant när vi börjar fördela mer resurser till primärvården, och därmed skapar förutsättningar för de fördelar som en stark primärvård medför, som kostnaderna minskar på sjukhusen. Det behövs perioder av, och förutsättningar för, omställning. Detta inte minst i ett läge då många (akut)sjukhusverksamheter upplever svårigheter att klara dagens beting inom befintlig budgetram. Det kommer att ta tid och resurser i anspråk att bygga upp den starka och breda primärvård som fullt ut kan axla rollen som bas och nav i ett modernt, personcentrerat och effektivt hälso- och sjukvårdssystem. Därför är det utredningens bedömning att det kommer att krävas ekonomiska tillskott till systemet under en omställningsperiod.

Utifrån den ansträngda ekonomiska situationen i ett växande antal kommuner och regioner med sviktande befolkningsunderlag, demografiska utmaningar och ökande försörjningskvoter är det inte rimligt att anta att detta är något som kommuner och regioner kommer att kunna lösa helt på egen hand. Detta framhålls i regionernas nulägesrapporter, av SKR och i utredningens dialoger med företrädare för såväl kommuner som regioner runtom i landet. Vid utgången av 2018 var det 35 kommuner och sex regioner som hade negativa resultat kvar att återställa om totalt 0,7 mdkr för kommunerna respektive 2,8 mdkr för regionerna. Jämfört med 2017 hade antalet kommuner som hade ett negativt resultat kvar att återställa ökat med 24 kommuner och beloppet som skulle återställas med 0,5 mdkr. Antalet regioner som hade ett negativt resultat kvar att återställa hade ökat med tre, och det sammanlagda beloppet som skulle återställas hade ökat med 0,9 mdkr jämfört med 2017.[16] Enligt SKR beräknas ett nittiotal kommuner redovisa underskott för 2019.[17] Ser man till regionerna räknade sju av dem med underskott för 2019, men endast två hade ekonomisk balans inom den somatiska hälso- och sjukvården.[18]

[15] WHO, *Building the economic case for primary health care: a scoping review*, 2018.
[16] Prop. 2019/20:1, *UO25*, s. 12.
[17] SKR, *Ekonomirapport okt 19*, 2019 s. 9.
[18] SKR, *Ekonomirapport okt 19*, 2019, s. 10.

Att det finns en allmän kännedom om detta återspeglas i de satsningar som gjorts, och uttalanden om framtida satsningar, från statlig nivå de senaste åren. Av såväl Januariavtalet som budgetpropositionen för 2020 framgår att förstärkningen av de allmänna bidragen till kommuner och regioner ska fortsätta i jämn takt över mandatperioden.[19] Staten stödjer kommunsektorn ekonomiskt med både generella och riktade statsbidrag. Det kan bl.a. noteras att i budgetpropositionen för 2020 gav regeringen generella tillskott på 5 mdkr till kommunsektorn för 2020, i syfte att förbättra förutsättningarna att utveckla välfärdens verksamheter och minska risken för nedskärningar eller skattehöjningar i kommunerna och regioner. Av dessa medel fördelades 1,5 mdkr på utgiftsområde (UO) 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg och 3,5 mdkr på UO 25 Allmänna bidrag till kommuner.[20] Staten har för 2020 avsatt ca 12,7 mdkr i riktade statsbidrag via överenskommelser med SKR på hälso- och sjukvårdens område[21] (finansierade under UO9, och exklusive läkemedelsförmånerna).

Utmaningen med skilda vägar för statliga bidrag till kommuner respektive regioner

Generella statsbidrag är utgångspunkten i statens ekonomiska styrning av kommunsektorn. Generella statsbidrag möjliggör anpassning efter lokala och regionala behov, vilket är centralt då utmaningarna skiljer sig åt mellan kommunerna respektive regionerna. Det finns samtidigt ett fortsatt behov av att staten stödjer kommuner och regioner gällande kostnader inom vissa områden och då riktar statsbidrag till specifika områden med stora utvecklingsbehov.

Ett särskilt förhållande att beakta när man överväger och utformar riktade statliga stöd till hälso- och sjukvården är att ansvaret är fördelat mellan två huvudmän, regioner och kommuner. Detta reflekteras dock inte fullt ut i de riktade bidragen till hälso- och sjukvård på senare tid.

[19] *Januariavtalet,* punkt 6; prop. 2019/20:01, UO 25, s. 24
[20] Prop. 2019/20:1, *UO25*, s. 24.
[21] Överenskommelser om: Förlossningsvård och kvinnors hälsa 2020, Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2020, Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020, Patientsäkerhet, nationella kvalitetsregister m.m. 2020, En god och nära vård 2020, Insatser inom området psykisk hälsa 2020.

Såväl kommuner som regioner får större delen av sina statsbidrag via UO25, Allmänna bidrag till kommuner, anslag 1:1 Kommunalekonomisk utjämning. Dessa är då generella, inte riktade. Det är också det sätt som huvudmännen föredrar att få statliga bidrag.

Staten har på senare år tillfört medel till hälso- och sjukvården genom riktade statsbidrag, vilka primärt utgått från UO9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslag 1:6 bidrag till folkhälsa och sjukvård. Av ändamålsbeskrivningen för anslaget framgår bl.a. att ”medel inom anslaget får användas för överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)” (numera SKR). Hittills har i princip endast regionerna varit potentiella mottagare av dessa riktade statliga satsningar. Satsningarna har inte omfattat eller tagit sikte på kommunernas hälso- och sjukvård. I utredningens bedömning speglar detta den ”osynlighet” som länge präglat den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Den enda möjligheten för kommuner att få del av 2019 års överenskommelse om God och nära vård var t.ex. genom regionerna. Dock fanns 100 mnkr avsatta för kommunerna inom överenskommelsen om förutsättningar för vårdens medarbetare. I 2020 års överenskommelse om God och nära vård är 500 mnkr, av ca 6,25 mdkr, avsatta för kommunerna (avsett för övergripande insatser som ska bidra till att stärka huvudmännens planering av sitt kompetensbehov).

SKR har såväl i skrivelse till regeringskansliet som till utredningen framhållit att om regioner och kommuner ska kunna driva omställningen till nära vård gemensamt krävs det att staten säkerställer att det stöd som ges kan nyttjas på ett sätt som främjar det gemensamma arbetet. Dagens uppdelning genom den statliga budgeten bidrar enligt SKR till en cementering av befintliga strukturer, och stödjer inte den samsyn och samverkan som måste till för att säkra omställningen.[22]

9.4.4 Det behövs en långsiktig, övergripande överenskommelse för omställningen

Utredningens bedömning: Staten bör under den återstående omställningsperioden, 2021–2027, samla flera av de ekonomiska satsningar som regleras i överenskommelser mellan regeringen och

[22] SKR, *Skrivelse avseende God och nära vård - Vård i samverkan, SOU 2019:29*, 2019.

SKR i en övergripande överenskommelse för omställningen till en God och nära vård.

Överenskommelsen bör bestå av två delar. En del med ett övergripande omställningsbidrag som fördelas till regioner och kommuner efter fördelningsnyckel och vars storlek ligger fast under överenskommelsens tid.

En del där de övergripande ingående områdena slås fast från start, men där inriktning och storlek under de olika områdena kan variera från år till år och mellan olika huvudmän, utifrån behov.

Skäl för utredningens bedömning

Vi bedömer att staten under den återstående omställningsperioden 2021–2027 bör samla flera av de ekonomiska satsningar inom hälso- och sjukvårdens område som i dagsläget regleras i separata överenskommelser mellan regeringen och SKR i en övergripande överenskommelse för omställningen, en överenskommelse om God och nära vård. Överenskommelsen bör bestå av två delar.

- En del med ett övergripande omställningsbidrag som fördelas till samtliga regioner och kommuner efter fördelningsnyckel baserat på befolkningstalet och vars storlek ligger fast under överenskommen tid. Utifrån att regionerna står för ungefär 2/3 av det offentligas kostnader för hälso- och sjukvården och kommunerna för ungefär 1/3 bör motsvarande andelar av denna del av överenskommelsen avsättas för regioner respektive kommuner.
- En del där de övergripande ingående områdena slås fast från start, men där inriktning och storlek under de olika områdena kan variera från år till år och mellan olika huvudmän, utifrån behov.

Staten har ett övergripande ansvar för att samtliga kommuner och regioner har förutsättningar och kapacitet att hantera skiftande utmaningar.[23] Därmed finns det en möjlighet för staten att gå in med tillfällig finansiering för att stötta och underlätta omställningsarbetet och möjliggöra dess framdrift under tiden fram till färdplanens slutpunkt, i syfte att leva upp till HSL:s mål om god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

[23] Prop. 2019/20:1, *UO25*, s. 25.

Liksom såväl regeringen som SKR tidigare utryckt ser utredningen behov av att skapa en mer samlad styrning, med mer långsiktighet och bättre planeringsförutsättningar för huvudmännen i deras utövande av huvudmannaansvaret för hälso- och sjukvården. Statskontorets rapporter om utvecklingen av den statliga styrningen av kommunsektorn visar t.ex. att många styrsignaler på olika områden kan skapa svårigheter för kommuner och regioner att bedriva verksamheten på ett ändamålsenligt sätt.[24] Regeringen har mot denna bakgrund meddelat att man avser att utveckla en mer strategisk styrning med riktade statsbidrag, bl.a. genom att se över möjligheten att minska antalet riktade statsbidrag samt möjligheterna att förenkla utformningen och minska administrationen inom de områden där det är lämpligt.[25]

Samtidigt ser vi att det fortsatt finns vissa behov av möjligheter för staten att stimulera utveckling på specifika områden. En konstruktion som samlar flera av dagens olika överenskommelser under en kappa, som ger långsiktighet kring såväl inriktning på vissa områden som den övergripande storleken på bidragen, bedömer utredningen vore ett viktigt steg i den önskade riktningen.

Mer om utformningen: en vidareutveckling av 2020 års överenskommelse om God och nära vård

Utredningens bedömning motsvarar, och kan ses som en vidareutveckling av, den konstruktion som använts för 2020 års överenskommelse mellan staten och SKR om en God och nära vård. Den överenskommelsen speglar att omställningen berör hela hälso- och sjukvården, och omfattar totalt 6 250,5 mnkr som fördelas på fyra olika utvecklingsområden, vilka syftar till att stödja utvecklingen av hälso- och sjukvården med fokus på den nära vården. För 2020 är dessa områden: utvecklingen av den nära vården med fokus på primärvården, ökad tillgänglighet i barnhälsovården, goda förutsättningar för vårdens medarbetare och insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025.

Med utgångspunkt såväl i att omställningen omfattar hela hälso- och sjukvården, som den uttalade avsikten att gå mot mindre fragmentiserad användning av riktade statsbidrag och ge bättre plane-

[24] Prop. 2019/20:1, *UO25*, s. 21.
[25] Prop. 2019/20:1, *UO25*, s. 25.

ringsförutsättningar för huvudmännen, bedömer vi att regeringen från och med 2021 och för den resterade omställningsperioden, bör samla merparten av de riktade statsbidragen från UO9 till hälso- och sjukvården, under en ram-överenskommelse för god och nära vård.

Givet att den statliga budgeten är ettårig med beräknade belopp för ytterliga två år, kan inga garantier ges om statliga riktade medel under hela den återstående omställningsperioden enligt färdplanen (fram t.om 2027). Det är dock utredningens bedömning att en avisering om en sådan avsikt (på liknande sätt som görs i nuvarande överenskommelser som sträcker sig över fler år), och en möjlig förankring av själva principen om en sådan ram-överenskommelse i kommande proposition/er om omställningen i sig, skulle utgöra ett viktigt steg på vägen mot bättre planeringsförutsättningar för huvudmännen.

Liksom i konstruktionen av 2020 års överenskommelse anser vi att det i kommande ram-överenskommelser bör finnas en del som är en generell resursförstärkning till huvudmännen. Dvs. ett inte helt generellt statsbidrag, men riktat endast i så måtto att det enbart får användas till ändamål kopplade till den övergripande inriktningen för omställningen av hälso- och sjukvården. I övrigt är det upp till huvudmännen att styra var i det egna omställningsarbetet medel behöver tillföras. I 2020 års överenskommelse omfattade denna del 1 500 mnkr till regionerna. Dessa medel var en del av de 5 nya mdkr till kommunsektorn som tillfördes i syfte att förbättra förutsättningarna att utveckla välfärdens verksamheter och minska risken för nedskärningar eller skattehöjningar i kommunerna och regionerna. De övriga 3,5 mdkr tillfördes UO25, Allmänna bidrag till kommunerna.

Framöver bedömer utredningen att det är avgörande att den generella delen av en ram-överenskommelse om god och nära vård kommer såväl kommuner som regioner till del.

Innehållsmässigt ser utredningen att ett antal befintliga satsningar skulle kunna utgöra delar i en sådan ram-överenskommelse (se tabell 9.1), fler än de som inkluderats i 2020 års ram-överenskommelse. Detta innebär inte att syftet med dessa satsningar, såsom t.ex. satsningarna på cancervården eller standardiserade vårdförlopp, skulle förändras. Däremot skulle de placeras i en kontext av den större omställningen.

Tabell 9.1 Möjliga delar i en ramöverenskommelse om God och nära vård

Miljoner kronor

Befintlig satsning	Beräknad omfattning 2021	Beräknad omfattning 2022
Cancer (anslag 1:6)	500	500
Kvinnors hälsa och förlossningsvård (anslag 1:6) *satsning upphör 2022*	1 000	1 000
Utveckling av den nära vården med fokus på primärvården (anslag 1:6)	3 000	3 000
Standardiserade vårdförlopp (anslag 1:6)	500	500
Utbildning av specialistsjuksköterskor (anslag 1:6) *t.o.m. 2022, därefter 400 mnkr*	500	500
Karriärtjänster för specialistsjuksköterskor (anslag 1:6)	100	100
Psykiatri (anslag 1:8) *t.o.m. 2022*	1 000	1 000
Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna (anslag 1:11)	3 000	3 000
Totalt (t.o.m. 2022):	**9 600**	**9 600**

Utredningen vill understryka att tabellen är en sammanställning av relevanta satsningar under UO9 som i budgetpropositionen för 2020 är beräknade för 2021 och 2022, och därmed möjliga att – under de här aktuella åren – inkludera i en ram-överenskommelse. Som ovan beskrivits kan inga garantier ges om storlek eller inriktning på en ramöverenskommelse för hela omställningsperioden utan detaljerna i utformningen behöver vara en del av gängse budgetprocess, samt förhandlingsprocess med SKR.

9.4.5 Reflektioner kring resurser för omställningen utifrån utredningens samlade förslag

För utredningens uppdrag att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården krävs förändringar i många delar av dagens hälso- och sjukvårdssystem. För att skapa en fungerande helhet krävs ett systemperspektiv, där det inte är funktionellt att betrakta varje problemställning som fristående från sitt sammanhang, och utifrån det söka lösa varje enskild fråga för sig. Alla utredningens förslag, i detta och tidigare betänkanden, hänger ihop, och bildar tillsammans en helhet.

Syftet är att bidra till att skapa förutsättningar för en hållbar hälso- och sjukvård motsvarande en modern samhällskontext och befolkningens behov i dag. I vårt uppdrag ingår också att beskriva hur ett genomförande av en sådan större strukturomställning ska kunna ske utan att riskera en sämre kvalitet i vården i dess helhet, och att i stället bidra till ökad kvalitet. Att beakta är också de kvalitetsbrister som finns i dagens system, och som förstås i möjligaste mån ska hanteras. Ett sådant exempel är patientsäkerhetsrisker i vårdens övergångar, ett annat exempel en ibland bristande resurs- och kompetenssättning av den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården.

Den demografiska utvecklingen, fler personer med kroniska sjukdomar, stora utmaningar vad gäller kompetensförsörjning samt ökade förväntningar på hälso- och sjukvården i hela landet är faktorer som på olika sätt kommer att kräva en förändring av hälso- och sjukvårdens struktur och organisation för att åstadkomma ett effektivare resursutnyttjande och möjliggöra kostnadskontroll.

I detta betänkande lägger vi ett antal bedömningar och förslag inom olika delar av hälso- och sjukvården som medför ca 2120 mnkr i löpande kostnader från och med år 2023 (se tabell 9.2) samt ett antal olika tillfälliga statsbidrag om totalt 239,5 mnkr, under åren 2021–2027 (se tabell 9.3).

Vår bedömning är att utöver de resurser som i dag är allokerade till hälso- och sjukvårdsområdet bör det vara prioriterat att tillföra medel från de ytterligare tillskott till kommunsektorn som regeringen och samarbetspartierna aviserat för de kommande åren.[26] Vi

[26] 2019/20:FiU49, *Ändringar i statens budget för 2020 – Stöd till kommunsektorn för att stärka välfärden*, s. 8.; prop. 2019/20:01, *UO 25*, s. 24.

har därför föreslagit att delar av kostnaderna ska finansieras från dessa aviserade medel. Vi har vidare inte lagt förslag på vilka delar av befintliga satsningar under UO9, anslag 1:6 som bör prioriteras bort till förmån för våra olika förslag. Detta motiveras av utredningens bedömning om ett avgörande behov att tillföra medel till hälso- och sjukvårdshuvudmännen för att genomföra omställningen i ett skede där många huvudmän har stora ekonomiska utmaningar. Det understöds av det faktum att utredningen i sina direktiv inte har något uttalat krav på att förslagen ska vara kostnadsneutrala. Vårt uppdrag handlar i stället om att skapa förutsättningar för resurseffektivisering, att bibehålla eller öka kvaliteten i hälso- och sjukvården, möta de demografiska förändringarna och samtidigt ha kontroll på kostnaderna. Utredningen framhåller att vår bedömning är, i enlighet med aktuellt kunskapsläge och rekommendationer, att omställningen till nära vård och en stark primärvård kommer att bidra till en mer kostnadseffektiv hälso- och sjukvård.

Det kommer dock att ta tid att bygga upp den starka och breda primärvård som fullt ut kan axla rollen som bas och nav i ett modernt, personcentrerat och effektivt hälso- och sjukvårdssystem. Vi ser därför att det finns behov av tillkommande omställningsmedel, till både kommuner och regioner, i enlighet med utredningens bedömningar och förslag, för att nå målbilden i den gemensamma färdplanen.

Översikt utredningens samlade förslag

Tabell 9.2 Kostnad löpande satsningar i utredningens förslag

Miljoner kronor per år

Avsnitt	Förslag	FiP*	Finansierings-källa	Startår	2023	2024 och framåt
4.3.2	En gemensam plan för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå	ja	UO25, 1:1 (*tillförs medel från UO9, anslag1:6*)	1/1 2023	60	60
4.4.2–4.4.6	Individuell plan	ja	UO25, 1:1 (*tillförs medel från aviserade satsningar på kommunsektorn*)	1/1 2023	1 350	1 350
5.2.1	Varje patient ska ha möjlighet till ett s.k. patientkontrakt	ja	UO9, 1:6 *(tillförs medel från aviserade satsningar på kommunsektorn)*	1/1 2024**		30
6.2.1	Regioners och kommuners ansvar för medverkan i utbildning ska tydliggöras	ja	UO16	1/1 2023	Ja, del av ersättnings-beloppen till läro-sätena	Ja, del av ersättnings-beloppen till läro-sätena
7.7.3	Statlig medfinansiering (*främjande av hälso- och sjukvård i hela landet*)	nej	UO9, nytt anslag	1/1 2023	680	680***
Totalt					**2 090**	**2 120**

* Finansieringsprincip tillämplig.
** Tidigast 1/1 2024, tidpunkt beror på när den tekniska plattformen är utvecklad.
*** Bör efter år 1 justeras utifrån prognos.

Tabell 9.3 Kostnad tidsbegränsade satsningar i utredningens förslag

Miljoner kronor per år

Avsnitt	Förslag	Finansierings-källa	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
4.3.1	Regionen och kommuner ska samverka vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården (*Omställningsstöd)*	UO9, 1:6, som en del av ök GoN (*den generella resursförstärkningen)*	X*	X	X	X	X	X	X
4.3.3	Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas de förutsättningar för samverkan som behövs (*Omställningsstöd)*	UO9, 1:6, som en del av ök GoN (*den generella resursförstärkningen)*	X	X	X	X	X	X	X
5.2.1	Varje patient ska ha möjlighet till ett s.k. patientkontrakt (*Utvecklingskostnader*)	UO9, 1:6	75	55	55	0	0	0	0
6.2.1	Regioners och kommuners ansvar för medverkan i utbildning ska tydliggöras (*Omställningsstöd)*	UO9 1:6, som en del av ök om GoN *(professionssatsningen*)	X	X	X	X	X	X	X
7.4.1	Obligatoriskt inrättande av valfrihetssystem inom fler vårdområden (*Stöd till utformning)*	UO9, 1:6	0	0	0	0	0	0	32
7.7.2	Ett nytt ersättningssystem (*Uppdrag till Socialstyrelsen)*	UO9, 1:6	2,5	0	0	0	0	0	0
8.2.2	Beskrivningssystem *(Uppdrag till Socialstyrelsen*)	UO9, 1:6	20	0	0	0	0	0	0
Totalt			**97,5**	**55**	**55**	**X**	**X**	**X**	**32**

* Eftersom vårt förslag innebär att omställningsstödet här ska utgöras av medel i överenskommelsen om God och nära vård, vars exakta utformning förhandlas mellan staten och SKR, anges inte någon exakt omfattning utan i stället ”X”.

10 Uppdraget om lättare psykisk ohälsa

10.1 Uppdraget enligt direktiven

Den 15 augusti 2019 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till vår utredning. Utöver vad som sägs i tidigare direktiv ska vi utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivning. Utredningen ska också vid behov lämna förslag på hur detta kan genomföras på ett effektivt sätt. Uppdraget bygger på en punkt i det s.k. Januariavtalet[1]. I och med detta tilläggsuppdrag förlängs utredningstiden till januari 2021.

Som beskrivet i direktiven finns i dag ingen enhetlig definition av begreppet psykisk ohälsa. Nedsatt psykiskt välbefinnande kan indikera lättare besvär av psykisk ohälsa. Folkhälsomyndigheten genomför vartannat år den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. I undersökningen från 2018[2] uppgav 17 procent av befolkningen nedsatt psykiskt välbefinnande, bland kvinnor var andelen 20 procent och bland män 14 procent. Andelen har ökat sedan mätningen 2016, men ökningen är inte statistiskt säkerställd.

Nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligast bland unga, och i synnerhet bland unga kvinnor. I åldersgruppen 16–29 år angav 33 procent av kvinnorna och 19 procent av männen nedsatt psykiskt välbefinnande. I undersökningen uppgav 39 procent av befolkningen i åldern 16–48 år lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Det är en ökning sedan 2016, då andelen var 36 procent. Av de tillfrågade

[1] En sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna. Delar av regeringens politik bygger på denna överenskommelse.
[2] Folkhälsomyndigheten, *Hälsa på lika villkor*, 2018.

kvinnorna angav 46 procent besvär av ängslan, oro eller ångest. Motsvarande andel bland männen var 32 procent.

Män söker vård för psykisk ohälsa i mindre utsträckning än vad kvinnor gör, och de väntar längre innan de gör det. Andelen som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande är vidare dubbelt så stor bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella. Transpersoner tenderar att ha ytterligare nedsatt psykiskt välbefinnande[3]. Enligt Försäkringskassan är nästan hälften av dagens sjukskrivningar relaterade till psykisk ohälsa[4].

Många äldre lider av ensamhet och ett minskat socialt sammanhang. En rapport från Socialstyrelsen visar att psykisk ohälsa är vanligare hos äldre kvinnor och män som är över 65 år än hos yngre personer.[5] Det har också uppmärksammats att äldre i vissa fall enbart behandlas med hjälp av läkemedel trots att de kan ha behov av andra insatser. Liknande problematik har rapporterats även i andra grupper.

I direktiven lyfts också ytterligare grupper med stora behov som inte alltid uppmärksammas i tillräcklig hög grad vad gäller bristande psykiskt välbefinnandet; personer med funktionsnedsättning, personer med riskbruk, liksom personer som vårdar eller stöder en närstående. I uppdraget understryks vikten av att primärvården samverkar med socialtjänsten vid behov vad gäller psykiskt välbefinnande, för att kunna beakta personens hela livssituation, och hitta bakomliggande orsaker till psykisk ohälsa såsom våld i nära relationer och ekonomisk utsatthet.

Det konstateras att hälso- och sjukvårdsinsatser för personer med psykisk ohälsa av olika slag, från psykiatrisk diagnos till nedsatt psykiskt välbefinnande, ges såväl inom regionernas och kommunernas primärvård, som inom den specialiserade vården. Även andra verksamheter, såsom Studenthälsan och företagshälsovården, kommer i kontakt med personer som har behov av stöd vid olika typer av psykisk ohälsa. Regeringens uppfattning, såsom den uttrycks i direktiven, är att det finns ett behov av att skyndsamt kunna erbjuda stöd till personer med lättare psykisk ohälsa. Skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom den nära vården skulle dels kunna ge förutsättningar för att förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar, dels, genom att vård ges på adekvat plats i systemet utifrån personens

[3] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling,* 2017.
[4] Försäkringskassan, *Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2019*, 2019.
[5] Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre,* 2018.

behov, bidra till att förbättra tillgängligheten till den specialiserade psykiatrin för dem med behov av specialiserad vård.

Fokus för uppdraget är därmed lättare psykisk ohälsa som inte kräver specialiserad vård. I uppdraget ligger också att definiera begreppet lättare psykisk ohälsa. Det är enligt direktiven upp till utredaren att bedöma vilken form av lättare psykisk ohälsa som ska erbjudas den nya formen av insatser.

I utredningens uppdrag ingår sammanfattningsvis bl.a. att:

- Utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl. a, förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar,
- överväga vilka målgrupperna ska vara för de nya insatserna, hur deras behov av stöd ska definieras och vilka typer av insatser som är bästa lämpade för målgrupperna,
- överväga hur och när en medicinsk bedömning av behoven ska ske, utifrån att stödet ska kunna ges skyndsamt och på rätt vårdnivå,
- överväga hur insatserna ska passas in i primärvårdens uppdrag och organisation,
- överväga hur verksamhet såsom Studenthälsovård och företagshälsovård kan bidra till och komplettera regionernas och kommunernas primärvårdsuppdrag,
- utreda hur insatserna ska följas upp och hur effekterna ska utvärderas,
- kartlägga om liknande lösningar har utformats i något land inom EU eller EES-området,
- överväga vilka kompetenser som bör ligga till grund för det nya stödet, kartlägga nuvarande kompetenser inom primärvården och analysera behov av kompetens- och utbildningsinsatser,
- överväga vilka personalkategorier i primärvården som i första hand bör erbjudas kompetensinsatser och om även personer som i dag inte arbetar inom hälso- och sjukvården kan utbildas för arbete inom primärvården,

- beskriva konsekvenserna för primärvården, den specialiserade psykiatrin och berörda myndigheter, samt
- bedöma vilka konsekvenser som på sikt kan uppstå för sjukskrivningstalen och för vuxna med psykisk ohälsa.

10.2 Initiala reflektioner

Psykisk ohälsa är ett brett begrepp, och en viktig del i utredningens arbete blir uppdraget att definiera vad som avses med begreppet inom ramen för utredningens analys och förslag. Det är viktigt att skilja psykiskt välbefinnande, som subjektiv upplevelse, från psykiatriska diagnoser ställda på mer objektiva kriterier. Det är samtidigt viktigt att förstå betydelsen av upplevd psykisk ohälsa för den enskilde. Det finns ett behov av att identifiera vad i den upplevda psykiska ohälsan som behöver mötas inom hälso- och sjukvården, och vad som beror av andra faktorer än medicinska eller åligger andra samhällssektorer att ansvara för. Uppdraget leder också in på aktuella samtidsfrågor såsom ofrivillig ensamhet, och hur samhället på olika sätt, ofta genom samverkan mellan flera aktörer såväl på myndighetsnivå som inom frivilligverksamhet, kan skapa förutsättningar för psykiskt välbefinnande.

Utredningen har redan i tidigare betänkanden haft området psykisk ohälsa med i arbetet. I våra tidigare förslag vad gäller primärvårdens utformning är en utgångspunkt primärvårdens grunduppdrag, som omfattar såväl somatiskt som psykisk hälsa[6]. Utredningens grunduppdrag är att lämna förslag på hur ett modernt hälso- och sjukvårdssystem ska utformas. I det sammanhanget blir upplevelsen av nedsatt psykiskt välbefinnande i befolkningen, inte minst hos unga, ett viktigt område att belysa. Likaså utifrån de många rapporter om somatisk ohälsa hos människor med samtidig psykiatriska diagnos. I en personcentrerad hälso- och sjukvård är ett holistiskt förhållningssätt en grundbult. Inom området psykisk ohälsa blir det också självklart att knyta an till utredningens tidigare förslag som betonar vikten av förebyggande insatser och hälsofrämjande arbete.

[6] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform.*

10.3 Tillvägagångssätt

Utredningen kommer i detta uppdrag att arbeta med samma breda dialog som tidigare, i enlighet med ursprungsdirektiven. Då området funnits med även i utredningens tidigare arbete finns redan insamlat material att tillgå från de omfattande möten och dialoger som genomförts. Vi har också sedan tidigare bevakat och även deltagit i olika initiativ inom området, såsom t.ex. SKR:s Kraftsamling för psykisk hälsa[7] samt det pågående arbetet hos SKR, regioner och kommuner inom ramen för Strategi för hälsa[8].

Utredningen avser också särskilt beakta tidigare genomförda utredningar med betydelse för området, såsom Kommissionen för jämlik hälsa (2015:2) och utredningen Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09). Även Tillitsdelegationens arbete (Fi 2016:03) kommer att tas i fortsatt beaktande. Utredningens fem referensgrupper (med representation för politik, profession, patienter och brukare, regionsamt kommunledningar) kommer fortsatt att stå till utredningens förfogande, liksom de av regeringen tillsatta experterna och sakkunniga.

Vi emotser, på samma sätt som tidigare, inbjudningar till dialog från systemets olika aktörer, och förstås i stor utsträckning från de som har egen upplevd erfarenhet av området, ofta representerade av patient- och brukarorganisationer.

Arbetet för att motverka psykisk ohälsa och stärka den mentala hälsan är ett globalt arbete som lyfts av såväl EU och OECD[9] som WHO. År 2013 antog Världshälsoförsamlingen[10] ”Comprehensive Mental Health Action Plan for 2013–2020”. Planen innebär specifika åtgärder för att förbättra mental hälsa och bidra till att ett antal globala mål inom området uppnås. En vägledande inriktning för utredningens arbete kan sammanfattas i citatet ”No health without mental health” – Ingen hälsa utan psykisk hälsa.

[7] SKR, *Kraftsamling för psykisk hälsa*, 2020.
[8] SKR, *Strategi för hälsa*, 2020.
[9] OECD och EU, *Health at a glance: Europe 2018*, 2018.
[10] WHA (World Health Assembly), WHO:s högsta beslutande församling.

10.3.1 Dialogfrågor

Vår utredning har i tidigare betänkande framgångsrikt arbetat med att samla in synpunkter brett från olika aktörer genom att använda dialogfrågor. Tanken med frågorna är att de ska stimulera till diskussion på hemmaplan; APT-möten, föreningsmöten, eller till enskild reflektion. Vi vill nu ta tillfället i akt att göra detta även för vårt uppdrag gällande lättare psykisk ohälsa. Utredningen tar gärna emot inspel utifrån nedanstående dialogfrågor. Kontaktuppgifter till utredningen återfinns på vår hemsida:
www.sou.gov.se/godochnaravard.

- Saknas det i dag kunskap om hur man bäst tar hand om sig själv för att må så bra som möjligt i livet? Om ja – var borde man få lära sig om det?
- Saknas det i dag kunskap om hur man bör förstå tidiga tecken som kan leda till t.ex. ångest, sömnproblem, depression eller suicidalitet? Och om hur man bör agera när man själv eller någon närstående drabbas? Om ja – var bör man få veta mer om det?
- Hur kan primärvården samverka bättre med civila samhället i frågor som rör psykiskt välbefinnande? Finns goda exempel?

11 Författningskommentar

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

5 kap.

2 §

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler, *den utrustning och de förutsättningar för samverkan* som behövs för att god vård ska kunna ges.

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.3.3.

Paragrafen ändras med tillägget att *förutsättningar för samverkan* läggs till som en av de grundläggande förutsättningarna för att god vård ska kunna ges. Dvs. det behövs såväl personal, lokaler, utrustning men också förutsättningar för samverkan mellan vårdgivare och olika verksamheter för ett hälso- och sjukvårdssystem som hänger ihop, även på verksamhets- och utförarnivå. Paragrafen ändras språkligt, genom att ”och” tas bort före beskrivningen av ”den utrustning” och det läggs till ”och de förutsättningar för samverkan” som ytterligare exemplifiering gällande vad som behövs för att god vård ska kunna ges. Exempel på sådana förutsättningar som avses är adekvata rutiner i vilka samverkan regleras och förutsättningar för uppföljning möjliggörs, beaktande av utvecklade samverkansstrukturer i och mellan olika verksamheter och att samverkan beaktas i verksamhetens ledningssystem.

7 kap.

3 a §

Regionen ska med tillämpning av lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillhandahålla valfrihetssystem inom fysioterapi och psykiatri.

Ersättningen från regionen till utförare inom valfrihetssystemen ska följa den enskildes val av utförare.

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.4.1. Bestämmelsen har tillkommit som en följd av att lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi upphävts. För att skapa möjligheter för de läkare, av vilka en stor andel är specialiserade inom psykiatri, och för de fysioterapeuter som verkar med stöd av nämnda lagar att integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt övrig öppenvård och med offentlig finansiering fortsatt bedriva verksamhet i privat regi, har regionerna ålagts skyldighet att inrätta valfrihetssystem inom psykiatri och fysioterapi. De läkare med specialitet inom allmänmedicin som verkar med stöd av lagen om läkarvårdsersättning anses kunna bedriva fortsatt verksamhet inom det befintliga obligatoriska vårdvalssystemet för primärvård. Det är upp till respektive region att bestämma den närmare utformningen av valfrihetssystemen inom fysioterapi och psykiatri, däribland vårdvalens omfattning.

Precis som gäller vid regionernas organisering av primärvården som ett vårdvalssystem, ska ersättningen från regionen till utförarna inom de inrättade valfrihetssystemen fysioterapi och psykiatri följa den enskildes val av utförare.

7 kap.

7 §

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med *kommunen och andra* samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.3.1 och innebär genom tillägget ”kommuner och andra” (samhällsorgan) ett tydliggörande att regionen i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården behöver sam-

verka med kommunen. Samverkan mellan region och kommun är i detta avseende så viktig att det uttryckligen bör framgå av författningstext (jfr prop. 1981/82:97 s. 61 f., prop. 1990/91:14 s. 61–63). (Jfr kommentar till 11 kap. 3 § HSL där samma förtydligande görs gällande kommunens samverkanskrav).

8 kap.

8 §

Regionen får erbjuda läkemedel utan kostnad till den som får *hälso- och sjukvård i hemmet*.

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.3 och innebär en följdändring av 12 kap. 2 § HSL där begreppet hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) ersätts med hälso- och sjukvård i hemmet (utan parentes).

10 kap.

1 a §

Regionen ska tillhandahålla ett. patientkontrakt till patienten i enlighet med vad som anges i 6 kap. 5 § patientlagen (2014:821).

Paragrafen behandlas i avsnitt 5.2.1 och är ny.

En ny paragraf om upprättande och tillhandahållande av ett *patientkontrakt* har föreslagits införas i 6 kap. 5 § patientlagen (2014:821) (se avsnitt 5.2.1). Av denna framgår att patienten ska få del av en sammanställning av uppgifter om patientens fasta vårdkontakt/er och individuella plan. Regionen ansvarar i dag för att en individuell plan upprättas i enlighet med 8 kap. 7 § HSL samt i samverkan och under de förutsättningar som anges i 16 kap. 4 § HSL (jfr även förslag till ändringar i denna bestämmelse i avsnitt 4.4).

I den häri föreslagna paragrafen åläggs regionen att ansvara för att tillhandahålla den sammanställda informationen, det s.k. patientkontraktet, till patienten (jfr kommunens ansvar i föreslagen 13 kap. 1 a § HSL). Att den sammanställda informationen benämns patientkontrakt, trots att kontrakt i juridisk mening har en annan innebörd än vad som här avses, beror dels på att termen patientkontrakt redan

etablerats i hälso- och sjukvårdens verksamheter, dels på att den synliggör att det inte är någon ytterligare plan inom hälso- och sjukvården som ska upprättas, utan i stället en sammanställning av redan existerande uppgifter.

11 kap.

3 §

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska kommunen samverka med *regionen och andra* samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.3.1 och innebär ett tydliggörande av att kommunen i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården även behöver samverka med regionen.

Samverkan mellan kommun och region är i detta avseende så viktigt att detta uttryckligen behöver framgå av författningstext (jfr prop. 1981/82:97 s. 61 f., prop. 1990/91:14 s. 61–63). (Jfr kommentar till 7 kap. 7 § HSL vari samma förtydligande görs gällande regionens samverkanskrav).

12 kap.

2 §

Kommunen får erbjuda den som vistas i kommunen *hälso- och sjukvård i hemmet* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453).

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.3 och innebär en ändring. Begreppet hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) ersätts med hälso- och sjukvård i hemmet (utan parentes). Några ändringar i sak är dock inte avsedda vad gäller det som enligt gällande skrivning utgör hemsjukvård. Det är därmed fortsatt hälso- och sjukvård i hemmet på primärvårdsnivå som omfattas av den nya skrivningen.

12 kap.

4 §

Regionen får på framställning av en kommun inom regionen erbjuda läkemedel utan kostnad ur läkemedelsförråd till den som

1. bor i en sådan särskild boendeform som avses i 5 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453), eller
2. får *hälso- och sjukvård i hemmet* genom kommunens försorg.

Regionen svarar för kostnaderna för läkemedel som rekvireras till läkemedelsförråden.

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.3 och innebär en språklig följdändring av vad som anges i 12 kap. 2 § HSL, varigenom begreppet hemsjukvård i *punkten 2*, ersätts med hälso- och sjukvård i hemmet.

13 kap.

1 a §

Kommunen ska tillhandahålla ett patientkontrakt till patienten i enlighet med vad som anges i 6 kap. 5 § patientlagen (2014:821).

Paragrafen behandlas i avsnitt 5.2.1 och är ny.

En ny paragraf om upprättande och tillhandahållande av ett *patientkontrakt* har föreslagits införas i 6 kap. 5 § patientlagen (2014:821) (se avsnitt 5.2.1). Av denna framgår att patienten ska få del av en sammanställning av uppgifter om patientens fasta vårdkontakt/er och individuella plan. Kommunen ansvarar i dag för att en individuell plan upprättas i enlighet med 12 kap. 5 § HSL samt i samverkan och under de förutsättningar som anges i 16 kap. 4 § HSL (jfr även förslag till ändringar i denna bestämmelse i avsnitt 4.4).

I den häri föreslagna paragrafen åläggs kommunen att ansvara för att tillhandahålla den sammanställda informationen, det s.k. patientkontraktet, till patienten (jfr regionens ansvar i föreslagen 10 kap. 1 a § HSL). Att den sammanställda informationen benämns patientkontrakt, trots att kontrakt i juridisk mening har en annan innebörd än vad som här avses, beror dels på att termen patientkontrakt redan etablerats i hälso- och sjukvårdens verksamheter, dels på att den synliggör att det inte är någon ytterligare plan inom hälso- och sjuk-

vården som ska upprättas, utan i stället en sammanställning av redan existerande uppgifter.

14 kap.

1 §

Regionen får till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda *hälso- och sjukvård i hemmet* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om regionen och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare. Överenskommelsen får även avse ansvar för sådana förbrukningsartiklar som avses i 8 kap. 9 §.

Regionen får lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överlåtelsen.

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.3.

Paragrafen utgör en följdändring av ändringen i 12 kap. 2 § där begreppet hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) ersätts med hälso- och sjukvård i hemmet. Några ändringar i sak är inte avsedda vad gäller det som enligt gällande skrivning utgör hemsjukvård. Det är därmed fortsatt hälso- och sjukvård i hemmet på primärvårdsnivå som omfattas av den nya skrivningen.

14 kap.

2 §

Om samtliga kommuner inom en regions område ingår i en överlåtelse av ansvar för *hälso- och sjukvård i hemmet* enligt 1 § och om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna, får kommunerna lämna ekonomiskt bidrag till varandra.

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.3.

Paragrafen utgör en följdändring av ändringen i 12 kap. 2 § där begreppet hemsjukvård har tagits bort. I denna bestämmelse ersätts hemsjukvård med begreppet hälso- och sjukvård i hemmet.

16 kap.

1 §

Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller *hälso- och sjukvård i hemmet* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §.

Regionen ska med kommunerna inom regionen sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.

Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.3.

Paragrafen utgör en följdändring av ändringen i 12 kap. 2 § HSL där begreppet hemsjukvård har tagits bort i paragrafens *första stycke* andra mening och ersatts med begreppet *hälso- och sjukvård i hemmet*.

16 kap.

4 §

När den enskilde har behov av insatser *från flera vårdgivare eller* insatser både från hälso- och sjukvården och socialtjänsten, ska *representanter för de verksamheter eller enheter i regionen eller kommunen som ansvarar för insatserna tillsammans* upprätta en individuell plan.

Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina *behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet* tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. *Den enskildes önskemål om upprättandet av en individuell plan ska beaktas.* Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser, *exempelvis förebyggande och rehabiliterande,* som behövs,

2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,

3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen,

4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen, *och*

5. målet med insatserna utifrån den enskildes perspektiv.

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.4.

I paragrafens *första stycke* införs ändringar som utökar skyldigheten att upprätta en individuell plan till att gälla även när den enskilde får hälso- och sjukvårdsinsatser från flera vårdgivare (behandlas i avsnitt 4.4.2). Det kan röra sig om flera vårdgivare inom en och samma huvudman såsom exempelvis bara regionalt eller kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, eller hälso- och sjukvårdsinsatser från olika huvudmän. (Jfr 8 kap. 7 § HSL gällande regionens ansvar för att i samverkan med patienten upprätta en individuell plan respektive 12 kap. 5 § HSL gällande kommunens ansvar för upprättande av individuell plan). Enligt den i dag gällande lydelsen i vilken huvudmännen för dessa verksamheter, dvs. regionen tillsammans med kommunen ska upprätta en individuell plan under förutsättning att den enskilde har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från regionen *och* socialtjänst från kommunen, exkluderas en stor grupp individer som också behöver en individuell plan. Genom att införa skrivningen ”flera vårdgivare” i paragrafens *första stycke*, första mening, utökas således detta ansvar till att omfatta även denna grupp individer. I paragrafens *första stycke* införs även att den individuella planen ska upprättas av *representanter för* de *verksamheter eller enheter* hos huvudmännen som ansvarar för insatserna. Denna skrivning är inte avsedd att tolkas som om ansvaret för upprättandet av en individuell plan ska övervältras på annan än huvudmännen. Skrivningen är endast avsedd att dels harmonisera befintlig bestämmelse med formuleringen i lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (se exempelvis 1 kap. 1 § och 4 kap. 1–2 §§) samt dels bättre återspegla hur en individuell plan upprättas i praktiken, dvs. det är inte regional/kommunal nämnd/fullmäktige som upprättar individuella planer i samverkan med patienten, utan representanter för

verksamheter eller enheter som deltar i detta arbete och i mötet med patienten.

I paragrafens *andra stycke* förtydligas befintlig bestämmelse med vilka behov den enskilde ska få tillgodosedda genom att en individuell plan upprättas, dvs. *behovet av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.* I *andra stycket* läggs också till att den enskildes önskemål om en individuell plan beaktas (behandlas i avsnitt 4.4.3). Även om det av förarbetena till motsvarande paragraf i SoL, 2 kap. 7 §, (se prop. 2008/09:193 s. 20 f. och s. 33–34) framgår att den enskildes och de närståendes uppfattning om behovet bör tillmätas stor betydelse är det, ur ett personcentrerat perspektiv, viktigt att detta också förstärks i författningstext (jfr även kommentar till 6 kap. 4 § PL).

I paragrafens *fjärde stycke* (behandlas i avsnitt 4.4.6), görs ett tillägg i *första punkten* vari förtydligas att det av planen ska framgå vilka insatser som behövs, dvs. förebyggande och rehabiliterande insatser. Med förebyggande insatser avses i förslaget i första hand återfallspreventiva insatser (utifrån den enskildes befintliga hälsotillstånd). I vissa fall kan det vara så att de insatser som behövs är både av förebyggande och rehabiliterande karaktär. I sådana fall ska detta framgå av planen.

I *tredje punkten* stryks ”och” och flyttas till slutet av *fjärde punkten.*

En ny *femte punkt* (behandlas i avsnitt 4.4.5) införs också i *fjärde stycket* av vilken framgår att målet med insatserna utifrån den enskildes perspektiv också ska framgå av planen.

16 kap.

5 §

Regionen och kommunen ska upprätta en övergripande gemensam plan för utformningen av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå.

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.3.2 och är ny.

Föreslagen paragraf innebär att regionen tillsammans med de kommuner som ingår i respektive län, ska åläggas att upprätta en övergripande gemensam plan för hälso- och sjukvård på den gemensamma vårdnivån primärvård. Det finns i dag inga formella hinder i befintlig reglering som hindrar att en sådan samordning mellan region och

kommuner kommer till stånd, men det görs inte i dag vilket påverkar såväl effektivitet som jämlikhet i vården.

Förslaget avser inte att i detalj reglera innehållet eller tidsomfattningen i den övergripande planen. Avsikten är inte heller att ålägga huvudmännen att gemensamt utforma enskilda verksamheter som respektive huvudman ansvarar för. Avsikten är i stället att säkerställa en gemensam långsiktig strategisk planering för det gemensamma åtagandet primärvård. Planen kan förslagsvis omfatta frågor såsom kompetensförsörjning, lokalfrågor och utbudspunkter.

18 kap.

4 §

Regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 6.2.1. Bestämmelsen är en kodifiering av det uppdrag som hälso- och sjukvårdens huvudmän redan före bestämmelsens tillkomst haft genom den så kallade principöverenskommelsen (se prop. 2000/01:71, *Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar*) och förekommande avtal med utbildningsanordnare, att medverka till att studenter i hälso- och sjukvårdens olika verksamheter kan genomföra den verksamhetsförlagda utbildning som ingår i deras utbildningar. Bestämmelsen har tillkommit för att tydliggöra detta ansvar och skapa förutsättningar för verksamhetsförlagd utbildning inom alla delar av hälso- och sjukvården, oavsett huvudman och driftsform. Syftet med bestämmelsen är att fler aktörer inom hälso- och sjukvården ska involveras i utbildningsfrågan och att det därigenom skapas bättre förutsättningar för en ändamålsenlig kompetensförsörjning och en jämlik vård.

Bestämmelsen ålägger regioner och kommuner att utifrån rådande behov av utbildningsplatser, vilket bör framgå av dialoger med utbildningsanordnare som tillhandahåller utbildningar på hälso- och sjukvårdens område, ställa erforderliga krav på vårdgivare att tillhandahålla sådana platser. Det innebär inte att regioner och kommuner måste ställa krav på att varje enskild vårdgivare ska ta emot studenter i sin verksamhet. Ur ett regionalt och kommunalt helhetsperspektiv ska dock säkerställas att behovet tillgodoses. Den prak-

tiska utformningen för detta är en fråga för respektive region eller kommun. Regionen eller kommunen kan t.ex. inom ett valfrihetssystem kräva att vårdgivaren för avtal med regionen eller kommunen ska tillhandahålla utbildningsplatser i viss angiven omfattning, eventuellt med hänsyn tagen till t.ex. vårdgivarens storlek. Alternativt kan regionen eller kommunen planera utbildningsinsatserna på så sätt att vissa vårdgivare, i verksamhet som bedrivs i egen regi eller i verksamhet upphandlad med stöd av LOU, fungerar som särskilda utbildningsenheter och därmed tar emot en större volym studenter. Så långt möjligt bör man i denna planering också beakta behovet att skapa förutsättningar för interprofessionellt lärande. Vad som är en ändamålsenlig lösning, hur stort behovet av utbildningsplatser är i den enskilda regionen eller kommunen och till vilken verksamhet utbildningen behöver förläggas, får bestämmas utifrån lokala förutsättningar och behov.

11.2 Förslaget till lag om ändring av tandvårdslagen (1985:125)

8 a §

Vid tillämpningen av 8 § ska regionen särskilt se till att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som

1. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller

2. har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som

a) omfattas av en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),

b) får *hälso- och sjukvård i hemmet*, eller

c) är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer som omfattas av 2 a eller 2 b ovan.

Regionen ska också se till att nödvändig tandvård erbjuds patienter som avses i första stycket.

Regionen ska vidare se till att tandvård kan erbjudas

1. dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid, och

2. dem som har stora behov av tandvård på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.3 och innehåller en följdändring med anledning av föreslagna ändringar i 12 kap. 2 § HSL.

I paragrafens *första stycke* andra punkten, punkten b), ersätts begreppet hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) med hälso- och sjukvård i hemmet. Parentesen med begreppet hemsjukvård tas bort. Se kommentar till 12 kap. 2 § HSL.

11.3 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

2 kap.

7 §

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska *representanter för de verksamheter eller enheter i kommunen eller regionen som ansvarar för insatserna tillsammans* upprätta en individuell plan.

Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina *behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet* tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. *Den enskildes önskemål om upprättandet av en individuell plan ska beaktas.* Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser, *exempelvis förebyggande och rehabiliterande,* som behövs,

2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,

3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen,

4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen, *och*

5. målet med insatserna utifrån den enskildes perspektiv.

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.4.2–3, 4.4.5 och 4.4.6 och utgör en följdändring av förslag till ändringar i 16 kap. 4 § HSL.

I paragrafens *första stycke* införs att den individuella planen ska upprättas av *representanter för de verksamheter eller enheter* hos huvudmännen som ansvarar för insatserna (jfr kommentar till 16 kap. 4 § HSL). Denna skrivning är inte avsedd att tolkas som om ansvaret för upprättandet av en individuell plan ska övervältras på annan än huvudmännen, dvs. kommun eller region. Skrivningen är endast avsedd att harmonisera befintlig bestämmelse dels med föreslagna ändringar i 16 kap. 4 § HSL dels med formuleringarna i lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (se exempelvis 1 kap. 1 § och 4 kap. 1–2 §§). Detta bedöms bättre återspegla hur en individuell plan upprättas i praktiken, dvs. det är inte kommunal/regional nämnd/fullmäktige som upprättar individuella planer i samverkan med patienten, utan representanter för de verksamheter eller enheter som deltar i detta arbete och i mötet med patienten.

I paragrafens *andra stycke* förtydligas befintlig bestämmelse med vilka behov den enskilde ska få tillgodosedda genom att en individuell plan upprättas, dvs. behovet av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. I samma stycke läggs också till att den enskildes önskemål om en individuell plan beaktas. Även om det av förarbetena till aktuell bestämmelse (se prop. 2008/09:193 s. 20 f. samt s. 33–34) framgår att den enskildes och de närståendes uppfattning om behovet bör tillmätas stor betydelse är det, ur ett personcentrerat perspektiv, viktigt att detta också förstärks i författningstext (jfr kommentar till 6 kap. 4 § PL).

I paragrafens *fjärde stycke* görs ett tillägg i *första punkten* vari förtydligas att det av planen ska framgå vilka insatser som behövs, dvs. förebyggande och rehabiliterande insatser. Med förebyggande insatser avses i förslaget i första hand återfallspreventiva insatser (utifrån den enskildes befintliga hälsotillstånd). I vissa fall kan det vara så att de insatser som behövs är både av förebyggande och rehabiliterande karaktär. I sådana fall ska detta framgå av planen.

I *tredje punkten* stryks ”och” och flyttas till slutet av *fjärde punkten.*

En ny *femte punkt* införs också i *fjärde stycket* av vilken framgår att målet med insatserna utifrån den enskildes perspektiv också ska framgå av planen.

11.4 Förslaget till ändring i patientlagen (2014:821)

6 kap.

4 §

För en enskild som har behov av *insatser från flera vårdgivare eller insatser både från hälso- och sjukvården och socialtjänsten* ska en individuell plan upprättas under de förutsättningar som anges i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.4.2.

Paragrafen utgör en följdändring av föreslagna ändringar i 16 kap. 4 § HSL och 7 kap. 2 § SoL, vari en utökad skyldighet att upprätta en individuell plan föreslås även för den målgrupp individer som behöver insatser från flera vårdgivare – oavsett huvudman – men som i dag inte omfattas av bestämmelserna om individuell plan om inte bestämmelserna i 8 kap. 7 § HSL (utifrån regionens ansvar) eller 12 kap. 5 § HSL (utifrån kommunens ansvar) är tillämpliga, eller om den enskilde inte dessförinnan har blivit intagen i sluten vård och lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård tillämpas. Se kommentarer till 16 kap. 4 § HSL samt 7 kap. 2 § SoL. (Jfr även 1 kap. 2 § lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten vård).

6 kap.

5 §

Om patienten begär det, ska en sammanställning av uppgifter om patientens fasta vårdkontakt och individuella plan, ett patientkontrakt, utan dröjsmål upprättas och tillhandahållas till patienten.

Paragrafen behandlas i avsnitt 5.2.1.

Paragrafen är ny varigenom begreppet *patientkontrakt* införs. Ett s.k. patientkontrakt utgör en sammanställning av uppgifter dels om *patientens fasta vårdkontakt* eller eventuellt fasta vårdkontakter (om patienten har flera sådana inom olika delar av hälso- och sjukvården), dels uppgifter om den *individuella planen* som har upprättats i enlighet med 8 kap. 7 §, 12 kap. 5 § eller 16 kap. 4 § HSL. Ett sådant

patientkontrakt ska, om patienten begär det, *utan dröjsmål*, dvs. snarast möjligt upprättas och tillhandahållas till patienten. Tillhandahållandet bör ske på ett för patienten lämpligt sätt och därmed anpassas till patientens behov. Tillhandahållandet kan således ske antingen i skriftlig (digital eller fysisk) eller muntlig form.

11.5 Förslaget till lag om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet

Lagens tillämpningsområde och definitioner

1 §

Denna lag får tillämpas av regioner för anskaffning av hälso- och sjukvårdstjänster inom den öppna vården från vårdgivare i privat verksamhet som bedriver vård i glesbygd.

Vad som i lagen sägs om regioner gäller också kommuner som inte ingår i en region.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 7.7.1. Lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet har tillkommit i syfte att skapa incitament och förutsättningar för etablering av hälso- och sjukvårdsaktörer i glesbygd. Lagen får tillämpas som ett alternativ till LOU eller LOV av regioner som inom sitt geografiska ansvarsområde har ett område som kan betecknas som glesbygd. Lagen utgör således ett kompletterande system för anslutning till den offentligt finansierade vården. Vad som utgör glesbygd preciseras i förordningen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet. Ersättningen för den vård som lämnas med stöd av lagen bestäms nationellt på statlig nivå. Staten är också delfinansiär av vården. Härigenom skapas incitament för regionerna att tillämpa lagen och därmed för etablering i sådan glesbygd som nu avses. Den nya lagen ersätter lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi. Genom lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet ges regionerna större möjligheter att styra över vårdetableringarna och därmed bättre planeringsförutsättningar. Av andra stycket framgår att lagen kan tillämpas även av kommuner som inte ingår i en region.

2 §

Verksamhet inom företagshälsovård eller elevhälsa som avser medicinska insatser enligt 2 kap. 25 § skollagen (2010:800) omfattas inte av denna lag.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 7.7.1 och har sin bakgrund i att sådan verksamhet som här anges inte omfattas av lagen om läkarvårdsersättning eller lagen om ersättning för fysioterapi.

3 §

Bestämmelser om anskaffning av hälso- och sjukvårdstjänster finns även i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner och lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

Genom bestämmelsen tydliggörs att regioners anskaffning av hälso- och sjukvårdstjänster får ske också med stöd av andra lagstiftningar.

Anskaffning av och ersättning för hälso- och sjukvårdstjänster

4 §

Vid anskaffning av hälso- och sjukvårdstjänster enligt denna lag ska regionen, i den mån inte särskilda bestämmelser i denna lag anger annat, tillämpa lagen (2016:1145) om offentlig upphandling. Vid en sådan tillämpning av lagen om offentlig upphandling ska de bestämmelser tillämpas som gäller tjänster av sådant slag som anges i bilaga 2 a till den lagen. Med upphandlande myndighet enligt den lagen avses region och med leverantör sådan vårdgivare som avses i denna lag.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 7.7.1. Offentliga aktörers möjligheter att anskaffa hälso- och sjukvårdstjänster styrs bland annat av Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU, det så kallade LOU-direktivet. Då hälso- och sjukvårdstjänster är sådana tjänster som återfinns i bilaga XIV till nämnda direktiv faller de till stora delar utanför direktivets tillämpningsområde. Vissa bestämmelser om annonsering och tilldelning av kontrakt gäller dock alltjämt. Dessa har implementerats i nationell lagstiftning i 19 kapitlet LOU. Då de avtal som ingås med stöd av denna lag kan betraktas som offentliga

kontrakt, är bestämmelserna i 19 kapitlet LOU, i den mån inte särskilda bestämmelser i lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet anger annat, tillämpliga vid avtalsingåendet. Det innebär att reglerna om annonsering, tilldelning av kontrakt, rätten till överprövning, regler om avtalsspärr m.m. blir tillämpliga.

5 §

En region ska teckna avtal med den eller de vårdgivare vars anbud har högst kvalitet. Regionen ska på förhand ange vilka kriterier som utgör god kvalitet. Kriterierna ska vara likabehandlande, icke-diskriminerande och transparenta och ha anknytning till det som ska anskaffas.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 7.7.1. Eftersom ersättningen för de hälso- och sjukvårdstjänster som lämnas med stöd av denna lag är bestämda på förhand genom nationell reglering finns inte möjlighet att göra urval av anbudsgivarna utifrån pris. I stället är kvalitet avgörande. Vad som utgör kvalitet bestäms av respektive region utifrån efterfrågad tjänst och lokala förutsättningar. Vid urvalet ska dock de grundläggande principerna för offentlig upphandling beaktas. Kriterierna för urvalet måste också ha anknytning till det som anskaffas, dvs. vara relevanta.

6 §

Avtal enligt denna lag får inte löpa under längre tid än sju år.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 7.7.1. För att skapa förutsebarhet för de vårdgivare som etablerar sig i glesbygd kan det komma att krävas av regionerna att avtalen med stöd av lagen tecknas under flera år. Med hänsyn till behovet av konkurrensutsättning får avtalen dock inte löpa under längre tid än sju år.

7 §

Grunderna för den ekonomiska ersättningen till en vårdgivare framgår av myndighetsföreskrifter.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 7.7.2. Den ekonomiska ersättningen för hälso- och sjukvårdstjänster som lämnas med stöd av denna lag bestäms inte, såsom t.ex. vid upphandling med stöd av LOU eller vid vårdvalsförfarande enligt LOV, av den upphandlande myndigheten. I syfte att skapa nationell enhetlighet bestäms storleken på och villkoren för ersättningen i stället genom föreskrifter utformade av en statlig myndighet. Av 8§ framgår att den myndighet som regeringen bestämmer får meddela sådana föreskrifter.

8 §

Regeringen får meddela föreskrifter om vad som avses med vårdgivare och glesbygd enligt denna lag.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om ekonomisk ersättning till vårdgivare för hälso- och sjukvårdstjänster som anskaffas med stöd av denna lag.

Genom bestämmelsen bemyndigas regeringen att meddela föreskrifter om vad som avses med vårdgivare och glesbygd. Sådana föreskrifter finns i förordningen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet. Definitionen av glesbygd är preciserad i förordning för att möjliggöra en ändring av definitionen när så är behövligt på grund av ändrade förhållanden, till exempel i fråga om befolkningstäthet. Genom bestämmelsen bemyndigas också den myndighet regeringen bestämmer att i myndighetsföreskrifter närmare ange grunderna för den ekonomiska ersättningen.

9 §

En myndighet ska utöva tillsyn över anskaffning av hälso- och sjukvårdstjänster enligt denna lag.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 7.7.1. Av förordning (2007:1117) med instruktion för Konkurrensverket framgår att det är Konkurrensverket som utövar tillsynen.

11.6 Förslaget till lag om ändring i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling

1 kap.

3 §

Bestämmelser om upphandling finns även i lagen (2016:1146) om upphandling inom försörjningssektorerna, lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner, lagen (2011:1029) om upphandling på försvars- och säkerhetsområdet *och lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet.*

Bestämmelsen har med anledning av införandet av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet ändrats till att också omfatta denna lag.

11.7 Förslaget till lag om ändring i lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner

1 kap.

3 §

Bestämmelser om upphandling finns även i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, lagen (2016:1146) om upphandling inom försörjningssektorerna, lagen (2011:1029) om upphandling på försvars- och säkerhetsområdet *och lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet.*

Bestämmelsen har med anledning av införandet av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet ändrats till att också omfatta denna lag.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande av experten Emma Spak

Att säkerställa att varje patient får vård utifrån sina individuella behov och förutsättningar är avgörande för utvecklingen av Nära vård. Som en viktig förutsättning för att möjliggöra detta behandlar utredningen frågan om samverkan mellan regioner och kommuner avseende hälso- och sjukvårdsinsatser inom öppen specialiserad vård i den enskildes hem. I utredningen görs bedömningen att kommuner redan idag kan medverka i sådan vård inom ramen för nu gällande regelverk.

Tyvärr riskerar utredningens förslag på detta område att inte vara tillräckliga för att lösa den problematik som nu finns kring samverkan mellan regioner och kommuner gällande hur hälso- och sjukvårdsinsatser kan ges i den enskildes hem. SKR har sedan utredningen fick sina första tilläggsdirektiv framhållit att det behövs konkreta lagförslag som möjliggör avtalssamverkan mellan region och kommun och beklagar att detta inte föreslås i utredningen.

En lösning på denna fråga är en förutsättning för att regioner och kommuner ska kunna ge den enskilde en trygg och säker vård i hemmet. Det är därför angeläget att ett sådant förslag tas fram snarast om detta inte bedömts ligga inom ramen för den befintliga utredningens uppdrag krävs en ytterligare utredning med uppdrag att utreda förutsättningarna för avtalssamverkan.

Emma Spak,
Sektionschef, Sveriges Kommuner och Regioner

Referenser

Författningar

EU-rättsakter

Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG *av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer*.

Europaparlamentets och rådets direktiv 2007/66/EG *av den 11 december 2007 om ändring av rådets direktiv 89/665/EEG och 92/13/EEG vad gäller effektivare förfaranden för prövning av offentlig upphandling*.

Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/23/EU *av den 26 februari 2014 om tilldelning av koncessioner*.

Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU *av den 26 februari 2014 om offentlig upphandling*.

Fördraget *om Europeiska unionens funktionssätt*.

Lagar

Regeringsformen.

*Hälso- och sjukvårdslagen (*1982:763).

Förvaltningslagen (1986:223).

Högskolelagen (1992:1434).

Lag (1993:1651*) om läkarvårdsersättning.*

Lag (1993:1652) *om ersättning för fysioterapi.*

Socialtjänstlagen (2001:453).

Lag (2003:192) *om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.*

Lag (2003:778) *om skydd mot olyckor.*

Patientdatalagen (2008:355).

Lag (2008:962) *om valfrihetssystem.*

Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Patientsäkerhetslagen (2010:659).

Skollagen (2010:800).

Patientlagen (2014:821).

Lag (2016:1145) *om offentlig upphandling.*

Lag (2016:1147) *om upphandling av koncessioner.*

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Lag (2017:612) *om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*.

Förvaltningslagen (2017:900).

Förordningar

Högskoleförordningen (1993:100).

Förordningen (1994:1120) *om ersättning för fysioterapi*.

Förordningen (1994:1121) *om läkarvårdsersättning*.

Förordning (2002:760) *om uppdragsutbildning vid universitet och högskolor*.

Förordning (2007:1117) *med instruktion för Konkurrensverket*.

Förordning *(2009:130) om yrkeshögskolan.*

Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369).

Gymnasieförordningen (2010: 2039).

Förordning (2011:1162) *med instruktion för Myndigheten för yrkeshögskolan*.

Förordning (2013:176) *med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg*.

Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Myndighetsföreskrifter

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) *om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) *om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården*.

Universitets- och högskolerådets föreskrifter (UHRFS 2013:11) *om uppdragsutbildning vid universitet och högskolor*.

Rättsfall m.m.

EU-domstolens dom i mål C-454/06, pressetext Nachrichtenagentur GmbH mot Republik Österreich.

EU-domstolens dom i mål C-451/08, Helmut Müller GmbH mot Bundesanstalt für Immobilienaufgaben.

EU-domstolens dom i mål C-410/14, Dr. Falk Pharma GmbH mot DAK-Gesundheit.

EU-domstolens dom i mål C-9/17, Maria Tirkkonen mot Maaseutuvirasto.

RÅ 2010 ref. 97.

HFD 2017 ref. 67.

Offentliga tryck

Riksdagstryck

Finansutskottets bet. 2019/20:FiU49, *Ändringar i statens budget för 2020 – Stöd till kommunsektorn för att stärka välfärden.*

Propositioner och skrivelser

Prop. 1962:122, *om sjukvårdslag m.m.*

Prop. 1969:125, *med förslag till lag om ändring i lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring*.

Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag m.m*.

Prop. 1990/91:14, *om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m. m.*

Prop. 1992/93:159, *om stöd och service till vissa funktionshindrade.*

Prop. 1993/94:75, *Arvoden till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samt vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m*.

Prop. 1994/1995:195 *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*

Prop. 1999/2000:149, *Nationell handlingsplan för utvecklingen av hälso- och sjukvården*.

Prop. 2000/01:71, *Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar*.

Prop. 2001/02:15, *Den öppna högskolan*.

Prop. 2004/05:162, *Ny värld – ny högskola.*

Prop. 2005/06:115, *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.*

Prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården*.

Prop. 2008/09:193, *Vissa psykiatrifrågor m.m.*

Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning.*

Prop. 2013/14:106, *Patientlag.*

Prop. 2015/16:195, *Nytt regelverk om upphandling*.

Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*.

Prop. 2016/17:106, *Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*.

Prop. 2017/18:206, *Ett enhetligt regionalt utvecklingsansvar.*

Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020. Förslag till statens budget för 2020, finansplan och skattefrågor.*

Statens offentliga utredningar

SOU 1979:78, *Mål och medel för hälso- och sjukvården förslag till hälso- och sjukvårdslag.*

SOU 2006:100, *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.*

SOU 2012:2, *Framtidens högkostnadsskydd i vården*.

SOU 2013:15, *För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning*.

SOU 2015:20, *Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård*.

SOU 2016:2, *Effektiv vård.*

SOU 2016:55, *Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete.*

SOU 2016:78, *Ordning och reda i välfärden.*

SOU 2018:32, *Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst.*

SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform.*

SOU 2018:47, *En lärande tillsyn. Statlig granskning som bidrar till verksamhetsutveckling i vård, skola och omsorg.*

SOU 2018:77, *Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter.*

SOU 2018:89, *Tydligare ansvar och regler för läkemedel.*

SOU 2019:6, *En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan.*

SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg.*

SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan.*

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

Departementsserien och promemorior

Ds 1999:44, *Den ljusnande framtid är vård, Om vård och omsorg – en arbetsmarknad i utveckling.*

Ds 2018:32, *Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi.*

Promemoria U2018/02704/UH, *En sexårig utbildning för läkarexamen.*

Kommittédirektiv

Dir. 2019:37, *Kommittédirektiv – Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso- och sjukvårdsverksamhet.*

Dir. 2019:69, *Ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård.*

Rapporter

AFRY, *Future Cities Survey Results*, 2019.

E-hälsomyndigheten, *Fördjupad förstudie om Nationell läkemedelslista*, 2018.

Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling*, 2017.

Folkhälsomyndigheten, *Hälsa på lika villkor*, 2018.

Försäkringskassan, *Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2019*, 2019.

Inera AB, *eHälsa och IT i landstingen*, 2018.

Inera AB, *Förstudie om sammanhållen planering via 1177 Vårdguiden Behov och lösningsförslag för ökad delaktighet och samskapande Slutrapport förstudie 2019-12-13*, 2019.

Inera AB, *Ärendebeskrivning: Sammanhållen plan i 1177 Vårdguiden*, 2019.

Innovationsguiden, *Spridningskatalog Lösningsförslag och lärdomar från utvecklingsteamen som arbetat med att förbättra och utveckla den sociala barn- och ungdomsvården*, 2017.

IVO, *Skolan – både huvudman och vårdgivare*, 2016.

IVO, *IVO:s bidrag till omställningen i vården. Uppdrag om tidsbegränsad förstärkt tillsyn på området god och nära vård*, 2019.

Konkurrensverket och upphandlingsmyndigheten, *Statistik om offentlig upphandling 2019*, 2019.

Krisberedskapsmyndigheten (KBM), *Det robusta sjukhuset*, 2008.

Landstingsrevisorerna Stockholms läns landsting, *Kompetensförsörjning i vården – utbildning hos vårdgivare en förutsättning för fler sjuksköterskor*, 2013.

Leading Health Care, *Working Paper 2016:1*, 2016.

Linköpings universitet, *Digitalt utanförskap – En forskningsöversikt*, 2019.

Läkarförbundet, *Varför kan inte doktorn komma – om läkarmedverkan i äldrevården*, 2013.

MSB, *Samhällets kostnader för fallolyckor MSB 0197*, 2010.

MSB, *Fallolyckor. Statistik och analys MSB 752*, 2014.

MSB, *Remiss den robusta sjukhusbyggnaden – 2020 (Ärendenummer 2016-5389)*, 2019.

OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017.

OECD och EU, *Health at a glance: Europe*, 2018.

Region Blekinge, *Redovisning avseende överenskommelsen om god och nära vård 2019*, 2019.

Region Dalarna, *Region Dalarnas redovisning av statliga medel God och nära vård, 2019-10-15, Nulägesbeskrivning och handlingsplan i omställningen till en mer nära vård*, 2019.

Region Gotland, *Nulägesanalys: Omställningsarbete God och Nära vård*, 2019.

Region Gävleborg, *Insatser i Region Gävleborg inom de tre angivna utvecklingsområdena samt nulägesrapport gällande omställningen till god och nära vård,* 2019.

Region Gävleborg och Ljusdals Kommun, *Rapport Bedömningsbil Los*, 2015.

Region Halland, *Nulägesrapport samt redovisning God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården,* 2019.

Region Jämtland Härjedalen, *Redovisning till Socialstyrelsen God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården (S2019/02858/FS),* 2019.

Region Jönköping, *Redovisning och nulägesrapport av God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården (S2019/02858/FS)*, 2019.

Region Kalmar län, *Redovisning Överenskommelse Omställning till nära vård i Region Kalmar län*, 2019.

Region Kronoberg, *Omställningen – God och nära vård, NULÄGES-RAPPORT OCH REDOVISNING*, 2019.

Region Norrbotten, *Redovisning och nulägesrapport för God och nära vård överenskommelsen 2019 – Region Norrbotten*, 2019.

Region Skåne, *Region Skånes redovisning av statliga medel God och nära vård 2019*, 2019.

Region Stockholm, *Vårdval 10 år: Vad vet vi om dess effekter?,* 2017.

Region Stockholm, *Redovisning – överenskommelse mellan staten och SKL för en god och nära vård,* 2019.

Region Sörmland, *God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården*, 2019.

Region Uppsala, *Nulägesrapport – Överenskommelse God och nära vård 2019,* 2019.

Region Uppsala samt kommunerna i Uppsala Län, *Strategi för närvårdsamverkan i Uppsala län 2018–2020*, 2018.

Region Värmland, *Nulägesrapport Värmland – God och nära vård*

En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården, 2019.

Region Västerbotten, *Kartläggning av vård på distans i Västerbottens läns landsting,* 2016.

Region Västerbotten, *Nulägesrapport och redovisning 2019, God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården,* 2019.

Region Västernorrland, *Nulägesrapport Region Västernorrland*, 2019.

Region Västmanland, *Region Västmanlands svar på Överenskommelsen God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården*, 2019.

Region Örebro län, *God och nära vård i Region Örebro län, Redovisning med anledning av överenskommelse mellan staten och SKL,* 2019.

Region Östergötland, Enheten för forskningsstöd, *Uppföljning av vårdval inom öppen specialiserad vuxenpsykiatri i region Östergötland*, 2018.

Region Östergötland, *Omställning till god och nära vård, Nulägesrapport,* 2019.

Riksrevisionen, *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? (RiR 2014:22)*, 2014.

Riksrevisionen, *Stödet till anhöriga omsorgsgivare (RiR: 2014:09)*, 2014.

SKR, *Hemtjänsten i Botkyrka kommun – En gender budget-analys*, 2010.

SKR, *Ingen på sjukhus i onödan*, 2016.

SKR, *Nära vård i Borgholm*, 2018.

SKR, *Ekonomirapporten maj 2019*, 2019.

SKR, *Ekonomirapporten oktober 2019*, 2019.

SKR, *KPP för primärvård*, 2019.

SKR, *Köp av verksamhet 2019 – Kommuner och regioner 2006–2018,* 2019.

SKR, *Nära vård i Ängelholm*, 2019.

SKR, *Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2018*, 2019.

SKR, *Slutrapport – Förstudie Robust Vårdcentral,* 2019.

SKR, *Verksamhetsstatistik om hälso- och sjukvård 2018*, 2019.

SKR, *Patientavgifter 2020*, 2020.

SKR, *Vårdgarantiläge. Alla regioner*, 2020.

Socialstyrelsen, *Ändamålsenlig och strukturerad dokumentation – underlag för nationell samordning och finansiering*, 2011.

Socialstyrelsen, *Utveckling av indikatorer för äldres rehabilitering*, 2014.

Socialstyrelsen, *Att nivåstrukturera nationell högspecialiserad vård: Socialstyrelsens förslag till arbetsprocess*, 2017.

Socialstyrelsen, *Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan – Nationell vägledning*, 2017.

Socialstyrelsen, *Om övergångar mellan sluten vård och öppen vård och omsorg*, 2017.

Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre*, 2018.

Socialstyrelsen, *Uppdrag om läkarvårdsersättning och ersättning till fysioterapi*, 2018.

Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2019*, 2019.

Socialstyrelsen, *Digitala vårdtjänster och artificiell intelligens i hälso- och sjukvården,* 2019.

Socialstyrelsen, *DRG-statistik 2017*, 2019.

Socialstyrelsen, *Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård*, 2019.

Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie*, 2019.Socialstyrelsen, *Nationella planeringsstödet 2019*, 2019.

Socialstyrelsen, *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2018*, 2019.

Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en nära vård – deluppdrag II Delrapportering avseende bland annat förutsättningar för att samla in resultat på aggregerad nivå från huvudmännen*, 2019.

Socialstyrelsen, *Årsredovisning 2018*, 2019.

Socialstyrelsen och UKÄ, *Framtidens vårdkompetens – stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov,* 2019.

Socialutskottet, *Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering dnr. 2017/18: RFR5*, 2017.

Swedish Medtech, *Medtechbranschen i siffror*, 2018.

Tillväxtanalys, *Bättre statistik för bättre regional- och landsbygdspolitik*, 2013.

UKÄ, *Uppdragsutbildning vid universitet och högskolor – Redovisning av ett regeringsuppdrag, Rapport 2016:8*, 2016.

Vårdanalys, *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?*, 2014.

Vårdanalys, *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, 2016.

Vårdanalys, *En primär angelägenhet,* 2017.

Vårdanalys, *Från medel till mål*, 2017.

Vårdanalys, *Visa vägen i vården – ledarskap för stärkt utvecklingskraft*, 2017.

Vårdanalys, *Allmän Tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*, 2018.

Vårdanalys, *Från mottagare till medskapare Rapport 2018:8*, 2018.

Vårdanalys, *Åt samma håll – Nationella insatser för stärkt ledaskap i hälso- och sjukvården,* 2019.

Västra Götalandsregionen, *Omställningen till en god och nära vård, tillgänglighet och patientkontrakt (nulägesrapport),* 2019.

WHO, *Now more than ever, World Health Report* 2008, 2008.

WHO, *A vision for primary health care in the 21th century*, 2018.

WHO, *Building the economic case for primary health care: a scoping review*, 2018.

WHO Regional Office for Europe, *Integrated care models: an overview*, 2016.

Övrigt

Boye, K, *I rörelse. Härdarna*, 1927.

Boverket, *Utveckla vårdens miljöer*, 2019, www.boverket.se/sv/samhallsplanering/arkitektur-och-gestaltad-livsmiljo/boverkets-uppdrag/utveckla-vardens-miljoer/ (hämtad 20-02-25).

Burström, B., Burström, K., Nilsson, G. et al. *Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping review*. Int J Equity Health 16, 29, (2017).

FN, *Political declaration of the high level meeting on universal health coverage*, 2019.

Funktionsrätt Stockholm, *Vi revolutionerar digitaliseringen! Funktionsrätt Stockholms län om digital tillgänglighet*, 2019, https://funktionsrattstockholmslan.se/wp-content/uploads/2019/05/Vi-revolutionerar-digitaliseringen.pdf (hämtad 20-02-12).

Högskola väst och Fyrbodals kommunförbund, *Samverkansavtal kommunakademin väst*, 2017.

Inera, *målbild för första linjens vård och för 1177 Vårdguidens roll. Gemensam målbild för kommuner, landsting, regioner, SKL och Inera*, 2018, www.inera.se/globalassets/projekt/malbild-nya-1177-vardguiden/malbild_forsta_linjens_vard_180521.pdf (hämtad 20-01-03).

Internetstiftelsen, *Svenskarna och internet 2018*, 2018 https://svenskarnaochinternet.se/rapporter/svenskarna-och-internet-2018/ (hämtad 20-02-12).

Internetstiftelsen, *Svenskarna och internet 2019*, 2019, https://svenskarnaochinternet.se/app/uploads/2019/10/svenskarna-och-internet-2019-a4.pdf (hämtad 20-02-12).

Kommunakademin Väst, *Budget och verksamhetsplan för Kommunakademin Väst 2020*, 2019.

Minkman M. *Longing for Integrated Care: The Importance of Effective Governance*. Editorial, International Journal of Integrated Care, 17 (4): 10, 2017.

Myndigheten för yrkeshögskolan, *Yrkeshögskolan*, https://www.myh.se/Verksamhetsomraden/Yrkeshogskolan (hämtad 20-03-04).

Nationellt kompetenscentrum anhöriga – för ett anhörigvänligt samhälle, *Vem är anhörig,* 2016, www.anhoriga.se/stod-och-kunskap/fakta-om-anhorig/vem-ar-anhorig/ (hämtad 20-02-13).

Regeringen, *Den forskningspolitiska propositionen*, 2020, www.regeringen.se/regeringens-politik/Den-forskningspolitiska-propositionen-2020/ (hämtad 20-02-23).

Regeringen, *En nationell strategi för life science*, 2019, www.regeringen.se/informationsmaterial/2019/12/en-nationell-strategi-for-life-science/ (hämtad 20-03-02).

Regeringen, *Förbättrat strategiskt ledarskap inom kommunalt finansierad vård och omsorg*, 2019, www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/11/forbattrat-strategiskt-ledarskap-inom-kommunalt-finansierad-vard-och-omsorg/ (hämtad 20-01-09).

Regeringen, *Regeringen inrättar nationellt vårdkompetensråd,* 2019, www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/09/regeringen-inrattar-nationellt-vardkompetensrad/ (hämtad 20-01-03).

Regeringen, R*egeringen stärker första linjens digitala vård,* 2019, www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/10/regeringen-starker-forsta-linjens-digitala-vard/ (hämtad 20-01-03).

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Socialstyrelsen,* 2019.

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att ta fram ett underlag för en nationell strategi för anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer*, *S2019/04223/FST (delvis*), 2019.

Regeringskansliet och SKR, *Patientmiljarden – Insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården*, *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2018*, 2017.

Regeringskansliet och SKR, *God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019*, 2019.

Regeringskansliet och SKR, *Standardiserade vårdförlopp – Jämlik och effektiv vård med god kvalitet, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019*, 2019.

Regeringskansliet och SKR, *God och nära vård 2020 – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården,* 2020.

Regeringskansliet och SKR, *Patientsäkerhet, nationella kvalitetsregister m.m. 2020, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, 2020.

Region Gotland, *Projektet 80/20 – En arbetstidsmodell för läkare i primärvården*, 2019, www.gotland.se/80-20 (hämtad 20-02-26).

Region Halland, *Förteckning privata vårdgivare med avtal*, 2019, https://vardgivare.regionhalland.se/uppdrag-avtal/vardval-halland-och-privata-vardgivare/ (hämtad 19-12-20).

Region Jönköping, *Erfarenheter från patienter och närstående samlas i ett levande bibliotek*, 2018, www.rjl.se/om-oss/pressrum/nyheter/Nyheter-fran-regionen/erfarenheter-som-patienter-och-narstaende-samlas-i-levande-bibliotek/?fbclid=IwAR3gqq0Rwv2_K6y0KGn5rlB14oxj4bCO1_bNrp1s1TBHnMRsjCfh5t-LioI (hämtad 20-02-24).

Region Jönköping, *Erfarenheter från verksamheten*, 2019, https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=45124 (hämtad 20-02-24).

Region Jönköping, *Erfarenheter från deltagarna*, 2019, https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=45028 (hämtad 20-02-24).

Region Jönköping, *Esther*, 2019, https://plus.rjl.se/esther (hämtad 20-02-23).

Region Jönköping, *Levande bibliotek*, 2019, https://plus.rjl.se/index.jsf?nodeId=44778&nodeType=13 (hämtad 20-02-24).

Region Kalmar län, *Oskar – samverkan kommun och Region Kalmar län*, www.ltkalmar.se/samarbetsportalen/uppdrag_samverkan/oskar-samverkan-kommun-och-landsting/ 2019, (hämtad 19-12-27).

Region Norrbotten, *Spetspatienter – en ny resurs för hälsa*, 2017, www.norrbotten.se/Utveckling-och-tillvaxt/Utveckling-inom-halso--och-sjukvard/Utvecklingssatsningar/Spetspatienter---en-ny-resurs-for-halsa/ (hämtad 2020-02-24).

Region Norrbotten, *Spetspatienterna som gör vården bättre*, 2019, www.norrbotten.se/sv/Om-Region-Norrbotten/Press/Pressarkiv/Pressmeddelanden-2019/Spetspatienterna-som-gor-varden-battre/ (hämtad 2020-02-24).

Region Skåne, *Förfrågningsunderlag och Avtal för Vårdcentral i Hälsoval Skåne gällande år 2018*, 2017.

Region Skåne, *Vårdval Laro*, 2020, https://vard.skane.se/psykiatri-skane/ditt-besok-hos-oss/laro-i-region-skane---vardval/ (hämtad 20-02-16).

Region Stockholm, *Förfrågningsunderlag enligt LOV vårdval – Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård*, 2019.

Region Stockholm, *Internetpsykiatri,* 2019, www.internetpsykiatri.se/ (hämtad 20-02-26).

Region Stockholm, *Lista med godkända vårdgivare inom vårdval specialiserad fysioterapi*, 2019, https://vardgivarguiden.se/globalassets/avtal/vardavtal/vardval-stockholm/fysioterapi-specialiserad/godkanda-vardgivare-spec-fysioterapi.xlsx (hämtad 19-12-20).

Region Värmland, *Anslutna fysioterapeuter*, 2019, www.regionvarmland.se/vardgivarwebben/samverkan-avtal-och-vardval/Halsoval/Vardval-Fysioterapi/Anlsutna-fysioterapeuter/ (hämtad 19-12-20).

Region Värmland, *Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva vårdcentral inom Vårdval Vårdcentral*, 2019.

SAFU, *Förslag gällande utvecklandet av en nationell och regional FoU-struktur för forskning i primärvården*, 2019, https://sfam.se/wp-content/uploads/2020/03/SAFU-FoU-struktur-forskning-i-pv.pdf (hämtad 20-03-09).

SCB, *Lönesök: sjukgymnast*, 2020, www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/lonesok/Search/?lon=sjukgumnast (hämtad 20-01-19).

SCB, *Antal privata utförare inom kommunerna fördelat på verksamhetsområde och region. År 2013–2018*, 2019, www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__OE__OE0112/OE0112T05B/ (hämtad 20-02-03).

SCB, *Antal privata utförare inom regioner fördelat på verksamhetsområde. År 2013–2018*, 2019, www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__OE__OE0112/OE0112T06/ (hämtad 20-02-03).

SCB, *Hälsoräkenskaper 2001–17*, 2019.

SKR, *Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård, 2019*, https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning.14031.html (hämtad 20-02-26).

SKR, *Skrivelse avseende God och nära vård – Vård i samverkan, SOU 2019:29,* 2019.

SKR, *Strategi för hälsa*, 2019. https://skr.se/halsasjukvard/strategiforhalsa.9515.html (hämtad 20-02-12).

SKR, *Synpunkter på regeringens forskningspolitik*, 2019. www.regeringen.se/4ae287/contentassets/a0eb9c4e65c04da8ac944fb790142460/sveriges-kommuner-och-landsting.pdf (hämtad 20-02-23).

SKR, *Kraftsamling för psykisk hälsa*, 2020. https://skr.se/halsasjukvard/psykiskhalsa/kraftsamlingpsykiskhalsa.28676.html (hämtad 20-02-12).

SKR, *Väntetider.se, Medicinsk bedömning*, 2020, www.vantetider.se/resultat/medicinsk-bedomning/?year=2020&month=Januari&intervals=undefined&regionId=0 (hämtad 20-03-02).

SKR, *Väntetider.se, Utskrivningsklara patienter på sjukhus, 2019.*

Socialstyrelsen, *Digital verksamhetsutveckling i vården*, 2019, https://div.socialstyrelsen.se/juridiskt-stod/direktatkomst-den-enskilde (hämtad 19-12-27).

Socialstyrelsen, *Direktåtkomst för den enskilde*, https://div.socialstyrelsen.se/juridiskt-stod/direktatkomst-den-enskilde (hämtad 20-03-09).

Socialstyrelsen, *Nationella vårdkompetensrådet*, 2019, www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/organisation/rad-och-namnder/nationella-vardkompetensradet/ (hämtad 20-01-03).

Socialstyrelsen, *Nu kan regioner ansöka om att bedriva nationell högspecialiserad vård, 2019,* www.socialstyrelsen.se/aktuellt/nu-kan-regioner-ansoka-om-att-bedriva-nationell-hogspecialiserad-vard/ (hämtad 20-01-03).

Socialstyrelsen, *Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal*, 2019, https://sdb.socialstyrelsen.se/if_per/val.aspx (hämtad 20-01-14).

Socialstyrelsen, *Sekundär klassificering av diagnosrelaterade grupper (DRG)*, 2019, www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/drg/ (hämtad 20-02-04).

Socialstyrelsen, *Steg 1: Kartläggning*, 2019, www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationell-hogspecialiserad-vard/pagaende-arbete/steg-1-kartlaggning/ (hämtad 20-01-03).

Socialstyrelsen, *Viktlistor för NordDRG*, 2019, https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/drg/viktlistor/ (hämtad 20-03-04).

Starfield, B., Shi, L., Macinko, J, *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*, 2005.

Sällsynta diagnoser, *Gemensamt lärande*, www.sallsyntadiagnoser.se/verksamhet/gemensamt-larande/ (hämtad 20-02-26).

Sällsynta diagnoser, *Om riksförbundet Sällsynta diagnoser*, www.sallsyntadiagnoser.se/verksamhet/gemensamt-larande/ (hämtad 20-02-26).

Västra Götalandsregionen, *Levande bibliotek ska bidra till bättre vård i Västra Götalandsregionen*, 2019, https://vgrfokus.se/2019/09/levande-bibliotek-ska-bidra-till-battre-vard-i-vastra-gotalandsregionen/ (hämtad 20-02-26).

Winpenny E, Miani C, Pitchforth E, Ball S, Nolte E, King S, Greenhalgh J, Roland M, *Outpatient services and primary care: scoping review, substudies and international comparisons*, Southampton (UK): NIHR Journals Library, 2016.

WHO, *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice,* 2010. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=D8E1DDA8E0637BEA473CA5C9BB20F03F?sequence=1 (hämtad 20-02-27).

WHO, *Resolution WHA69.24, Strengthening integrated, people centered health services, In:Sixty-Ninth World Health Assembly*, Geneva, 16–24 May 2016, Resolutions and decisions, annexes, Geneva, World Health Organization, 2016.

WHO, *Declaration of Astana*, 2018.

WHO, *Primary health care: transforming vision into action. Operational framework, draft for consultation*, 2018.

Vårdfokus 2018-9, *Fariba fick unika jobbet*, 2018.

Kommittédirektiv 2017:24

Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården

Beslut vid regeringssammanträde den 2 mars 2017

Sammanfattning

En särskild utredare ska utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården.

Utredaren ska bl.a.

– fördjupa analyserna av förslag i betänkandet Effektiv vård,
– redovisa förslagens konsekvenser samt
– i dialog med företrädare för samtliga landsting, myndigheter och andra berörda aktörer utarbeta en nationell plan där primärvården är utgångpunkten för en ökad närhet till patienten. Utredaren ska i planen redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en med berörda aktörer förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet.

Bakgrund

Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av investeringar i specialistvård och akutsjukhus. Sverige är ett av de länder som har flest sjukhusläkare i världen per capita. Sjukvård bedrivs enligt dagens regelverk antingen som öppen eller som sluten vård. För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning finns det

sjukhus och den vården kallas för sluten vård. All annan hälso- och sjukvård är öppen vård.

I internationella jämförelser har svensk vård en hög kvalitet när det gäller medicinska resultat, men sämre resultat när det gäller kontinuitet, patientmedverkan m.m. Den demografiska utvecklingen, fler personer med kroniska sjukdomar, begränsade resurser, urbanisering och utvecklingen inom andra områden, exempelvis medicinteknik, it och behov hos vårdpersonal, kommer dock att kräva en förändring av hälso- och sjukvårdens struktur och organisation för att åstadkomma ett effektivare resursutnyttjande, ökad kvalitet och bättre tillgänglighet samt öka förtroendet hos befolkningen.

Huvudmän – och därmed de ytterst ansvariga – för hälso- och sjukvården är de landsting och de kommuner som enligt lag ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i landstinget eller som efter beslut av kommunen bor i vissa sådana boendeformer eller bostäder som avses i socialtjänstlagen (2001:453).

Primärvården har en central roll

Primärvården, som är en del av den öppna vården, har en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet eftersom det är dit patienten först förväntas vända sig för att få en bedömning, behandling eller skickas vidare för utredning eller behandling inom specialistsjukvården. I dag vänder sig dock en stor andel av patienterna till andra vårdnivåer, t.ex. akutmottagningar, bl.a. på grund av brist på annan tillgänglig vårdinstans (Effektiv vård SOU 2016:2). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, ska vården ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Regeringen har därutöver ett delmål för jämställdhetspolitiken om att kvinnor och män ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor. I en välfungerande vårdkedja har alla tillgång till den vård och vårdnivå de har behov av och vården erbjuds i rätt tid. Utgångsläget ska vara att ingen ska behöva vårdas på sjukhus i onödan.

Vård på sjukhus som hade kunnat undvikas resulterar, förutom i en icke optimal vård av patienten, i höga kostnader och vårdskador. En enda akut slutenvårdsepisod motsvarar i genomsnitt kostnaden

för 56 läkarbesök i primärvården eller 220 hemtjänsttimmar för de mest sjuka äldre (Ingen på sjukhus i onödan, SKL 2016).

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver därför reformeras så att mer resurser ges till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. En förstärkning av primärvården är därför nödvändig.

Under det senaste decenniet har primärvården i Sverige genomgått omfattande förändringar såsom införandet av vårdval, lagregleringen av vårdgarantin och möjligheterna att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård utanför det egna landstinget. Dessutom kan vård som tidigare krävde intagning på sjukhus, genom nya sätt att organisera hälso- och sjukvården samt nya behandlingsalternativ numera även utföras på andra platser än sjukhus. Detta innebär att gränsen mellan öppen och sluten vård i praktiken successivt förändras. Som exempel kan nämnas att viss vård som tidigare endast kunde ges på sjukhus numera kan erbjudas i hemmet. Den öppna vården kan således utföras på en vårdmottagning men också i patientens hem eller i ett särskilt boende.

Primärvården, och den övriga hälso- och sjukvården, har dessutom flera utmaningar att hantera, t.ex. ökade bemanningsproblem och en bristande digital arbetsmiljö i flera delar av landet. När det gäller den sistnämnda frågan visade myndigheten Vårdanalys i promemorian Ändamålsenliga journalsystem i primärvården att i en internationell jämförelse mellan tio länder så är svenska primärvårdsläkare minst nöjda med sina elektroniska journalsystem. Endast 37 procent svarade att de var nöjda eller mycket nöjda medan motsvarande siffra i Storbritannien var 86 procent. Läkarnas nöjdhet med journalsystemen varierar vidare betydligt mellan olika landsting och regioner inom landet, från 10 procent i Skåne till 78 procent i Kronoberg. Därutöver kommer antalet patienter som behöver ha kontinuerlig kontakt med vården, och flera delar av vården, att öka eftersom fler lever allt längre och därmed hinner utveckla och leva under lång tid med kroniska sjukdomar.

Enligt 5 § HSL ska primärvården som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver

sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Förutom denna bestämmelse i HSL finns det inte någon lagstadgad definition av primärvårdens uppdrag. Vad som ingår i uppdraget till primärvården påverkas av landstingens bedömning av vilka insatser som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Det kommunala självstyret innebär dessutom att landstingen har stor frihet att själva besluta om hur hälso- och sjukvården ska organiseras och nivåstruktureras. I ett landsting kan en verksamhet ingå i uppdraget till primärvården medan samma verksamhet i ett annat landsting ingår i hälso- och sjukvårdstjänster som organiseras på annat sätt.

Det har framförts förslag om att primärvårdens uppdrag bör tydliggöras. Riksrevisionen har t.ex. granskat hur de statliga reformerna om vårdval och lagstadgad vårdgaranti påverkat möjligheterna för primärvården att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I en granskningsrapport som publicerades i oktober 2014 rekommenderade Riksrevisionen att regeringen ska ta initiativ till att göra vårdvalssystemen mer lika och formulera ett nytt mer enhetligt primärvårdsuppdrag. Enligt Riksrevisionen är det en bland flera åtgärder ”som är värda att pröva i syfte att styra primärvården mot vårdens övergripande målsättningar”. Sedan den 1 januari 2015 har patienter, enligt 9 kap. patientlagen (2014:821), möjlighet att välja utförare inom eller utom det egna landstinget. Det innebär bl.a. att en person som är bosatt i ett landsting kan välja vårdcentral och fast läkarkontakt i ett annat landsting. Detta förhållande kan också i förlängningen öka medborgarnas förväntningar på att få samma eller likvärdiga tjänster oavsett landsting – och därigenom skynda på en utveckling mot en mer jämlik hälso- och sjukvård. Att primärvårdsuppdraget blir mer enhetligt över landet och tydligt för medborgarna är också viktigt för att öka förtroendet för vården.

Beträffande försörjning och finansiering av läkemedel så utgår dagens system från den lagstadgade uppdelningen av vården i öppen respektive sluten vård. Läkemedel inom den slutna vården, som ofta benämns rekvisitionsläkemedel betalas till övervägande del av landstingen. Det finns också läkemedel som rekvireras till öppen vård t.ex. till vårdcentraler. Den största delen av de läkemedel som används i den öppna vården distribueras dock på öppenvårdsapoteken och be-

kostas dels av patienten, dels av staten genom högkostnadsskyddet i den mån läkemedlen ingår i läkemedelsförmånerna.

En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

Regeringen beslutade den 21 november 2013 att ge en nationell samordnare i uppdrag att göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt (dir. 2013:104). Analysen skulle bl.a. belysa de effektivitetsproblem och utvecklingsområden som finns. Utredningen antog namnet En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. I januari 2016 överlämnades slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) till regeringen.

I betänkandet framhåller utredningen att det behövs en starkare och mer enhetlig styrning på stukturnivå i hälso- och sjukvården för att åstadkomma förändringar. Utredningen menar bl.a. att det behövs en omfattande strukturreform där primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. Regeringen delar utredningens övergripande bedömning.

Enligt utredningen har primärvården svårt att klara uppdraget som första linjens vård. Primärvården är underdimensionerad både i förhållande till förväntningar och potential. Öppettiderna är alltför begränsade och tillgängligheten i akuta fall är låg. Det kan också konstateras att primärvården i Sverige i jämförelse med andra länder erbjuder en låg grad av kontinuitet för patienten. En bidragande orsak till bristande tillgänglighet och kontinuitet är de svårigheter som landstingen har med kompetensförsörjning och bemanning av bl.a. specialister i allmänmedicin. En växande användning av s.k. hyrläkare påverkar primärvårdens kostnader och därmed landstingens budget. Även kontinuitet för patienten påverkas. Såväl Konkurrensverket som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i rapporter lyft frågan och visat på eventuella negativa konsekvenser av situationen (se Konkurrensverket 2015:10 Hyrläkare i primärvården – en kartläggning av landstingens upphandlingar och kostnader och IVO 2016 Hyrläkare – vårdgivarens dilemma?).

Utredningen bedömer att den nuvarande strukturen vad gäller primärvård och sjukhusanknuten vård är en viktig bidragande orsak till ineffektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet. Primärvården är alltför begränsad i sin funktion vad gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får och att bidra till att knyta samman de samlade insatser från landstingens hälso- och sjukvård, kommunernas hemsjukvård och socialtjänst.

Förslagen i Effektiv vård

I betänkandet Effektiv vård föreslås en förändring av de grundläggande styrprinciperna för vårdens organisering. Utredningen menar att de styrande principerna för hälso- och sjukvårdens organisering i dag i stor utsträckning utgår från sluten vård vid sjukhus. Därför föreslår utredningen att lagstiftningen ska utgå från att vården ska organiseras nära befolkningen om det inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl är motiverat att koncentrera vården. Huvudprincipen ska vara öppen vård men där öppenvård inte är möjlig ska vården ges som sluten vård. Detta synsätt är enligt utredaren egentligen praxis redan i dag. Utredningen påpekar även att det finns anledning att överväga om det fortsatt behövs en uppdelning i öppen respektive sluten vård. Vidare anges att gränserna mellan öppen och sluten vård nu är så oklara att det sannolikt inte är ändamålsenligt att upprätthålla någon exakt distinktion. När det gäller den slutna vården föreslår utredningen att denna ska kunna ges på vårdinrättning eller på annan plats.

Utredningen föreslår dessutom en lagstiftning med ett nationellt utformat uppdrag för primärvården. Det innebär att primärvården ska vara befolkningens första kontakt med vården, ansvara för förebyggande arbete, diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta vårdbehov, ansvara för akut hälso- och sjukvård som inte kräver vård på sjukhus, remittera till annan vård vid behov samt koordinera och integrera den vård som erbjuds patienten och se till patientens samlade förutsättningar och behov.

Utredningen menar att en principiellt viktig skillnad mot nuvarande lagstiftning är att primärvården ska ta hand om ”de allra flesta vårdbehov” och inte bara ”grundläggande behov” som i dag. Utredningen anser att mer och mer avancerad vård behöver utföras i primär-

vården, och att det kommer att innebära att primärvården behöver förstärkas med personella resurser.

Därutöver innehåller betänkandet förslag som innebär att primärvården ska få ett tydligare akutuppdrag. Primärvården ska vara lättillgänglig för befolkningen under dygnets alla timmar. Det finns behov av en lagstiftning för att komma till rätta med problemet att patienter söker vård på sjukhusens akutmottagningar för åkommor som kan hanteras på annan vårdnivå.

Utredningen föreslår även att landstingens skyldighet att erbjuda vårdgaranti ska ändras på så sätt att den enskilde inom viss tid får en medicinsk bedömning inom primärvården, dvs. lagstiftningen ska inte styra patienten till en specifik profession. Den nuvarande bestämmelsen om vårdgarantin ska således ändras så att ”besöksgarantin” i primärvården istället blir en ”bedömningsgaranti”. Om ”besöksgarantin” blir en ”bedömningsgaranti”, gör utredningen bedömningen att tidsfristen skulle kunna förkortas. Utredningen föreslår därför att en bedömning ska kunna lämnas inom tre dagar från patientens kontakt med vården.

Utredningens bedömning är att det finns en bred uppslutning kring uppfattningen att primärvården behöver stärkas i form av resurser och strukturer. Landstingen behöver omfördela resurser inom sina respektive organisationer. Resurser behöver föras över från sjukhusen till primärvården. Överföringen av resurser bör dock ske gradvis, med en tydlig långsiktig viljeinriktning och ett konsekvent agerande. Små och gradvisa steg är att föredra för att tillväxten ska ske dynamiskt och inte riskera att sjukhusvården påverkas negativt i fråga om kvalitet och effektivitet.

Remittering av betänkandet

Betänkandet har remitterats (dnr S2016/00212/FS). I remissvaren till betänkandet instämmer en stor majoritet av instanserna i utredningens bedömning att Sverige har ett sjukhustungt system och de välkomnar att primärvården ska stärkas och vara första linjens vård. Det betonas dock att detta måste ske gradvis och det finns behov av ytterligare analys. Instanserna är vidare positiva till ett nationellt utformat uppdrag för primärvården och att primärvården får ett tydligare akutuppdrag. En del instanser önskar att den resursöverföring

från sjukhusen till primärvården, som utredningen bygger förslagen på, tydligare hade beskrivits.

Andra kartläggningar och analyser

År 2010 hade Socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) följa upp hur vårdval har införts i primärvården. Inom ramen för detta uppdrag studerade Socialstyrelsen även hur landstingen beskrev primärvårdens grunduppdrag och vilka likheter och skillnader som fanns mellan huvudmännen med avseende på hur uppdraget var formulerat. Resultatet av uppföljningen visade att det trots vissa skillnader fanns en ganska stor överensstämmelse mellan landstingen om vad som utgör ett grund- eller basåtagande inom primärvården med utgångspunkt från det allmänmedicinska kompetensområdet.

Socialstyrelsen gjorde även 2012 ett utvecklingsarbete avseende datainsamling inom primärvården. I uppdraget ingick bland annat att utarbeta ett konkret förslag på hur en rikstäckande datainsamling inom primärvården kan genomföras samt att föreslå vilka uppgifter som bör samlas in om patienternas besök i primärvården. I dag är uppföljningen av primärvården begränsad och därmed saknas viktig information för att få en mer fullständig bild av hälso- och sjukvården.

År 2012 genomförde SKL en jämförelse av landstingens uppdrag till primärvården. Syftet var att kartlägga och jämföra vårdvalssystemen i samtliga 21 landsting utifrån uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar för vårdenheter, samt att studera hur dessa villkor förändrats sedan vårdvalet infördes. Jämförelsen visar att landstingen arbetar med likartade övergripande principer men att det finns skillnader.

Socialstyrelsen genomförde 2013 en kartläggning och analys av primärvårdens insatser för de mest sjuka äldre. Ett flertal utvecklingsområden för primärvården identifierades, bland annat förslag som syftade till att förbättra samordningen av vården och behandlingen för de mest sjuka äldre.

Enligt en undersökning om befolkningens (55 år eller äldre) erfarenheter av hälso- och sjukvården framgår att bland de respondenter som angav att de besökt en akutmottagning de senaste två åren, ansåg 29 procent att deras tillstånd kunde ha behandlats av deras ordinarie läkare eller mottagning. Någon skillnad mellan kvinnor och mäns uppfattning framgår inte av rapporten. (Vården ur patienternas perspektiv, Vårdanalys 2014). I rapporten Utveckling av indikatorer för äldres rehabilitering identifierade Socialstyrelsen två studier kring undvikbara akuta tillstånd eller besök som inte sker på ändamålsenlig vårdnivå, varav den ena studien avsåg ett litet urval av besök i ett enskilt landsting och den andra studien riktade sig mot äldre kvinnor och män som besökte akutmottagningar. Även om det är svårt att fastslå hur stor andel besök vid sjukhusbundna akutmottagningar som gäller undvikbara akuta tillstånd eller inte sker på ändamålsenlig vårdnivå, skriver Socialstyrelsen att i storleksordningen en femtedel av besöken hade varit möjliga att behandla i primärvården. I Socialstyrelsens rapport redovisas inte om det föreligger någon skillnad mellan kvinnor och män.

Socialstyrelsen har i en nyligen utförd kartläggning (Primärvårdens uppdrag – En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade, 2016) konstaterat att kärnverksamheten i primärvården på en övergripande nivå fortfarande är relativt överensstämmande mellan landstingen. Samtidigt har myndigheten i denna studie fördjupat sig i innehållet i kärnverksamheten och har då observerat att det finns variation mellan landstingen i hur kärnuppdraget till primärvården är formulerat och vad som anses ingå i uppdraget. Myndigheten bedömer att en tydligare definition på nationell nivå kan bidra till att minska skillnaderna mellan landstingen.

När det gäller primärvårdens förutsättningar att tillhandhålla en jämlik och patientcentrerad vård har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att göra en fördjupad analys utifrån ett patient- och medborgarperspektiv (dnr S2015/08135/RS). Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 april 2017.

Inom ramen för överenskommelsen om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar genomför SKL bl.a. insatser för att främja utvecklingen av hälso- och sjukvården med särskilt fokus på primärvården. I överenskommelsen ingår bl.a. att främja spridningen och tillämpningen av nationella riktlinjer och behandlingsrekommendationer för ett stort antal kroniska sjukdomar

samt att utveckla ledarskap och stödja uppföljningen av patientresultat i primärvården. I överenskommelsen ingår även att främja utvecklingen av patientcentrerade arbetssätt och metoder i primärvården inom ramen för ett projekt som kallas ”flippen”. I detta arbete ingår att stödja utveckling av vårdtjänster på vårdcentraler som passar olika patientgruppers behov och förutsättningar samt att stödja spridningen av ett sådant arbetssätt inom landstingen och erfarenhetsutbyte mellan sjukvårdsregionerna. Överenskommelsen med SKL pågår t.o.m. 2017 och en redovisning av arbetet ska ske i mars 2018.

Utvecklingen av primärvården har även en central roll i andra överenskommelser mellan regeringen och SKL, bl.a. överenskommelsen om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa samt överenskommelsen om psykisk hälsa.

När det gäller finansieringsmodellen för läkemedel har regeringen tillsatt en utredning som har i uppdrag att se över finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (dnr S2016/07174/FS). Översynens övergripande mål är ett långsiktigt hållbart system som möjliggör en samhällsekonomiskt effektiv användning av läkemedel och följer den etiska plattform som gäller inom hälso- och sjukvården samtidigt som läkemedelskostnaderna kan hållas på en rimlig nivå. Utredningen ska bland annat analysera och överväga om det finns ett fortsatt behov av uppdelning av läkemedel i öppenvårdsläkemedel respektive slutenvårdsläkemedel eller någon annan form av uppdelning. Utredaren ska senast den 1 november 2017 lämna en delredovisning som innehåller en övergripande problembeskrivning och en beskrivning av inriktningen för det fortsatta arbetet. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 december 2018.

Behovet av ett utvecklingsarbete

Hälso- och sjukvårdens strukturer behöver förändras för att bättre utveckla kvaliteten och tillgängligheten samt främja effektivitet och jämlikhet. Sjukvårdshuvudmännen behöver bli bättre på att organisera vården efter olika målgruppers skilda behov och förutsättningar. Särskilt viktigt är att förbättra vården för de patientgrupper som har störst behov, framför allt personer med kroniska sjukdomar och personer med komplexa vårdbehov. Ett steg i detta är att vidareutveckla primärvården. Primärvårdens samordnande roll kan bidra till en hel-

hetssyn på patienten och skapa förutsättningar för samverkan mellan olika yrkeskategorier. Det möjliggör ett förebyggande förhållningssätt som är en viktig förutsättning för en hållbar hälsoutveckling. Det är angeläget att primärvården förmår bidra till livsstilsförändringar för att förebygga kroniska eller andra långvariga sjukdomar samt till att minska risken för felaktig läkemedelsanvändning. Insatser för att förebygga psykisk ohälsa och för att minska antalet sjukskrivningar är angelägna utvecklingsområden för primärvården.

Flera studier visar att investeringar i primärvård kan ha en positiv betydelse för hälso- och sjukvårdens övergripande kvalitet och effektivitet. Det gäller inte minst förutsättningarna för att uppnå en jämlikhet fördelning av vårdens resurser. WHO har även i sin världshälsorapport 2008 lyft fram vikten av en väl fungerande primärvård.

Primärvården måste vara föränderlig och kunna möta de utmaningar som den står inför, bl.a. den demografiska utvecklingen med en åldrande befolkning och att allt fler lever med kroniska sjukdomar. Ett tydliggörande av primärvårdens uppdrag och ansvarsfördelning kan bidra till att öka befolkningens förtroende för primärvården och underlätta samverkan med andra delar av vården och omsorgen.

Förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar

Forskning och erfarenheter visar att många av dagens kroniska sjukdomar både kan förebyggas och behandlas. En förbättrad sjukvård för personer med dessa sjukdomar är därför viktig för patientens välbefinnande. Historiskt har dock vården av personer med kroniska sjukdomar varit lägre prioriterad än andra områden. Personer med kroniska sjukdomar har stort behov av kontinuitet och behöver en hälso- och sjukvård som är anpassad till långa och komplexa sjukdomsförlopp och med hög delaktighet från patienten.

Det finns tecken på en positiv utveckling av vården för kroniskt sjuka, bl.a. genom den uppmärksamhet som området fått de senaste åren. Regeringen beslutade 2014 om en satsning för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar, och den presenterades i form av en nationell strategi. Strategin syftade till att utveckla vården för personer med kroniska sjukdomar och därmed skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar, effektiv och jämlik hälso- och sjukvård i Sverige.

Den nationella samordnaren för effektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården menar att en komponent i lösningen för att effektivisera vården för personer med kroniska sjukdomar är att utveckla primärvården för att bättre än i dag kunna ta detta ansvar.

En bättre vård för personer med kroniska sjukdomar är också viktig för samhällsekonomin. I Sverige har närmare halva befolkningen minst en kronisk sjukdom och ca 80–85 procent av vårdens kostnader kan knytas till vården av dessa patientgrupper (Vårdanalys (2014) VIP i vården). När fler personer lever allt längre med kroniska sjukdomar får det stora ekonomiska konsekvenser både för den enskilde och för samhället. Dessa personer är också i högre grad långtidssjukskrivna och står utanför arbetsmarknaden jämfört med dem utan kroniska sjukdomar.

En väl fungerande primärvård är sannolikt den enskilt viktigaste åtgärden hälso- och sjukvården kan göra för en mer jämlik hälsa

Primärvården har betydelse för att vården ska ges på lika villkor och fördelas jämlikt över befolkningen. Att vården generellt sett i dag har problem med att nå socioekonomiskt svaga grupper och tillmötesgå hälso- och sjukvårdsbehov hos dessa är väl känt.

Ojämlikhet i hälsa är ett problem, såväl ur ett individ- som ett samhällsperspektiv. Ökad jämlikhet i hälsa leder till bättre utnyttjande av tillgängliga resurser, och insatser för jämlikhet i hälsa är därför samhällsekonomiskt väl motiverade. Regeringen tillsatte i juni 2015 en kommitté – Kommissionen för jämlik hälsa – med uppdrag att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna minskar. Kommissionen har lämnat två delbetänkanden och ska slutredovisa sitt uppdrag den 31 maj 2017.

En utbyggnad av primärvården är en åtgärd som landstingen kan göra för att uppnå en mer tillgänglig och jämlik vård oavsett om det gäller jämlikhet mellan geografiska områden eller mellan olika grupper i befolkningen.

Ett nationellt utformat primärvårdsuppdrag kan bidra till detta genom att vårdens innehåll och organisering blir mer likartad över landet och på ett mer transparent sätt kan ge underlag för analyser, jämförelser och utveckling.

Det krävs dock ytterligare analys för att det ska vara möjligt att skapa goda förutsättningar för att primärvården bättre ska kunna tillgodose kvinnors och mäns, flickors och pojkars skilda behov och förutsättningar och fungera som basen i ett effektivt och modernt hälso- och sjukvårdssystem.

Resursöverföring från sjukhusvården

En förstärkning av primärvårdens kapacitet är enligt betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) nödvändig för att nuvarande primärvård ska klara av det primärvårdsuppdrag som samordnaren föreslår. Det kommer därför att krävas en resursöverföring från sjukhusen till primärvården för att primärvården ska kunna ta ett större ansvar för akuta vårdbehov samt för att koordinera hälso- och sjukvårdens insatser. Det bedöms bl.a. handla om att flytta kompetenser och funktioner från sjukhus och annan öppenvård till primärvårdsorganisationen. Sådana exempel finns det gott om, t.ex. att specialister på sjukhusen tjänstgör på vårdcentraler i varierande grad. Det kan göras på flera sätt och måste anpassas till den lokala kontexten. Hur en resursöverföring ska genomföras utan att riskera en försämring av kvaliteten i vården i sin helhet måste analyseras vidare.

En insats i ett större sammanhang

En reformering av hälso- och sjukvården förutsätter att en mängd olika insatser genomförs, där förslagen i Effektiv vård utgör en viktig del. Därutöver är det viktigt att bl.a. stimulera patientkontrakt, slutföra det påbörjade arbetet med betänkandet Träning ger färdighet (SOU 2015:98) samt att ge förutsättningar för att utveckla en god uppföljning av primärvården. Andra centrala delar för en utveckling av vården är fortsatt arbete med kompetensförsörjningsfrågorna och att ta tillvara digitaliseringens möjligheter. Sammanfattningsvis förutsätter en reformering av hälso- och sjukvården att en mängd olika insatser genomförs som tillsammans lägger grunden för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården.

Uppdraget

För att kunna möta framtidens utmaningar och för att öka förtroendet för hälso- och sjukvården krävs ett strategiskt och målmedvetet arbete, där en del handlar om att organisera vården utifrån allmänhetens och patienternas behov. Mot bakgrund av ovanstående får en särskild utredare i uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslag i betänkandet Effektiv vård stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Målsättningen är att på sikt förverkliga denna strukturreform av hälso- och sjukvården. En utveckling av primärvården förbättrar också förutsättningarna för en mer tillgänglig vård. Primärvården ska vara det naturliga förstahandsvalet för alla som söker vård, inte minst vid behov av regelbundna vårdkontakter. Till uppdraget ska flera referensgrupper knytas, bl.a. bestående av företrädare för politiska partier och företrädare för professionerna och patienterna.

Analys av förslagen i Effektiv vård

Utredaren får i uppdrag att göra en bred analys av de förslag som den nationella samordnaren för effektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården lämnade när det gäller primärvården i betänkandet Effektiv vård. Utredaren ska beakta följande förslag:

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

I detta ingår att analysera hur ett genomförande skulle kunna ske i praktiken utan att riskera en sämre kvalitet i vården i dess helhet och identifiera och analysera vilka framgångsfaktorer, problem och hinder

som finns för att primärvården ska utvecklas på ett framgångsrikt sätt. En utgångspunkt ska vara kvinnors respektive mäns behov och förutsättningar. En analys ska även göras av de ekonomiska och verksamhetsmässiga konsekvenserna. Analysen ska visa på hur förslagen påverkar patienter samt aktörer så som landsting, vårdgivare m.fl.

Dialog med berörda aktörer

En viktig del av uppdraget består i att initiera samarbeten och samordna diskussioner mellan företrädare för landstingen, myndigheter och andra berörda aktörer, såsom i synnerhet kommuner samt organisationer som företräder patienter och professionerna, när det gäller hur primärvården ska utvecklas. Arbetet ska utgå från förslagen i Effektiv vård, den analys som utredaren har i uppdrag att göra utifrån förslagen i betänkandet.

Med utgångspunkt i detta behöver det formuleras strategier och tas fram regionalt anpassade modeller för utvecklingen av primärvården och en mer effektiv vård. I denna del ingår det bl.a. att se över vilka resurser som behöver föras över från sjukhusvården till primärvården, i enlighet med förslagen i Effektiv vård, och hur detta bör ske. Utredaren ska dock inte ta över det ansvar som landstingen, vårdgivarna och andra myndigheter har utan enbart stödja deras arbete och verka för att arbetet samordnas på nationell och regional nivå.

Även andra förutsättningar som är centrala i utvecklingen av primärvården, som t.ex. kompetensförsörjning och kunskaps- och verksamhetsstöd, ska beaktas i analysen och dialogen med huvudmännen. I uppdraget ingår även att lyfta fram exempel på organisering av primärvården som gett gott resultat. Det kan även ske jämförelser med hur primärvården har organiserats i de nordiska grannländerna.

Utredaren ska även stödja arbetet med andra närliggande frågor, som t.ex. utvecklingen av uppföljningen av primärvården i Socialstyrelsens patientregister, kvalitetsregister, nationell kunskapsstyrning och den nationella väntetidsdatabasen.

Vidare ska utredaren lämna en nationell plan där primärvården är utgångpunkten för en ökad närhet till patienten. Utredaren ska i planen redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en med berörda aktörer förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagens konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474) och i det sammanhanget särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer. I synnerhet ska konsekvenserna för kvinnor, män och flickor och pojkar, samt hälso- och sjukvårdens och berörda myndigheters roll beskrivas. Även konsekvenserna för en jämlik vård ska beskrivas, både vad gäller jämlik vård mellan olika grupper och kön samt jämlik vård över landet.

Samråd och redovisning av uppdraget

Samråd och kunskapsinhämtning

Utredaren ska samråda med SKL och med företrädare för landstingen samt med samtliga myndigheter med centrala uppgifter som berör uppdraget och andra berörda aktörer. I den mån det bedöms lämpligt ska utredaren även föra dialog med andra pågående utredningar, bl.a. utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (dir. 2015:127), utredningen som ska genomföra en översyn av dagens system för finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (dir. 2016:95) samt generaldirektören med uppdrag att se över formerna för det nationella taxesystemet (S2017/00594/FS).

Utredaren ska även inhämta synpunkter från de referensgrupper som ska biträda utredaren i arbetet, varav en ska vara parlamentariskt sammansatt.

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren ta tillvara på kunskaper och erfarenheter från den analys som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i uppdrag att göra när det gäller en jämlik och patientcentrerad primärvård samt de projekt som SKL genomför för att främja nya patientcentrerade arbetssätt i primärvården som ingår i överenskommelsen om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m. Utredaren ska även ta hänsyn till tidigare utredningar och kartläggningsarbeten som kan vara av betydelse för uppdraget.

Även annat pågående arbete på välfärdsområdet bör beaktas, såsom hanteringen av betänkandet Träning ger färdighet (SOU 2015:98) och övriga insatser som regeringen har initierat och som syftar till att

utveckla primärvården, t.ex. delar av överenskommelserna om att förbättra förlossningsvården och förbättra kvinnors hälsa samt stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa.

Redovisning

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet och ska senast den 9 juni 2017 lämna en delredovisning som innehåller en beskrivning av inriktningen för det kommande arbetet som utgår från att de nuvarande styrande principerna för vårdens organisering bör ersättas av nya principer som anger närheten till patienten och en tidsplan för detta. Delredovisningen ska även innehålla en analys inklusive konsekvensanalys av förslagen om den nationella vårdgarantin.

En nationell plan, där primärvården är utgångpunkten för en ökad närhet till patienten, samt en analys av övriga förslag i Effektiv vård ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 juni 2018. Denna redovisning kan även vid behov innehålla förslag till ytterligare lagändringar Uppdraget ska sedan slutredovisas senast den 31 mars 2019. Slutredovisningen ska sammanfatta erfarenheterna och beskriva resultatet av det arbete utredaren har bedrivit samt de initiativ som har tagits.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2017:97

Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)

Beslut vid regeringssammanträde den 21 september 2017

Ändring i uppdraget

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 kommittédirektiv om Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården (dir. 2017:24). Utredningen har tagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).

Sammanfattning av tilläggsuppdraget

Utredaren ska utöver vad som framgår av redan beslutade kommittédirektiv,

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

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

Utredningens nuvarande uppdrag

Regeringen gav den 2 mars 2017 en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredaren ska även i dialog med företrädare för samtliga landsting, myndigheter och andra berörda aktörer utarbeta en nationell plan där primärvården är utgångpunkten för en ökad närhet till patienten. Utredaren ska i planen redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en med berörda aktörer förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet. Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2019. Utredningen har antagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård.

Uppdraget utvidgas med två frågeställningar

Är uppdelningen i öppen och sluten vård ändamålsenlig?

Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av investeringar i specialistvård och akutsjukhus. Sjukvård bedrivs enligt dagens regelverk antingen som öppen eller som sluten vård. Med sluten vård avses enligt 2 kap. 4 § i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. Vidare anges i 7 kap. 4 § HSL att det för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska finnas sjukhus. Med öppen vård avses enligt 2 kap. 5 § HSL annan hälso- och sjukvård än sluten vård.

I betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) görs bedömningen att den nuvarande strukturen vad gäller öppen vård och sluten vård är en viktig bidragande orsak till ineffektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet. I betänkandet anges att det finns anledning att överväga om det fortsatt behövs en uppdelning i öppen respektive sluten vård. Nya behandlingsalternativ och nya sätt att organisera hälso- och sjukvården har lett till att vård som tidigare krävde intagning på sjukhus numera även kan utföras på andra platser, så som en öppen vårdenhet eller i patientens hem, ibland med hjälp av digitala lösningar. Detta innebär att gränsen mellan öppen och sluten vård i praktiken

successivt förändras. I betänkandet Effektiv vård anser utredaren att gränserna mellan öppen och sluten vård i dag i realiteten är så flytande att begreppen inte längre är relevanta att upprätthålla. När det gäller den slutna vården föreslås det i betänkandet att denna ska kunna ges på vårdinrättning eller på annan plats.

Uppdelningen i öppen och sluten vård är direkt kopplad till huvudmannafrågan där landstinget är huvudman för den slutna vården medan den öppna vården kan ha antingen landsting eller kommun som huvudman. Många vårdprocesser går fram och tillbaka över gränserna mellan öppen och sluten vård, bl.a. när det gäller de standardiserade vårdförlopp som införs i cancervården. Uppdelningen påverkar också organiseringen av åtskilliga separata funktioner och aktiviteter i hälso- och sjukvårdssystemet. Försörjning och finansiering av läkemedel utgår exempelvis i dagens system från denna uppdelning. Läkemedel inom den slutna vården, som ofta benämns rekvisitionsläkemedel, betalas till övervägande del av landstingen. Det finns också läkemedel som rekvireras till öppen vård, t.ex. till vårdcentraler. Den största delen av de läkemedel som används i den öppna vården distribueras dock via öppenvårdsapoteken och bekostas dels av patienten, dels av staten genom högkostnadsskyddet i den mån läkemedlen ingår i läkemedelsförmånerna. När det gäller finansieringsmodellen för läkemedel har regeringen tillsatt en utredning som har i uppdrag att se över finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (S 2016:07). Utredningen har tagit namnet Läkemedelsutredningen. Inom ramen för den utredningen ska det bl.a. analyseras om det finns ett fortsatt behov av uppdelning av läkemedel i öppenvårdsläkemedel respektive slutenvårdsläkemedel eller någon annan form av uppdelning. I direktiven aviseras även att tilläggsdirektiv ska komma att beslutas om att se över regelverket för läkemedelsförsörjningen.

Läkemedelsfrågan och huvudmannafrågan är bara två exempel på aspekter av det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet som beror på, eller påverkas av, uppdelningen i öppen och sluten vård. I delbetänkandet (SOU 2017:53) från utredningen S 2017:01 föreslås att vård ska ges som öppen vård i första hand och att en överflytning av resurser från sluten vård skulle kunna ge kostnadsbesparingar.

Uppdelningen tydliggör ansvarsfördelning och finansieringsansvar men det är angeläget att den inte hindrar effektiva vårdprocesser och kontinuitet eller skapar otrygghet för den enskilda patienten. I ljuset

av en omfattande omorganisation av hälso- och sjukvården behöver denna uppdelning därför utredas närmare.

I tillägg till det tidigare kommittédirektivet (dir. 2017:24) ska utredaren därför

- analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård med utgångspunkt att vården ska organiseras och bedrivas effektivt med god kvalitet utifrån den enskildes vårdbehov
- göra analysen utifrån ett patientperspektiv i relation till utredningens övriga förslag och
- redogöra för vilka konsekvenser en förändring skulle kunna få för kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner och landsting, ur ett samhällsekonomiskt perspektiv samt avseende ansvarsfördelning och samverkan mellan huvudmännen.

Hur kan samverkan mellan primärvård och kommunal hälso- och sjukvård och omsorg underlättas?

Ädel-reformen 1992 innebar att kommunerna övertog viss typ av vård från landstingen. Både landstingen och kommunerna är därmed huvudmän för hälso- och sjukvård. Med kommunal hälso- och sjukvård avses sjukvård som genom kommunens åtagande och ansvar ges i patientens bostad eller där patienten vistas. Kommunerna ansvarar enligt 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § HSL för hälso- och sjukvård (dock inte läkarinsatser) i särskilt boende, dagverksamheter och, i de fall man har avtal med landstinget, även i hemsjukvård i ordinärt boende, det vill säga patientens privata bostad. I alla landsting utom ett har skyldigheten att erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende överlåtits till kommunerna. I och med detta har kommunernas betydelse som huvudmän för hälso- och sjukvård ökat.

Enligt såväl socialtjänstlagen (2001:453) som HSL har kommunerna och landstingen skyldighet att samverka både på övergripande nivå och på patientnivå. Ett exempel är bestämmelsen om samordnad individuell plan som ska upprättas av landsting och kommun tillsammans för personer som behöver både hälso- och sjukvård och stöd från socialtjänsten. Enligt 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821) ska en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av

trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Vad gäller primärvården ska landstinget enligt 7 kap. 3 § HSL organisera den så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Tidigare lagstiftning talade om patientansvarig läkare.

Kontinuitet och samordning utgör emellertid fortfarande stora utmaningar i hälso- och sjukvården och det är ofta svårt för patienterna att navigera rätt. I betänkandet Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer (SOU 2017:21) beskrivs hur samspelet mellan huvudmännen allt för ofta brister men att det finns goda exempel att lära ifrån. Under åren 2010 till 2014 ingick regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting överenskommelsen Bättre liv för sjuka äldre. Inom ramen för överenskommelsen stimulerades en rad verksamheter och initiativ så som Mobilt hembesöksteam i Uppsala och Närvård i västra Skaraborg. Flera av projekten har permanentats.

Regeringen har i år, efter pilotprojekt i tre landsting, aviserat en nationell satsning på s.k. Patientkontrakt. Ett patientkontakt är en sammanhållen plan över inplanerade vårdinsatser som gör patienten mer delaktig i sin vård.

I betänkandet Effektiv vård anförs att primärvården i dag är alltför begränsad i sin funktion när det gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får samt att bidra till att knyta samman de samlade insatserna från landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vidare anförs att insatser från olika huvudmän och verksamheter i dag inte är tillräckligt integrerade med varandra och inte möter individens samlade behov.

I betänkandet Effektiv vård föreslås ytterligare ny lagstiftning som ställer krav på att landsting och kommun ska utföra verksamhet gemensamt för äldre med omfattande behov. Förslaget är ett led i att skapa en juridisk ram för verksamhet som behöver hänga ihop. Personer med komplexa behov av vård och omsorg rör sig ofta mellan olika vårdnivåer och huvudmän och det är angeläget, inte minst ur ett patientperspektiv, att vården och omhändertagandet sker smidigt och sömlöst. Betänkandet lyfter också fram behovet av samverkan mellan huvudmännen kring prevention och att förebyggande åtgärder behöver prioriteras mer.

Även patienter som får sitt huvudsakliga behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från kommunen har ofta en eller flera läkare i primärvården med ett medicinskt ansvar för patienten. För att säkra kontinuiteten är det därför angeläget att även primärvården deltar i samarbetet kring den enskilde. Detta tydliggörs också i den nya lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård som träder i kraft den 1 januari 2018. En stor mängd vårdplatser uppehålls i dag av utskrivningsklara patienter och det bidrar till överbeläggningar i slutenvården. I den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård tydliggörs att både kommunala verksamheter och primärvård tidigt måste börja planera inför patientens utskrivning från sluten vård. Informationsöverföringen mellan huvudmännen måste fungera och beredskap finnas för att ta emot de utskrivna patienterna. Några behöver skrivas ut till ett kommunalt boende medan andra kan komma hem under förutsättning att primärvård och kommunen kan erbjuda den vård och omsorg som behövs. Den nya lagen kommer att påverka både primärvårdens och kommunernas arbetssätt och samverkan. Ett tydligt syfte med lagen är att skapa en större delaktighet från primärvården i den fortsatta planeringen för patienten.

En god samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen är alltså en förutsättning för ett gott omhändertagande och en förbättrad kontinuitet för många patienter. Det är angeläget att närmare utreda relationen mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen. Utredaren ska därför lämna förslag på

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

Genomförande och redovisning av uppdraget

För frågan som berör ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård ska utredningen föra dialog med Läkemedelsutredningen (S 2016:07). Utredningen förväntas i frågan om samverkan och gränssnitt mellan primärvård och kommunal hälso- och sjukvård och omsorg särskilt beakta införandet av den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet. Uppdraget ska fortfarande redovisas senast den 31 mars 2019.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2018:90

Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)

Beslut vid regeringssammanträde den 23 augusti 2018

Utvidgning av och förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att ge en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24).

Den 21 september 2017 beslutade regeringen även om tilläggsdirektiv till utredningen (dir. 2017:97). Utredningen har lämnat två delbetänkanden (SOU 2017:53 och SOU 2018:39).

Utredningens uppdrag utvidgas till att även omfatta förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter med omfattande och komplexa vårdbehov och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan. Vidare ingår att utreda och föreslå hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för fysioterapeuter, ska kunna integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalsystem samt övrig öppenvård, i samklang med övriga förändringar som sker inom hälso- och sjukvården.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 mars 2020. En delredovisning ska lämnas den 7 juni 2019.

Samordning av vårdinsatser från flera aktörer

Att samordna insatser för patienter och brukare med omfattande och komplexa vårdbehov är en av de stora utmaningarna för vården och omsorgen. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys är det ca en miljon personer i Sverige som har flera vårdbehov och som samtidigt har nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg. Gruppen förväntas därtill växa för varje år i takt med att befolkningen blir äldre. Det ställer stora krav på vården och omsorgen att organisera och möta patienter och brukare efter en komplex behovsbild hos en växande patientgrupp.

Den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården har lyft fram behovet av att utveckla samordningen av vårdinsatser mellan olika aktörer och huvudmän. I slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) framhåller samordnaren att det finns väldokumenterade problem med samverkan och samordning av vården, särskilt när det gäller multisjuka äldre, och att problemen bl.a. består i att vårdens organisering är fragmenterad. Samordnaren drar slutsatsen att det inte är ändamålsenligt att dra skarpa gränser mellan huvudmän och att en sådan styrning snarare är kontraproduktiv ur ett effektivitetsperspektiv. Det krävs ökade ansträngningar för att få tillstånd samordnade insatser från olika verksamheter och huvudmän. När samordningen brister riskerar patienter ohälsa och ett försämrat hälsotillstånd vilket i sin tur kan leda till att behovet av akutsjukvård ökar. Detta bidrar i sin tur till ökade kostnader för vården. Behovet av samordning av vården gäller, förutom multisjuka äldre, i hög grad även andra patienter i alla åldrar med allvarliga kroniska sjukdomar, cancer och psykiska sjukdomar.

Regeringen ser behov av att stärka förutsättningarna för samordning i hälso- och sjukvården. Av den anledningen har regeringen bl.a. tagit initiativ till s.k. patientkontrakt. Ett patientkontrakt är en sammanhållen vårdplan som ska användas som ett stöd för gemensam planering och samordning av patientens samtliga vårdkontakter. Den ska ge patienter och närstående en översikt över inplanerade vård- och behandlingsinsatser. Patientkontrakt ska också leda till bättre samordning, tillgänglighet och delaktighet för berörda patienter. Regeringen har ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården, den så kallade patientmiljarden, för

att stimulera utvecklingen av och införandet av patientkontrakt i vårdens verksamheter. För att patientkontrakt ska kunna användas som en övergripande vårdplan som innefattar insatser från flera aktörer och huvudmän behöver den rättsliga regleringen för patientkontrakt och de befintliga krav på vårdplaner som finns i den nuvarande lagstiftningen ses över.

Regeringen ser ett behov av att utreda hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare, i alla åldrar, med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras och om patientkontrakt bör författningsregleras för att underlätta samordningen av insatser från flera aktörer och huvudmän. Det är en viktig förutsättning för att effektivisera vården för dessa patienter. Befintliga krav på planer inom vård och omsorg ska ses över med denna inriktning. Primärvården ska vara en viktig bas för de samordnande insatserna. Förslagen ska beakta ett patient-, brukar och jämställdhetsperspektiv. Syftet är att säkerställa en sömlös, sammanhållen vård och omsorg utifrån patienternas individuella behov.

Utredaren ska

- undersöka hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras
- se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan för patientens samtliga vårdinsatser oavsett aktör eller huvudman,
- klargöra hur patientkontraktet bör förhålla sig till samordnad individuell plan, så kallad SIP.

Vårdgivare som får ersättning enligt den nationella taxan bör integreras bättre i primärvården

Genom införandet av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF) övertog landstingen den 1 januari 1994 det direkta kostnadsansvaret för ersättning till vissa privata läkare och fysioterapeuter anslutna till Försäkringskassan. Ett särskilt ersättningssystem för de privata läkarna och fysioterapeuterna infördes genom förordningen

(1994:1121) om läkarvårdsersättning och förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi, den så kallade nationella taxan. Vårdgivare som får ersättning enligt den nationella taxan är verksamma i den öppna vården och vissa av läkarna återfinns i primärvården.

I slutet av 2016 inleddes inom Socialdepartementet en översyn av den nationella taxan. Utgångspunkten var att göra en bred översyn av det nuvarande systemet och föreslå en långsiktig lösning. Regeringen har nyligen skickat ut departementsskrivelsen Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi (Ds 2018:31) på remiss. Promemorian innehåller förslag till ändringar i LOL och LOF, bl.a. att det ska vara möjligt att göra avsteg från kravet på heltidssysselsättning för att få ersättning samt att läkarna och fysioterapeuterna ska medverka till uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten. I skrivelsen görs även bedömningen att mer omfattande förändringar av systemet med LOL och LOF kan behöva genomföras på sikt. Detta bör då ske i överensstämmelse med den övriga utvecklingen av hälso- och sjukvården och utifrån den nationella taxans effekter på dagens hälso- och sjukvårdssystem.

Utformningen och regleringen av den nationella taxan har berörts av tidigare utredningar. En gemensam slutsats från dessa utredningar är att det förekommer betydande skillnader i tillgänglighet, jämlikhet och kvalitet i den vård som ges inom ramen för den nationella taxan. Regeringen bedömer att den promemoria som nu är ute på remiss utgör ett första steg i utvecklingen av den nationella taxan, men att det finns behov av att fortsätta detta utvecklingsarbete och utreda hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning inom ramen för den nationella taxan bättre ska kunna integreras i den ordinarie öppna vården. Utgångspunkten ska vara att bidra till en mer tillgänglig och jämlik vård av hög kvalitet.

Utredaren ska

- utreda och föreslå hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för fysioterapi, ska kunna integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalsystem samt i övrig öppenvård, i samklang med de övriga förändringar som sker inom hälso- och sjukvården,
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Samråd och redovisning av uppdraget

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet. En delredovisning ska lämnas den 7 juni 2019 om uppdragets inriktning och hur arbetet fortlöper. Utredningstiden förlängs till den 31 mars 2020 då uppdraget ska slutredovisas.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2019:49

Tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)

Beslut vid regeringssammanträde den 15 augusti 2019

Utvidgning och förlängd tid

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att ge en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24).

Den 21 september 2017 och den 23 augusti 2018 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till utredningen (dir. 2017:97 och dir. 2018:90). Utredningen har lämnat två delbetänkanden (SOU 2017:53 och SOU 2018:39).

Utredaren ska, utöver vad som sägs i tidigare uppdrag, utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar och vid behov lämna förslag om hur detta kan genomföras på ett effektivt sätt. Det nya deluppdraget bygger på en överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna.

Utredningstiden förlängs. De delar som utredningen enligt tidigare beslutade direktiv skulle slutredovisa den 31 mars 2020 ska i stället redovisas i form av ett delbetänkande samma datum. Uppdraget att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa ska redovisas senast den 15 januari 2021.

Bakgrund till uppdraget

I dag finns det ingen tydlig definition av psykisk ohälsa. Nedsatt psykiskt välbefinnande kan indikera lättare besvär av psykisk ohälsa. Folkhälsomyndigheten genomför vartannat år den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. 2018 års undersökning visar bl.a. att 17 procent av befolkningen uppgav att de hade nedsatt psykiskt välbefinnande. Bland kvinnor var andelen 20 procent och bland männen 14 procent. Andelen har ökat sedan mätningen 2016, men ökningen är inte statistiskt säkerställd.

Nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligast bland unga och i synnerhet bland unga kvinnor. I åldersgruppen 16–29 år angav 33 procent av kvinnorna och 19 procent av männen nedsatt psykiskt välbefinnande. I undersökningen uppgav 39 procent av befolkningen i åldern 16–84 år lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Det är en ökning sedan 2016 då andelen var 36 procent. Av de tillfrågade kvinnorna angav 46 procent besvär av ängslan, oro eller ångest. Motsvarande andel bland männen var 32 procent. Män söker dock vård för psykisk ohälsa i mindre utsträckning än vad kvinnor gör och de väntar längre innan de gör det.

Andelen som anger att de har nedsatt psykiskt välbefinnande är vidare dubbelt så stor bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella. Transpersoner tenderar att ha ytterligare nedsatt psykiskt välbefinnande (Regeringskansliets strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck).

Enligt Försäkringskassan är psykiatrisk diagnos den vanligaste orsaken till sjukskrivning och det tar lång tid att komma tillbaka i arbete för personer sjukskrivna i psykiatriska diagnoser. Genomsnittstiden för att avsluta ett sjukfall är 44 dagar för samtliga diagnoser. För personer sjukskrivna i psykiatriska diagnoser är genomsnittstiden 75 dagar. Psykiatriska diagnoser har därmed de längsta sjukskrivningarna, längre än både hjärt-kärlsjukdomar och tumörsjukdomar (Försäkringskassan, 2017). I december 2016 var, enligt statistik från Försäkringskassan, drygt 130 600 kvinnor sjukskrivna, varav 49 procent var sjukskrivna i psykiatriska diagnoser. Samma månad var drygt 66 000 män sjukskriva, varav 37 procent i psykiatriska diagnoser.

Många äldre lider av ensamhet och ett minskat socialt sammanhang. En rapport från Socialstyrelsen visar dessutom att psykisk ohälsa är vanligare hos äldre kvinnor och män som är över 65 år än hos yngre personer som är mellan 18 och 64 år (Socialstyrelsen 2019, Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre, uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre. Öppna jämförelser.). Rapporten visar bl.a. att en högre andel patienter i åldern 65 år eller äldre har förskrivits antipsykotiska läkemedel och tre eller fler psykofarmaka än den yngre gruppen med psykisk ohälsa. Det har uppmärksammats att äldre i vissa fall enbart behandlas med hjälp av läkemedel trots att de kan ha behov av andra insatser. Andra grupper med stora behov som inte alltid uppmärksammas i tillräckligt hög grad är personer med funktionsnedsättning, personer med riskbruk, liksom personer som vårdar eller stöder en närstående. Det är även viktigt att primärvården samverkar med socialtjänsten vid behov för att kunna beakta personens hela livssituation, t.ex. bakomliggande orsaker till psykisk ohälsa som exempelvis kan handla om våld i nära relationer och ekonomisk utsatthet.

Hälso- och sjukvårdsinsatser för personer med psykisk ohälsa ges både inom primärvården och den specialiserade vården. Primärvård omfattar inte bara landstingens insatser inom första linjen utan även den kommunala hälso- och sjukvården. Även andra verksamheter såsom studenthälsan och företagshälsovården kommer i kontakt med personer som har behov av stöd och t.ex. samtal vid lättare psykisk ohälsa.

Mot denna bakgrund ser regeringen att det finns ett behov av att skyndsamt kunna erbjuda stöd till personer med lättare psykisk ohälsa. Skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom den nära vården skulle dels kunna förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar, dels avlasta och därmed förbättra tillgängligheten till den specialiserade psykiatrin för dem med behov av specialiserad vård.

Utreda införandet av en ny form av insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa

Det är viktigt att primärvården, såsom första linjens vårdnivå och som del av den nära vården, klarar att skyndsamt ge ändamålsenligt stöd till personer med lättare psykisk ohälsa, såväl kvinnor som män och personer som identifierar sig på annat sätt. Primärvården har

redan i dag ett sådant uppdrag men tillgängligheten till vården är inte alltid god. Det kan leda till att personer som har behov av vård som hade kunnat ges inom primärvården vänder sig till sjukhusets akutmottagning eller annan specialiserad vård som i första hand vänder sig till personer med mer akuta eller komplicerade medicinska behov.

Det är vidare angeläget att den nära vården inte fragmentiseras i onödan. Det uppdrag som utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har skapar förutsättningar för en sammanhängande första linjens vårdnivå. Utredaren har ett brett kontaktnät och kan därmed löpande förankra sina förslag och bedömningar hos verksamheter i hälso- och sjukvården. Även detta tilläggsuppdrag kräver goda kontakter och ingående kunskap om primärvårdens uppdrag och hur den är organiserad.

Fokus för uppdraget är lättare psykisk ohälsa som inte kräver specialiserad vård. Begreppet lättare psykisk ohälsa bör för uppdragets genomförande definieras närmare. Det skulle till exempel kunna handla om sådan nedstämdhet som inte kan diagnostiseras som depression eller sådan upplevd stress som ännu inte har uppnått sådana nivåer att en stressdiagnos kan sättas. Det är dock upp till utredaren att bedöma vilken form av lättare psykisk ohälsa som ska erbjudas den nya formen av insatser.

För att en person som har behov av insatser från hälso- och sjukvården för sin psykiska hälsa ska få rätt vård krävs en bedömning av hur allvarlig den psykiska ohälsan är. Det är viktigt inte minst för att säkerställa att den som har behov av mer kvalificerad vård får det på rätt vårdnivå.

Utredaren ska därför

– utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar,

– överväga vilka målgrupperna ska vara för de nya insatserna och hur deras behov av stöd ska definieras och vilka typer av insatser som är bäst lämpade för målgrupperna,

– överväga hur och när en medicinsk bedömning av behoven ska ske utifrån syftet att stödet ska kunna ges skyndsamt och på rätt vårdnivå,

– överväga hur insatserna ska passas in i primärvårdens uppdrag och organisation,
– överväga hur verksamheter såsom studenthälsovård och företagshälsovård kan bidra till och komplettera primärvårdens uppdrag, samt
– utreda hur föreslagna insatser ska följas upp och hur effekterna ska utvärderas.

Utredaren ska vidare

– kartlägga om liknande lösningar för personer med lättare psykisk ohälsa har utformats i något land inom EU eller EES-området, exempelvis i Norge eller Storbritannien och överväga i vad mån dessa kan tjäna som goda exempel för verksamheter i Sverige, samt
– i sina överväganden beakta och synliggöra eventuella skillnader som beror på kön, inklusive när det gäller förutsättningar för vården att nå ut till personer med lättare psykisk ohälsa.

Utbildningsinsatser

Det är viktigt att personer som har behov av hjälp och behandling får detta snabbt från medarbetare i vården med rätt kompetens men också på rätt vårdnivå. Det är också viktigt med ett gott bemötande som utgår från olika människors behov och förutsättningar, exempelvis funktionsnedsättning eller ålder. Den specialiserade vården ska ta emot patienter med svår problematik eller diagnos. Primärvården, som en central del i den nära vården, behöver kunna erbjuda vård till patienter som lider av lättare psykisk ohälsa. Dessa patienter ska inte behöva vänta på att få tid inom vuxenpsykiatrin eller till exempelvis psykolog i primärvården. Mycket pekar dock på att det saknas tillräckliga resurser i form av bl.a. utbildad personal för att ta hand om lättare psykisk ohälsa i första linjens hälso- och sjukvård.

Det finns därför anledning att överväga hur fler medarbetare inom den nära vården ska kunna bidra med stöd till patienter med lättare psykisk ohälsa. Utbildningsinsatser för befintliga medarbetare kan naturligtvis vara aktuellt men även för andra som kan bidra till en mer behovsanpassad nära vård. Kompetensförsörjning är en stor

utmaning för hälso- och sjukvården och det är i dag brist på personal, såväl i den nära vården som i den specialiserade vården.

Utredaren ska därför

- överväga vilka kompetenser som bör ligga till grund för det nya stödet, kartlägga nuvarande kompetenser inom primärvården, analysera vilka utbildningsinsatser som finns i dag och bedöma det eventuella behovet av nya utbildningsinsatser och hur sådana i så fall kan erbjudas över hela landet på ett kostnadseffektivt sätt, samt
- överväga vilka personalkategorier i primärvården som i första hand bör erbjudas kompetensinsatser och om även personer som i dag inte arbetar inom hälso- och sjukvården kan utbildas för arbete inom primärvården.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagens konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474) och i det sammanhanget särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer. Konsekvensbeskrivningen för jämställdhet ska inkludera möjligheterna att fånga upp psykisk ohälsa hos kvinnor respektive män samt personer som identifierar sig på annat sätt i ett tidigt skede.

Utredaren ska beräkna och beskriva de administrativa, organisatoriska och ekonomiska konsekvenserna av de förslag som läggs fram. Om förslagen innebär kostnadsökningar för stat respektive landsting och kommun ska utredaren föreslå hur förslagen ska finansieras enligt vad som anges i 14 och 15 §§ kommittéförordningen (1998:1474). Om förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen, ska de konsekvenser och de särskilda avvägningar som föranlett förslagen särskilt redovisas (se 14 kap. 3 § RF).

Utredaren ska särskilt

- beskriva konsekvenserna för primärvården, den specialiserade psykiatrin och berörda myndigheter, samt
- bedöma vilka konsekvenser som på sikt kan uppstå för sjukskrivningstalen och för vuxna med psykisk ohälsa.

Samråd och redovisning av uppdraget

Utredaren ska samråda med andra statliga utredningar vars uppdrag särskilt berör första linjens hälso- och sjukvård samt även fortsättningsvis arbeta utåtriktat för att på bästa sätt förankra uppdraget hos berörda aktörer.

Utredningstiden förlängs. De delar som utredningen enligt tidigare beslutade direktiv skulle slutredovisa den 31 mars 2020 ska i stället redovisas i form av ett delbetänkande samma datum. Uppdraget att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa ska redovisas senast den 15 januari 2021.

(Socialdepartementet)

Tänkbar utformning av definition av ”särskild vård”

Tänkbart förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tillhörande författningskommentar

2 kap. 4 §

Med *särskild vård* avses i denna lag *specialiserad hälso- och sjukvård som av kvalitets- och effektivitetsskäl ges på en vårdinrättning i vilken vård kan ges dygnet runt, samt där patienten har tillgång till;*

a) aktiv behandling av allvarlig skada eller sjukdom, akut medicinskt eller psykiatriskt tillstånd, eller initial återhämtning från kirurgiskt ingrepp, eller

b) regelbunden övervakning med tillgång till multidisciplinära kompetenser och/eller viss teknisk utrustning, eller

c) specifika diagnostiska metoder för den fortsatta utformningen av patientens vård.

Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om klassificering av vilken hälso- och sjukvård som utgör särskild vård.

Paragrafen behandlas i avsnitt 8.2.3 och innebär att den befintliga definitionen av sluten vård ändras såväl språkligt som materiellt.

I *första stycket* första meningen regleras utgångspunkten för vad som ska utgöra särskild vård. Med sådan vård avses specialiserad hälso- och sjukvård som av kvalitets- och effektivitetsskäl ges vid en vårdinrättning i vilken vård kan ges dygnet runt. Detta innebär att vårdinrättningen måste vara beskaffad – och verksamheten däri vara organiserad – på ett sådant sätt, att vården ska kunna tillhandahållas

kontinuerligt under dygnets alla timmar, dvs. dygnet runt. På detta sätt uppfyller regionerna sitt akutvårdsuppdrag.

Med vårdinrättning i denna paragraf avses i huvudsak sådan vårdinrättning som är eller har varit avsedd för sluten vård och med vilken dagens sjukhus kan jämställas. Begreppet vårdinrättning är dock dynamiskt och det är därför möjligt att särskild vård kan och även framöver kommer att kunna ges vid andra typer av vårdinrättningar än de som benämns som sjukhus (jfr förslag om upphävande av 7 kap. 4 § HSL). Vid den vårdinrättning som tillhandahåller särskild vård behöver alltså vissa specifika hälso- och sjukvårdsinsatser i form av akutvård, övervakning och diagnostik samt tillgång till särskild multiprofessionell kompetens hos personal och särskild teknisk utrustning tillgängliggöras. Paragrafens *första stycke* konstrueras därför genom ytterligare tre alternativa *rekvisit* (a–c). Att rekvisiten är alternativa innebär att endast ett av dem behöver vara uppfyllt för att det ska vara fråga om särskild vård.

Om den hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs i vårdinrättningen kan ge patienten tillgång till *a) aktiv behandling av allvarlig skada eller sjukdom, akut medicinskt eller psykiatriskt tillstånd eller initial återhämtning från ett kirurgiskt ingrepp*, så utgör vården särskild vård.

På samma sätt är vården särskild om patienten på vårdinrättningen får tillgång till *regelbunden övervakning med tillgång till multidisciplinära kompetenser och/eller teknisk utrustning* enligt *punkten b)*.

Den alternativa *punkten c)* avser tillgången till vissa *specifika diagnostiska metoder för utformning av patientens fortsatta vård*. Sådan vård är också särskild.

All vård som inte faller in under ovanstående kriterier ska, i enlighet med 2 kap. 5 § HSL, utgöra öppen vård.

I *andra stycket* införs ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer att meddela närmare föreskrifter om klassificering av vilken vård som enligt bestämmelsens första stycke ska utgöra särskild vård.

Statens offentliga utredningar 2020

Kronologisk förteckning

1. Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. S.
2. Skärpta regler om utländska månggiften. Ju.
3. Hållbar slamhantering. M.
4. Vägen till en klimatpositiv framtid. M.
5. Fler ruttjänster och höjt tak för rutavdraget. Fi.
6. En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. S.
7. Brott mot djur – Skärpta straff och ett mer effektivt sanktionssystem. N.
8. Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget. Fi.
9. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2020. Steg för steg. Var står vi? Vart går vi? M.
10. Stärkt lokalt åtgärdsarbete – att nå målet Ingen övergödning. M.
11. Kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om utländska direktinvesteringar. Ju.
12. Nya kapitaltäckningsregler för värdepappersbolag. Fi.
13. Att kriminalisera överträdelser av EU-förordningar. N.
14. Framtidens teknik i omsorgens tjänst. S.
15. Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS. S.
16. Ett effektivare regelverk för utlänningsärenden med säkerhetsaspekter. Ju.
17. Grönt sparande. Fi.
18. Framtidens järnvägsunderhåll. I.
19. God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. S.

Statens offentliga utredningar 2020

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

Fler ruttjänster och höjt tak för rutavdraget. [5]

Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget. [8]

Nya kapitaltäckningsregler för värdepappersbolag. [12]

Grönt sparande. [17]

Infrastrukturdepartementet

Framtidens järnvägsunderhåll. [18]

Justitiedepartementet

Skärpta regler om utländska månggiften. [2]

Kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om utländska direktinvesteringar. [11]

Ett effektivare regelverk för utlänningsärenden med säkerhetsaspekter. [16]

Miljödepartementet

Hållbar slamhantering. [3]

Vägen till en klimatpositiv framtid. [4]

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2020. Steg för steg. Var står vi? Vart går vi? [9]

Stärkt lokalt åtgärdsarbete – att nå målet Ingen övergödning. [10]

Näringsdepartementet

Brott mot djur – Skärpta straff och ett mer effektivt sanktionssystem. [7]

Att kriminalisera överträdelser av EU-förordningar. [13]

Socialdepartementet

Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. [1]

En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. [6]

Framtidens teknik i omsorgens tjänst. [14]

Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS. [15]

God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. [19]