

God och nära vård

Vård i samverkan

*Delbetänkande av
Utredningen Samordnad utveckling för god
och nära vård*

Stockholm 2019



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2019:29

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: Combined AB

Inlagefigurer: Gullers Grupp AB

Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2019

ISBN 978-91-38-24939-0

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 medicinska informatikern Niklas Eklöf, och den 28 januari 2019 juristen Anna-Klara Brage. Max Printz har praktiserat i sekretariatet under våren 2019.

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, distriktssköterskan Hanna Lundstedt, folkhälsorådet Iréne Nilsson Carlsson samt SKL:s samordnare 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.

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).

I detta delbetänkande lämnas, enligt direktiven, en redovisning av uppdragets inriktning och hur arbetet fortlöper.

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

Stockholm i maj 2019

Anna Nergårdh

/Louise Andersson
Anna-Klara Brage
Niklas Eklöf
Malin Lundberg
Max Printz

Innehåll

Sammanfattning	13
1 Utredningens uppdrag, arbete och utgångspunkter	21
1.1 Om betänkandets utgångspunkter, upplägg och förhållande till slutbetänkande	21
1.1.1 Utredningens uppdrag och arbete hittills	21
1.1.2 Om återstående uppdrag och detta delbetänkandets upplägg och förhållande till slutbetänkandet.....	26
1.2 Centrala begrepp för detta delbetänkande	29
1.3 Ett nytt sätt att bygga hälso- och sjukvård	33
1.3.1 En modern hälso- och sjukvård	33
1.3.2 En integrerad vård	34
1.3.3 Personcentrerad vård i praktiken.....	35
1.3.4 Interprofessionell samverkan.....	36
1.3.5 Prioriteringar inom primärvård och vid prevention	37
2 Hälso- och sjukvårdens framväxt	43
2.1 Inledning	43
2.2 Den moderna sjukvårdens början	43
2.2.1 Sjukförsäkringar	45
2.3 Expansion av sjukvården	46
2.3.1 Regionsjukhus	47
2.4 Utökad öppen vård och hemsjukvård.....	47
2.5 Sjukronorsreformen.....	49

2.6	Ytterligare reformer under 1970-talet	51
2.7	Huvudmannaskap och hälsa	52
2.8	Den första hälso- och sjukvårdslagen	53
2.9	Ädelreformen och kommunalt huvudmannaskap	54
2.10	Ny styrning och valfrihet.....	55
2.11	LOV införs och apoteksmonopolet avskaffas	57
3	Nulägesbild av omställningen i hälso- och sjukvården	59
3.1	Vi utgår från målbilden och färdplanen.....	59
3.2	Övergripande förutsättningar för en omställning	62
3.2.1	Kompetensförsörjning.....	62
3.2.2	Digitalisering och Vision e-hälsa 2025.....	67
3.3	Redan beslutade milstolpar	71
3.3.1	Samverkan vid utskrivning från slutna vård	71
3.3.2	Beslutsprocess för den högspecialiserade vården.....	72
3.3.3	Behovsstyrd vårdgaranti	74
3.4	Milstolpar för beslut.....	76
3.4.1	Ett nationellt utformat primärvårdsuppdrag och uppföljningstillfällen för färdplanen	76
3.4.2	Beslut hos huvudmän för att genomföra omställningen	77
3.5	Övrigt.....	77
3.5.1	Arbete för att synliggöra, stärka och understödja den kommunala hälso- och sjukvården.....	77
3.5.2	Aktuella utredningar med särskild relevans för omställningen	82
3.5.3	Kultur, attityd och tillsfrågor.....	88
3.6	Fortsatt förvaltning och utveckling av målbild och färdplan överlämnas.....	90

4	Hälso- och sjukvårdens struktur	91
4.1	Bakgrund	91
4.1.1	Utredningens uppdrag	91
4.1.2	Hälso- och sjukvårdens utveckling	92
4.2	Gällande rätt	99
4.2.1	Definitionen av sluten vård och öppen vård i dag.....	99
4.2.2	Hemsjukvård.....	103
4.3	Vårdformernas funktion i dag.....	105
4.3.1	Allmänna utgångspunkter.....	105
4.3.2	Vårdformernas funktion	107
4.3.3	Angränsande regleringar	115
4.4	Utgångspunkter för utredningens fortsatta arbete.....	117
4.4.1	Gränssnittet mellan öppen och sluten vård är otydligt	117
4.5	Dialogfrågor	119
5	Personcentrerad samverkan	121
5.1	Utredningens uppdrag och angreppssätt.....	121
5.2	Bakgrund	122
5.2.1	Behovet av samverkan	122
5.2.2	Ädelreformen och kommunens huvudmannaskap	124
5.2.3	Samverkan för ökad personcentrering	129
5.2.4	Begreppet omsorg.....	132
5.3	Gällande rätt avseende samverkan	134
5.3.1	Generella, övergripande krav på samverkan i hälso- och sjukvården.....	134
5.3.2	Rättsliga former för samverkan mellan huvudmän.....	136
5.3.3	Individuell plan som medel för samverkan	137
5.3.4	Andra författningsreglerade planer	144
5.3.5	Möjligheten att dela information i planverktyg...	147
5.4	Stöd för samverkan	150

5.4.1	Kunskapsstyrningens roll	150
5.4.2	Patientkontrakt	151
5.4.3	Andra nationella stöd för individuell plan och fast vårdkontakt	153
5.5	Utgångspunkter för utredningens fortsatta arbete	154
5.5.1	Framgångsfaktorer för samverkan	154
5.5.2	Utmaningar för samverkan.....	155
5.6	Dialogfrågor.....	158
6	Verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvård ersättning och lagen om ersättning för fysioterapi	159
6.1	Bakgrund.....	159
6.1.1	Privata vårdgivare med offentlig finansiering.....	159
6.1.2	Utredningens uppdrag	162
6.2	Gällande rätt	163
6.2.1	Regeringsformen och EU-rättsliga principer.....	163
6.2.2	Offentlig upphandling	164
6.2.3	Nuvarande system för anslutning av privata vårdgivare till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården	167
6.3	Varför behövs en översyn?.....	175
6.3.1	Planeringen av hälso- och sjukvårdsutbudet och dess kostnader	178
6.3.2	Parallella system bör komplettera, inte konkurrera med varandra.....	178
6.3.3	Anslutningsförfarandet.....	179
6.3.4	Uppföljning av kvalitet och kostnader	180
6.3.5	Samverkan och integrering	181
6.3.6	Ersättningsystemen	181
6.4	Utgångspunkter för utredningens fortsatta överväganden	182
6.4.1	Allmänna utgångspunkter	182
6.4.2	Tidigare förslag rörande nationella taxan	183
6.5	Dialogfrågor.....	186

7	Hälso- och sjukvårdens roll i att främja hälsa, förebygga sjukdom och bygga funktionsförmåga.....	187
7.1	Övergripande iakttagelser	187
7.1.1	Utredningens utgångspunkter.....	187
7.1.2	Prevention, habilitering och rehabilitering – centrala begrepp.....	188
7.1.3	Svårigheter att mäta effekter på befolkningsnivå.....	190
7.2	Hälso- och sjukvårdens roll i det förebyggande arbetet.....	191
7.2.1	Varför arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande?.....	191
7.2.2	Organisering	193
7.2.3	Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i hälso- och sjukvården	194
7.2.4	Arenor och aktörer.....	197
7.2.5	Avslutande reflektioner.....	203
7.2.6	Dialogfrågor.....	205
7.3	Stärkt samverkan mellan hälso- och sjukvårdens och övriga aktörers hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete	205
7.3.1	Pilotprojekt avseende samordnat folkhälsoarbete på regional nivå	206
7.3.2	Regionala samverkans- och stödstrukturer för kunskapsutveckling inom socialtjänsten (RSS)	208
7.4	Hälso- och sjukvårdens roll i habilitering, rehabilitering och förskrivning av hjälpmedel	208
7.4.1	Rehabilitering och habilitering – centrala begrepp som lätt blir perifera.....	208
7.4.2	Habilitering, rehabilitering och hjälpmedel enligt gällande rätt	209
7.4.3	Habilitering.....	210
7.4.4	Rehabilitering – olika former.....	210
7.4.5	Hjälpmedel.....	215
7.4.6	Vilka får rehabilitering och habilitering?	217
7.4.7	Förutsättningar.....	218
7.4.8	Avslutande ytterligare reflektioner	222

7.4.9	Dialogfrågor	223
8	Forskning, utveckling och utbildning.....	225
8.1	Forskning och utveckling	225
8.1.1	Övergripande iakttagelser.....	225
8.1.2	Terminologi.....	226
8.1.3	Klimat, kultur och förutsättningar för forskning.....	228
8.1.4	Finansiering av forskning	231
8.1.5	Ytterligare initiativ av betydelse för forskning....	232
8.1.6	Avslutande reflektioner	236
8.1.7	Dialogfrågor	237
8.2	Utbildning och kompetensförsörjning	237
8.2.1	Övergripande iakttagelser.....	237
8.2.2	Klimat, kultur och förutsättningar för utbildning	243
8.2.3	Ytterligare initiativ gällande undervisning och kompetensförsörjning.....	243
8.2.4	Avslutande reflektioner	247
8.2.5	Dialogfrågor	248
9	Förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet....	249
9.1	Att uppnå uthållighet i arbetet med den nationella färdplanen mot målbilden	249
9.1.1	Stöd från SKL	249
9.1.2	Stöd från Socialstyrelsen.....	250
9.1.3	Behovet av dialog med medborgare och medarbetare – en del av förändringsarbetet.....	251
9.1.4	Behovet av hållbara stödstrukturer och regelbundna uppföljningspunkter.....	254
9.2	Resursfrågan	255
	Referenser	259

Bilagor

Bilaga 1	Kommittédirektiv 2017:24	275
Bilaga 2	Kommittédirektiv 2017:97	293
Bilaga 3	Kommittédirektiv 2018:90	301
Bilaga 4	Uppföljning av omställningen	307

Sammanfattning

Om betänkandet

I enlighet med utredningens tilläggsdirektiv från augusti 2018 ska utredningen i juni 2019 överlämna en rapport om utredningsarbetets inriktning och om hur arbetet fortskrider. Utredningen väljer, i samråd med uppdragsgivaren, att göra detta i form av föreliggande delbetänkande. Delbetänkandet innehåller analys av och bakgrundstexter till de områden utredningen har att lämna förslag på i slutbetänkandet i mars 2020. Det innehåller också fördjupningstexter som berör ett antal områden inom vilka utredningen i tidigare betänkanden har lämnat förslag. Kopplat till dessa analys- och bakgrundskapitel återfinns dialogfrågor, som ett verktyg för diskussion i verksamheter och andra sammanhang där intresse kan finnas för utredningens frågor. I det följande sammanfattas betänkandets form och innehåll och några av de bärande idéer som är utgångspunkt för utredningens arbete lyfts.

Betänkandets form och innehåll

Utredningens uppdrag, arbete och utgångspunkter

I betänkandets inledande kapitel redogörs för utredningens direktiv och de uppdrag utredningen hittills redovisat. Utredningens arbete syftar till en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. För att åstadkomma detta räcker det inte med att göra förändringar i dagens primärvård. Hela hälso- och sjukvårdssystemet måste omfattas av förändringen. I det första delbetänkandet redovisades nya principer för hälso- och sjukvårdens organisering, som utgick från närheten till patienten och tydliggjorde att öppen vård ska vara förstahandsvalet. Baserat på

dessas styrande principer beskrivs 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. Vi lämnade också förslag på en förstärkt vårdgaranti i primärvården. 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.

I det andra delbetänkandet, med titeln En primärvårdsreform, lämnade vi förslag på en fördjupad målbild och färdplan för hela omställningen av den svenska hälso- och sjukvården. Detta andra delbetänkande fokuserade på primärvården och hur den kan stärkas för att tydligare än i dag bli basen i hälso- och sjukvårdssystemet. Detta andra delbetänkande innehöll såväl författningsförslag som exempel på framgångsfaktorer i arbetet med att stärka primärvården. Betänkandet bereds för närvarande på regeringkansliet.

I detta första kapitlet redogör vi även för utredningens kvarstående uppdrag fram till slutbetänkandet i mars 2020. Vi redovisar ett antal för betänkandet centrala begrepp, och vi lyfter ett antal avgörande områden för hur vi ser att en ny hälso- och sjukvård ska byggas. Vi avslutar med en beskrivning av prioriteringar, och dess avgörande betydelse för såväl utformningen av hälso- och sjukvården som medborgarnas förtroende och medarbetarnas dagliga arbetsmiljö.

Hälso- och sjukvårdens framväxt

I detta kapitel ger vi en historisk tillbakablick över hur det moderna svenska hälso- och sjukvårdssystemet utvecklats sedan efterkrigstiden och hur denna, många gånger organiska, utveckling påverkar våra förutsättningar att i dag bedriva en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård. Beskrivningen omfattar åren 1928–2010. En historisk tillbakablick med utgångspunkt framför allt i lagar och utredningar belyser, förutom det som faktiskt betonas, också frånavarom av perspektiv som vi i dag bedömer som avgörande för framgång i en modern samhällskontext; personcentrering och betydelsen av många och olika professioner och kompetenser i utformningen av

hälso- och sjukvården. På så sätt blir kapitlet, förutom att beskriva rådande historiska förhållanden, också en studie i historiska hierarkier och en förklaring till dagens ofta föråldrade maktstrukturer.

Nulägesbild av omställningen i hälso- och sjukvården

Vi ger här en nulägesbild av den pågående omställningen, med fokus på den utveckling som skett sedan vi lämnade vårt förra delbetänkande i juni 2018. På samma sätt som i våra tidigare delbetänkanden är avsikten att bidra till en överblick av olika arbeten som knyter an till den omställning som kan sägas ha påbörjats utifrån förslagen i Effektiv vård och som ytterligare konkretiserats i vår målbild och färdplan. I detta betänkande tar genomgången sin utgångspunkt i de milstolpar och områden som är utpekade i färdplanen. Översikten är inte exklusiv och av praktiska skäl begränsas den framför allt till arbete på nationell nivå. Till detta kapitel kopplas en bilaga (bilaga 4) med en första redovisning av hur arbetet med omställningen kan beskrivas och framskrider.

Vi beskriver betydelsen av kultur, attityd och tillitsfrågor, och avslutar med att, i och med detta betänkande, nu överlämna färdplanen och målbilden för omställningen till vår uppdragsgivare – regeringen – att förvalta och vidareutveckla tillsammans med kommunerna och regionerna/landstingen, såsom huvudmän och ansvariga för omställningen till en god och nära vård.

Hälso- och sjukvårdens struktur

I utredningens uppdrag ingår att analysera om vårdens uppdelning i sluten och öppen vård fortfarande är ändamålsenlig. I ljuset av omställningen av hälso- och sjukvården behöver det utredas närmre om uppdelningen i dessa vårdformer fortfarande fyller någon funktion i den nya hälso- och sjukvårdsstruktur som växer fram.

Uppdelningen i öppen och sluten vård har betydelse även för andra regelverk än de som direkt rör hälso- och sjukvård. Vi har därför också i uppdrag att redogöra för vilka konsekvenser en utmönstring eller förändring av begreppen skulle få ur ett bredare perspektiv. Kapitlet är en genomgång av gällande rätt och praxis, och avslutas med utgångspunkter för utredningens fortsatta arbete.

Kapitlet ska läsas som bakgrundstext och analys inför utredningens förslag på området i slutbetänkandet mars 2020.

Personcentrerad samverkan

Vår utredning ska enligt direktiven utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan och inom huvudmän och vårdgivare kan underlättas och hur gränssnitten bör se ut. Vi ska också utreda hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras, samt se över befintlig lagstiftning avseende krav på vårdplaner och överväga om ett s.k. patientkontrakt bör författningsregleras. Hälso- och sjukvården har en rad olika potentiella samverkanspartner inom såväl kommunal verksamhet som statliga myndigheter och andra samhällsaktörer. Utifrån våra direktiv och vår bedömning av de mest centrala samverkansparterna har vi gjort avvägningen att vi kommer fokusera vårt arbete på hälso- och sjukvård med region/landsting och kommun som huvudman samt närliggande delar av socialtjänstens verksamhet. Givet att utbildning är en sådan stark hälsodeterminant, och skolan en arena som når i princip alla barn, kommer även samverkan med skolan att belysas. I detta kapitel beskrivs bakgrunden till behovet av samverkan, gällande rätt, författningsreglerade planverktyg och andra centrala stöd. Avslutningsvis redovisas utgångspunkter för det fortsatta arbetet. Kapitlet ska läsas som bakgrundstext och analys inför utredningens förslag på området i slutbetänkandet mars 2020.

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

Vår utredning har i uppdrag att utreda och föreslå hur läkare och fysioterapeuter som i dag får ersättning enligt den s.k. nationella taxan kan integreras i den ordinarie primärvården, dess vårdvalsystem samt i övrig öppenvård. Förslagen ska stå i samklang med de förändringar som sker inom hälso- och sjukvården och med utredningens förslag i övrigt. Staten har, under lång tid, genom olika lagstiftningsåtgärder verkat för att skapa en mångfald av vårdgivare inom hälso- och sjukvården och därmed öka enskildas valfrihet. En

ökad tillgänglighet och kontinuitet i patientens vårdkontakter har också eftersträvats. Vissa specialistläkare samt fysioterapeuter kan under vissa förutsättningar ansluta sig som privat vårdgivare till ett nationellt ersättningssystem inom öppen vården, den s.k. nationella taxan.

Under en längre tid har olika aktörer, från olika perspektiv, identifierat ett antal utmaningar med den befintliga utformningen av taxesystemet. Inte minst har de parallella systemen för primärvården setts som problematiskt. Av utredningens dialoger har framgått att berörda aktörer är överens om att nuvarande system behöver ersättas med något nytt som är bättre anpassat till dagens hälso- och sjukvårdssystem. Frågan har genom åren utretts vid flera tillfällen tidigare. Under slutet av år 2016 inledde regeringskansliet en översyn av på området gällande lagstiftning. För närvarande bereds ett förslag inom regeringskansliet, som utgör ett första steg till en bredare översyn av regelverket.

Kapitlet belyser gällande rätt och praxis i frågan, samt redogör för olika berörda aktörers syn. Vi avslutar med att redovisa utgångspunkter för det fortsatta arbetet. Kapitlet ska läsas som bakgrundstext och analys inför utredningens förslag på området i slutbetänkandet mars 2020.

Hälso- och sjukvårdens roll i att främja hälsa, förebygga sjukdom och bygga funktionsförmåga

I detta kapitel belyser vi områden inom vilka vi i tidigare betänkande redan lämnat förslag, men där vi under utredningens arbete fått till oss så många kloka inspel och material att vi ytterligare vill belysa det. Enligt svensk grundlag ska det allmänna verka för goda förutsättningar för hälsa. Hälsa brukar definieras som fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada. Det kräver därmed åtgärder från flera av samhällets sektorer, varav en central sektor är hälso- och sjukvården.

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. Detta reflekteras bl.a. i utredningens förslag till nationellt uppdrag för primärvården, vilket pekar ut att såväl förebyggande som rehabiliterade insatser är

en central del av primärvårdens uppdrag, omfattande såväl somatisk som psykisk ohälsa.

Givet dess avgörande roll för utvecklingen av en god och nära vård fördjupas i detta kapitel ytterligare hälso- och sjukvårdens roll i framför allt prevention, rehabilitering och habilitering.

Forskning, utveckling och utbildning

Det finns ingen hälso- och sjukvård utan forskning, utveckling och utbildning. Dessa tre är motorn i ett hållbart och agilt hälso- och sjukvårdssystem. Bemanning och kompetensförsörjning är avgörande frågor för framtidens hälso- och sjukvårdssektor. I vårt andra delbetänkande föreslår vi att det i förordning regleras att det ska bedrivas forskning inom primärvården. Skälet för detta är att klinisk och patientnära forskning är av avgörande betydelse för den nuvarande och framtida utvecklingen av en god och hållbar hälso- och sjukvård. Vår uppfattning är att det finns en växande medvetenhet om forskningens betydelse även utanför de traditionella forskarmiljöerna. Vi har under utredningens gång fått till oss många initiativ och goda exempel på makro- meso- och mikronivå i hälso- och sjukvårdsorganisationerna. Givet forskningens självklara och livsviktiga roll för hälso- och sjukvårdens utveckling väljer vi att sammanställa och delge några av dessa inspel och resonemang i detta betänkande.

I enlighet med vår avsikt att i förslagen alltid överväga hur de kan verka för att behålla dagens medarbetare och rekrytera framtidens medarbetare, lyfts alltid utbildning i alla dess former i våra dialogmöten, som grund för kompetensförsörjning. När det gäller aktualiteten på verksamhetsnivå av FoUU-begreppet är vår bild dock att vi får ta del av fler goda exempel och innovativa åtgärder gällande forskning och utveckling än inom området utbildning.

I detta kapitel beskrivs därför några av de pågående initiativ som vi ser har betydelse för omställningen till ett modernt hälso- och sjukvårdssystem där huvuddelen av den kliniska verksamheten, och därmed också stora delar av den kliniska undervisningen, behöver ske utanför sjukhusmiljö. Vi redovisar också vår avsikt att återkomma till frågan om huruvida även undervisning, liksom forskning, bör omfattas av HSL.

Förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet

I betänkandets avslutande kapitel beskriver vi framgångsfaktorer för det fortsatta omställningsarbetet av hälso- och sjukvården. Vi adresserar också de svåra frågorna kring överföring av resurser mellan olika delar av vårdsystemet och den brännande frågan ”Blir resursöverföringen verkligen av?”

Utredningens fortsatta arbete

Uppdrag

Utredningens arbete efter överlämnandet av föreliggande betänkande fokuseras på de i enlighet med direktiven kvarstående uppdragen vilka redovisas i kapitel 1, och det slutbetänkande utredningen lämnar i mars 2020.

Fortsatt dialog

I detta betänkande finns ett antal dialogfrågor i anslutning till betänkandets olika texter. Utifrån utredningens stödande uppdrag är vår förhoppning att dessa ska inbjuda och stimulera till diskussioner på arbetsplatser, i föreningar och vid andra typer av sammankomster. De är tänkta som dialogverktyg för internt bruk, men vi välkomnar som alltid inspel och synpunkter direkt till oss. Inspel utifrån dialogverktygen mottages som alltid tacksamt via utredningens ordinarie kontaktvägar, som återfinns på utredningens hemsida: www.sou.gov.se/godochnaravard

Som ingång till dialogfrågorna finns möjlighet att använda ett antal korta filmer skapade utifrån olika teman; Patienter och närstående, Samverkan, Interprofessionellt lärande, och Stöd till omställning. Dessa finns tillgängliga på utredningens hemsida och är fria att användas som ytterligare dialogverktyg.

Kultur och maktstrukturer

I detta betänkande, liksom alltid i vårt arbete, poängterar vi behovet av interprofessionell samverkan och respekt för olika kompetenser inom hälso- och sjukvården, självklart inklusive kompetensen hos personer med patient och brukarerfarenhet. Detta är ett synsätt som är alltmer självklart i dagens samhällskontext, men som historiskt inte alltid varit rådande. Hälso- och sjukvården är inte det enda område där historiska maktstrukturer utmanas och ifrågasätts.

Det gör att i våra beskrivningar av gällande rätt och praxis, i redovisningar av olika historiska dokument och i texter vi hänvisar till omnämns vissa företeelser och yrkesgrupper oftare än andra. En praktisk konsekvens av det, som noterats av många vi möter, är att när man söker på ord och termer i våra texter förekommer vissa yrkesgrupper och företeelser oftare än andra. Utredningen observerar detta, och tar till sig inkomna synpunkter, bl.a. i remissvar. Vi försöker alltid i vårt arbete ha en ifrågasättande och reflekterande inställning till rådande maktstrukturer och hierarkier. Ingen av oss kan påverka hur det historiskt har sett ut. När vi ska föreslå förändringar måste vi utgå från dagens förhållanden, och det kommer att påverka vilka ord och termer vi behöver använda för att åstadkomma förändring. Vår övertygelse är att alla olika aktörer, personer, medarbetare och professioner var och en på sitt sätt behöver bidra med sin kompetens till ett hållbart framtida hälso- och sjukvårdssystem. Det är utgångspunkten för de förslag vi lägger.

Vi vill också var tydliga med att vår uppfattning är att detta inte ändrar betydelsen av olika kompetenser eller styrkan i enskilda professioners kunskap och bidrag. Det är just i kompletterande samverkan vi blir så bra som vi kan vara.

Modern hälso- och sjukvård är en lagsport. En viktig spelare i laget är den vi är till för – personen som behöver insatsen. Därför börjar varje möte i den personcentrerade vården med frågan: Vad är viktigt för dig? Därför avslutas varje möte med att tillsammans konkludera hur svaret på den frågan tagits om hand, och tillsammans ska förvaltas framåt. Vår ambition är att detta synsätt ska genomsyra våra texter och vårt arbete, i detta betänkande såväl som framåt mot överlämnandet av slutbetänkandet i mars 2020.

1 Utredningens uppdrag, arbete och utgångspunkter

1.1 Om betänkandets utgångspunkter, upplägg och förhållande till slutbetänkande

1.1.1 Utredningens uppdrag och arbete hittills

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 landstingen, 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 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

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*, The Milbank Quarterly, vol. 83. nr. 3, 2005; WHO, *Hälsa 2020, 2012*; Vårdanalys, *En primär angelägenhet 2017*.

att organisera vården efter olika målgruppers skilda behov och förväntningar. Särskilt viktigt är att förbättra vården för dem med störst behov.

Mot denna bakgrund har vår utredning² 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 direktiv 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 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,

² Som grundregel avser begreppen "utredaren", och "utredningen" alltid vår egen utredning, om inte något annat särskilt anges.

- 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 läkarvård ersättning respektive lagen om ersättning för fysioterapeuter (den s.k. nationella taxan), ska kunna integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalsystem samt övrig öppenvård, i samklang med övriga förändringar som sker inom hälso- och sjukvården. Utredningen ska också lämna nödvändiga författningsförslag för detta.

Hittills redovisade uppdrag

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 slutbetänkande mars 2020 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 landstingens 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/landsting som kommuner) i deras arbete med att genomföra och konkretisera omställningen i deras 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 särskilda 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 hanteras inom ramen för den pågående utredningen Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08), som bl.a. har i uppdrag att se över lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

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. Till sammans bedömdes de olika förslagen i betänkandet utgöra grunden för en primärvårdsreform. Vi lämnade även förslag på hur omställningen regelbundet ska följas upp, även efter 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 (se vidare avsnitt 9.2), samt frågan om slutna 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 slutna vård (se vidare i nästa avsnitt samt kap. 4).

1.1.2 Om återstående uppdrag och detta delbetänkandets upplägg och förhållande till slutbetänkandet

Återstående utredningsuppdrag

För vår utredning återstår att analysera, 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 fysioterapeuter, ska kunna integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvals-system 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 uppdrag från de ursprungliga direktiven som löper vidare 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 landstingen, myndigheter och andra berörda aktörer, såsom i synnerhet kommuner samt organisationer som företräder patienter och professionerna.
- Framlyftande av goda exempel.
- Stödja arbete med närliggande frågor såsom t.ex. utvecklingen av uppföljningen av primärvården i Socialstyrelsens patientregister, kvalitetsregister, nationell kunskapsstyrning och den nationella väntetidsdatabasen.

I enlighet med våra senaste tilläggsdirektiv³ förlängdes vår utredningstid till den 31 mars 2020, då vårt uppdrag ska slutredovisas. Enligt samma direktiv ska vi dock i juni 2019 lämna en delredovisning om uppdragets inriktning och hur arbetet fortlöper.

Delbetänkandets upplägg och förhållande till slutbetänkandet

En sådan delredovisning lämnas i detta tredje delbetänkande. Texterna här avser att ge en bakgrund och nulägesbeskrivning till de områden där vi har återstående frågor och uppdrag. Detta utifrån såväl gällande rätt som de många inspel som utredningen får ta del av under våra dialoger med olika berörda aktörer och intressenter. Vår förhoppning är att dessa texter ska bidra till att skapa mer av en gemensam utgångspunkt och problembeskrivning i förhållande till utredningens uppdrag, med fokus på de återstående delarna. I detta delbetänkandet kommer vi inte att lämna några förslag. Sådana kommer att presenteras i slutbetänkandet, bl.a. utifrån våra fortsatta dialoger och därpå följande analyser av underlag och inspel som kommer utredningen till del utifrån dessa bakgrundstexter.

Läsaren kommer i detta första kapitel att få ta del av texter som påminner om utredningens ingångsvärden och utgångspunkter i

³ Dir. 2018:90 *Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)*.

förhållande till den omställning som det är vårt övergripande uppdrag att stödja.

I kapitel 2 följer en kortare historisk tillbakablick över hur det moderna svenska hälso- och sjukvårdssystemet utvecklats sedan dess framväxt under efterkrigstiden och hur denna, många gånger organiska, utveckling påverkar våra förutsättningar att i dag bedriva en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård.

Kapitel 3 ger en nulägesbild av omställningen i svensk hälso- och sjukvård, med fokus på utvecklingen som skett sedan vi lämnade vårt andra delbetänkande i juni 2018.

Därefter följer fem kapitel med bakgrundsanalyser och fördjupningar av olika områden. Samtliga dessa fem kapitel avslutas med ett par dialogfrågor, kopplade till innehållet i respektive kapitel. Dessa frågor är tänka att kunna användas som underlag för dialoger vid t.ex. arbetsplatsträffar, föreningsmöten eller i lokala utvecklingsarbeten. Det är också frågor som vi från utredningens sida gärna tar del av era tankar kring, och vi välkomnar eventuella reflektioner till oss i utredningen (för kontaktuppgifter se utredningens hemsida: www.sou.gov.se/godochnaravard). Som ingång till arbetet med dialogfrågorna kan med fördel utredningens korta temafilmer, som också finns tillgängliga på hemsidan, användas.

Kapitel 4–6 behandlar de områden vi enligt direktiven har kvar att utreda och lämna förslag inom (jmf ovan listade uppdrag). Kapitel 4 beskriver den svenska hälso- och sjukvårdens strukturer, med utgångspunkt i begreppen öppen vård och sluten vård och dess funktioner. Det lägger sedan i sin tur grunden för vidare analyser av samverkansfrågor i kapitel 5 och av systemet med läkare och fysioterapeuter som får ersättning enligt den s.k. nationella taxan i kapitel 6. Kapitel 7 och 8 lyfter ett antal områden som vi tidigare beskrivit och berört i förslag och där vi bedömer att det behövs ytterligare fördjupning; förebyggande arbete, rehabilitering och habilitering samt forskning, utveckling och undervisning.

I det avslutande nionde kapitlet blickar vi sedan framåt och beskriver förutsättningar och frågor för det fortsatta omställningsarbetet.

Bidrag från externa aktörer

Som en del i utredningens dialogarbete har ett antal personer och organisationer bidragit med texter till detta delbetänkande. Utredningen vill särskilt tacka Eva Arvidson och Lars Sandman från Prioriteringscentrum vid Linköpings Universitet, Maria Johansson med kollegor vid QULTURUM i Region Jönköpings län, Anette Nilsson och Harald Grönkvist på SKL, Peter Munck af Rosenschöld och Marie Dahlgren från Sveriges företagshälsor, Stefan Bragsjö och övriga representanter för NPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin, Samling för Allmänmedicinsk Forskning och Utbildning (SAFU), Peter Berggren, Region Norrbotten och Mattias Ekstedt, Linköpings Universitet. Vi vill även tacka Fysioterapeuterna, SKL och Sveriges Läkarförbund för bidrag till text i kapitel 6, Folkhälsomyndigheten för samarbete kring olika delar av kapitel 7 och Socialstyrelsen, Vårdanalys och SKL för underlag till figurer.

1.2 Centrala begrepp för detta delbetänkande

Personcentrerad vård

Det finns ingen enkel definition av begreppet personcentrerad vård. Det är ett förhållningssätt. Utredningen vill hänvisa till Vårdanalys rapport, *Från mottagare till medskapare*⁴, och den beskrivning av begreppet som görs där (se även avsnitt 1.3.3). Begreppet används även internationellt, t.ex. antog WHO:s beslutande församling 2016 ett ramverk för integrerade, personcentrerade hälsotjänster (Framework on Integrated people-centred health services).⁵

Nära vård

Som utredningen beskrev i sitt förra 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 med utgångspunkt i patienters och brukares individuella behov,

⁴ Vårdanalys, *Från mottagare till medskapare*, 2018.

⁵ WHO, *Resolution WHA69.24, Strengthening integrated, people-centred health services*, 2016.

förutsättningar och preferenser så att hela hens livssituation kan beaktas. Detta synsätt överensstämmer också med hur SKL, tillsammans med huvudmännen, beskriver begreppet nära vård.⁶

Primärvård

Som vi tidigare beskrivit är den begreppsförvirring som råder 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/hälso-central och primärvård. Primärvård omfattar mer än så och har både kommun och landsting som huvudman.⁷

Enligt nuvarande definition i HSL är primärvård ”hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården ska 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” (i vårt andra delbetänkande föreslog vi en revidering av denna definition, som inte tar sin utgångspunkt i sjukhuset. Förslagen bereds för närvarande i regeringskansliet).

I detta sammanhang vill vi uppmärksamma en fråga som lyfts av vissa remissinstanser; det faktum att den kommunala hälso- och sjukvården är avgränsad vad gäller ålder och patientgrupper⁸ och huruvida den därmed kan betraktas som primärvård? Här vill vi från utredningens sida hänvisa till uttalanden från regeringen som, även efter Ädelreformen 1992, framhåller att primärvård är en vårdnivå, inte en organisationsform inom den öppna vården. Samt att begreppet primärvård omfattar inte bara landstingets primärvårdsverksamheter utan även primärvård som utförs av kommunala och privata vårdgivare, oavsett om verksamheten finansieras med offentliga eller privata medel. Det uttrycks vidare att innehållet omfattar basal medicinsk vård, omvårdnad, förebyggande och rehabilitering,

⁶ SOU 2018:39 *God och nära vård – En primärvårdsreform*, avsnitt 3.2.1, s. 54–56.

⁷ SOU 2018:39 *God och nära vård – En primärvårdsreform*, avsnitt 2.3.1 samt 5.1.

⁸ Jfr 12 kap 1§ HSL.

vilket tillhandahålls av professioner som tar ansvar för sådana insatser utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder, patientgrupper, kön eller organsystem. Samtidigt framhålls att detta inte utesluter att vissa av dess åtgärder vänder sig till speciella grupper, t.ex. barnhälsovård och mödrahälsovård.⁹

Kommunal hälso- och sjukvård

Med kommunal, eller kommunalt finansierad, 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. § HSL för hälso- och sjukvård (dock inte läkarinsatser) i särskilda boendeformer, dagverksamheter och, i de fall man har avtal med landstinget, även för hemsjukvård i ordinärt boende, det vill säga patientens privata bostad. Precis som i fallet med regionernas/landstingens hälso- och sjukvård kan den hälso- och sjukvård som kommunerna är huvudman för utföras antingen i kommunernas egen regi eller av andra aktörer.

Vård och omsorg

”Vård och omsorg” är ett fast begrepp som enligt Socialstyrelsens termbank beskriver åtgärder och insatser till enskilda personer gällande socialtjänst, stöd och service till funktionshindrade samt hälso- och sjukvård enligt gällande lagar.

Omsorg

Termen ”omsorg” är i dag ett allmänord som inte kan användas enskilt för att beskriva något särskilt verksamhetsområde eller ansvar inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst (se avsnitt 5.2.4). I lagstiftning i slutet av 1960-talet var det dock en term för samhällets särskilda insatser till stöd för personer med begävningsmässiga funktionshinder (utvecklingsstörning).

⁹ Prop. 1994/95:195 *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*, s. 46 f. och 80 f.

Särskilda boendeformer

För äldre människor som behöver särskilt stöd ska kommunen inrätta *särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre*.¹⁰ Skyldigheten för kommunerna att inrätta bostäder med gemensam service (servicehus) ersattes i och med Ädelreformen med en skyldighet att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad. Detta begrepp har en vidare innebörd än det tidigare begreppet servicehus. Till de särskilda boendeformerna för service och omvårdnad hör inte bara ålderdomshem och andra servicehus utan även gruppboende för äldre, dvs. boende särskilt anpassat för personer med åldersdemens, samt de sjukhem eller motsvarande som fördes över till kommunerna i och med Ädelreformen. Korttidsvård och korttidsboende, vilket efter behovsprövning kan beviljas vid kortvariga och återkommande eller tillfälliga behov, innefattas också i begreppet särskild boendeform. De nu nämnda särskilda boendeformerna benämns ofta *särskilt boende* (SÄBO). I vår redogörelse har särskilt boende också denna innebörd.

Sedan den 2 april 2019 regleras i socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) att kommunen även får inrätta särskilda boendeformer för äldre människor som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service och som därutöver har behov av att bryta oönskad isolering.¹¹ Inrättandet är frivilligt och avser den grupp äldre som inte har så omfattande omsorgsbehov att heldygnsvård är nödvändig för att tillgodose den enskildes behov, men som däremot bedöms behöva få ökad trygghet och gemenskap med andra, när kvarboende i ordinärt boende inte längre upplevs tryggt. Denna form av särskilt boende bör t.ex. kunna erbjuda gemensamma måltider, kulturella aktiviteter och umgänge för att öka tryggheten och tillgodose behovet av gemenskap hos äldre.

Kommunen ska också inrätta *bostäder med särskild service* för dem som till följd av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin vardag och därför behöver ett anpassat boende.¹²

Särskilda boendeformer används i den fortsatta redogörelsen som ett samlande begrepp för särskilda boendeformer för äldre och bostäder med särskild service för funktionshindrade.

¹⁰ 5 kap. 5 § andra stycket SoL.

¹¹ 5 kap. 5 § tredje stycket SoL.

¹² 5 kap. 7 § tredje stycket SoL.

Kommuner, landsting och regioner

Den kommunala självstyrelsen utgör grunden för det svenska samhällssystemet och är grundlagsfäst i Sverige. Av 14 kap. 2 § regeringsformen (1974:152) (RF) framgår att kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Kommuner finns på lokal och regional nivå. Med uttrycken kommun eller kommunal i 14 kap. RF avses alltså även landsting.

I kommunallagen fastslås att Sverige är indelat i kommuner och landsting och att kommuner och landsting på demokratins och den kommunala självstyrelsens grund sköter de angelägenheter som anges i kommunallagen eller annan författning.¹³

Under de senaste åren har alltfler landsting tagit över ansvar för regionalt tillväxtarbete och länsplaner för regional transportinfrastruktur i sina respektive län, och i samband med detta ändrat sina namn från ”landsting X” till ”region X”. Från och med den 1 januari 2019 gäller detta samtliga landsting, och Gotlands kommun.¹⁴ I lagstiftning, inklusive den som rör hälso- och sjukvården, heter landsting dock fortsatt just landsting. Mot bakgrund av detta väljer vi att i detta betänkande genomgående använda termen ”region/landsting”.

1.3 Ett nytt sätt att bygga hälso- och sjukvård

1.3.1 En modern hälso- och sjukvård

I enlighet med namnet på utredningens direktiv är vårt uppdrag en omställning till en modern hälso- och sjukvård. En tydlig ansats i utredningen är därför att betona behovet av omställning till en personcentrerad vård. Hälso- och sjukvården, såväl i Sverige som i många andra länder, upplevs av många som fragmentiserad och svårtillgänglig. Inte minst brister samordning och möjligheten att vara så delaktig som man önskar som patient. Detta är en bild som tydligt bekräftas av många av de patienter och brukare vi träffar. Vård och omsorg uppfattas mer som organiserad utifrån vårdens logik än utifrån patient- och brukarperspektiv. Redan i tidigare

¹³ 1–2 §§, 1 kap, *Kommunallag* (2017:725).

¹⁴ *Lag* (2010:630) om regionalt utvecklingsansvar.

betänkande har vi beskrivit den moderna hälso- och sjukvården som tydligare utgående från individens behov. Signum för den nära vården är att den är mer flexibel, ofta mobil, och att den möter och inkluderar patienten eller brukaren där den är, såväl fysiskt som kognitivt. Personen är en aktiv part i att medskapa sin vård utifrån aktuella behov, förutsättningar och preferenser. Det blir utifrån detta resonemang tydligt att vården måste samordnas och hänga ihop oavsett huvudman eller vårdaktör.

1.3.2 En integrerad vård

En central strategi för att uppnå hälsomålen, och därmed påverka samtliga övriga mål, i Agenda 2030 är Världshälsorganisationens (WHO:s) arbete med att åstadkomma allmän hälso- och sjukvård (Universal Health Coverage, UHC) runt om i världen. För att det målet ska kunna uppnås så krävs enligt WHO ett skifte från dagens hälsosystem, som i hög grad är uppbyggda kring sjukdomar och institutioner till system som är designade utifrån människor. Med utgångspunkt i detta förespråkas en integrerad och personcentrerad ansats när hälsotjänster och system utvecklas. WHO framhåller särskilt att en sådan ansats är avgörande för att säkerställa att även marginaliserade och sårbara grupper nås.

Primärvården framhålls tydligt som basen för att kunna tillhandahålla integrerade och personcentrerade hälsotjänster på det önskade sättet. Framtidens utmaningar inom hälso- och sjukvårdssektorn kommer inte att kunna lösas av sektorn själv, utan i samverkan med andra samhällssektorer och aktörer, inklusive med det civila samhället.

Detta synsätt ligger bakom den terminologi som utvecklats för att beskriva hur ett modernt och hållbart hälso- och sjukvårdssystem måste konstrueras. Olika termer används för att beskriva hälso- och sjukvårdens interagerande roll med andra; ”integrated care”, ”co-ordinated care”, sammanhållen vård och sömlös vård är några av de begrepp som flitigt brukas. Den gemensamma målsättningen är en sammanhållen vård- och omsorg, en struktur som utgår mer från hela människan och dess behov än som traditionellt från organisationer, byggnader, enskilda professioner eller diagnoser. I våra dialoger, liksom i flera remissvar på vårt föregående betänkande,

betonas behovet inte bara av ändrade regelverk och uppdrag till verksamheterna för att nå det målet, utan också av en kulturomställning. Omställningen till en nära och personcentrerad vård förutsätter en kultur som uppmuntrar en sådan förändring i hela systemet, på mikro- meso- och makronivå. Oavsett vilken vårdgren eller vårdform vi talar om. Förändringen av primärvården till det självklara första valet för invånarna är t.ex. inte möjlig om den inte åtföljs av en förändring i synsättet på primärvården hos alla aktörer i systemet.

Detta resonemang påverkar förstås i högsta grad även styrning och ledning av hälso- och sjukvården. I en text av den holländska professorn M. Minkman beskrivs vilka svårigheter det möter ur styr- och ledningssynpunkt att gå från ledning av linjära organisationer, där syftet i stort är att leda den egna interna organisationen, till ledning av nätverksbaserade organisationer, där syftet mer är att samverka med andra utanför den egna organisationen. De 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.¹⁵

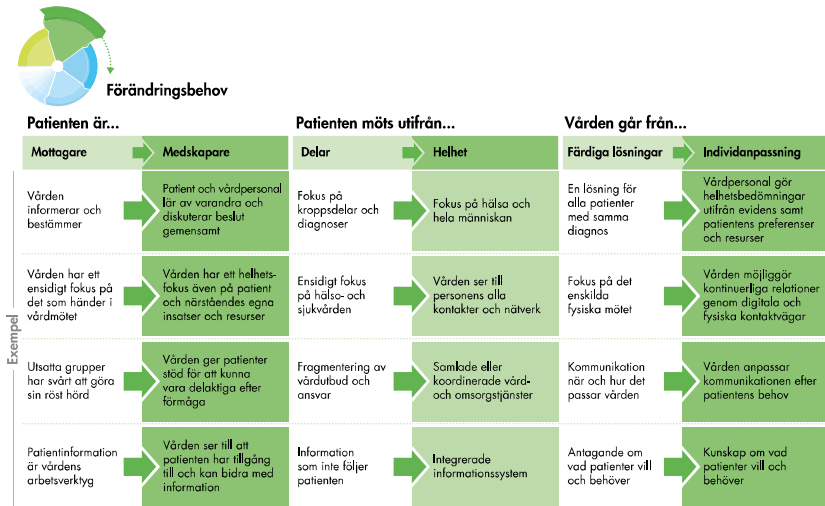
1.3.3 Personcentrerad vård i praktiken

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys publicerade under 2018 en rapport, ”Från mottagare till medskapare”, som ger en utmärkt kunskapsöversikt vad gäller begreppet personcentrerad vård och hur begreppet utvecklats till i dag¹⁶. I rapporten presenteras hur en mer personcentrerad vård och omsorg kan och måste utvecklas i den svenska hälso- och sjukvårdskontexten. Även här poängteras att aktiviteter måste göras på alla nivåer i systemet för att uppnå målet, och man beskriver vilka förändringsaktiviteter som måste vidtas för att nå dit.

¹⁵ M. Minkman. *Longing for Integrated Care: The Importance of Effective Governance*. Editorial, *International Journal of Integrated Care*, 17 (4): 10, s. 1–2.

¹⁶ Vårdanalys, *Från mottagare till medskapare*, 2018.

Figur 1.1 Förändringsbehov



Källa: Vårdanalys, Från mottagare till medskapare, 2018.

Flera av de organisationer och föreningar vi i utredningen samverkar med har också tagit fram egna skrifter och strategiska dokument på området, såsom exempelvis Vårdförbundet,¹⁷ Svenska Läkaresällskapet/Svensk sjuksköterskeförening/Dietisternas Riksförbund¹⁸ samt en gemensam rapport från ett antal patientföreningar.¹⁹

1.3.4 Interprofessionell samverkan

Många lyfter också i våra dialoger kopplingen mellan den personcentrerade och integrerade vården och behovet av utveckling av interprofessionella arbetssätt. För att möta personens hela behov krävs en samverkan inte bara mellan olika huvudmän och organisationer, utan också strukturer som uppmuntrar och underlättar samarbetet mellan vårdens olika professioner i det dagliga arbetet. De interprofessionella arbetssätten grundas redan under utbildningstiden, och behovet av att stärka såväl interprofessionellt lärande

¹⁷ Vårdförbundet, *Styrning för en personcentrerad vård och jämlik hälsa*, 2016.

¹⁸ Svenska Läkaresällskapet, Svensk Sjuksköterskeförening, Dietisternas riksförbund. *Personcentrerad vård – en kärnkompetens för god och säker vård*, 2018.

¹⁹ Astma- och Allergiförbundet, Neuro, Reumatikerförbundet, Riksförbundet HjärtLung, Diabetesorganisationen i Sverige och Storstockholms Diabetesförening. *Vägen mot världsklass*, 2017.

som arbetssätt betonas av många av våra samverkanspartners. Från studenthåll och lärosäten lyfts den frustration som uppstår hos vårdens unga medarbetare när de, som från utbildningarna uppmuntrats till interprofessionalitet, kommer ut i en verklighet där sådana arbetssätt inte tillämpas fullt ut. Dagens samhällskontext och kommande generationers ifrågasättande av patriarkala och hierarkiska strukturer omfattar självklart också hälso- och sjukvårdssektorn. Om hälso- och sjukvården ska uppfattas som en attraktiv och intressant arbetsgivare för framtida generationer krävs det nu självrannsakan och mod att utmana traditionella strukturer och arbetssätt av vårdens ledare och medarbetare i dag.

1.3.5 Prioriteringar inom primärvård och vid prevention

I vårt förra delbetänkande lyfte vi delar av primärvårdens prioriteringsutmaningar. Den bilden kompletteras nu utifrån tidigare och pågående studier (preliminära resultat) vid Prioriteringscentrum, Linköpings universitet.²⁰ Följande text är ett bidrag från Lars Sandman²¹ och Eva Arvidson,²² bägge knutna till Prioriteringscentrum vid Linköpings Universitet. Prioriteringscentrum är ett nationellt kunskapscentrum för prioriteringar inom vård och omsorg, som arbetar med forskning och utbildning om prioriteringar inom vård och omsorg. Centrumet fungerar också som ett kunskapsstöd för regioner/landsting, kommuner, myndigheter och kliniska verksamheter.²³

Inledning

Fler aktörer i samhället lyfter problemen med välfärdens finansiering och det förefaller tydligt att vi står inför en utmaning när det gäller hur vi ska få resurserna att räcka, både när det gäller ekonomiska resurser och i än högre utsträckning personella resurser. Detta gäller även hälso- och sjukvården där ökade behandlingsmöjligheter samt

²⁰ Arvidsson E, *Priority Setting and Rationing in Primary Health Care*, akademisk avhandling, Linköping University, 2013.

²¹ Professor i hälso- och sjukvårdsetik och föreståndare för Prioriteringscentrum, Linköpings universitet.

²² Allmänläkare, doktor i medicinsk vetenskap, rådgivare för Prioriteringscentrum, Linköpings universitet, verksam vid Futurum, Region Jönköpings län.

²³ Linköpings universitet, Prioriteringscentrum.

förväntningar på bl.a. tillgänglighet förstärker utmaningen. I en sådan situation, som innebär att vården inte längre på ett optimalt sätt kan tillfredsställa medborgarnas alla behov, blir det alltmer angeläget med prioriteringar och även ransoneringar.

För att underlätta prioriteringar och eftersom vi har en politiskt styrd hälso- och sjukvård, har vi fattat beslut i riksdagen om etiska principer som ska vägleda våra prioriteringsbeslut.²⁴ Denna etiska plattform för prioriteringar utgår från tanken att hälso- och sjukvårdens prioriteringsbeslut bör kännetecknas av öppenhet, där grunderna för besluten redovisas och kan granskas av de som berörs. Människovärdesprincipen, som säger att *alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället*. Principen reglerar framför allt vad vi inte får ta hänsyn till vid prioriteringar: social och ekonomisk situation, kronologisk ålder och tidigare livsstil. Behovs-solidaritetsprincipen som säger att *om prioriteringar måste ske bland effektiva åtgärder skall mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten*. Samt Kostnadseffektivitetsprincipen som säger att *vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet eftersträvas*. Principerna är rangordnade vilket i praxis tolkas som att en sämre kostnadseffektivitet kan accepteras vid svårare tillstånd.

För att omsätta den etiska plattformen i praxis, utformades nationell modell för prioritering av ett brett antal aktörer i svensk hälso- och sjukvård: myndigheter, landsting (nuvarande regioner), samt professionsförbund. Modellen har uppdaterats vid två tillfällen i dialog med dessa och andra aktörer (inte minst patientföreträdare och Smer²⁵). Nationell modell ger stöd för att rangordna olika kombinationer av tillstånd/åtgärder med hänsyn till: tillståndets svårighetsgrad, åtgärdens patientnytta, åtgärdens kostnadseffektivitet, samt kunskapsunderlaget för patientnytta och kostnadseffektivitet. Modellen används i Socialstyrelsens nationella riktlinjer och har även används i prioriteringsarbete på olika nivåer inom hälso- och sjukvårdssystemet, allt från regionövergripande prioriteringar till prioriteringar inom enskilda verksamheter.

²⁴ Prop. 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

²⁵ Statens medicinsk-etiska råd.

Prioriteringar inom primärvården

I jämförelse med andra OECD-länder, har primärvården i Sverige en liten andel av resurserna för hälso- och sjukvård. Under början av 2010-talet minskade också primärvårdens relativa del av resurserna både vad gäller finansiering av hälso- och sjukvård samt andel läkare.²⁶ Samtidigt med detta har omställningen mot nära vård börjat så till vida att allt fler åtgärder som tidigare genomfördes inom den specialiserade vården nu ska genomföras inom primärvården.

Inom primärvården krävs prioriteringar mellan olika patientgrupper: patienter med brådskande men ofta relativt lindriga tillstånd med förväntningar på snabb tillgänglighet; kroniskt sjuka patienter med relativt stabil sjukdom, men potentiella risker för försämring; patienter med multisjuklighet och sammantaget mycket svåra tillstånd; patientgrupper med psykisk ohälsa och med psykisk sjukdom; patientgrupper med riskfaktorer i behov av preventiva insatser, personer/patienter i behov av intyg, framför allt i samband med sjukskrivning. Dessutom har man en stor grupp patienter som söker för olika besvär där man initialt inte vet vad det rör sig om. Dessa patienter kan behöva både god tillgänglighet initialt men också till uppföljning och återbesök innan man utrett vad besvären beror på och om det är allvarligt eller inte. Samtidigt upplever primärvården att det saknas stöd för att prioritera mellan dessa grupper. Snarare upplever man att man från politiskt håll får signaler om att prioritera tillgänglighet för alla, inklusive brådskande men lindriga tillstånd eller intygsskrivande, oberoende av behov i strid med den etiska plattformen eller utifrån den resurstillgång man har. I stället för att diskutera ”tillgänglighet för vem” upplever man att tillgänglighetsdebatten och -mätningarna kommit att handla om att de som ringer till vårdcentralen ska få tid snabbt.

Svårigheten att ransonera, eller säga nej till patientgrupper, när det inte finns alternativ att erbjuda gör det också svårt att genomföra väl underbyggda prioriteringar. Personalen uttrycker det som att ”vi kan ju inte prioritera dem till ingenting”. I vissa fall upplevs det som att man tvingas prioritera på etiskt tveksamma grunder som ålder, eller baserat på att patienten är känd av personalen. På samma sätt sker viss ransonering genom att försämra kvaliteten i behandlingen, även för högt prioriterade patientgrupper.

²⁶ Vårdanalys PM 2017:5, *Primärvården i belysning*; Vårdanalys, *Allmän tillgång*, 2018.

En viktig kärnuppgift för primärvården som man upplever blir lidande är preventiva insatser för personer med riskfaktorer. Eftersom patienter i den situationen sällan söker vård utan kräver viss uppsökande verksamhet, riskerar de att prioriteras bort i konkurrensen med andra patientgrupper. Personalen uttrycker också att de ekonomiska styrsystemen bidrar till en prioritering i strid med plattformen, särskilt när det ges riktade stimulansmedel som leder till att man prioriterar åtgärder som ger pengar för att kunna hålla sin budget (och därmed behålla sin personal). Några beskriver det som att man måste göra onödiga eller ”meningslösa” saker för att få in pengar så att man kan göra det som behövs.

Även med bra stöd för att genomföra prioriteringar är det en stor utmaning att tillämpa den nationella modellen för prioriteringar i primärvården. Metoden, att lista tillstånds- och åtgärdspar, är svår i en situation med väldigt många sjukdomstillstånd och åtgärder, varav många förekommer samtidigt.

Den svenska kunskapsstyrningsmodellen med t.ex. Socialstyrelsens nationella riktlinjer, som utgår från prioritering inom ett organsystem eller ett diagnosområde, blir också svår att tillämpa i primärvården. Inte minst eftersom det saknas en horisontell harmonisering mellan olika riktlinjer, och det därmed är svårt för primärvården att tolka hur olika tillstånd/åtgärder inom olika diagnosområden ska prioriteras i relation till varandra. Vår bedömning är att primärvårdens prioriteringar kräver fortsatt metodutveckling framför allt med fokus på hur man bedömer svårighetsgraden hos olika tillstånd och hur man prioriterar en patients helhetsbehov av vård.

Ytterligare en faktor som bidrar till att det är svårt att prioritera i primärvård är att den bedrivs på små enheter, upptagna av att bedriva daglig verksamhet, där det är svårt att ha kompetens för, och få tid till komplexa utvecklingsarbeten.

Prevention

Ovan lyftes problematiken med prioritering av preventiva insatser inom primärvården. Detta relaterar till hur prevention generellt förhåller sig till den etiska plattformen för prioriteringar och dess tillämpning i nationell modell för prioritering. I propositionen som

låg till grund för införandet av den etiska plattformen i svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning, återfanns prevention i den andra s.k. prioriteringsgruppen enligt följande:

Prioriteringsgrupp I

- Vård av livshotande akuta sjukdomar.
- Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död.
- Vård svåra kroniska sjukdomar.
- Palliativ vård och vård i livets slutskede.
- Vård av människor med nedsatt autonomi.

Prioriteringsgrupp II

- Prevention.
- Rehabilitering/habilitering.

Prioriteringsgrupp III

- Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.

Prioriteringsgrupp IV

- Vård av andra skäl än sjukdom eller skada.

Även om prevention placeras i den andra prioriteringsgruppen, sägs samtidigt att för de sjukdomar som omfattas av prioriteringsgrupp I, bör ”behandling, omvårdnad, habilitering/rehabilitering och prevention för den aktuella sjukdoms- eller diagnosgruppen hör[a] till prioriteringsgruppen i fråga”.²⁷ Redan här fanns alltså en viss oklarhet. När den etiska plattformen skulle operationaliseras och tillämpas, uppstod kritik mot grupperna I-IV– som man menade inte i

²⁷ Prop. 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

tillräcklig grad tog hänsyn till att tillstånd som omfattas av de olika grupperna kan variera i svårighetsgrad, men även att olika åtgärder gentemot dessa grupper (beroende på vilken patientnytta eller kostnadseffektivitet de har) bör prioriteras olika. Utifrån detta har flera aktörer föreslagit att prioriteringsgrupperna bör utgå eller inte bör tillämpas (t.ex. Socialstyrelsen och Smer).

I utvecklingen av nationell modell blev också praxis att bedömningen av svårighetsgrad vid en preventiv åtgärd normalt sett bedöms som lägre än vid ett utvecklat tillstånd, eftersom det rör sig om en grupp som endast har en risk för att utveckla tillståndet. Denna praxis har tillämpats i Socialstyrelsens nationella riktlinjer och i andra arbeten där nationell modell använts. I kontrast till detta kan nämnas att Norge, i sin översyn av sina prioriteringsprinciper, som beslutades i Stortinget 2015, har inställningen att svårighetsgraden vid en preventiv åtgärd ska ses som densamma som vid motsvarande utvecklade tillstånd.²⁸ Att systematiskt gradera ner svårighetsgraden vid prevention innebär ett systematiskt missgynnande av preventiva åtgärder i relation till åtgärder mot utvecklade tillstånd. Här pågår i nuläget en analys av denna fråga vid Prioriteringscentrum.

En annan aspekt av den etiska plattformen som delvis kan försvåra prioriteringen vid prevention är det explicita ställningstagandet gentemot en nyttoprincip i prioriteringsutredningen. Detta uttrycks på följande sätt ”utredningen tar avstånd från att lägga resurserna på att hjälpa många människor med lindrigare besvär i stället för på ett fåtal med svåra skador”.²⁹ Även om detta inte återfinns i prioriteringspropositionen, så har det i vissa fall uppfattats som att detta är vägledande. I relation till prevention kan det tolkas som att prioritering av breda populationsbaserade åtgärder, för stora grupper som i nuläget inte är allvarligt sjuka, har stöd i prioriteringsplattformen.

²⁸ NOU 2014:12 *Åpent och rettferdigt - prioriteringer i helsetjenesten.*

²⁹ SOU 1995:5 *Vårdens svåra val.*

2 Hälsa- och sjukvårdens framväxt

2.1 Inledning

I detta kapitel redogörs för hur det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har utvecklats mellan 1928 och 2010. Syftet är att ge en bakgrund till och förståelse för varför systemet i dag ser ut som det gör. Det är främst en genomgång med fokus på hur hälso- och sjukvårdssystemet har formats av olika lagar. Då detta är en kort sammanfattning så nämns främst utredningar och lagar som har haft betydande effekter eller som ofta lyfts fram. Det finns även andra lagar och statliga utredningar som varit av betydelse utöver dem som lyfts här.

Det är viktigt att betona att då genomgången framförallt beskriver systemutvecklingen utifrån hur lagstiftningen förändrats så saknar den det patientperspektiv som skulle krävas för en heltäckande skildring av hälso- och sjukvårdens historia. Detta speglar de gamla lagtexter som ligger till grund för detta kapitel då dessa ofta saknar ett tydligt patientperspektiv. Fokuset på lagtexter och systemperspektivet gör också att bredden av olika professioner inom hälso- och sjukvården, och deras historia, inte tydliggörs. Det är historiskt och under lång tid främst läkarprofessionen som syns i lagstiftningen. Som med patientperspektivet så är även det bristande tydliggörandet av mångfalden av professioner ett problem historiskt inom systemet.

2.2 Den moderna sjukvårdens början

Hälso- och sjukvård i offentlig regi har funnits i olika former i Sverige ända sedan 1600-talet. Dock är det först på 1930-talet som den moderna sjukvården¹ med mottagningar över hela landet,

¹ Vi skriver här sjukvård då de aktuella lagarna endast tog sikte på sjukvård och inte hälso- och sjukvård.

specialiseringar och öppen vård börjar ta sin form. Under tidigt 1900-tal var sjukvården utspridd och relativt oorganiserad. Större delen av sjukvården tillhandahölls av så kallade provinsialläkare. De bedrev sin verksamhet mycket självständigt, ofta från egna mottagningar och finansierades av patientavgifter samt viss lön från staten som var huvudman för dessa läkare. De var utbildade och hade licens från den statliga Medicinalstyrelsen (föregångaren till dagens Socialstyrelsen).²

Det fanns under denna tid också ett fåtal vårdinrättningar i landet, kallade lasarett. Det var frivilligt för landstingen om de ville bedriva lasarett. År 1924 fanns 92 lasarett i landet som tillsammans tillhandahöll 13 307 sjukhussängar.³ Dessa bedrevs och finansierades av landstingen men med kvalitetskontroll centraliserad hos Medicinalstyrelsen. Majoriteten av dessa var så kallade ”odelade lasarett” vilket innebar att det inte fanns några uppdelningar i medicinska specialiteter. Specialiseringar som t.ex. kirurgi och obstetrik, fanns endast på ett fåtal lasarett.

Första gången som landstingen i lag förpliktigades att tillhandahålla vård var i 1928 års sjukhuslag. Landstingen blev skyldiga att tillhandahålla ”anstaltsvård för sjukdom, skada eller kroppsfel” för alla som hade sitt hem eller sin vistelseort i landstinget ”i den mån icke annan drager försorg om sådan vård”. Slutet vård skulle alltså enligt denna lag tillhandahållas av alla landsting i mån av plats vid vårdanstalterna. Landstingen skulle även tillhandahålla förlossningsvård. Dock fanns undantag i lagen för epidemivård och ”anstaltsvård för sinnessjuka, sinnesslöa, fallandesjuka, kroniskt kroppssjuka och konvalescenter”.⁴ Detta innebar att vård för psykisk sjukdom, epilepsi, kronisk sjukdom eller för patienter i ett stadie av tillfrisknande inte omfattades av sjukhuslagen.

För att kunna tillgodose de ökade kraven på tillgång till anstaltsvård var varje landsting enligt sjukhuslagen förpliktigt att upphandla minst två sjukhus. Även kommuner fick möjlighet att driva sjukhus om de ville, de var dock inte förpliktigade att göra så. Landsting och kommun kunde även driva sjukhus i samverkan. Att driva sjukhus innebar att kommunen eller landstingen till viss del eller till fullo stod för driftkostnaderna av sjukhuset. Denna lagstiftning blev början på

² SOU 1979:78 *Mål och medel för hälso- och sjukvården – Förslag till hälso- och sjukvårdslag*, s. 79–80.

³ SOU 1979:78 *Mål och medel för hälso- och sjukvården – Förslag till hälso- och sjukvårdslag*, s. 70.

⁴ Prop. 1928:101 *med förslag till lag om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus*, s. 2–3.

en kraftig expansion av sjukvården. Men det skulle dröja fram till efter andra världskrigets slut innan expansionen verkligen fick fart. Fram till 1940 var fortfarande endast en tredjedel av läkarna verksamma vid sjukhus, majoriteten av läkarna var provinsialläkare.⁵

2.2.1 Sjukförsäkringar

När vården expanderade så tog det offentliga på sig allt mer kostnader för vården. En stor del var dock fortfarande finansierad av patientavgifter. För många förvärvsarbetande i Sverige under tiden var inte avgifterna det största ekonomiska problemet vid sjukdom utan bortfallet av inkomst. För att hantera dessa kostnader var många arbetare anslutna till sjukförsäkringar. Sjukförsäkringar under det tidiga 1900-talet bestod av frivilliga privata sjukförsäkringar. Kassorna organiserades av antingen fackliga organisationer eller av arbetsgivaren. En del av lönen betalades varje månad in till sjukförsäkringskassan. Sjukförsäkringarna var statligt reglerade och finansierades till viss del av statliga bidrag. Deras främsta uppgift var att betala ut en ersättning vid sjukdomsfall men de kunde också betala vissa delar av sjukvårdskostnaderna. 1925 var det endast 13 procent av svenskarna som täcktes av sjukförsäkring.⁶ För att kunna trygga tillgången till vård för alla medborgare genomförde staten ett antal reformer av sjukförsäkringen under 1930-talet där man ökade det statliga stödet till sjukförsäkringarna.

År 1947 beslutade regeringen om allmän sjukförsäkring.⁷ Detta innebar att det blev obligatoriskt för alla vuxna att vara anslutna till en sjukförsäkring. På grund av ekonomiska skäl och visst politiskt motstånd dröjde det dock ända fram till 1955 innan detta faktiskt trädde i kraft. I reformen som antogs finansierades sjukförsäkringarna av en blandning av egenavgifter, arbetsgivaravgifter och statliga bidrag.⁸ Sjukvårdskostnaden för den individuella medborgaren blev i och med detta till viss del täckt av försäkringar.

⁵ SOU 1979:78 *Mål och medel för hälso- och sjukvården – Förslag till hälso- och sjukvårdslag*, s. 70.

⁶ Sveriges Kommuner och Landsting, *Hälso- och sjukvårdens reformer: En internationell jämförelse*, 2006 s. 10.

⁷ Prop. 1946:312 *med förslag till lag om allmän sjukförsäkring*, m.m.

⁸ Prop. 1953:178 *med förslag till lag angående ändring i lagen om allmän sjukförsäkring*.

2.3 Expansion av sjukvården

Under 1950-talet skedde en omfattande medicinsk och medicinskt-teknisk utveckling. Utvecklingen gjorde att specialiserad sjukvård blev allt mer utbredd över landet. De odelade lasaretten ersattes med sjukhus med medicinska och kirurgiska kliniker och senare även röntgen och anestesi. Dessa nya sjukhus benämndes normallasarett. Sjukhus med fler än nämnda specialiteter benämndes centrallasarett. Det fanns vanligtvis ett centrallasarett i varje landsting. Utöver dessa fanns även specialistsjukhus för mer specifika behov bl.a. epidemivård, tuberkulosvård och förlossningsvård. Under samma period skedde ett antal reformer som gjorde att flera former av vård kunde tillhandahållas vid sjukhus. Flera av de områden som var undantagna från 1928 års lagstiftning fördes då över till sjukhuslagstiftningen. De ingick då i landstingens generella ansvar för att tillhandahålla sjukvård och var inte längre reglerade av särslagstiftning. Ålderdomsvården reformerades 1952 och kronikervård jämfördes med annan kroppssjukvård. 1960 var endast vården av "sinnesslöa" reglerat av särbestämmelser.⁹

Den politiska viljan under denna period var att skapa ett omfattande generellt välfärdssystem som skulle kunna tillgodose hela folkets behov. En expanderad och tillgänglig sjukvård var en del av denna vision. Det genomfördes därför många reformer av sjukvården och tillsattes flera utredningar. En av de mest omfattande utredningarna var den så kallade ÖHS-utredningen, kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket, som tillsattes 1954. Utredningen lämnade sitt första och mest betydande betänkande 1958 (SOU 1958:15). ÖHS betonade att den utveckling det svenska sjukvårdssystemet gått igenom hade lett till ett mycket sjukhustungt system med prioritering av slutenvård.¹⁰ ÖHS kom med flera förslag för att förändra situationen, varav några av de mest betydande var att utbildningen av läkare och annan vårdpersonal skulle utökas, förebyggande verksamhet som företagsvård skulle stödjas och landstingen skulle överta huvudmannaskapet för provinsialläkarna. Under de följande åren kom dessa förslag att förverkligas.

⁹ SOU 1979:78 *Mål och medel för hälso- och sjukvården – Förslag till hälso- och sjukvårdslag*, s. 78.

¹⁰ SOU 1958:15 *Hälsövård och öppen sjukvård i landstingsområdena*, s. 17–18.

2.3.1 Regionsjukhus

Vid slutet av 1950-talet så var den slutna vården omfattande och utspridd. Det saknades en enhetlig organisering av den specialiserade vården. Specialisering var främst belagd på specifika kliniker på olika platser i landet. Samtidigt kom ny kunskap som ledde till alltmer specialiserade utbildningar och mer avancerade metoder som krävde specialiserade avdelningar. För att göra specialiserad vård mer centraliserad och lika tillgänglig över hela landet tillsattes utredningen om regionsjukvården. 1958 lämnade utredningen in sitt slutbetänkande (SOU 1958:26). Utredningens bedömning var att ett antal specialiseringar, b.l.a. anesthesi, barnsjukdomar och invärtesmedicin, skulle kunna tillhandahållas på sjukhusen på länsnivå. Ett antal mer avancerade specialiseringar som hudsjukdomar, kardiologi och reumatologi kunde dock inte tillhandahållas i varje län, utan borde i stället tillhandahållas på högspecialiserade sjukhus som ansvarade för större geografiska områden.

Dessa bedömningar resulterade i en ny sjukhuslag 1960.¹¹ Landet delas då in i sju regioner för den högspecialiserade kroppssjukvården med regionsjukhus i Stockholm, Uppsala, Linköping, Lund-Malmö, Göteborg, Örebro och Umeå. Driften av regionsjukvården var inte reglerad i sjukvårdslagstiftningen. Den reglerades i stället av avtal mellan de berörda landstingen. Klinikerna för de olika specialiteterna vid regionsjukhusen skulle i första hand anordnas och dimensioneras med hänsyn till lokala behov och sjukhusorganisatoriska synpunkter som det var upp till sjukvårdshuvudmännen att bedöma. Därför framlades inte några detaljerade förslag som skulle binda huvudmännen i deras planläggning.

2.4 Utökad öppen vård och hemsjukvård

Den snabba utvecklingen som skedde av sjukvården under 1940- och 1950-talet rörde nästan endast sjukhus. Den öppna vården tillhandahölls fortfarande främst av provinsialläkare. Som tidigare nämnt så var dessa ansvariga för att tillhandahålla all form av öppen läkarvård inom bestämda geografiska områden. Provinsialläkarnas verksamhet utgick från specifika mottagningar, men de utförde även

¹¹ Prop. 1960:159 med förslag till riktlinjer för regionsjukvårdens utbyggande.

hembesök och kunde i glesbefolkade kommuner ha flera mindre filialer. Vissa hade assistans av vårdbiträden eller legitimerade sjuksköterskor. En stor andel arbetade utan assistans på sina mottagningar. Vissa städer anställde och avlönade egna läkare för att tillhandahålla vård till befolkningen. De hade dock ingen skyldighet att göra detta.

Öppen vård tillhandahölls också i begränsad utsträckning vid sjukhusen. Detta var främst specialiserad vård som inte krävde intagning. Den tillhandahölls av läkare verksamma vid sjukhusen men i deras egen regi, separat från den slutna vården som hade landstingen som huvudman. Dessa läkare fick tillgång till sjukhusens resurser och personal i utbyte mot en ersättning till landstinget. En stor del av öppenvården tillhandahölls också av privatläkare som fick sin huvudsakliga inkomst från patentavgifter men också viss taxa.¹²

Systemet i både den öppna och slutna vården var inte bara sjukhusfokuserat, det var också läkarfokuserat. Under denna tid beskrevs andra professioners roll som assisterande till vården som utfördes av läkare. Utöver den öppna vård som tillhandahölls av läkare så fanns bl.a. den så kallade distriktsvården som utfördes av distriktsköterskor och distriktsbarnmorskor. Denna vård var också geografiskt begränsad och skulle tillhandahålla vård i specifika områden. Provinsialläkarna i området var linjechefer för sjuksköterskorna och barnmorskorna. Det saknades en allmänt vedertagen definition av vad distriktsvårdens uppgifter bestod av. Arbetsuppgifterna var ofta en blandning av hälso- och sjukvård och socialmedicinska uppgifter.¹³

Landstingens skyldighet att tillhandahålla öppen vård lagfästes första gången år 1959. Den gällde då endast öppen vård vid sjukhus. Landstingen var endast skyldiga att tillhandahålla sådan öppen vård som inte lämpligen kunde erbjudas på annan plats än på sjukhus. Därtill stod i lagen att den öppna vården inte fick ”inkräkta menligt på den slutna vården”.¹⁴ Expansionen av öppenvården började 1963 när landstingen tog över huvudmannskapet för provinsialläkarna från staten. Syftet med detta var att sammankoppla den öppna och slutna vården. I och med detta blev landstingen huvudman för en

¹² SOU 1979:78 *Mål och medel för hälso- och sjukvården – Förslag till hälso- och sjukvårdslag*, s. 79–82.

¹³ SOU 1979:78 *Mål och medel för hälso- och sjukvården – Förslag till hälso- och sjukvårdslag*, s. 83–84.

¹⁴ Prop. 1959:19 *med förslag till sjukhuslag m.m.*

majoritet av hälso- och sjukvården. Det skedde också en upp- rustning av den öppna vården där det tillfördes mer personal och tekniska resurser till de öppna klinikerna. Det gick från enläkar- stationer till stationer med två eller flera läkare. Dessa blev de första riktiga vårdcentralerna. Det fanns också en strävan i utbyggnaden att samlokalisera resurserna för den öppna vården med kommunernas sociala funktioner.¹⁵

På grund av bristen på långtidssjukvårdsplatser uppstod på 1950-talet hemsjukvård. I början tillhandahölls hemsjukvården främst av anhöriga till patienter. Dessa anhöriga var antingen avlönade av landstinget eller mottog hemsjukvårdsbidrag med visst månads- belopp. Under 1960-talet tillhandahölls sjukvårdsinsatser i hemmet främst av hemtjänstpersonal, då kallade hemsamariter. Hemsamari- terna hade en begränsad utbildning i sjukvård.¹⁶ I viss omfattning ut- gjordes hemsjukvårdspersonalen av landstingsanställda undersköters- skor och sjukvårdsbiträden. Hemsjukvården var under denna tid kopplad till landstingens långtidssjukvård. Arbetet på fältet stod främst under distriktsköterskornas tillsyn och ledning.

2.5 Sjukronorsreformen

Under 1960-talet reformeras försäkringssystemet. År 1963 infördes en ny försäkringslag som innebar att man var automatiskt ansluten till flera socialförsäkringar, bland dessa sjukförsäkringen. Sjukför- säkringen överfördes från lokala kassor främst i privat drift till en central statligt styrd kassa.¹⁷

Sjukförsäkringssystemet var till stor del mer fokuserat på sluten vård än på öppen vård. De främsta ersättningarna i systemet var för utebliven inkomst vid inläggning på sjukhus. För kostnader i öppen vården betalade patienten läkarens arvode som man sedan kunde ansöka till sjukkassan om ersättning för. Att patienten betalade hela arvodet gjorde det svårt för den enskilde att förutse hur mycket ett läkarbesök kostade då det skiljde sig åt mellan olika insatser. Den

¹⁵ SOU 1979:78 *Mål och medel för hälso- och sjukvården – Förslag till hälso- och sjukvårdslag*, s. 79–81.

¹⁶ SOU 1979:78 *Mål och medel för hälso- och sjukvården – Förslag till hälso- och sjukvårdslag*, s. 84–85.

¹⁷ Prop. 1962:90 *med förslag till lag om allmän försäkring, m.m.*

dåvarande utformningen av försäkringssystemet innebar att det var dyrare för den vårdsökande att söka öppen vård än att söka slutenvård även om slutenvård egentligen var mer resurskrävande.¹⁸ Det ansågs vara en av orsakerna till det kvarstående problemet att efterfrågan på sjukvård fortfarande alltför mycket förlitade sig på slutenvård.

För att åtgärda detta infördes den s.k. sjukronorsreformen 1969. I propositionen beskrivs lagen som en ”radikal förenkling” av sjukvårdssystemet så att öppen vården blev billig och enkelt tillgänglig för alla medborgare samt att kostnaderna blev förutsägbara. Lagen innebar att ett system med i princip enhetlig avgift för den offentliga öppna vården infördes den 1 januari 1970. Patienterna betalade en avgift på 7 kr för varje besök hos läkaren och 15 kr vid hembesök. Sjukvårdshuvudmannen fick ersättning genom försäkringskassan med 31 kr per besök. Avgiften skulle inte bara täcka besöket hos den rådfrågade läkaren utan också viss specialiserad vård i form av röntgen- och laboratorieundersökningar som patienten blev remitterad till.¹⁹ Ersättningen från sjukförsäkringen höjdes successivt under 1970-talet.²⁰

Sjukronorsreformen innebar stora organisatoriska förändringar för sjukvården. För att möjliggöra en enhetlig kostnad för den öppna vården infördes totallön för samtliga offentligt anställda läkare, även provinsialläkarna som tidigare fick betalt per insats. En viktig betydelse av reformen var att öppen och slutenvård tillmättes samma vikt i sjukvårdssystemet. De skillnader som tidigare fanns mellan vårdformerna ifråga om löne- och ersättningsystem försvann i och med denna reform. Även om reformen förstärkte sjukförsäkringens roll i finansieringen av vården så var vården ändå främst finansierad av kommunal- och landstingsskatt. Sjukförsäkringen stod endast för 7 procent av landstingens intäkter medan landstingsskatten stod för 60 procent.²¹ Den huvudsakliga ekonomiska påverkan var på de enskilda hushållen som fick en lägre och mer förutsägbar vårdkostnad.

¹⁸ Prop. 1969:125 om ändring i lagen om allmän försäkring m.m., s. 11.

¹⁹ Prop. 1969:125 om ändring i lagen om allmän försäkring m.m., s. 1–2.

²⁰ SOU 1979:78 *Mål och medel för hälso- och sjukvården – Förslag till hälso- och sjukvårdslag*, s. 76.

²¹ SOU 1979:78 *Mål och medel för hälso- och sjukvården – Förslag till hälso- och sjukvårdslag*, s. 131.

2.6 Ytterligare reformer under 1970-talet

Som en del i utbyggnaden av sjukvårdssystemet förstatligades apoteken 1971. Fram till dess drevs apoteken i privat form av apotekare som tilldelades tillstånd av staten. Med ambitionen att kunna tillgodose läkemedelsbehoven i ett stort och expansivt vårdssystem så bedömdes att apoteken behövde integreras i resten av sjukvårdssystemet.²² 1971 bildades därför Apoteket AB som tog över driften av alla apotek. Apoteket AB var till två tredjedelar ägt av staten och till en tredjedel av Apotekarsocieteten (en riksförening för apotekare).

År 1973 genomförs ytterligare en omfattande reform av Sjukvårdslagstiftningen. Genom denna skedde en utökad samordning av öppen vården i form av distriktsläkarvård. För att möjliggöra samverkan mellan olika professioner, såsom distriktsläkare, distriktsköterskor och distriktsbarnmorskor, skulle den öppna vården bedrivas mer vid vårdcentraler i stället för egna mottagningar. Den specialiserade öppenvården decentraliserades från sjukhusen och placerades ut i välutrustade enheter för öppen allmän och specialiserad vård. Som en del av denna reform bytte också provinsialläkare namn till distriktsläkare. Distriktsläkarna var inte längre obligatoriskt linjechefer för distriktsköterskorna, utan sjukvårdsstyrelsen skulle tillförordna särskild läkare för denna position. Ett mål med reformen var att skapa en arbetsmiljö som gjorde den öppna vården lika lockande som den slutna vården.²³

Flera eftergymnasiala utbildningar som tidigare varit yrkesutbildningar blev genom högskolereformen 1977 högskoleutbildningar, bl.a. sjuksköterskeutbildningen.²⁴ Att sjuksköterska blev ett högskoleämne innebar också att anknytningen till forskning förstärktes. Omvårdnad utvecklades i och med detta som ett eget och specifikt forskningsområde²⁵.

Sjukvården ökade i både skala och kostnader under 1960- och 1970-talet. Mellan 1960 och 1975 tiodubblades kostnaderna från 2 miljarder till 19 miljarder. Två tredjedelar av kostnadsökningen berodde på pris- och löneförändringar och resterande tredjedel på utbyggd verksamhet. 1967 stod hälso- och sjukvården för 6,6 procent

²² Prop. 1970:74 med förslag till ny organisation av läkemedelsförsörjningen m.m.

²³ Prop. 1972:104 med förslag till ändring i sjukvårdslagstiftningen, m.m.

²⁴ Prop. 1975:9 om reformering av högskoleutbildningen m.m.

²⁵ SOU 2019:6 En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan, s. 56–58.

av BNP, 1976 stod den för 8,8 procent av BNP.²⁶ Den öppna vården utvecklades kraftigt men var fortfarande förhållandevis liten. Antalet distriktsläkare gick från ca 1 000 i slutet av 1960-talet till ca 1 700 i mitten av 1970-talet.²⁷ Mellan 1970 och 1976 dubblerades andelen av sjukvårdskostnaderna som den öppna vården stod för, från 6 procent till 12 procent. Systemet var fortfarande mycket sjukhustungt. Den somatiska korttidshälsovården stod för 50 procent av kostnaderna och långtidsvården för 20 procent av kostnaderna.²⁸

2.7 Huvudmannaskap och hälsa

Mellan 1950 och 1980 utvecklades hälso- och sjukvården kraftigt. Samtidigt överfördes också mycket av ansvaret för sjukvården till landstingen. Bland annat genom det tidigare nämnda större ansvaret för sjukhus och specialiserad vård under 1950-talet och överföringen av provinsialläkarna på 1960-talet. År 1977 trädde en ny kommunallag i kraft som gav landsting och kommuner större politiska friheter och minskad statlig kontroll. Efter dessa regleringar var landstingen huvudmän för större delen av sjukvården, b.la. genom ansvar för driften av sjukhus och öppen vård.

Ändå fanns det delar av sjukvården som fortfarande låg utanför landstingets huvudmannaskap. Staten var huvudman för två undervisningssjukhus (Karolinska sjukhuset i Solna och Akademiska sjukhuset i Uppsala), viss reumatikervård, förbandssjukvård och tandvård, viss skolhälsovård, rättsmedicinska och rättspsykiatriska institutioner samt några laboratorier. Kommunernas huvudmannaskap inom den egentliga hälso- och sjukvårdssektorn var i stort sett begränsat till viss socialläkarverksamhet, skolhälsovård, företagshälsovård för den egna personalen samt viss medicinsk vård och tillsyn på ålderdomshem.²⁹

²⁶ SOU 1979:78 *Mål och medel för hälso- och sjukvården – Förslag till hälso- och sjukvårdslag*, s. 126.

²⁷ SOU 2016:2 *Effektiv vård*, s. 761–763.

²⁸ SOU 1979:78 *Mål och medel för hälso- och sjukvården – Förslag till hälso- och sjukvårdslag*, s. 126–127.

²⁹ SOU 1979:78 *Mål och medel för hälso- och sjukvården – Förslag till hälso- och sjukvårdslag*, s. 157.

2.8 Den första hälso- och sjukvårdslagen

Utvecklingen av den svenska vården fram till slutet av 1970-talet handlade om expansion och att bygga upp ett system. Det gick från små lasarett och provinsialläkare till stora sjukhus och primärvård omfattande flera professioner. Vårdpolitiken ändrade efter detta fokus från att tillhandahålla mer vård till att kunna styra och tillgängliggöra den vård som fanns. De förändringar som kom under 1980-talet och framåt var minst lika omfattande, men fokuserade i stället på styrning och organisering av det existerande systemet och hur resurser och aktörer skulle samordnas.

En mycket betydande del av denna utveckling var när sjukvårdslagen från 1962 ersattes med Sveriges första hälso- och sjukvårdslag 1982 (HSL). För första gången etablerades ett faktiskt mål för hälso- och sjukvården i lagstiftning: ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”.³⁰

Även om framstegen inom vården hade lett till att en ökad mängd vård fanns att tillgå och högre kvalitet på insatser så hade ingen tydlig motsvarande förbättring av folkhälsan skett. I vissa grupper av befolkningen fanns till och med en ökande dödlighet och sjuklighet.³¹ Det konstaterades därför att det fanns ett behov av hälsovårdande insatser inom vården och ett aktivt arbete med folkhälsan. Den rådande regleringen för hälsovården bestod av hälsovårdsstadgan från 1950-talet.³² Enligt denna så svarade kommunerna för den allmänna hälsovården. Den reglerade hälsovården var fokuserad på miljön, främst att ta bort sanitära olägenheter som t.ex. smutsigt dricksvatten och att livsmiljön i kommunen inte orsakade sjukdom. För den individriktade hälsovården som t.ex. vaccination och andra förebyggande åtgärder fanns inget särskilt reglerat ansvar i lagstiftningen. Sådan vård förekom dock under frivilligt åtagande i det landstingskommunala huvudmannskapet för sjukvården.

I HSL fick vården ansvar för att tillhandahålla hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser på många olika sätt. Delvis genom rent preventiva åtgärder som vaccinering men också genom att använda kunskapen inom vården för att bidra med upplysning och information som kunde påverka människors livsstil och öka deras

³⁰ Prop. 81/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m., s. 3.

³¹ Prop. 81/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m., s. 17–18.

³² Prop. 81/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m.

välbefinnande. Hälso- och sjukvården skulle också mer aktivt bidra i samhällsplanering och i människors miljö.

Utöver det nya ansvaret för hälsofrämjande och förebyggande insatser så stärktes patientens ställning inom vården i denna lagstiftning. Den enskildes ansvar för sin egen hälsa poängterades samt den enskildes rätt att påverka sin egen vård. Vården förpliktigades att ge patienterna upplysningar om deras hälsa och vilka olika behandlingsmöjligheter som fanns. Patienten skulle ha möjlighet att påverka vilken behandling som förskrevs och ha fortlöpande insyn. Möjligheten till egenvård skulle förbättras genom lättare tillgänglig information och stöd från vården.

Denna första hälso- och sjukvårdslag hade formen av en mål-inriktad ramlag. Detta innebar att lagstiftningen formulerades i form av principer, riktlinjer och krav. Hur verksamheten var utformad i detalj var upp till huvudmännen, vilket då främst var landstingen. Detta gav landstingen mycket större utrymme att själva planera sin hälso- och sjukvård utifrån lokala behov och förutsättningar. För att kunna möjliggöra en rättvis fördelning av resurser mellan sjukvården och andra samhällssektorer så fick staten ansvar för den övergripande planeringen och samordningen av hälso- och sjukvården.

2.9 Ädelreformen och kommunalt huvudmannaskap

Efter 1960-talet hade landstingen i princip ett enhetligt huvudmannaskap för vården. Dock var detta ansvar på vissa områden delat med andra aktörer, bl.a. i äldreomsorgen där kommunerna ansvarade för vissa insatser. Målet med de kommunala insatserna upplevdes som oklart. Det fanns också en värdekonflikt där den kommunala sidan hade ett socialt perspektiv och landstingssidan ett medicinskt perspektiv på hur vården skulle bedrivas.³³ För att åtgärda detta överfördes en del av ansvaret för hälso- och sjukvård till kommunen 1992 genom den s.k. Ädelreformen (för en mer utförlig beskrivning av denna reform se avsnitt 5.2.2) Detta innebar en stor förändring för hälso- och sjukvårdssystemet då kommunerna fick huvudmannansvar för delar av hälso- och sjukvården.

Under 1990-talet infördes sedan ett antal ytterligare reformer som innebar att huvudmannaskapet för vissa insatser övergick till

³³ Socialstyrelsen, *Ädelreformen slutrapport*, 1996, s. 7.

kommuner. 1993 infördes lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Genom denna lag gavs personer med vissa funktionshinder och funktionsnedsättningar rätt till stöd och service.³⁴ Kommunerna hade främst ansvar för detta stöd som skulle ges i vardagen, antingen i eget hem eller i särskilda boenden. Vårdhemmen och specialistsjukhusen för funktionsnedsättningar utvecklades. Huvudmannaskapet för insatser riktade till psykiskt långtidssjuka överförde från landstingen till kommunerna genom psykiatireformen 1993.³⁵

2.10 Ny styrning och valfrihet

Genom HSL ökade decentraliseringen av vården och landstingens självbestämmande. Detta kom att stärkas än mer i kommunallagen (1991:900). Denna lag hade som syfte att ge kommunerna och landstingen större friheter och att minska statlig kontroll. Bland annat fick kommunerna större frihet att utforma sina olika nämnder.³⁶

Efter ekonomisk stagnation i början av 1990-talet ifrågasattes de dåvarande styrmodellerna i vården med landsting som både beställare och huvudman för att vara ineffektiva och ekonomiskt krävande. Landstingen och kommunerna började då införa alternativa styrmodeller som syftade till att skapa mer marknadsstyrning genom att skilja på uppdragen som producent och finansiär av hälso- och sjukvården. Detta ledde till att privata aktörer började komma in på vårdmarknaden genom offentliga upphandlingar av tjänster. Ytterligare ett syfte med denna reform var att stärka patientens ställning genom att erbjuda mer valfrihet. Effekterna av dessa nya styrmodeller var dock svåra att utvärdera då det inte fanns statistik från innan att jämföra med.³⁷

År 1994 infördes en husläkarreform i Sverige vilket innebar att alla medborgare skulle listas hos en specifik läkare i primärvården som man sedan skulle vända sig till vid behov. Denna reform blev dock mycket kortvarig och lagstiftningen upphävdes från den 1 januari 1996, efter att en ny majoritet hade tillträtt i riksdagen. Reformen ansågs gå emot den utveckling mot mer valfrihet för

³⁴ Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade.

³⁵ Prop. 1993/94:218 Psykiskt stördas villkor.

³⁶ Prop. 1990/91:117 om en ny kommunallag.

³⁷ SOU 1999:66 *God vård på lika villkor? om statens styrning av hälso- och sjukvården*, s. 181.

patienten som skedde under perioden. Även om den aldrig genomfördes fullständigt så hade reformen några effekter på systemet, bl.a. så infördes rätten till en fast läkarkontakt inom primärvården när reformen avskaffades.³⁸ För att förbereda för reformen och möjliggöra delandet av information med husläkare vid egna mottagningar påbörjades även en datorisering av primärvården. Detta skulle leda till att primärvården snabbare utvecklade datoriserade system än andra delar av vården.

Det tillkom under 1990-talet en stor mängd nya aktörer både genom kommunernas huvudmannaskap och den ökande mängden privata alternativ. Samtidigt fanns ett ökande behov av prioriteringar då t.ex. snabba medicinska framsteg bidrog till att befolkningen blev allt äldre och att fler sjukdomar gick att överleva. År 1996 lagstiftades om en gemensam etisk plattform för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Denna bygger på tre principer: människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen (se även avsnitt 1.3.5).³⁹

Läkemedlens andel av hälso- och sjukvårdskostnaderna ökade mycket under 1980- och 1990-talet då nya och dyrare läkemedel förskrevs allt mer. År 1997 beslutades därför att landstingen successivt skulle ta över kostnaderna för förskrivningen av läkemedel inom både sluten och öppen vården för att skapa mer effektiva bedömningar. Patienter skulle också bli mer uppmärksamma på läkemedlens faktiska kostnader och det skulle vara billigast för de med högst utgifter för läkemedel. Därför infördes ett högkostnadsskydd där konsumenten stod för läkemedelskostnader för förskrivna läkemedel upp till 1 300 kronor och landstinget stod för resten.

År 1992 infördes en vårdgaranti i primärvården för vissa diagnoser genom ett avtal mellan staten och landstingsförbundet. Denna garanti kritiserades för att inte vara förenlig med den nya etiska plattformen och ersattes 1997 med en vårdgaranti som omfattade alla insatser. År 2010 fördes vårdgarantin in i HSL.

³⁸ SOU 1999:66 *God vård på lika villkor? om statens styrning av hälso- och sjukvården*, s. 179.

³⁹ Prop. 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

2.11 LOV införs och apoteksmonopolet avskaffas

Den politiska riktningen mot flera alternativ och marknadsstyrning inom hälso- och sjukvården fortsatte under 2000-talet. År 2009 trädde lagen (2008:962) om valfrihetsystem (LOV) i kraft.⁴⁰ Lagen innebar ett alternativt sätt för huvudmännen att upphandla privata utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård och socialtjänst (utöver lagen om offentlig upphandling [LOU]). Under LOV ska alla utförare som uppfyller av huvudman ställda krav för ett vårdval/valfrihetsystem godkännas. Aktörer inom vårdval får inte konkurrera med pris utan endast med kvalitet. Medborgarna fick härigenom möjlighet att själva välja vem de ville ha som vårdutförare. Det var landstingets ansvar att medborgarna hade möjlighet att göra informerade val. År 2010 blev det obligatoriskt för landstingen att inrätta vårdvalssystem inom sin primärvård.⁴¹ I övriga delar av hälso- och sjukvården är det upp till respektive huvudman om den vill utföra den i egen regi eller upphandla den, och i så fall tillämpa LOV eller LOU.

Införandet av vårdval gjorde att mängden olika aktörer som tillhandahöll vård ytterligare ökade. Människor var inte längre geografiskt bundna till vissa aktörer. Det skedde också en mycket snabb digitalisering. År 2008 infördes patientdatalagen (2008:355). Denna lag reglerade informationsdelningen inom hälso- och sjukvården.

Ytterligare en del av utvecklingen mot flera aktörer i vården var avregleringen av apoteksmarknaden. Sedan regeringen 1996 beslutat att köpa samtliga aktier i Apoteket AB var staten den enda aktören på apoteksmarknaden.⁴² Detta förändrades 2008 då det statliga monopolet på läkemedelsförsäljning avskaffades.⁴³ Det tilläts då fri etablering för privata företag att bedriva läkemedelsförsäljning. För att möjliggöra konkurrens såldes ca 450 av statens 900 apotek till privata företag.⁴⁴

⁴⁰ Prop. 2008/09:74 *Vårdval i primärvården*.

⁴¹ Prop. 2008/09:29 *Lag om valfrihetsystem*.

⁴² Prop. 1995/96:141 *Aktiv förvaltning av statens företagsägande*.

⁴³ Prop. 2008/09:145 *Omreglering av apoteksmarknaden*.

⁴⁴ SOU 2012:75 *Pris, tillgång och service – fortsatt utveckling av läkemedels- och apoteksmarknaden*, s. 118.

3 Nulägesbild av omställningen i hälso- och sjukvården

3.1 Vi utgår från målbilden och färdplanen

I vårt första delbetänkande presenterade vi en initial version av vår målbild och färdplan för omställningen mot en god och nära vård.¹ I vårt andra delbetänkande fördjupades och utvecklades målbilden och färdplanen (se figur 3.1). Den personcentrerade vården betonades, hälsa och det förebyggande arbetet lyftes fram och samverkan mellan olika huvudmän och aktörer, såväl inom som mellan kommun och landsting, betonades i målbilden. Samtidigt framhövdes patient- och medarbetarperspektiven i färdplanen och två breda utvecklingsområden lyftes fram som förutsättningar får att nå målbilden; kompetensförsörjning och digitalisering. Dessutom kompletterades färdplanen med milstolpar, som visar på såväl tagna beslut som beslut som behöver tas framöver – på olika nivåer – för att vi tillsammans ska nå målbilden.

Som framgår av målbilden och färdplanen är omställningen en rörelse som hade påbörjats redan innan vår utredning fick sina uppdrag. Olika administrativa nivåer, organisationer och verksamheter runtom i Sverige har de senaste åren arbetat vidare i linje med analysen och förslagen i Effektiv vård samt i våra tidigare delbetänkanden.

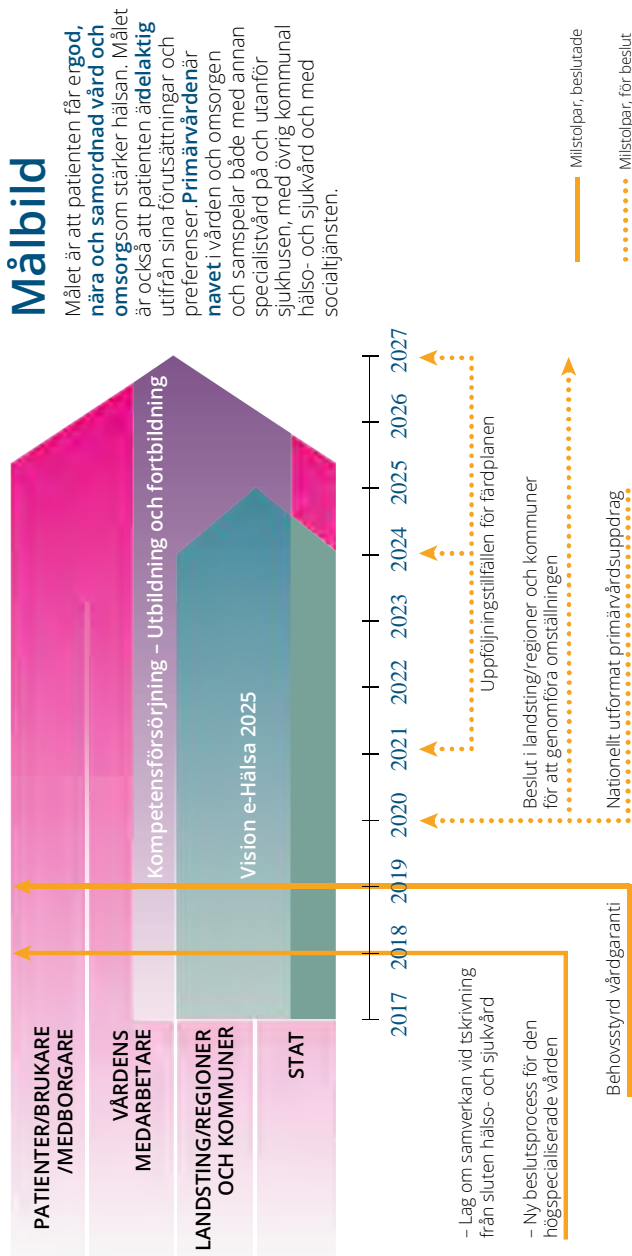
På samma sätt som i våra tidigare delbetänkanden vill vi här bidra till att ge en överblick av olika arbeten som knyter an till den omställning som kan sägas ha påbörjats utifrån förslagen i Effektiv vård och som ytterligare konkretiserats i vår målbild och färdplan. Till skillnad från tidigare tar dock vår genomgång nu sin utgångspunkt i de milstolpar och områden som är utpekade i färdplanen. Genomgången fokuserar likt tidigare på utvecklingen sedan vi lämnade vårt

¹ SOU 2017:53 *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild*, s. 75–80.

förra delbetänkande. Kapitlet kan med fördel läsas tillsammans med kapitel 3 respektive 4 i vårt första respektive andra delbetänkande för att få en mer samlad överblick. Översikten är inte exklusiv och av praktiska skäl begränsas den framför allt till arbete på nationell nivå.

Figur 3.1 Målbild och färdplan

Från akutsjukhus till nära vård



3.2 Övergripande förutsättningar för en omställning

3.2.1 Kompetensförsörjning

En väl fungerande och ändamålsenlig kompetensförsörjning är som beskrivits ovan en förutsättning för att klara omställningen till en god och nära vård. Även om nya effektivare arbetssätt, digitala lösningar och artificiell intelligens (AI) av vissa ses som lösningen på 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 par sådana initiativ på nationell nivå.

Framtidens vårdkompetens

Som utredningen i tidigare delbetänkanden beskrivit² gav regeringen under 2015 och 2016 olika uppdrag som anknyter till Effektiv vårds förslag om samverkan mellan staten och huvudmännen när det gäller kompetensförsörjning. Det handlar framför allt om:

- uppdrag till Socialstyrelsen att ge stöd till landstingens planering av kompetensförsörjning,
- uppdrag till Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ) om samverkan kring kompetensfrågor.

² SOU 2017:53 *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild*, avsnitt 3.1.5; SOU 2018:39 *God och nära vård – En primärvårdsreform*, avsnitt 4.16.

Av Socialstyrelsens och UKÄ:s gemensamma årsrapport för 2018 framgår att arbetet under året varit inriktat på utveckling av, och dialog med berörda aktörer om, ett förslag på utformning av samverkansarenor på nationell och regional nivå. Samt på fortsatt utvecklingsarbete gällande statistikbaserade flödesbeskrivningar och framtagande av en prognosmodell på nationell och regional nivå för yrkesgrupper i hälso- och sjukvården. Av det kartläggningsarbete som gjorts framgår bl.a. att:

- forum för samverkan om kompetensförsörjningsfrågor på sjukvårdsregional nivå finns i alla sjukvårdsregioner, men alla aktörer deltar inte och kommuner saknas helt,
- en gemensam struktur för samverkan på sjukvårdsregional nivå saknas,
- samverkan om kompetensförsörjning är ett prioriterat utvecklingsområde men regioner och lärosäten har kommit olika långt och samverkan mellan regioner och lärosäten är sällan formaliserad på högsta ledningsnivå,
- samverkan på sjukvårdsregional nivå sker i hög utsträckning om operativa frågor men i mindre utsträckning kring strategiska frågor,
- få av de befintliga samverkansorganen omfattar samverkan om samtliga utbildningar/yrken.³

Årsrapporten konstaterar vidare att det i dag inte finns någon relevant arena på den nationella nivån som kan vidareutvecklas för samverkan på övergripande nivå mellan hälso- och sjukvårdens huvudmän, lärosäten, övriga aktörer och beslutsfattare. Även om det finns samverkansforum på sjukvårdsregional nivå behöver samverkan på denna nivå utvecklas och formaliseras. Det konstateras även att det behövs en formaliserad dialog och samarbete mellan samverkan på regional och nationell nivå. Ett första förslag på möjlig utformning av sådana mer formaliserade samverkansarenor har tagits fram under 2018 och i flera olika forum diskuterats med berörda aktörer. Årsrapporten konstaterar att det generellt finns en samsyn om att såväl

³ Framtidens vårdkompetens, *Samverkan kring kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården – Årsrapport 2018, 2019.*

en nationell samordning som en mer formaliserad regional samverkan behövs. Förslaget till samverkansstruktur kommer att revideras, utvecklas och konkretiseras och ett slutgiltigt förslag presenteras i uppdragets slutrapport, vilken ska lämnas senast den 31 augusti 2019.

I årsrapporten för 2018 konstateras även att olika aktörer använder olika typer av underlag och att många menar att bättre, samordnade och aktuella kunskapsunderlag är en grundläggande förutsättning för ett effektivare samarbete mellan lärosäten och huvudmän kring kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Arbetet med förbättrad statistik och prognoser bedrivs under dessa uppdrag enligt två huvudlinjer.

Den första gäller bland annat samordning och vidareutveckling av den statistik från högskole- och hälso- och sjukvårdsområdet som Socialstyrelsen respektive UKÄ sammanställer och publicerar. Här har man arbetat med att utveckla en generell s.k. flödesmodell, med syfte att öka kunskap om olika student-/yrkesgruppers flöden (beteenden och resultat) under grundutbildningen och eventuellt även vidareutbildningen samt i arbetslivet.

Den andra huvudlinjen gäller förbättrade prognoser, både på nationell och regional nivå, med fokus på tillgång och efterfrågan för samtliga yrken som kräver högskoleexamen inom hälso- och sjukvårdsområdet. Syftet är att utveckla en modell för prognoser som kan beakta omställningar i hälso- och sjukvården och förändrade arbetsätt.

Nationella planeringsstödet; utveckling och nuläge för 2019

Socialstyrelsen redovisar årligen bedömningar av tillgång och efterfrågan på legitimerade yrkesutövare i hälso- och sjukvården. I det nationella planeringsstödet för 2019 redovisas för första gången alla 21 legitimationsyrken inom hälso- och sjukvården. Det visar att antalet legitimerade och sysselsatta personer per 100 000 invånare antingen har ökat eller varit konstant över tid för majoriteten av legitimationsyrkena. Trots det redovisar landstingen brist inom många yrken, såsom t.ex. sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter, vilket överensstämmer med bedömningar från andra

aktörer. Det framhålls även att tillgången på hälso- och sjukvårdspersonal ser olika ut i olika delar av landet och att landsting och privata vårdgivare redovisar svårigheter att rekrytera personal till glesbygd. Det totala antalet legitimerade och sysselsatta läkare relativt befolkningen har ökat över tid men tillgången varierar över landet.

År 2018 fick Socialstyrelsen ett tilläggsuppdrag att även göra en samlad kartläggning och bedömning av hälso- och sjukvårdens tillgång på och långsiktiga behov av specialistläkare inom alla specialiteter. Kartläggningen och bedömningen skulle göras både på nationell och regional nivå och omfatta både offentliga och privata vårdgivare. I tilläggsuppdraget ingick att utifrån ett nationellt perspektiv lämna förslag på hur dimensionering av ST-tjänster ska kunna göras på ett mer effektivt sätt, i syfte att minska bristen på olika sorters specialistläkare och uppnå målsättningen om en jämlik vård i hela landet. Fokus skulle läggas på de specialiteter där det finns en tydlig brist. Socialstyrelsen redovisar i planeringsstödet att för specialistläkare är de tre specialiteter som flest antal landsting bedömer brist inom: allmänmedicin, psykiatri och geriatrik. Socialstyrelsen konstaterar vidare att behovsinventering och dimensionering av ST-tjänster i nuläget ofta sker lokalt i varje landsting och med en relativt kort tidshorisont. Det saknas samordning av efterfrågan på specialistläkare och dimensionering av ST-tjänster på nationell nivå. En central samordningsfunktion på Socialstyrelsen lyfts fram som ett möjligt sätt att stödja landstingen i deras planering och dimensionering av ST-tjänster efter framtida behov.

Tabell 3.1 Förekomst av legitimationsyrken i landstingen samt behovsbedömningar av region och andra aktörer

Profession	Förekomst i region	Tillgång 2000–2016	Behovsbedömning Socialstyrelsens enkät	Behovsbedömning Arbetsförmedlingen	Behovsbedömning SCB	Behovsbedömning fack- och yrkesorganisationer
Apotekare	20/21	↑	→	↑	↑	↑
Arbets-terapeuter	21/21	↑	↑	↑	↑	↑
Audionomer	21/21	↑	→↑ (50 % brist, 50 % balans)	n/a	n/a	↑
Barnmorskor	21/21	↑	↑	↑	↑	n/a
Biomedicinska analytiker	21/21	→	↑	↑	↑	↑
Dietister	21/21	↑	→↑ (50 % brist, 50 % balans)	n/a	n/a	→
Fysioterapeuter	21/21	↑	↑	↑	↑	↑
Kiropraktorer	2/21	↑	n/a	n/a	n/a	→
Logopedier	21/21	↑	→↑ (50 % brist, 50 % balans)	n/a	n/a	→
Läkare	21/21	↑	↑	↑	↑	↑
Naprater	1/21	↑	n/a	n/a	n/a	→
Optiker	21/21	→	→	n/a	n/a	↑
Ortoped-ingenjörer	12/21	→	→↑ (50 % brist, 50 % balans)	↑	n/a	↑
Psykologer	21/21	↑	↑	↑	↑	↑
Psyko-terapeuter	19/21	→	→	n/a	n/a	n/a
Receptarier	13/21	↓	→	↑	↑	↑
Röntgen-sjuksköterskor	21/21	↑	↑	↑	n/a	↑
Sjukhusfysiker	21/21	↑	→↑ (50 % brist, 50 % balans)	n/a	→	→
Sjuksköterskor	21/21	→	↑	↑	↑	↑
Tand- hygienister	21/21	→	↑	↑	↑	↑
Tandläkare	21/21	→	↑	↑	↑	↑

Tillgång 2000–2016: Antalet sysselsatta har ökat: ↑. Antalet sysselsatta på samma nivå över tid eller avtagande ökning: →. Antalet sysselsatta har minskat: ↓.

Behovsbedömningar: Balans mellan tillgång och efterfrågan: →. Brist (behov av professionen): ↑. Bedömning saknas: n/a.

Källa: Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård - Nationella planeringsstödet 2019*, 2019, s. 9.

Inför kommande planeringsstöd lyfter Socialstyrelsen också behovet av att se över hur tillgång och efterfrågan i kommunerna tydligare kan kartläggas, givet att en allt större andel av hälso- och sjukvården bedrivs där.⁴

3.2.2 Digitalisering och Vision e-hälsa 2025

En av de centrala komponenterna i att stödja utvecklingen för en god och nära vård är digitalisering. Hälso- och sjukvård och socialtjänst berörs 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 medborgaren. En ökad digitalisering av hälso- och sjukvård och socialtjänst ska stödja brukarnas och patienternas situation samt bidra till ökad delaktighet och mer ändamålsenliga stöd för medarbetarna.

Digitalisering ska vara ett stöd för verksamheten och har inte ett egenvärde i sig. Det måste vara tydligt för patienter och brukare liksom för vårdens och socialtjänstens medarbetare att den nationella styrningen och utvecklingen av e-hälsa kopplas till faktisk nytta i mötet med patienten/brukaren.

Det är också viktigt att digitaliseringen och utvecklingen av it-stöd är inkluderande och sker utifrån olika gruppers behov och förutsättningar. I grunden handlar det om att stödja ett personcentrerat arbetssätt där verksamheterna tar tillvara och utgår från individens resurser, vilket kan leda till såväl bättre hälsoresultat som ökad delaktighet och en effektivare verksamhet.

Vision e-hälsa 2025

För att nationellt samordna arbetet med digitalisering av hälso- och sjukvård och socialtjänst har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) kommit överens om en gemensam vision, Vision e-hälsa 2025, och en gemensam handlingsplan för att nå dit.⁵ Handlingsplanen har sedan tillskapandet 2017 omfattat tre insats-

⁴ Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2019*, 2019, s. 8 f.

⁵ För beskrivning av Vision e-hälsa 2025, se SOU 2017:53 *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild*, s. 45–47.

områden; regelverk, enhetligare begreppsanvändning och standarder. En samordnad utveckling inom dessa tre områden är avgörande för att skapa förutsättningar för en modern hälso- och sjukvård och arbetet med dessa skulle med fördel också tydligare kunna kopplas till den pågående omställningen av svensk hälso- och sjukvård. Under 2018 var leveranserna från den gemensamma styr- och samverkansorganisationen för Vision e-hälsa 2025 bl.a.:

- en sammanställning av regelverk som berör sektorn samt ramverk för värdering och vidare hantering av dessa,
- ett förslag till process för att uppmärksamma och sammanställa nya eller tillkommande frågor rörande regelverk och tillämpning av dessa har presenterats och etablerats,
- en samverkansform och en digital samverkansplattform har etablerats och rekommendationer om vissa standarder och begrepp har tagits fram,
- en analys av hur pågående initiativ om begrepp och standarder kompletterar varandra och kan samordnas har genomförts.⁶

De förväntade leveranserna under 2019 är bl.a.:

- en gemensam terminologitjänst,
- en process för fastställande av vad som ska omfattas av gemensamma, nationella specifikationer och i vilken prioriteringsordning dessa ska göras tillgängliga och förvaltas är fastslagen,
- en nationell samverkansgrupp som ger hälso- och sjukvårdshuvudmännen stöd inom området strukturerad vårdinformation etableras inom ramen för regioners samlade system för kunskapsstyrning,
- ett beställarnätverk etableras för socialtjänstens digitala stöd, med syfte att dela och sprida goda erfarenheter, ta fram upphandlingsunderlag, vägledningar m.m.⁷

⁶ SKL och E-hälsomyndigheten, *Samordningsplan 2018*, 2018, s. 5–6.

⁷ SKL och E-hälsomyndigheten, *Samordningsplan 2019*, 2019, s. 9–12.

För att bli mer verksamhetsnära i arbetet har insatsområdena under 2019 kompletterats med två projektspecifika insatsområden; Ordnat införande av digitala produkter och tjänster och Nationell läkemedelslista.

En önskvärd utveckling ur vår utrednings perspektiv vore att ett liknande insatsområde tillskapades för god och nära vård i syfte att stödja och skapa gemensamma förutsättningar för den pågående omställningen. Detta skulle bidra till att digitaliseringen blir en integrerad del av strukturreformen och inte något som hanteras separat. Att hantera digitalisering separat från den övriga verksamhetsutvecklingen har historiskt ofta lett till implementeringsproblem. Vi kan också konstatera att vissa av de initiativ kopplade till visionen som vi beskrev i det förra delbetänkandet av olika anledningar har försenats eller inte påbörjats. Detta gäller exempelvis E-hälsomyndighetens förslag på organisering och ansvarsfördelning gällande nationellt stöd för utveckling och förvaltning av gemensamma, nationella specifikationer (standarder)⁸ samt E-hälsomyndighetens specifika satsning på god och nära vård.

Framtidens vårdinformationsmiljö och digitala vårdkontakter

En drivande faktor i digitaliseringen av hälso- och sjukvården i Sverige är att majoriteten av landstingen/regionerna under 2018–2019 upphandlar nya journalsystem för framtidens vårdinformationsmiljö. Hittills har Region Skåne, Västra Götalandsregionen och den s.k. Sussagruppen⁹ skrivit tilldelningsbeslut. Region Stockholm är inne i en upphandlingsprocess.

Digitala tjänster

Ett sätt att öka tillgängligheten till vården är att tillhandahålla olika typer av digitala tjänster, såväl mellan vårdgivare som i kontakten med patienter. Införandet av sådana tjänster behöver göras på sätt som säkerställer att vård ges efter behov (i enlighet med portalparagrafen i hälso- och sjukvårdslagen [HSL]), att tjänsterna är

⁸ E-hälsomyndigheten, *Stöd för utveckling och förvaltning av gemensamma, nationella specifikationer (dnr 2016/03439)*, 2018.

⁹ Landstingen i Västerbotten, Västernorrland, Örebro, Sörmland och Blekinge.

inkluderande och att offentliga resurser används på ett klokt och effektivt sätt. När det gäller digitala vårdkontakter mellan patient och vårdgivare har användandet och utvecklingen av dessa tjänster växt fram snabbt och regelverk och strukturer har inte hunnit utvecklas i samma hastighet.

De senaste åren har initiativ tagits på såväl nationell som lokal nivå för att skapa regelverk, former och förutsättningar för att integrera dessa tjänster i ordinarie hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen utarbetade under 2018 fyra övergripande principer för när digitala vårdtjänster lämpar sig för vård och behandling:

- gällande författningar eller aktuell kunskapsstyrning förutsätter inte ett fysiskt möte,
- den digitala tjänsten är anpassad till den enskilde patientens behov och förutsättningar att använda tjänsten,
- vårdgivaren har tillgång till tillräcklig information om patientens hälsotillstånd och sjukdomshistoria för att kunna ge en god och säker vård, och
- nödvändig uppföljning och koordinering med andra aktörer är möjlig.

Socialstyrelsen har som fortsättning på arbetet fått i uppdrag att vidareutveckla förslagen om indikatorer och mätetal för uppföljning av hälso- och sjukvård som bedrivs via digitala vårdtjänster. Om möjligt ska en första uppföljning presenteras på områden där jämförelser mellan digitala och fysiska besök kan göras. Socialstyrelsen ska vidare kartlägga omfattningen av och inriktningen på användningen av artificiell intelligens (AI) inom hälso- och sjukvården. I arbetet ska särskilt frågeställningar rörande ekonomi, vårdkvalitet, informationssäkerhet, etik och integritet beaktas. Uppdraget ska redovisas i oktober 2019.

Regeringen beslutade den 1 mars 2018 om tilläggsdirektiv till utredningen Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08) att analysera ett långsiktigt hållbart system för så kallade nåtdoktorer. De samlade förslagen från den utredningen ska lämnas senast den 30 juni 2019.

3.3 Redan beslutade milstolpar

3.3.1 Samverkan vid utskrivning från slutenvård

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har i uppdrag av regeringen att följa genomförandet av lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård, som trädde i kraft den 1 januari 2018 (se även avsnitt 5.3.1 och 5.3.3). Uppföljningen ska ha särskilt fokus på det utvecklingsarbete som bedrivs på olika nivåer i landet samt lagens effekter för patienter och verksamheter. I december 2018 lämnade myndigheten en första delrapport. Med tanke på den korta tid som gått mellan lagens ikraftträdande och denna första delrapport är det inte möjligt att dra några långtgående slutsatser. Från rapporten kan dock noteras att ett brett utvecklingsarbete har bedrivits av landsting, kommuner och SKL för att stödja den nya lagens införande. En stor del av arbetet har genomförts under 2017 och 2018, men det finns också insatser som pågick eller planerades då Vårdanalys gjorde sin rapport. Vårdanalys visar även att patient-, brukar-, anhörig- och pensionärsorganisationer har involverats i utvecklingsarbetet på regional och lokal nivå, framför allt i planeringsstadiet, samt att överenskommelser och riktlinjer har tagits fram i de flesta län.¹⁰

Vårdanalys delrapport konstaterar vidare att vårdtiden för utskrivningsklara har minskat. Under 2018 syns en minskning i riket totalt för den somatiska slutenvården. För den psykiatriska vården varierar vårdtiden som utskrivningsklar över tid och bortfallet är stort. Inom psykiatrin är det även få vårdtillfällen i flera län, vilket gör resultatet särskilt känsligt för långa respektive korta vårdtider. För såväl den somatiska som den psykiatriska vården är spridningen stor i antal dagar som patienter är utskrivningsklara. Spridningen finns både mellan och inom länen. Vårdanalys flaggar även för att det finns problem i den nationella statistiken som rör indikatorn ”vårdtid som utskrivningsklar”. Dels finns det ett bortfall i inrapporteringen till SKL:s väntetidsdatabas från regioner/landsting och kommuner, dels omfattar denna statistik inte patienter som skrivs ut samma dag som de bedöms vara utskrivningsklara. Den senare

¹⁰ Se även utredningens förra delbetänkande, SOU 2018:39 *God och nära vård – En primärvårdsreform*, avsnitt 7.4.2, för en tidig genomlysning av några av dessa överenskommelser.

frågan är dock enligt uppgift från SKL åtgärdad sedan årsskiftet 2018/19. Diskussioner pågår mellan SKL och regioner/landsting och kommuner om hur statistiken kan utvecklas.

Vårdanalys konstaterar vidare att det saknas statistik på nationell nivå för att göra en mer heltäckande uppföljning av den nya lagen, såväl vad gäller om delmoment såsom en individuell plan (SIP) har gjorts eller om en fast vårdkontakt har tillsatts, som uppföljning ur patient- och verksamhetsperspektiv.

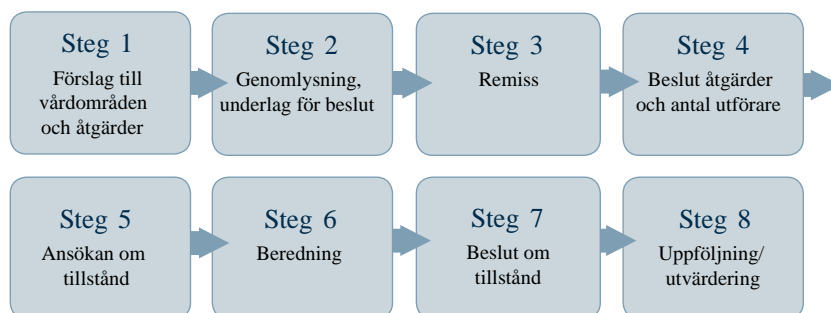
3.3.2 Beslutsprocess för den högspecialiserade vården

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 2018.¹¹ 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.

Liksom för den tidigare rikssjukvården är Socialstyrelsen ansvarig myndighet för den nationella högspecialiserade vården. Myndigheten har tagit fram en arbetsprocess för hur man ska utreda, lämna förslag på och besluta om vad som ska utgöra högspecialiserad vård. Myndigheten samarbetar under hela processen med representanter från regioner/landsting och andra myndigheter, företrädare för professionen, patienter och närstående, samt SKL.

¹¹ SOU 2018:39 *God och nära vård – En primärvårdsreform*, avsnitt 4.2.1.

Figur 3.2 Arbetsprocess högspecialiserad vård



Källa: www.socialstyrelsen.se/rikssjukvard/nationellhogspecialiseradvard

Figur 3.2 beskriver arbetsprocessen. I steg 1–4 tas underlag fram och beslut tas om vilken vård som ska definieras som nationell högspecialiserad vård. Man beslutar även hur många vårdenheter som ska bedriva vården. I steg 5–8 sker beredning inför ansökan, nämnden¹² tar beslut om tillstånd och i sista steget sker utvärdering av vården.

Sex pilotområden för att testa arbetsprocessen utsågs inom kvinnsjukvård och förlossning samt nervsystemets sjukdomar. I mars 2019 kom resultatet av de första pilotområdena och tre områden föreslås bli nationell högspecialiserad vård. Dessa är avancerad kirurgi vid endometriosis, viss vård inom området trofoblastsjukdomar och viss vård inom avancerad fostermedicin. Förslagen har remitterats under våren 2019. Efter remisstiden kommer Socialstyrelsen att fatta beslut om dessa områden ska bli tillståndspliktig nationell högspecialiserad vård och i så fall hur många vårdenheter i landet som ska få utföra vården. I nästa steg kommer regionerna att kunna ansöka om tillstånd för att bedriva vården och därefter fattar nämnden för nationell högspecialiserad vård beslut om vilka regioner som får uppdraget (jfr figur 3.2 ovan).

I Socialstyrelsens dialog med landsting och regioner har vikten av att tidigt identifiera beroenden mellan olika vårdområden samt påverkan på akutsjukvården uppmärksamats. Inriktningen är därför att, tillsammans med de nationella programområdena, göra en

¹² Nämnden för nationell högspecialiserad vård, vilken är utsedd av regeringen och består av politiker från sjukvårdsregionerna och har Socialstyrelsens generaldirektör som ordförande.

övergripande kartläggning av alla förslag på nationell högspecialiserad vård. Man vill även upprätta en strukturerad dialog mellan programområdena, bl.a. för att förankra förslag på vårdområden och att tillsätta sakkunniggrupper som är ändamålsenliga. Därför kommer inga nya sakkunniggrupper startas upp förrän den övergripande kartläggningen av samtliga vårdområden är genomförd. Piloternas sakkunniggrupper, som är igång, fortsätter arbetet enligt plan.¹³

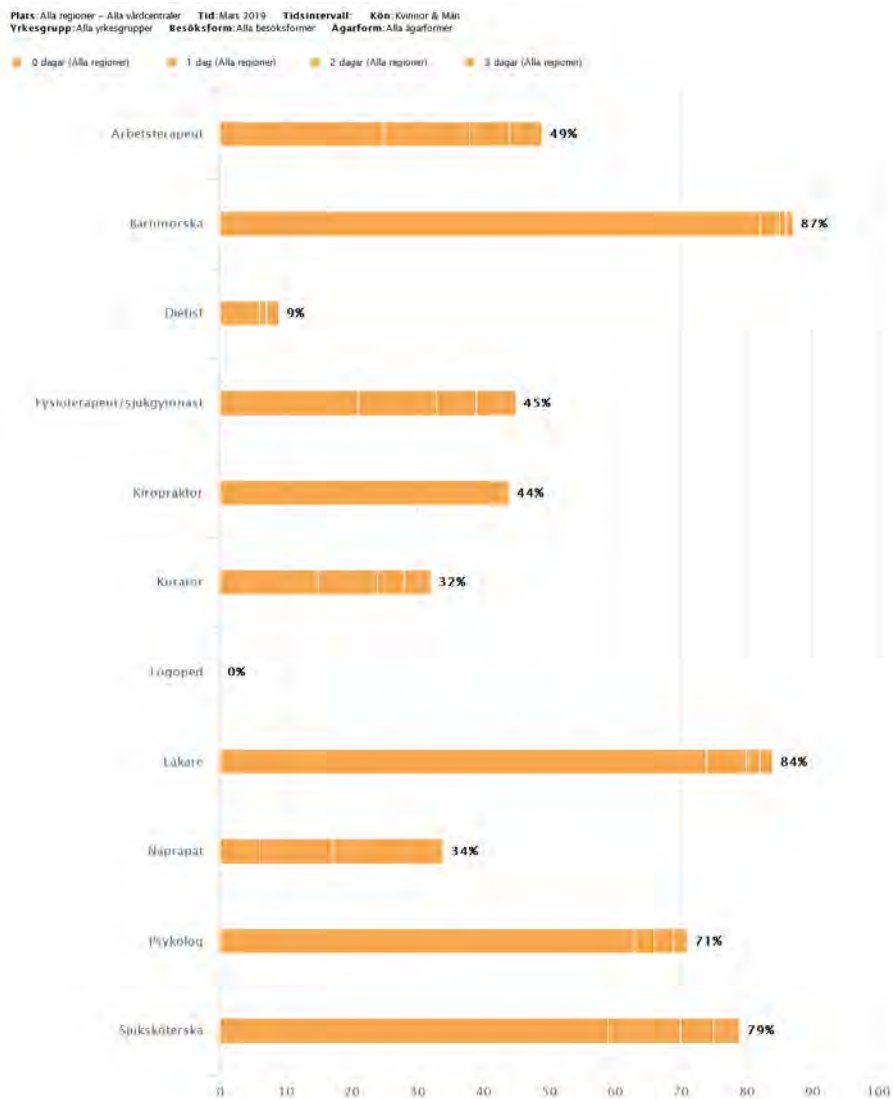
3.3.3 Behovsstyrd vårdgaranti

Den förstärkta behovsstyrda vårdgarantin i primärvården som vi föreslog i vårt första delbetänkande trädde i kraft den 1 januari 2019.¹⁴ Den innebär att patienter, vid behov, nu ska få en medicinsk bedömning av en läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom tre dagar. Vem patienten ska träffa beror liksom tidigare på patientens behov och avgörs på samma sätt som tidigare av vårdens medarbetare. I mars 2019 presenterades den första uppföljningen av den förstärkta vårdgarantin i primärvården, där man alltså nu för första gången inkluderar besök hos alla legitimerade professioner. Vid detta första tillfälle var det tolv regioner/landsting som levererade data enligt uppföljningsmodellen för den förstärkta vårdgarantin. Övriga beräknar att kunna börja leverera data under våren 2019. Andel patienter som fått en medicinsk bedömning inom tre dagar fördelar sig per yrkesgrupp enligt figur 3.3.

¹³ Socialstyrelsen, *Nationell högspecialiserad vård*.

¹⁴ Prop. 2017/18:83 *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*, 2017.

Figur 3.3 Andel patienter som fått medicinsk bedömning inom tre dagar (per yrkesgrupp)



Källa: www.vantetider.se

Vid besök och dialog med vårdpersonal som arbetar i primärvården i olika delar av landet har utredningen fått medskick om att den nya lagstiftningen ibland i den lokala implementeringen tolkas som att man tagit bort behovet av att hälso- och sjukvården vid den s.k.

nollan – dvs den första kontakten med vård/hälsocentralen – gör en bedömning av om det föreligger ett behov av att få en medicinsk bedömning, eller om besvären ska hanteras på annan nivå (t.ex. genom egenvårdsråd, eller om det kanske är så allvarligt att det ska direkt till en akut eller närakut). Lagen förefaller på vissa håll tolkas som, och ibland följas upp utifrån, att man utan bedömning ska boka in alla inom tre dagar. Det är ett missförstånd. Precis som under den tidigare vårdgarantin så ”kickar garantin in” först när vården bedömt att den som kontaktar vården har ett behov av att få en medicinsk bedömning i primärvården. Har man ett behov av att få hjälp av en läkare är det en läkare man ska få en medicinsk bedömning av och har man behov av t.ex. en fysioterapeut är det den man ska få en medicinsk bedömning av, inom tre dagar. För att avgöra vilket behov av medicinsk bedömning som föreligger och vilken profession som kan möta det behovet krävs det alltså en behovsbedömning och därefter triagering vid den första kontakten, den s.k. nollan.¹⁵ Detta är avgörande för att kunna upprätthålla en prioritering av verksamhetens resurser i enlighet med HSL. För stöd i implementeringen av den nya lagen hänvisas till SKL:s informationsmaterial som kan hämtas på deras hemsida.¹⁶

3.4 Milstolpar för beslut

3.4.1 Ett nationellt utformat primärvårdsuppdrag och uppföljningstillfällen för färdplanen

Vårt andra delbetänkande, God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39), rymmer bl.a. förslag om ett nationellt utformat primärvårdsuppdrag och hur omställningen enligt färdplanen ska följas upp. Två punkter som vi i färdplanen har listat som milstolpar för framtida beslut. Dvs. vi ser beslut om dessa punkter som avgörande för att omställningen ska lyckas. Betänkandet har remissbehandlats under hösten 2018 och bereds för närvarande i regeringskansliet. Noteras kan i sammanhanget att en av de 73 punkterna i Januariavtalet¹⁷ (punkt nr. 60) är att en primärvårdsreform

¹⁵ Prop. 2017/18:83 *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*, s. 47–48.

¹⁶ SKL, *Förstärkt vårdgaranti från 1 januari 2019*.

¹⁷ Sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna. Delar av regeringens politik bygger på denna överenskommelse.

införs och det beskrivs att syftet är att detta ska vara genomfört under mandatperioden.

3.4.2 Beslut hos huvudmän för att genomföra omställningen

Omställningen till god och nära vård pågår i hela landet och pågick i många delar redan innan såväl arbetet med Effektiv vård som vårt utredningsuppdrag. Hur omställningsarbetet drivs ser olika ut och beror på förutsättningarna i respektive län. Benämningen nära vård används inte alltid i strategiska dokument och politiska beslut, framför allt om dessa är tagna några år tillbaka, men utvecklingsinriktningen är övergripande gemensam. En tydlig inriktning är att det inom flera län etableras gemensamma strategier mellan kommunerna och regionen samt att flera målbilder och strategier utformats med stöd i såväl medborgardialoger som i nära samverkan med personalen. I hela landet pågår konkret utveckling av nära vård – denna utveckling är i vissa fall del av ett regionalt strategiskt arbete och i andra fall initierad av verksamheterna. För ytterligare genomgång av pågående omställningsarbete hänvisas till bilaga 4.

3.5 Övrigt

3.5.1 Arbete för att synliggöra, stärka och understödja den kommunala hälso- och sjukvården

I utredningens många möten och dialoger med olika berörda aktörer framträder en bild där den stora och viktiga roll som kommunen har som huvudman för, och utförare av, hälso- och sjukvård fortfarande ofta är ganska okänd, t.o.m. för dem som verkar i systemet. En bild där många medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) och medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) runtom i landet känner sig ensamma i sitt hälso- och sjukvårdsuppdrag i kommunerna och i hög utsträckning saknar de stödsystem som motsvarande funktioner i regionerna/landstingen har. En bild av att företrädare för kommunal hälso- och sjukvård i alltför liten utsträckning inkluderas i de strategiska sammanhang där svensk hälso- och sjukvård diskuteras och utvecklas.

Samtidigt ser vi också en del positiva tecken på att allt fler aktörer har samma bild, tar denna problematik på allvar och inom sina respektive ansvarsområden påbörjar arbeten för att på olika sätt åtgärda detta, i såväl sina interna organisationer som i sina externa uppdrag. Att ansvaret för hälso- och sjukvården nu ligger i samma ministerportfölj som ansvaret för socialtjänsten, ser vi som ett sådant positivt exempel. Nedan lyfts två andra exempel på myndigheters arbete inom detta område som vi också välkomnar och ser som viktiga bidrag för att verkligen kunna skapa en sammanhängande god och nära vård, oberoende av huvudmannagränser.

Socialstyrelsens förstudie om kommunalt finansierad hälso- och sjukvård

Under 2018 har Socialstyrelsen genomfört en förstudie om kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Syftet har varit att kartlägga och analysera hur myndigheten kan utöka och förbättra stödet till kommunal hälso- och sjukvård. Inriktningen har varit att förstärka stödet till kommunerna i deras roll som huvudman för hälso- och sjukvården men också till verksamheter som utför kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Arbetat har utförts i samverkan med Partnerskapet med SKL och de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS).

I förstudien konstateras inledningsvis att ”Många av de sköraste patienterna med komplexa hälsoproblem och svåra funktionsnedsättningar får delar av sin vård inom den kommunala hälso- och sjukvården. Kommunernas roll och ansvar avspeglas inte tillräckligt i beskrivningarna av hälso- och sjukvården och i en del av de nationella initiativ som har tagits för att utveckla hälso- och sjukvården”.¹⁸

Rapporten lyfter vidare ett antal utmaningar för/i den kommunala hälso- och sjukvården som knyter an till problembeskrivningen ovan. Det gäller bl.a.:

- Kortare vårdtider och snabbare utskrivning av medicinskt färdigbehandlade patienter från sjukhusen leder till att åtgärder för rehabilitering och habilitering i större utsträckning behöver utföras i den kommunala hälso- och sjukvården.

¹⁸ Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård - Förstudie*, s. 8.

- Att kommunerna och verksamheterna behöver tillgång till kunskap om rekommenderade metoder för alla de tillstånd som numera hanteras inom kommunal hälso- och sjukvård.
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) behöver goda förutsättningar för att fullgöra sitt ansvar att verka för en god och säker hälso- och sjukvård.
- Patienter i kommunal hälso- och sjukvård behöver ofta både vård och sociala insatser och många har flera olika vård- och omsorgsgivare som behöver samverka. Detta skapar flera gränssnitt och potentiella risker när patienter rör sig mellan olika verksamheter.
- Kompetensförsörjningen. Kommuner och landsting behöver tillsammans arbeta strategiskt med kompetensplanering, med att utveckla attraktiva arbetsplatser och med att satsa på kompetensutveckling av befintlig personal.

Förslag till flerårig åtgärdsplan

I förstudien föreslås en flerårig åtgärdsplan, omfattande följande:

1. Beskrivning av de regler som styr kommunal hälso- och sjukvård

En beskrivning av gällande regler för att ge kommunerna bättre överblick av regelverket som styr hur de kan bedriva sin verksamhet.

2. Stöd till samverkan

Samla och sprida information om olika modeller för samverkan, överenskommelser som träffas och organisatoriska lösningar.

3. Synliggöra kommunal hälso- och sjukvård i beskrivningarna av hälso- och sjukvården

Systematiskt inkludera kommunal hälso- och sjukvård i beskrivningarna av hälso- och sjukvården.

4. Stöd till att utveckla mål och nyckeltal för en god kommunal hälso- och sjukvård

Utveckla nyckeltal för en god kommunal hälso- och sjukvård som kan användas för mål, uppföljning och jämförelser.

5. Stöd för kunskapsbaserad omvårdnad, prevention, rehabilitering, habilitering m.m.

Utveckla kunskapsbaserade stöd som är anpassade till kommunernas behov och förutsättningar.

6. Stöd till vård vid särskilda diagnoser

Med stöd av nationella riktlinjer, vägledningar och andra kunskapsstöd ta fram kunskapsbaserade stöd som anpassas till kommunernas behov och förutsättningar.

7. Stöd till kompetensutveckling

Ta fram utbildningar, utbildningsmaterial och guidematerial för att stödja kommunernas arbete med kompetensutveckling av sin personal.

Utredningen välkomnar detta initiativ och den föreslagna åtgärdsplanen. Vår bedömning är att de föreslagna åtgärderna utgör centrala bidrag till att stödja systemet i omställningen av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. I mars 2019 fick Socialstyrelsen i uppdrag att stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, med utgångspunkt i den föreslagna åtgärdsplanen.¹⁹

IVO

Förstudie om En samordnad vård och omsorg för personer som behöver ett multidisciplinärt omhändertagande – hur når vi dit?

Personer som behöver ett multidisciplinärt omhändertagande utgör ett av de prioriterade riskområden som IVO genom en nationell riskanalys arbetat fram för 2018–2020. Riskområdet är komplext och omfattar flera övergripande riskfaktorer, som samverkan inom och mellan vård- och omsorgsgivare, bemanning och kompetens och informationssäkerhet. Det berör också flera patientgrupper, samt flera olika verksamheter, inom såväl hälso- och sjukvård som

¹⁹ Regeringen, Socialdepartementet *Regleringsbrev för budgetåret 2019 avseende Socialstyrelsen*, 2019-03-28.

socialtjänst. IVO noterar i sin tillsyn att ”vård- och omsorgsgivarna inte alltid samordnar sina insatser i tillräcklig omfattning, och att verktyg som kan bidra till ökad samordning, som samordnad individuell plan, inte alltid används. Samordningen brister mellan vårdnivåer, men också mellan olika aktörer och yrkesgrupper inom samma vårdnivå, och såväl vid specifika tillfällen och över tid.”²⁰

Förstudien konstaterar att samverkan ofta resulterar i uppdelning av ansvar i stället för att aktörerna tar ett gemensamt ansvar. I de mellanrum som då uppstår mellan olika verksamheters ansvar, befogenheter och kompetens kan personer med komplexa vård- och omsorgsbehov hamna. Det rekommenderas att IVO i sin tillsyn bör ”utgå från den enskildes perspektiv, där samordning av insatser är det som är av överordnad betydelse, snarare än samverkansstrukturerna mellan olika huvudmän”.²¹ Förstudien bedömer vidare att ökad kunskap och insikt hos både ledning och personal är viktigt för att kunna bryta invanda handlings- och tankemönster. Den rekommenderade tillsynen inom detta riskområde har alltså inte till primärt syfte att ”rätta fel”, utan att underlätta ett systemiskt utvecklingsarbete utifrån en granskning av hur det fungerar i praktiken.

Nationell tillsyn som tar sin utgångspunkt i patienters upplevelser av vården och omsorgen

Baserat på resultaten av förstudien som beskrivs under föregående rubrik påbörjar IVO under våren 2019 en nationell tillsyn som tar sin utgångspunkt i patienters upplevelser av vården och omsorgen. Tillsammans med patienter och närstående ska man ta reda på var det uppstår mellanrum mellan olika verksamheters ansvarsområden, befogenheter och kompetens. Inledningsvis kommer IVO att prata med personer med MS, eftersom det är en patientgrupp som har insatser från både kommunen och landstinget och hälso- och sjukvård och socialtjänsten.²²

²⁰ IVO, *En samordnad vård och omsorg för personer som behöver ett multidisciplinärt omhändertagande – hur når vi dit?*, s. 18.

²¹ IVO, *En samordnad vård och omsorg för personer som behöver ett multidisciplinärt omhändertagande – hur når vi dit?*, s. 4.

²² IVO, *Patienterna får identifiera glappen inom vården och omsorgen*.

3.5.2 Aktuella utredningar med särskild relevans för omställningen²³

Utredningen en nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09)

Utredningen lämnade sitt slutbetänkande i december 2018.²⁴ Utgångspunkten för utredningen är att människors psykiska ohälsa bör angripas på övergripande samhällsnivå. Det går inte att bemöta den endast i vården utan den bör bemötas på alla samhällsnivåer. Utredningens förslag är därför främst fokuserade på hur man ska kunna jobba med psykisk ohälsa i andra delar av samhället än vården, b.l.a. med förebyggande åtgärder. För att bäst kunna motverka psykisk ohälsa bör man ha långsiktiga projekt med tydlig utvärdering av resultat. Utredningen föreslår därför bl.a. att:

- verksamhetsområdet psykisk hälsa blir ett nytt politikområde,
- det införs en strategi för psykisk hälsa som sträcker sig mellan 2020–2030. Strategin ska innehålla resultatmål och åtgärder för flera politikområden,
- ökad tvärsektoriell myndighetssamverkan inom området. Folkhälsomyndigheten ska ha en samordnade roll och ett övergripande ansvar,
- statsbidrag till länsstyrelser, resurscentrum, kommuner och landsting för arbete med att främja psykisk hälsa,
- myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör ges i uppdrag att ta fram indikatorer för att kunna mäta patient- och brukarnära resultat och kvalitet,
- området psykisk hälsa bör utgöra ett eget forskningsprogram under åren 2020–2030.

²³ Detta är inte en exklusiv sammanställning och vi lyfter enbart utredningar som inte beskrivits i tidigare delbetänkanden, alternativt som kommit med nytt material sedan vårt förra delbetänkande. Därför redovisas t.ex. inte utredningen Framtidens socialtjänst (S 2017:03) eller utredningen Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08).

²⁴ SOU 2018:90 *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt: Förslag för en långsiktig hållbar styrning inom området psykisk hälsa.*

Läkemedelsutredningen (S 2016:07)

Utredningen lämnade i november 2017 ett delbetänkande²⁵ och i december 2018 överlämnades slutbetänkandet.²⁶ Dess huvudsakliga förslag är att statens nuvarande särskilda bidrag för landstingens läkemedelskostnader förs över till det generella statsbidraget. Syftet med detta är att landstingen ska ha större möjlighet att göra egna prioriteringar och välja mer kostnadseffektiva lösningar. Utredningen föreslår även ett särskilt bidrag till landstingen för att stödja en ändamålsenlig användning av nya och effektiva läkemedel samt särskilt stöd till de landsting som har ovanligt höga kostnader för en utvald grupp läkemedel som används vid sällsynta tillstånd. Utredningen har även flera specifika förslag som förtydligar prissättningen för läkemedel, t.ex. att ta bort speciallösningar för vissa läkemedel såsom läkemedel som innehåller insulin.

För att göra bedömningen av läkemedel mer enhetlig och överskådlig nationellt föreslår utredningen mer samarbete mellan landstingen. Avtal om speciella återbärningar och rabatter på läkemedel ska endast kunna göras mellan regionerna/landstingen gemensamt och den som marknadsför varan. Regionerna/landstingen ska också inrätta ett nytt gemensamt läkemedelsråd som kan utfärda nationella utvärderingar av nya läkemedel. Detta ersätter det nuvarande NT-rådet.

Apotekens förhandlingsrätt föreslås tas bort. Apoteken ska inte längre få köpa in eller sälja läkemedel utan generisk konkurrens till priser som understiger de priser som Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) har fastställt. Apoteken ska byta till det tillgängliga utbytbara läkemedel som leder till lägst kostnader för den som betalar, dvs. patient eller landsting.

Som ett led i en mer övergripande statlig styrning bör staten använda uppföljning och återkoppling mycket mer aktivt. TLV bör därför ges i uppdrag att göra årliga sammanställningar av läkemedel. TLV bör också få ökade möjligheter att behandla personuppgifter. Betänkandet har remissbehandlats under våren 2019.

²⁵ SOU 2018:39 *God och nära vård – En primärvårdsreform*, avsnitt 4.2.1.

²⁶ SOU 2018:89 *Tydligare ansvar och regler för läkemedel*.

Kostnadsutjämningsutredningen (Fi 2016:12)

Utredningen redovisade sitt slutbetänkande i oktober 2018.²⁷

Kostnadsutjämningsystemet är ett system för att kunna omfördela resurser mellan regioner/landsting och kommuner till de landsting och kommuner som har störst behov. Utredningens huvudsakliga förslag är olika förändringar i de delmodeller som används för att räkna ut behoven i regionerna/landstingen. Förändringarna ska göra modellerna mer aktuella, rättvisa och relevanta. Många av delmodellerna anpassas för att hantera förändringar efter det ökade flyktingmottagandet 2015. Det är också flera förändringar som berör glesbygdspolitik, t.ex. föreslås att ersättningen för minskande befolkning i kommuner fördubblas. Löner ingår fortsatt som utjämningsgrund, men med vissa förändringar i delmodellen, t.ex. inkluderas merkostnader för bemanning i glesbygd.

I matrisen för att räkna ut kostnadsutjämningsystemet för hälso- och sjukvård tas nuvarande variabel för andel av befolkningen som bor i småhus bort. I stället införs kompensation för skillnader i utbildningsnivå. Delmodellen för hälso- och sjukvård i glesbygd har räknats om baserat på mer aktuella siffror. Kompensationer för ambulanstransporter i glesbygden ökar. Betänkandet har remissbehandlats under våren 2019.

Styr- och resursutredningen (strut) (U 2017:05)

Regeringen beslutade den 27 april 2017 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att göra en samlad översyn av universitetens och högskolornas styrning, inklusive resurstilldelning. Utredningen överlämnade sitt slutbetänkande i februari 2019.²⁸

Nuvarande styr- och resursfördelningssystem infördes 1993. Det har sedan dess inte gjorts någon samlad utvärdering av systemet. Utredningen hade därför i uppdrag att se över nuvarande system och göra det anpassat till rådande förhållanden. Målet är att styrningen ska vara långsiktigt hållbar och att resursfördelningen ska vara förutsägbar för högskolorna. Utredningen har också i uppdrag att skapa styrmedel för staten att kunna anpassa utbildningsutbudet för att bidra till kompetensförsörjning.

²⁷ SOU 2018:74 *Lite mer lika: Översyn av kostnadsutjämningsystemet för kommuner och landsting.*

²⁸ SOU 2019:6 *En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan.*

De statliga universiteten och högskolorna styrs företrädesvis genom de mål och krav som anges i högskolelagen och de förordningar som ansluter till den, främst högskoleförordningen. Vissa centrala mål och krav framgår också av det gemensamma regleringsbrevet för universitet och högskolor. De statliga universiteten och högskolorna har långtgående möjligheter att själva bestämma hur resurserna ska användas. Ett utmärkande drag för resursfördelningen till högskolorna är att lärosätena ges två anslag, ett för utbildning på grundnivå och avancerad nivå och ett för forskning och utbildning på forskarnivå. I princip alla uppgifter som lärosätena har från regering och riksdag finansieras via dessa två anslag med undantag för vissa särskilda uppdrag.

Utredningen anser att den nya styrningen ska vara mer dialog- och tillitsbaserad. Styrningen ska förtydliga lärosätenas uppdrag och ha ett helhetsperspektiv på verksamheten. Följande förändringar föreslås bl.a.:

- övergripande mål bör formuleras långsiktigt. Regeringen bör därför presentera en samlad proposition för högre utbildning och forskning varje mandatperiod,
- att utbildningsutbudet ska utformas med hänsyn till kunskapsutvecklingen och svara mot studenternas efterfrågan samt arbetslivets och samhällets behov bör skrivas in i författning. Lärosätenas ansvar för yrkesverksammas fortbildning och vidareutbildning bör slås fast i högskolelagen,
- för att möjliggöra mer flexibla utbildningar bör prestationer ges mindre betydelse i resurstilldelning,
- regeringen ska ha styrinstrument för att kunna påverka utbildningsutbudet för legitimationsyrken inom skola och hälso- och sjukvård. Styrinstrumentet föreslås vara fyraåriga utbildningsuppdrag som består av mål för antal helårsstudenter på totalnivå samt mål för antal examina för utbildningar,
- samarbeten mellan lärosäten för utbildningsutbudet bör utvecklas vidare, liksom det arbete som har inletts med att skapa nationella och regionala samverkansarenor för exempelvis vårdutbildningar,
- de nuvarande två anslagen ersätts av ett samlat. Dagens modell med att anslaget baseras på antalet studenter samt prestationer

ersätts med en modell med en fast bas och en årligt rörlig del styrd endast av antalet helårsstudenter.

Betänkandet remissbehandlas under våren 2019, med sista svarsdagen den 24 juni 2019.

Utredningen om specialistsjuksköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar (U 2017:08)

Utredningen presenterade sitt slutbetänkande i november 2018.²⁹ I slutbetänkandet föreslås en förändrad specialistsjuksköterskeexamen. Utredningen anser att det inte är möjligt att föreslå ett alternativ som går alla intressenter till mötes. Den föreslår därför flera olika möjliga modeller. Den modell utredningen själva bedömer är mest lämpad, innebär att de elva fasta områdena för specialisering minskas till endast tre och att lärosätena ska kunna erbjuda ”öppen specialisering”. ”Öppen specialisering” innebär att respektive lärosäte själv beslutar om vilka områden för specialisering som ska erbjudas utöver de tre fasta.

Utredningen bedömer att det råder en oklarhet kring vilka kompetenser specialistsjuksköterskor besitter och hur dessa ska användas. Oklarheten har lett till att yrket uppfattas som oattraktivt. Flera av utredningens förslag syftar därför till att förtydliga specialistsjuksköterskornas uppdrag och kompetens. Det finns också stora svårigheter i planeringen av kompetensförsörjningen. Utredningen föreslår mer utvärdering och uppföljning. Utredningen föreslår också ökad möjlighet till fortbildning, mer forskning samt vissa förändringar i specialistsjuksköterskeutbildningen. För att åstadkomma detta föreslås bl.a.:

- avancerad klinisk specialistsjuksköterskeexamen införs som en ytterligare specialistnivå utöver dagens specialistsjuksköterskeexamen. Den består av en tvåårig vidareutbildning som även innebär en ny yrkesroll med större fokus på samordning,
- för en ökad kvalitet och uppföljning av den verksamhetsförlagda delen av utbildningen (VFU) föreslås ett avtal mellan lärosäten och vårdgivare kallat VULF-avtal (vårdvetenskaplig utbildning,

²⁹ SOU 2018:77 *Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter.*

lärande och forskning). Detta motsvarar ALF-avtalet som finns för läkare,

- det bör inrättas ett råd inom regeringskansliet för samverkan mellan staten och huvudmännen gällande utbildning och kompetensförsörjningsfrågor för avancerade kliniska specialistsjuksköterskor, barnmorskor, röntgensjuksköterskor och specialist-sjuksköterskor.

Betänkandet har remissbehandlats under våren 2019.

Utredningen *Idéburna aktörer i välfärden* (Fi 2018:04)

Regeringen beslutade i juni 2018 att tillsätta en särskild utredare med uppdrag att ta fram ett förslag på en tydlig definition av idéburna aktörer som kan användas för att identifiera och avgränsa dessa från andra aktörer i välfärdsverksamheter och andra närliggande offentligt finansierade eller subventionerade verksamheter.³⁰ För att åstadkomma detta har utredaren i uppdrag att:

- kartlägga hur idéburna aktörer definieras och avgränsas i andra länder och hur sådana system används,
- föreslå en definition av idéburna aktörer,
- kartlägga och analysera olika förfaranden inom välfärden för att utifrån den föreslagna definitionen identifiera idéburna aktörer,
- kartlägga nuvarande associationsformer för idéburna aktörer och identifiera eventuella brister. Om utredningen identifierar brister ska den föreslå alternativa associationsformer,
- identifiera risker för att en definition av idéburna aktörer i välfärden missbrukas av oseriösa aktörer,
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Utredningen ska redovisa sitt arbete senast den 14 december 2019.

³⁰ Dir. 2018:46 *En tydlig definition av idéburna aktörer i välfärden*.

Utredningen Reglering av yrket undersköterska (S 2017:07)

I oktober 2017 beslutade regeringen att tillsätta en utredning för att se över och lämna förslag på hur yrket undersköterska kan regleras. Utredningen lämnade sitt slutbetänkande i april 2019.³¹ Yrket undersköterska är för närvarande oreglerat, vilket innebär att det inte krävs någon särskild kompetens eller utbildning för att använda sig av titeln. Utredningen har kartlagt den nuvarande kompetensnivån för undersköterskor och kommit fram till att det finns tydliga brister. För att åtgärda detta föreslår utredningen att yrket undersköterska blir en skyddad titel. Detta innebär att endast den som har en undersköterskeexamen eller liknande kompetens får använda titeln. Socialstyrelsen föreslås vara behörig myndighet för det reglerade yrket undersköterska och pröva ansökningar om bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska. Socialstyrelsen ska också meddela föreskrifter om vilka kompetenser som anses motsvara en undersköterskeexamen och samråda med Skolverket om innehållet i undersköterskeutbildningen. Förslagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2025.

3.5.3 Kultur, attityd och tillitsfrågor

I flera av remissvaren på utredningens föregående betänkande lyftes behovet av förståelse för att när hälso- och sjukvården förändras till att bättre motsvara befolkningens behov och förväntningar i dag, måste också kulturen i vården förändras. Att personcentrera vården innebär också att utmana tidigare rådande maktstrukturer och hierarkier. I utredningens arbete har vi redan tidigt betonat behovet av tillit mellan olika aktörer i systemet för att kunna genomföra den stora förändring som hälso- och sjukvården står inför.³² Många, inte minst patient- och brukarorganisationer, lyfter i våra dialoger att omställningen till ett modernt och personcentrerat hälso- och sjukvårdssystem med integrerad ansats förutsätter ett ifrågasättande av ibland föråldrade synsätt och attityder. Hälso- och sjukvårdssektorn står inte utanför den aktuella samhällskontexten, utan är tvärtom högst kontextberoende genom att beröra och engagera så många

³¹ SOU 2019:20 *Stärkt kompetens i vård och omsorg*.

³² SOU 2017:53 *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild*, avsnitt 4.5.

medborgare. Nya vårdformer och möjligheter har på kort tid etablerats, inte minst till följd av den ökade digitaliseringsviljan hos såväl befolkning som makthavare. Nya sätt att representera och företräda patientperspektivet utvecklas ständigt. Ett av de exempel som fått störst genomslag på området är Sara Riggares arbete med begreppet spetspatient.³³ Bemötandefrågor har tydligt kommit i fokus och kunskapen om hur ett gott bemötande har avgörande betydelse för såväl vilket resultat som uppnås som för patientsäkerheten betonas bl.a. i kunskapsunderlag.³⁴ Likaså ökar kunskapen alltmer om vikten av en god arbetsmiljö för att upprätthålla en adekvat patientsäkerhet.³⁵

Sammanfattningsvis är utredningens uppfattning att kultur-bärande frågor som förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet, tillit, maktstrukturer och beteenden fortsatt behöver finnas med i dialogen om omställningen till en nära vård. Vi tror att det samtalet måste föras på många platser i systemet och att det måste inkludera alla berörda, såväl medarbetare som personer med patient- och närståendeerfarenhet. Vi tror att vi som utredning kan bidra och har bidragit genom att lyfta goda exempel, men en ändrad kultur är inget som kan lagstiftas fram. Det är heller inget arbete som någon aktör kan göra på egen hand. Detta är frågor som måste diskuteras av alla och med alla berörda. Det behövs arenor för det på arbetsplatser, i ledningsgrupper, mellan arbetsgivarföreträdare och professionsorganisationer. Runt om i landet förs medborgardialoger gällande hälso- och sjukvårdens utformning på nya sätt; det skapas hälso-caféer, inbjuds till stormöten för att efterhöra befolkningens syn på behoven när verksamheter utvecklas och alltfler vårdinrättningar samverkar med patient- och brukarrepresentanter på nya sätt i sina styr- och ledningsgrupper. Flera regioner har också anställt personer med patienterfarenhet i sina organisationer. Vi tror att allt detta är en nödvändig utveckling för att hälso- och sjukvården ska uppfattas som en relevant och samtida aktör, och därmed nödvändigt för att upprätthålla förtroendet för hälso- och sjukvården, såväl från patienter och medarbetare som från övriga medborgare.

³³ Riggare Sara, *Not patient but im-patient*.

³⁴ Socialstyrelsen, *Kunskapsguiden.se*.

³⁵ SKL, *Patientsäkerhet och arbetsmiljö*, 2013.

3.6 Fortsatt förvaltning och utveckling av målbild och färdplan överlämnas

I vårt andra delbetänkande beskrev vi utredningens avsikt att till slutbetänkandet fortsätta utveckla såväl målbild som färdplan. Efter det har vi dock fått nya tilläggsdirektiv som förlänger utredningstiden. Det innebär att vi ska lämna vårt slutbetänkande i mars 2020 i stället för i mars 2019. Vi noterar samtidigt att remissvaren på vårt andra delbetänkande beskriver ett brett generellt stöd för den fördjupade målbilden och färdplanen och vissa lyfter önskemål om ytterligare fördjupning, bl.a. kopplat till än mer fokus på person än organisation och på kommunernas roll. SKL framför i sitt remissvar att man

delar uppfattningen att det behövs en långsiktig strategi och målbild som delas av landsting, kommun och stat för att möjliggöra en hållbar utveckling av en god och nära vård. SKL förordar att vidareutvecklingen av målbilden och uppföljning av omställningen bedrivs i nära samverkan mellan stat, kommuner och landsting genom ett gemensamt strategiskt arbete. Detta strategiska arbete bör påbörjas omgående för att stödja omställningen på bästa möjliga sätt.

Utredningen delar bedömningen att målbild och färdplan måste förvaltas, vidareutvecklas och följas upp av de som är ansvariga för omställningen av svensk hälso- och sjukvård, dvs. kommuner, region/landsting och stat. Givet vår utrednings förlängda tidsramar gör vi nu bedömningen att det inte är ändamålsenligt för vår utredning att vidare förvalta och utveckla målbilden och färdplanen fram t.o.m. vårt slutbetänkande. Vi kommer därmed inte att ytterligare förändra målbilden eller färdplanen utan lämnar genom detta betänkande över den till vår uppdragsgivare – regeringen – att förvalta och vidareutveckla tillsammans med kommunerna och regionerna/landstingen, såsom huvudmän och ansvariga för omställningen till en god och nära vård.

4 Hälsa- och sjukvårdens struktur

4.1 Bakgrund

4.1.1 Utredningens uppdrag

Vår utredning har i uppdrag att analysera om vårdens uppdelning i öppen vård och sluten vård fortfarande är ändamålsenlig (se dir. 2017:97). I ljuset av omställningen av hälso- och sjukvården behöver det utredas närmre om uppdelningen i vårdformer fortfarande fyller någon funktion i den nya hälso- och sjukvårdsstruktur som håller på att växa fram.

Uppdelningen i öppen och sluten vård har betydelse även för andra regelverk än de som direkt rör hälso- och sjukvård. Vi har därför också i uppdrag att redogöra för vilka konsekvenser en utmönstring av begreppen skulle få ur ett bredare perspektiv.

Vår analys ska ta utgångspunkt i vårt övergripande uppdrag att se över hur hälso- och sjukvårdens strukturer behöver förändras för att uppnå en bättre kvalitet och tillgänglighet samt främja effektivitet och jämlikhet. Våra analyser ska i denna del utgå från de förslag som lämnades i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2). I det betänkandet föreslogs att sluten vård ska kunna ges även på annan plats än vid sjukhus. Syftet med förslaget var att luckra upp gränserna mellan vårdformerna för att vården skulle organiseras mer effektivt utifrån befolkningens behov. Det föreslogs ske genom ett mer flexibelt förhållningssätt till vad en vårdplats kan vara samt hur och var olika former av vård kan ges.

I Effektiv vård föreslogs att öppen vård ska definieras självständigt, och alltså inte som i dag som en negativ definition av sluten vård, dvs. det som inte är sluten vård. Syftet med det förslaget var att förtydliga att öppen vård som regel bör väljas i första hand. Den

utredningen ansåg att det finns skäl för en översyn av om uppdelningen av vården i dessa två vårdformer fortfarande är ändamålsenlig.

I Effektiv vård framhölls även att det är dags att staten närmare reglerar principerna för hur hälso- och sjukvården ska organiseras.

Sedan dessa förslag lämnades har dels en ny hälso- och sjukvårdslag (2017:30) (HSL), dels lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (LUS), trätt i kraft. Nya styrande principer för hälso- och sjukvårdens organisering började gälla fr.o.m. den 1 januari 2019. Dessa innebär att regionerna/landstingen ska organisera sin hälso- och sjukvård så att den kan ges så nära befolkningen som möjligt. Om det är motiverat av kvalitets- och effektivitetsskäl får den koncentreras geografiskt.¹ Detta innebär att förutsättningarna delvis har förändrats sedan betänkandet Effektiv vård lämnades.

Vår utredning återkommer med förslag i slutbetänkandet i mars 2020. I detta avsnitt kommer vi att redogöra för frågans bakgrund, gällande rätt och begreppens funktion i dag.

4.1.2 Hälso- och sjukvårdens utveckling

Som ett komplement till den bredare historiebetraktningen i kapitel 2 ges nedan en överblick av svensk hälso- och sjukvårds utveckling i förhållande till de bägge vårdformerna öppna och slutna vård.

Hälso- och sjukvårdens övergripande struktur

Olika sätt att beskriva hälso- och sjukvård

Traditionellt har hälso- och sjukvårdssystem, såväl internationellt som i Sverige, skilt på sjukhusvård och vård utanför sjukhus. I Sverige har vården delats in i två övergripande vårdformer, som benämns slutna och öppna vård. Begreppet slutna vård har traditionellt varit knutet till vård på sjukhus. När detta beskrivningssystem uppkom kan de båda vårdformerna sägas ha beskrivit olika grad av specialisering, i det att ”enklare insatser” oftare föll under begreppet

¹ Prop. 2017/18:83 *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti* och SOU 2017:53 *God och nära vård - En gemensam färdplan och målbild*.

öppen vård och ”mer avancerade insatser” under begreppet slutna vård. I dag ser dock verkligheten annorlunda ut. Även det som historiskt betraktades som mer avancerade åtgärder, eller mer avancerad vård, kan nu utföras respektive ges inom såväl den slutna som den öppna vården, och till och med i hemmet.

De flesta hälso- och sjukvårdssystem har begrepp för att beskriva den vård som ges när man är intagen på sjukhus. Många andra sjukvårdssystem än det svenska använder sig även av en terminologi, uppbyggd på begrepp som primär-, sekundär- och tertiär vård, för att beskriva vårdsystemets olika vårdnivåer. Vårdnivåerna beskriver i princip graden av specialiserad vård, där tertiär vård är den mest specialiserade.

I Sverige har inte denna senare beskrivningsmodell fått fäste på samma sätt. Eftersom begreppen öppen och slutna vård i dag inte direkt kan sägas motsvara graden av specialisering så saknar vi delvis en sammanhängande begreppsapparat för att beskriva hur den svenska hälso- och sjukvården är organiserad. De begrepp vi vanligen använder – *primärvård, kommunal hälso- och sjukvård, sjukhusvård, öppen vård och slutna vård* – skär på olika led, och gör det svårt för oss att få en tydlig bild av hur den svenska sjukvården är organiserad.

Öppen och slutna vård: utveckling över tid

Uppdelningen i öppen och slutna vård har sin grund i den tidiga ansvarsfördelningen inom vården och i det offentliga sjukförsäkringssystemets konstruktion. Uppdelningen var bl.a. central för vilka hälso- och sjukvårdsförmåner den egna befolkningen skulle få (dvs. vad vården skulle kosta och hur den ersattes från sjukförsäkringen).

Över tid har delvis olika regelverk varit tillämpliga för öppen vård och slutna vård. På 1960-talet reglerades i dåvarande sjukvårdslagen (1962:252) att sjukvården skulle organiseras i öppen respektive slutna vård. Den organisatoriska uppdelningen har dock inte varit så tydlig i Sverige då sjukhusen tillhandahåller såväl slutna som öppen vård. Sedan 1982 års hälso- och sjukvårdslag (1982:763) fyller vårdformerna inte längre någon organisatorisk funktion i lagstiftningen, men har fortfarande betydelse för hur regioner/landsting organiserar, styr och följer upp vården. Vårdformerna i nu gällande HSL

anger snarare i vilken rättslig form vården ges. Det styr i vissa delar vilka rättsliga regelverk som ska tillämpas i det enskilda fallet.

Ansvaret för den slutna vården flyttas successivt

Under 1900-talets början var det framförallt vård vid sjukhus som var reglerat i lagstiftningen. Under efterkrigstiden och fram t.o.m. 1980-talet fick landstingen succesivt ett alltmer samlat ansvar för den svenska hälso- och sjukvården. År 1967 var ansvaret för driften av i stort sett alla allmänna sjukhus överförd från staten till landstingen. Sjukhem och vårdhem för somatisk eller psykisk vård drevs framför allt i enskild regi. Ansvaret för de sista universitetssjukhusen flyttades över till landstingen i början av 1980-talet.

Fram till 1982 års HSL ansvarade staten för planering och samordning av hälso- och sjukvården. Den politiska makten över hälso- och sjukvården flyttades då över till regionerna/landstingen.

Den öppna vårdens framväxt

Den öppna vården tillhandahölls initialt främst av statliga provinsialläkare, vilka var ansvariga för att tillhandahålla all form av öppen läkarvård inom bestämda geografiska områden. Öppen vård tillhandahölls också i begränsad utsträckning vid sjukhusen, och då av läkare verksamma vid sjukhusen, men i deras egen regi, separat från den slutna vården som hade landstingen som huvudman. Landstingens skyldighet att tillhandahålla öppen vård lagfästes första gången år 1959. Skyldigheten gällde då endast öppen vård vid sjukhus. Landstingen var endast skyldiga att tillhandahålla sådan öppen vård som inte lämpligen kunde erbjudas på annan plats än på sjukhus.

År 1963 tog landstingen över ansvaret för provinsialläkarna från staten. Syftet var att förbättra samverkan mellan sluten och öppen vård. Samtidigt byggdes läkarstationer och vårdcentraler ut inom den öppna vården. Därmed lades grunden till den offentliga öppna vård som finns i dag.

Genom lagstiftning har man därefter försökt stimulera att vård i första hand utförs utanför sjukhus och i öppen vård. Antalet vårdplatser i sluten vård har successivt minskat.

På 1990-talet genomfördes stora reformer som innebar att vård flyttades från institutioner till mer öppna former (den s.k. Ädelreformen 1992, den s.k. Handikappreformen 1994 och den s.k. Psykiatrireformen 1995). På senare tid har även en alltmer avancerad sjukvård i hemmet vuxit fram som ett alternativ till sluten vård.

Hemsjukvårdens framväxt

Långtidsvårdplatser utgjorde tidigt en särskild vårdform på lasarett för vilka gällde särskilda regler. Då långtidsvårdplatserna var för få växte en hemsjukvårdsverksamhet fram inom regionerna/landstingen på 1950-talet. År 1967 flyttades ansvaret för långtidssjuka vid lasarett över från stat till region/landsting. Långtidssjukvården byggdes ut och utfördes inom sjukhemsvården. Under 1970-talet omfattade hemsjukvården såväl långvariga som tillfälliga hälso- och sjukvårdsåtgärder som utfördes i patientens eget eller annans hem.

Genom Ädelreformen år 1992 överfördes större delen av den slutna långtidsvården och den primärvårdsanknutna långtidsvården vid sjukhem från regionerna/landstingen till kommunerna. I samband med detta uttrycktes att de sjukhem som överfördes till kommunerna efter reformens genomförande inte skulle ses som inrättningar för sluten vård utan som en boendeform enligt socialtjänstlagen.² Kommunerna ansvarar därefter för hälso- och sjukvård till boende i särskilda boendeformer och till de som vistas i dagverksamhet (se även avsnitt 5.2.2).

Kommunen fick samtidigt befogenhet att erbjuda s.k. hemsjukvård i eget hem efter särskild överenskommelse med regionen/landstinget. Kommunen får också lov att ge hälso- och sjukvård i eget hem utan en överenskommelse, men regionen/landstinget har då kvar sin egen skyldighet att erbjuda vård enligt HSL. Kommunens befogenheter omfattar inte läkarinsatser. Enligt förarbeten var det vård på primärvårdsnivå som överläts till kommunerna.³

² Prop. 1990/91:14 om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m., s. 146.

³ Jfr prop. 1990/91:14 om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m., s. 59–60, s. 76 och s. 152.

Efter psykiatrireformen år 1995 fördes även öppen psykiatrisk långtidssjukvård över till kommunen, även här undantaget läkarinsatsen.⁴

En mer avancerad sjukvård i hemmet växer fram

I takt med medicinsk och medicinteknisk utveckling har en alltmer avancerad sjukvård i hemmet växt fram på 2000-talet. Vårdformen är avsedd att vara ett alternativ eller komplement till sluten vård. Den avancerade sjukvården i hemmet kräver närhet till sjukhusvård samt kvalificerad och tekniskt avancerad medicinsk kompetens. I många fall behöver dessa patienter snabb tillgång till sjukhusens resurser och ofta finns en vårdplats i sluten vård avsatt för patienten. Det har därför ansetts lämpligt att regionerna/landstingen är fortsatt ansvariga för den avancerade sjukvården i hemmet tills patienten är utskrivningsklar från den vårdformen.⁵

Vårdformernas betydelse för patienternas kostnad för vård

Fram till 1970-talet betalade patienten själv läkaren för hela vårdkostnaden inom öppen vård. Patienten fick i efterhand viss del ersatt av försäkringskassorna genom en obligatorisk sjukförsäkring.

För att främja en utbyggnad av den öppna vården samt stärka skyddet för patienter med behov av omfattande och dyrbar vård genomfördes den s.k. sjukronorsreformen år 1970. Reformen innebar en radikal förändring av ersättningssystemet i den öppna offentliga läkarvården. Ett system med i princip enhetlig avgift infördes vilket innebar att patienten inte längre behövde förskottsbeta sina vårdkostnader. Patienten betalade endast 7 kr för ett läkarbesök i offentlig vård, oavsett åtgärd. Återstoden av kostnaden för vården reglerades direkt mellan vårdgivaren och de allmänna försäkringskassorna.⁶ Genom reformen tillmättes sluten vård och öppen vård

⁴ Prop. 1993/94:218 *Psyiskt stördas villkor* och Socialutskottets betänkande 1993/94:SoU28 *Psyiskt stördas villkor*.

⁵ Jfr. prop. 2005/06:115 *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 31 f. och prop. 2016/17:106 *Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*.

⁶ Prop. 1969:125 *om ändring i lagen om allmän försäkring m.m.*

nu samma vikt. Tidigare skillnader i lön och ersättningssystem för läkare inom öppen och slutna vård upphörde.

År 1981 infördes ett högkostnadsskydd⁷ för den öppna sjukvården. Genom 1990 års Dagmarsöverenskommelse slopades det lagreglerade avgiftstaket⁸ i den öppna sjukvården. Landstingen fick själva utforma sitt avgiftssystem för öppen vård inom ramen för ett nytt lagstadgat högkostnadsskydd.

Sedan år 1998 finns bestämmelser om avgiftstak för den slutna vården, men inga nationella regler om högkostnadsskydd. Alla regioner/landsting har därutöver infört egna högkostnadsskydd även i den slutna vården. Patientavgifterna skiljer sig åt mellan slutna och öppen vård i alla regioner/landsting.

Från detaljreglering till målbaserad styrning

Fram till 1962 års sjukvårdslag reglerade hälso- och sjukvårdens författningar i princip endast den slutna vården. Bestämmelserna var detaljerade. I lagen slogs fast att vården skulle organiseras i öppen och slutna vård. Det fanns även detaljerade föreskrifter om att den slutna vården skulle anordnas vid sjukhus, som beroende på vårdens inriktning skulle benämnas lasarett, sjukstuga eller sjukhem. Regionsjukvård (den mer specialiserade vården) reglerades inte i sjukvårdslagen utan genom avtal mellan regioner/landsting.

Traditionellt har slutna vård krävt intagning på vårdinrättning och nyttjande av en sängplats. Vid sjukhusen bedrevs så småningom även dagsjukvård och nattsjukvård som ett komplement till traditionell slutna vård. Dessa nya vårdformer medförde problem vid tillämpningen av sjukförsäkringsreglerna. Tillämpningsproblem uppstod även vid s.k. femdagarsvård, då patienten åkte hem över helgen. Man var osäker på hur vården i dessa fall skulle klassificeras.

I förarbeten till sjukvårdsreformen år 1970 klargjordes rättsläget. Dessa s.k. halvöppna vårdformer skulle betraktas som slutna vård vid tillämpning av sjukförsäkringsreglerna. Det innebar bl.a. att regionerna/landstingen fick svara för kostnader för sjukresor till och

⁷ Högkostnadsskydd är en gräns för hur mycket en patient som mest behöver betala för vård. När patientens kostnad har nått upp till gränsen är resten av vården kostnadsfri för patienten.

⁸ Avgiftstak är en gräns för hur mycket vård som mest får kosta för patienten per tillfälle/besök.

från vårdinrättningen även för dessa patienter. Det ansågs rimligt då den praktiska lösningen skapats i regionerna/landstingens intresse samt innebar kostnadsbesparingar för dessa.⁹

Genom 1982 års HSL gjordes tidigare detaljreglering om till en mer målinriktad lagstiftning. Regionernas/landstingens ansvar utvidgades samtidigt till att även omfatta hälsovård. I det lagstiftningsärendet övervägdes även om begreppen sluten och öppen vård kunde mönstras ut. Det ansågs önskvärt av bakomliggande utredning, men genomfördes aldrig med hänvisning till begreppens betydelse för det offentliga sjukförsäkringssystemet.¹⁰ Ytterligare skäl för att tills vidare behålla begreppen var att de även förekom i andra lagar och användes vid planeringen och finansieringen av hälso- och sjukvården. Tidigare reglering om att vården *ska organiseras* i sluten och öppen vård fördes dock inte över till 1982 års HSL. Begreppens organisatoriska betydelse försvann, medan deras rättsliga funktion behölls. Detaljerade bestämmelser om sjukhus och deras benämningar togs också bort. På sikt fanns en önskan om att avskaffa flera begrepp, däribland sjukhus.¹¹ Bl.a. ersattes ordet sjukhus med vårdinrättning i beskrivningen av den slutna vården. I propositionen uttalades också att man utifrån andra pågående översyner väntade sig att riksdagen följande år (1983) skulle få ta ställning till förslag om att mönstra ut begrepp som sluten vård, öppen vård och sjukhus. Så skedde dock inte och begreppet sjukhus och i viss mån begreppet sluten vård förekommer alltjämt i en mängd författningar på andra områden än hälso- och sjukvård.

Efter en lagteknisk översyn av 1982 års HSL trädde 2017 års HSL i kraft, utan några större sakliga förändringar. Lagen gjordes om till en målbaserad lag. Tidigare beskrivningar av öppen och sluten vård gjordes i förtydligande syfte då om till definitioner.

I dag finns relativt få bestämmelser i HSL som styr hur hälso- och sjukvården ska organiseras. Sedan år 2010 ska primärvården organiseras i vårdvalssystem. Alla som vill har rätt att få en fast läkarkontakt inom primärvården. Sedan den 1 juli 2018 beslutar Socialstyrelsen vilken vård som ska vara nationellt högspecialiserad och var den ska utföras. Sedan den 1 januari 2019 ska regionerna/landstingen organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården

⁹ Prop. 1969:125 med förslag till lag om ändring i lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring.

¹⁰ Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m., s. 67 och 72–73.

¹¹ Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m., s. 67 f. och 121.

kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl får vården koncentreras geografiskt.

4.2 Gällande rätt

4.2.1 Definitionen av sluten vård och öppen vård i dag

Det finns inga halvöppna vårdformer

Sluten vård definieras i 2 kap. 4 § HSL som hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. Öppen vård definieras i 2 kap. 5 § HSL som annan hälso- och sjukvård än sluten vård. Då öppen vård beskrivs i en negativ definition är det centralt att veta vad som omfattas av den slutna vården. Det som faller utanför den är alltså att anse som öppen vård. Denna lagtekniska konstruktion innebär att det inte finns några halvöppna vårdformer eller mellanvårdsformer enligt HSL. Ingen vård är tänkt att falla mellan de två begreppen. I praktiken kan rättstillämparen ändå ställas inför svåra gränsdragningar.

Vård ges i dag på flera olika sätt. Genom uppdelningen delas olika vårdformer in i de två huvudgrupperna sluten vård och öppen vård som sedan i viss mån styrs av olika regler. Den lagtekniska konstruktionen medför att den fortsatta redogörelsen främst kommer att fokusera på begreppet sluten vård.

Intagen på vårdinrättning

Det juridiska gränssnittet för sluten vård markeras i dag med ett beslut om intagning av en patient för vård vid en vårdinrättning. Det är ett administrativt beslut om att vården ska anses som sluten vård. Enligt förarbeten till HSL ska ett sådant beslut fattas om patientens vårdbehov är av sådan karaktär att patienten behöver en vårdplats på sjukhus eller liknande vårdinrättning.¹²

När ett intagningsbeslut fattats ska all vård som patienten får med anledning av det aktuella hälsotillståndet anses som sluten vård fram till dess att patienten skrivs ut från sluten vård.

¹² Jfr prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m., s. 65 f. och 120 f. och prop. 1969:125 med förslag till lag om ändring i lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring och prop. 1962:122 om sjukvårdslag m.m.

Om patienten i samband med intagningen bedöms behöva fortsätta insatser från region/landstingsfinansierad öppen vård eller kommunal hälso- och sjukvård eller socialtjänst, efter det att patienten skrivits ut från slutna vården, ska ett inskrivningsmeddelande skickas till berörda enheter.¹³ En patient är utskrivningsklar när patientens hälsotillstånd är sådant att den behandlande läkaren bedömer att patienten inte längre har behov av vårdinsatser vid en enhet för slutna vård.¹⁴

Avsikten är att en medicinsk bedömning ska ligga till grund för såväl intagnings- som utskrivningsbeslutet. Patientens hälsotillstånd och hur vårdbehovet behöver omhändertas kommer styra i vilken form vården ges. I praktiken påverkas beslutet av den medicinska utvecklingen i stort och av hur hälso- och sjukvården är organiserad i den enskilda regionen eller det enskilda landstinget. Tillgång till rätt kompetens, utrustning och vad som omfattas av den öppna vården, påverkar alltså vad som över tid är slutna vård. Av förarbeten framgår att det har varit lagstiftarens avsikt att reglerna ska kunna anpassas till samhällsutvecklingen.¹⁵

Det har lyfts att begreppet ”intagen” är ålderdomligt och borde ändras. Här kan noteras att en patient även kan vara inskriven i den öppna vården, t.ex. mödravård och barnavård. Uttrycket inskriven vid en vårdinrättning omfattar därför språkligt sett även viss vård i öppen vård. För att definitionen av slutna vård ska bli tydlig i förhållande till öppen vård ansåg lagrådet därför i samband med 2017 års översyn av HSL att begreppet intagen bör behållas.¹⁶

Begreppet vårdinrättning

Vid närmare tolkning av vad lagstiftaren avsett med slutna vård är även begreppet *vårdinrättning* centralt. Det kan konstateras att uttrycket vårdinrättning inte är närmare definierat i varken lag eller förordning. Enligt allmänt språkbruk bör det kunna vara flera olika typer av inrättningar för vård. Vad som avses med uttrycket i HSL

¹³ Se 2 kap. 1 § lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

¹⁴ Jfr 1 kap. 3 § LUS.

¹⁵ Jfr t.ex. prop. 2002/03:20 *Samverkan mellan kommuner och regionerna/landsting inom vård- och omsorgsområdet*, s. 41 och prop. 2016/17:106 *Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård*, s. 15.

¹⁶ Se prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 89 och 280 f.; Zeteo, kommentar till 2 kap. 4 § HSL 2017-11-09.

framgår av förarbeten liksom andra bestämmelser i HSL. Vilka vårdinrättningar som är att anse som vårdinrättningar för slutenvård har förändrats över tid. Framförallt i takt med en förändrad ansvarsfördelning mellan huvudmännen och utbyggnaden av den öppna vården.

Sådana vårdinrättningar har historiskt benämnts som sjukhus. Någon definition av vad som avses med sjukhus finns dock inte närmare reglerat i lag. Vad som uppfattats som ett sjukhus har också förändrats över tid, se avsnitt 4.1.2. Begreppet har i regel haft en bred innebörd i sjukvårdslagstiftning. I 1982 års HSL ersattes det i tidigare lagar använda begreppet sjukhus med vårdinrättning utan att någon ändring i sak var avsedd. Även begreppet vårdinrättning får därmed anses vara ett dynamiskt begrepp.

Av regleringen i 7 kap. 4 § HSL framgår att regionerna/landstingen ansvarar för att det finns sjukhus för hälso- och sjukvård som kräver intagning vid vårdinrättning. Begreppet sjukhus har diskuterats i flera förarbeten under 2000-talet. Av förarbeten till den nu angivna bestämmelsen framgår att det inte är ett specifikt hus, antal sängar eller en organisation som avses utan snarare en viss typ av verksamhet. Den verksamhet som avses är slutenvårdsverksamhet. Det har dock ansetts svårt att beskriva den verksamheten i en lagbestämmelse. Det har tidigare konstaterats att begreppet sjukhus förekommer i ett stort antal bestämmelser och inte bedömts medföra några tillämpningsproblem. Därför har lagstiftaren fortsatt att använda sjukhusbegreppet.

I Sverige finns det ett mycket stort antal vårdinrättningar som enligt lagstiftarens mening är att anse som sjukhus och vårdinrättning för slutenvård. Många av dessa är små enheter med ett begränsat antal vårdplatser. Det kan vara fråga om när- eller lokalsjukhus med ett litet antal vårdplatser för viss typ av vård.¹⁷

I dagligt tal associerar många ett sjukhus med en byggnad där särskilt avancerad och relativt bred vårdverksamhet bedrivs. Ibland begränsas begreppet även till att endast omfatta akut sjukvård. Så begränsat ser inte lagstiftaren på saken.

¹⁷ Prop. 2000/01:36 *Sjukhus med vinstsyfte*, s. 13–14 och s. 21; prop. 2004/05:145 *Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus*, s. 13 ff. och s 26–27.

Viss vård behöver ges på en särskild vårdinrättning

Som redogjorts för i avsnitt 4.1.2 är inte all vård som utförs på sjukhus per automatik avsedd att betraktas som slutenvård. Det finns en lång praxis av att även bedriva öppen vård vid samma vårdinrättningar som bedriver slutenvård. Gränssnittet mellan vårdformerna måste därför dras på ett annat sätt än var vården ges. Vilken vårdverksamhet är det då som lagstiftaren haft i åtanke att skilja ut?

Av förarbetsuttalanden till 2 kap. 4 § HSL framgår att det är vårdbehovets karaktär som bör avgöra om vården måste utföras på en sådan vårdinrättning. Av uttalanden i äldre förarbeten följer att begreppen slutenvård och öppen vård är avsedda att vara dynamiska för att kunna anpassas till samhällsutvecklingen.¹⁸ Något som får stöd av uttalanden även i senare lagstiftningsärenden. Exakt vilket vårdbehov som måste tillgodoses på en särskild vårdinrättning kan inte anges i lag.¹⁹ Gränserna sätts ytterst av var rätt medicinsk och omvårdnadskompetens finns tillgänglig och hur vården i övrigt är organiserad i respektive region/landsting. Avancerad sjukvård i hemmet kan i vissa regioner/landsting vara ett alternativ till slutenvård på sjukhus, medan andra regioner/landsting fortfarande erbjuder motsvarande vård på sjukhus.

Vad som är möjligt och önskvärt att göra utanför sjukhusen förändras i takt med medicinsk utveckling och pågående strukturomvandling av vården. Patientgenomströmningen i slutenvården har ökat, med allt kortare vårdtider samtidigt som antalet vårdtillfällen har ökat. Dessutom sker en kontinuerlig utveckling så att insatser som tidigare krävt slutenvård i allt större utsträckning kan utföras i öppen vård.

Traditionellt har slutenvård avsett vård då patienten är i behov av en vårdplats dygnet runt vid en vårdinrättning för slutenvård. Vid sjukvårdsreformen år 1970 utvidgades begreppet i syfte att skapa en enhetlig rättstillämpning för nya svårklassificerade vårdformer. Det ansågs då att vårdbehovet normalt bör bestå under några dagar även om det inte krävs att patienten hålls under uppsikt dygnet runt.

¹⁸ Jfr prop. 1969/125 med förslag till lag om ändring i lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring, s. 19 och prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m., s. 70 f.

¹⁹ Prop. 1999/2000:149 Nationell handlingsplan för utvecklingen av hälso- och sjukvården, s. 33 och s. 121; prop. 2004/05:145 Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus, s. 14 f.

På så sätt klargjordes att även återkommande vård över dagen (dag-sjukvård) eller natten (nattsjukvård) samt s.k. femdagarsvård, där patienten fick permission över veckoslutet, skulle betraktas som slutna vård. Detta ansågs inte kräva någon ändring av lagbestämmelsen.²⁰

Genomgående har vårdtiden alltså haft stor betydelse för vårdens klassificering, liksom patientens behov av att under den tiden ha tillgång till en vårdplats med särskild kompetens, utrustning och ibland övervakningsmoment.

Vid tillkomsten av 1982 års hälso- och sjukvårds lag konstaterade man att den framtida hälso- och sjukvården i större utsträckning kommer att kunna utföras utanför sjukhus, och att vårdplatser i traditionell sjukhusmiljö därför förväntades minska över tid.²¹ Några kompletterande uttalanden om begreppens innebörd gjordes aldrig vid 2017 års översyn av HSL.²²

4.2.2 Hemsjukvård

Hemsjukvård med kommunen som huvudman

Mycket vård kan sedan länge ges i patientens bostad. Det saknas en legal definition av vad som avses med uttrycket hemsjukvård i HSL. Den hemsjukvård som är närmare lagreglerad är sådan som kan ges av kommunen i patientens eget hem (ordinärt boende).

Bestämmelser om hemsjukvård finns i 8 kap. 8 §, 12 kap. 2 och 4 §§, 14 kap. och 16 kap. 1 § HSL. Av bestämmelserna framgår att kommunen får erbjuda hemsjukvård i ordinär bostad efter att ha träffat avtal om att överta regionens/landstingets skyldighet att erbjuda sådan hemsjukvård. Kommunen ska kompenseras ekonomiskt av regionen/landstinget. Överenskommelsen får inte avse läkarinsatser. Regionerna/landstinget ska avsätta de läkarresurser som behövs. I annat fall kan kommunen själv anlita läkare på regionens/landstingets bekostnad. Regionerna/landstingen får lov att ge dessa patienter kostnadsfria läkemedel.

Utöver hemsjukvård i patientens ordinära bostad ansvarar även kommunen för hälso- och sjukvård åt den som bor i en särskild

²⁰ Jfr prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårds lag m.m., s. 121 samt prop. 1969:125 med förslag till lag om ändring i lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring, s. 18 f.

²¹ Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårds lag m.m., s. 70 f.

²² Prop. 2016/17:43 En ny hälso- och sjukvårds lag, s. 129.

boendeform och, i samband med dagverksamheten, åt den som vistas i dagverksamhet i enlighet med 12 kap. 1 § HSL. Detta benämns inte som hemsjukvård i HSL.

Regionen/landstinget och kommunen ska i ett skriftligt avtal ange omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Det gäller såväl läkarmedverkan för personer i särskild boendeform och i dagverksamhet som vid hemsjukvård. Reglerna i HSL anger ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och ger samtidigt utrymme för lokala anpassningar. Exakt vilka insatser som kan ges i hemmet generellt eller genom hemsjukvård framgår inte av lag.

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 kan man göra tolkningen att det är ansvar att erbjuda vård på primärvårdsnivå som överförs.²³ Det gäller såväl vård i särskild boendeform och i dagverksamhet som hemsjukvård. Det har ansetts lämpligt att regionerna/landstingen fortsatt ansvarar för avancerad sjukvård i hemmet.²⁴ Det kan dock vara svårt att dra en exakt gräns för kommunens ansvar då gränsen mellan primärvård och annan specialiserad vård förändras i takt med samhällsutvecklingen.

Enligt 16 kap. 1 § HSL ska region/landsting och kommun samverka för att övrig vård också erbjuds såväl hemsjukvårdspatienter som patienter i särskild boendeform, utan att ansvaret för den vården flyttas över till kommunerna.²⁵

Hemsjukvård med landstinget som huvudman

Utöver den kommunala hemsjukvården utför regionerna/landstingen i dag även hälso- och sjukvård i hemmet. Den kan vara ansluten till landstingens primärvård eller sjukhusanknuten.

Den s.k. primärvårdsanslutna sjukvården i hemmet beskrivs ibland mer som ett arbetssätt. Den tar sikte på vård som utförs av

²³ Obs. att det är utredningens mening att det är skillnad mellan att ha ansvar för att erbjuda vård och att medverka i vård som annan huvudman har ansvar för.

²⁴ Jfr prop. 1990/91:14 om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m., s. 57 f. och s. 15; prop. 2005/06:115 Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre, s. 31 f. och s. 179 och Socialutskottets betänkande 2005/06:SoU:26 Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre, s. 26 f.

²⁵ Jfr bet. 2005/06:SoU:26 Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre, s. 26.

mobila vårdteam med uppsökande verksamhet. Den bedrivs då inom ramen för regionernas/landstingens primärvård i samverkan med kommunens hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer och kommunal hemsjukvård.

Den s.k. sjukhusanknutna sjukvården i hemmet är sådan sjukvård som kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Den kan ges dygnet runt, innehåller kvalificerad medicinsk teknologi och kan ställa krav på att det finns en sjukhussäng tillgänglig för det fall att patienten inte längre kan ges sjukvård i hemmet. Mot den bakgrunden har det ansetts angeläget att regionerna/landstingen har ansvar för att bedriva sådan avancerad sjukvård i hemmet. Utvecklingen inom hälso- och sjukvården, bl.a. vad gäller medicinteknik, kan göra att gränserna för vad som faller under sjukhusanknuten avancerad sjukvård i hemmet förändras. Bedömningen av om den sjukvård som ges i hemmet är av sådan karaktär att den kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens görs av den behandlande läkaren vid sjukhuset.²⁶

4.3 Vårdformernas funktion i dag

4.3.1 Allmänna utgångspunkter

En lagteknisk lösning

En definition är en lagteknisk lösning som används för att underlätta och förtydliga ett regelverk. Avsikten är att sedan kunna använda ett kortare uttryck i efterföljande bestämmelser. Definitionen av slutenvård i 2 kap. 4 § HSL har därför i sig ingen självständig betydelse. Den måste ses i ljuset av andra bestämmelser där begreppet återkommer. Uppdelningen i öppen och slutenvård fyller alltså en lagteknisk funktion i fall då man i ett regelverk behöver bestämmelser som enbart tar sikte på viss vård. Sådana regler kan vara sjukvårdsrelaterade utan att vara avsedda att styra hälso- och sjukvårdens organisering.

²⁶ Prop. 2005/06:115 *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 30 f.

I detta avsnitt redogör utredningen för vilka funktioner begreppen *öppen* och *sluten vård* har i dag i såväl hälso- och sjukvårdslagstiftning som i andra rättsliga regelverk. Några avgränsningar behöver dock först göras.

Några avgränsningar

Samma begrepp – annan innebörd

Under utredningens arbete har det konstaterats att begreppet *sluten vård* och uttrycket *intagen vid vårdinrättning* även förekommer i andra rättsliga sammanhang än i 2 kap. 4 § HSL, men med en i vissa fall helt annan innebörd än den som avses där. Det rör sig om tvångsvård av olika slag eller fullgörande av en påföljd för brott.

En person kan vara intagen vid vårdinrättning enligt 5 § lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning, 6 § första stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV), 15 § första stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT), 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) eller 22 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).

Med vårdinrättning avses i ovan nämnda lagstiftningar en kriminalvårdsanstalt, ett häkte, en undersökningsenhet, en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård eller ett särskilt vårdhem. Inom kriminalvården finns både öppna och slutna kriminalvårdsanstalter. Med *sluten ungdomsvård* avses en kriminalvårdspåföljd för barn mellan 15 och 18 år motsvarande ett fängelse. Även den psykiatriska tvångsvården kan vara *öppen* och *sluten*. I LRV och LPT finns fristående definitioner av begreppet *sluten vård*. Dessa har HSL som förebild, men har utformats på andra sätt. På dessa områden har även flera nya vårdformer växt fram, som saknar motsvarighet i HSL.

Omnämnda regleringar berörs därför inte av eventuella förändringar i HSL. Av den anledningen omfattas inte dessa bestämmelser av utredningens fortsatta redogörelse eller överväganden. Motsvarande gäller även för andra bestämmelser som hänför sig till dessa bestämmelser (se 40 § andra stycket delgivningslagen [2011:154], 10 § delgivningsförordningen [2010:1932] och 3 kap. 5 § 2 förordningen [1995:238] om totalförsvarsplikt).

Det kan även finnas ytterligare bestämmelser som använder sig av uttryck liknande ”vård i öppnare former”. De tar ofta sikte på nyss

nämnda regleringar och beskrivs därför inte närmare. I övrigt ska redogörelsen vara i stort sett uttömmande.

4.3.2 Vårdformernas funktion

Inledning

Staten har det övergripande ansvaret för vilket hälso- och sjukvårdssystem som ska erbjudas befolkningen och vilka förmåner som ska ingå i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Huvudmännen, regioner/landsting och kommun, är sedan lång tid ansvariga för att erbjuda hälso- och sjukvård till befolkningen. Det är ett kostnadsåtagande som måste regleras i lag.²⁷ Hälso- och sjukvården finansieras främst genom region/landstingsskatt, kommunalskatt och patientavgifter. En mindre del, ca 1,5 procent, finansieras via anslag i statsbudgeten.²⁸

Som framgått tidigare har hälso- och sjukvårdens ansvarsfördelning och finansiering förändrats sedan uppdelningen i öppen och sluten vård infördes i svensk hälso- och sjukvård. Begreppen har genom åren även kommit att användas i andra rättsliga sammanhang. Detta har medfört att indelningen i dessa två vårdformer har kommit att få delvis nya funktioner jämfört med när de först infördes. För att bedöma vilka konsekvenser som följer om uppdelningen skulle upphöra eller begreppen tas bort, är det nödvändigt att redogöra för de rättsliga sammanhang där begreppen öppen och sluten vård förekommer.

Ansvarsfördelningen inom hälso- och sjukvården

Ett delat hälso- och sjukvårdsansvar

Regionerna/landstingen har sedan lång tid det huvudsakliga ansvaret för hälso- och sjukvården, såvida inga särskilda bestämmelser flyttar över ansvaret till kommunerna. Regleringen i HSL av ansvarsfördelningen tar inte i dag direkt utgångspunkt i begreppen öppen och sluten vård. Ansvarsfördelningen bygger inte heller på en tydlig

²⁷ 14 kap. 2 § *regeringsformen*.

²⁸ SCB, *Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter hälso- och sjukvårdsändamål (HC) och finansier (HF). År 2001–2017*.

nivåstrukturerings utan anger snarare vem som har ansvar för att erbjuda viss hälso- och sjukvård till olika grupper.

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar

Sedan Ädelreformen år 1992 har även kommunen ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård till vissa grupper.²⁹ Kommunerna ansvarar för hälso- och sjukvård till de grupper som anges i 12 kap. 1–2 §§ HSL. Ansvaret omfattar inte läkarvårdsinsatser, som landstingen ansvarar för.

Landstingens hälso- och sjukvårdsansvar

Regionerna/landstingen är ansvariga för den slutna vården och för större delen av den öppna vården samt alla läkarvårdsinsatser. I 8 kap. 1–4 §§ HSL anges till vilka grupper regionerna/landstingen ska erbjuda vård.

Därutöver ska regionerna/landstingen kunna erbjuda den som vistas inom regionen/landstinget omedelbar hälso- och sjukvård.³⁰ Med omedelbar hälso- och sjukvård avses vård som inte kan anstå.³¹ Andra brådskande vårdbehov ska primärvården svara för enligt vår utrednings tidigare förslag. Förslagen hindrar inte att såväl akut som brådskande vård ges på samma plats om det finns goda skäl för det.³²

När det gäller annan öppen vård än den kommunerna ansvarar för enligt 12 kap. 1–2 §§ HSL är regionerna/landstingen ansvariga för att erbjuda sådan till alla grupper som anges i 8 kap. 1–2 §§ HSL, inklusive dem som omfattas av kommunens hälso- och sjukvård.

Öppen vård ska generellt också erbjudas den som omfattas av en annan regions/landstings ansvar för hälso- och sjukvård men patienten omfattas då inte av vårdgarantin i 9 kap. 1 § HSL.³³

Regionerna/landstingen ansvarar även för den högspecialiserade vården. Socialstyrelsen avgör vilken vård som ska utgöra nationellt

²⁹ 8 kap. 1–3 §§ och 12 kap. 1–2 §§ HSL.

³⁰ 8 kap. 4 § HSL.

³¹ Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m., s. 119.

³² Jfr SOU 2018:39 *God och nära vård - En primärvårdsreform*, s. 330 f.

³³ 8 kap. 3 § HSL.

högspecialiserad vård och var den ska utföras. Den planerade specialiserade vården som varken är akut eller nationellt högspecialiserad omnämns inte direkt i HSL. Sådan sluten vård får regioner/landsting erbjuda även till andra grupper endast om regionerna/landstingen kommit överens om det.³⁴ Den tidigare benämnda regionsjukvården har sedan länge reglerats genom avtal mellan regionerna/landstingen. Tanken är att den regionalt högspecialiserade vården fortsatt ska regleras mellan regionerna/landstingen.

Landstingens planeringsansvar och vårdens organisering

Av 7 kap. 4 § HSL framgår att regionerna/landstingen ansvarar för att det finns sjukhus som kan ta hand om vårdbehov som kräver att patienter tas in på en vårdinrättning. Enligt 2 kap. 4 § HSL benämns sådan vård för sluten vård. Regionerna/landstingen ansvarar för att planera hur många vårdplatser i sluten vård som behövs, avsätta personella och ekonomiska resurser och organisera sin verksamhet efter det. Som redogjorts för i tidigare avsnitt bör behovet av vårdplatser förändras i takt med vårdens utveckling, det allmänna hälso-läget och förändringar i samhället i övrigt.

Varje region/landsting måste inte ha ett eget sjukhus för specialiserad vård. Det är möjligt för mindre regioner/landsting att samarbeta med andra regioner/landsting om vård genom avtal. Regionerna/landstingen ska även fortsatt avtala om ansvaret för regional högspecialiserad vård. Vid planeringen ska regionerna/landstingen även beakta om det finns sjukhus i privat regi. Det framgår av 7 kap. 2 §, 8 kap. 5 § och 15 kap. 1 § HSL.

Av 7 kap. 6 § HSL framgår att regionen/landstinget även ansvarar för sjuktransporter till och från en sådan vårdinrättning. Vad som avses med vårdinrättning enligt HSL får alltså direkt betydelse för organiseringen och finansieringen av sjuktransporter.

Tillsammans med bestämmelserna om den nationellt högspecialiserade vården i 7 kap. 5 §, 5 a § och 5 b § HSL, utgör regleringen om sjukhus och sjuktransporter en del av de relativt fåtaliga bestämmelser som direkt styr hälso- och sjukvårdens organisering.

³⁴ 8 kap. 5 § HSL.

Vissa särbestämmelser om öppen vård

Enligt 9 kap. 1 § patientlagen (2014:821) har en patient rätt att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård även från andra regioner/landsting än där patienten är folkbokförd. Motsvarande rätt finns inte generellt för sluten vård. Som nämnts tidigare måste omedelbar vård erbjudas alla oavsett hemvist. Nationell högspecialiserad vård ska erbjudas hela befolkningen på vissa anvisade platser.

I praktiken har avgränsningen i regleringen om valfrihet relativt liten betydelse. Det är endast planerad sluten vård som inte är valfri. Mot bakgrund av att regionerna/landstingen inom respektive sjukvårdsregion ska planera gemensamt för regionalt högspecialiserad vård kommer även den koncentreras till ett färre antal platser.

Endast åtgärder inom öppen vård kan ersättas enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapeuter (LOF).

Betalningsansvar och samverkan mellan huvudmännen

Sedan den 1 januari 2018 gäller lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (LUS). Lagen ersätter den tidigare betalningsansvarslagen (1990:1404) som reglerade när betalningsansvaret för vård av patienter som är utskrivningsklara från sluten vård går över till kommunen eller öppen vård inom regionen/landstinget. I LUS har bestämmelserna fått ett tydligare patientperspektiv. Syftet med bestämmelserna är att underlätta samverkan mellan huvudmän och mellan vårdformer i samband med att en patient skrivs ut från sluten vård men är i behov av fortsatt vård. Sådan samverkan behövs framförallt när patienten efter en sjukhusvistelse har ett fortsatt behov av vård inom ramen för socialtjänst, kommunalt finansierad hälso- och sjukvård eller region/landstingsfinansierad öppen vård. De nya bestämmelserna har kommit till med anledning av att samverkan och informationsöverföring tidigare har brustit i dessa fall och det tidigare regelverket uppfattades som föråldrat.

I LUS har självständiga definitioner av sluten och öppen vård förts in av motsvarande lydelse och innebörd som i HSL. Av förarbeten till lagen framgår att med sluten vård avses sjukhusvård.³⁵

³⁵ Prop. 2016/17:106 *Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*, s. 18 f.

Socialstyrelsen har tagit fram ytterligare föreskrifter som rör samverkan (se Socialstyrelsens föreskrifter [SOSFS 2005:27] om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård, Socialstyrelsens föreskrifter [HSLF-FS 2017:72] om belopp för vård av utskrivningsklara patienter och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [SOSFS 2007:10] om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering).

Patientavgifter och förmåner i hälso- och sjukvård

Patientavgifter

Sverige har gått från en sjukförsäkringsfinansierad till en offentlig skattefinansierad hälso- och sjukvård. Gemensamma skatteintäkter och statliga bidrag för hela hälso- och sjukvården har inneburit att uppdelningen mellan öppen och slutenvård inte längre har lika stor betydelse för finansieringen av hälso- och sjukvården. En mindre del av sjukvårdsintäkterna kommer fortfarande från patientens vårdavgift. Numera är skillnaden mellan patientens kostnad för öppen respektive slutenvård endast marginell, men den skiljer sig fortfarande åt.

I Sverige liksom i de flesta andra jämförbara länder spelar avgifterna generellt sett en relativt begränsad roll som finansieringskälla. Egenavgifterna motsvarar ca 15 procent av hälso- och sjukvårdens totala kostnader, en andel som varit i stort sett konstant under 2000-talet. Förutom att bidra till finansiering är patientavgiften avsedd att ha viss styrande effekt på vårdkonsumtionen.³⁶

I 17 kap. 2 och 6 §§ HSL finns olika regler om patientavgifter och högstkostnadsskydd beroende på om vården är att anse som slutenvård eller öppen vård. För patientavgifter i slutenvård finns fastställda nivåer för avgiftstak, medan patientavgifter i öppen vård får beslutas fritt av kommuner och regioner/landsting, så länge alla patienter behandlas lika.

I LOL och LOF finns bestämmelser om vissa ersättningar till privata vårdgivare i offentligt finansierad primärvård och den öppna hälso- och sjukvården i övrigt (se även kap. 6). I lagarna regleras även patientavgifter i samband med vården. Regionerna/landstingen står

³⁶ Jfr SOU 2012:2 *Framtidens högstkostnadsskydd i vården*.

i dessa fall för mellanskillnaden i förhållande till patientavgiften i offentligt bedriven vård.

Hälso- och sjukvårdsförmåner

Vissa anställda inom totalförsvaret har rätt till vissa hälso- och sjukvårdsförmåner. Enligt 5 kap. 4 § förordning (1995:239) om förmåner för totalförvarspliktiga omfattar rätten till fri hälso- och sjukvård bl.a. hälsoundersökning samt öppen och slutna vård vid vårdinrättning och transport i samband med sjukdom och skador. En totalförvarspliktig som vid tiden för utryckning får slutna vård vid vårdinrättning har rätt till sådan fri sjukvård under högst 90 dagar efter utryckningsdagen.

Tandvårdsstöd

Av 15 a § tandvårdslagen (2008:145) följer att bestämmelser om avgifter i den öppna vården enligt HSL ska gälla för vårdavgiften för viss tandvård, bl.a. vid undersökning för och utförande av oralkirurgisk behandling som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser. Det kan noteras att åtgärderna som avses normalt bör kräva intagning på vårdinrättning men att patientavgifter för den öppna vården ändå ska gälla.

Styrning av verksamhet

Information till patienten

Enligt 3 kap. 2 b § patientlagen har patienter som skrivs ut från slutna vård rätt till en sammanfattande information om den vård och behandling som getts under vårdtiden. Bestämmelsen är ny och infördes i samband med LUS. Om information finns tillgänglig, ska patienten även få uppgifter om vem som är patientens fasta vårdkontakt, tidpunkt för när samordnad individuell planering ska genomföras och uppgifter om befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivningen.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordinerings- och distribueringsföreskrifter för läkemedel i hälso- och

sjukvården finns särskilda regler som gäller vid intagning i och utskrivning från slutenvård. Reglerna anger när läkemedelsgenomgångar ska göras och när patienten ska få del av sin läkemedelslista (se 10 kap. 1 §, 11 kap. 3, 7 och 15 §§ och 12 kap. 18 § HSLF-FS 2017:37). Socialstyrelsen har nyligen sett över sina föreskrifter om ordinerings- och distribueringsregler för läkemedel, bl.a. i syfte att ta bort kopplingen till öppen och slutenvård som inte ansetts ändamålsenlig. Det kan konstateras att viss koppling dock fortfarande finns kvar. Enligt uppgift beror det på att Socialstyrelsen vid sin tillsyn funnit att rutiner för läkemedelsgenomgångar inte har fungerat som önskat när en patient skrivs ut från slutenvård. Det finns därför ett behov av att på ett tydligt sätt reglera när sådana genomgångar ska ske.

Intyg och undersökningsskyldighet

Enligt 4 kap. 3 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) är verksamhetschefen skyldig att upprätta vårdintyg om någon varit intagen på sjukhus, samt att underrätta överförmyndare och närstående om sådan vård i vissa fall.

Enligt 6 kap. 9 § patientssäkerhetslagen (2010:659) har läkare som huvudsakligen är verksamma inom den öppna vården en mer långtgående skyldighet att utföra undersökningar och ge utlåtanden om en patients hälsotillstånd.

Personuppgiftsbehandling

Enligt 3 och 4 §§ förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen får Socialstyrelsen föra ett patientregister med uppgifter om patienter inom all hälso- och sjukvård utom primärvården. Vilka personuppgifter som får behandlas skiljer sig åt mellan öppen och slutenvård.

Sekretess hos TLV

Hos Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) gäller begränsningar i sekretessen för utredning i ärenden om hälsoekonomiska bedömningar av medicintekniska produkter eller av läkemedel som

används inom sluten vård (bilagan till offentlighets- och sekretessförordningen, 2009:641).

EU-rättsliga regleringar

Hälsoförmåner inom EU och EES

Enligt förordning (1984:555) om tillämpning av en konvention den 4 februari 1983 mellan Sverige och Spanien om social trygghet ska den konventionen gälla i Sverige. I konventionen (SÖ 1984:18) finns bestämmelser om patientens kostnader och förmåner för öppen vård respektive sjukhusvård som medborgare i Spanien har rätt till. Begreppet sluten vård används däremot inte i rättsakten då regleringen bygger på internationell rätt. Konventionen gäller vid sidan av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen som också reglerar EU-medborgares rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap.

Undantag från mervärdesskatt för vissa sjukvårdstjänster

I 3 kap. 4 § mervärdesskattelagen (1994:200) (ML) finns bestämmelser om undantag från mervärdesskatt för viss sjukvård. Enligt 3 kap. 5 § ML definieras sjukvård som ”åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda eller behandla sjukdomar, kroppsfel och skador samt vård vid barnsbörd”.

Förutom det medicinska syftet måste sjukvården antingen utföras av en legitimerad yrkesutövare eller utföras på ett sjukhus eller annan vårdinrättning av det allmänna eller, om det är fråga om enskild verksamhet, vid en vårdinrättning för sluten vård.

Bestämmelserna i ML bygger på EU:s sjätte mervärdesskatte-direktiv som anger när sjukvårdstjänster får undantas från mervärdesskatt. Undantaget ska tolkas restriktivt med hänsyn till att det reglerar ett undantag från EU-rätten. Hur bestämmelsen i ML ska tolkas måste baseras på EU-domstolens praxis. Det är inte givet att den tillämpningen är densamma som i HSL. Rättsläget betraktas för närvarande som oklart.³⁷

³⁷ Se Zeteo, kommentaren till 3 kap. 5 § *mervärdesskattelagen* (1994:200), 2018-12-19.

4.3.3 Angränsande regleringar

Sjukhus och vårdinrättningar

Hälso- och sjukvårdens författningar har traditionellt reglerat huvudsakligen verksamhet som är sluten vård och som bedrivits på sjukhus. Båda sluten vård och sjukhus förekommer därför som begrepp i en stor mängd författningar.

Vid sökning på ordet sjukhus i rättsdatabasen Karnov får man 78 respektive 29 träffar, och på ordet vårdinrättning får man 25 respektive 11 träffar, i lag och förordning. Utredningen har varken uppdrag eller möjlighet att redogöra för alla dessa regleringar. Att det finns en sådan omfattande reglering som skiljer ut vård på sjukhus (läs särskild vårdinrättning) från annan vård har dock viss betydelse för frågan om det fortfarande finns skäl att skilja ut en sådan vårdform.

Det ska också noteras att det i specialförfattningar fortfarande finns bestämmelser om att vissa åtgärder ska vidtas på sjukhus eller annan vårdinrättning som har godkänts av Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Det gäller t.ex. abort, befruktning utanför kroppen, insemination och sterilisering (se 5 § andra stycket abortlagen [1974:595], 6 kap. 2 § och 7 kap. 4 § första stycket lagen [2006:351] om genetisk integritet m.m. och 6 § andra stycket steriliseringslagen [1975:580]).

Det finns fortfarande bestämmelser som innebär att viss vård måste ges på sjukhus. T.ex. måste missbruksvård inledas på sjukhus (se 24 § första stycket LVM, 4 och 6 §§ lag [1976:511] om omhändertagande av berusade personer). Smittskyddsisolering måste i vissa fall ske på en vårdinrättning som drivs av en region/landsting (se 5 kap. 4 § smittskyddslagen [2004:168]).

Det finns särskilda bestämmelser om användningen av berusningsmedel på sjukhus som nyligen har setts över (lagen [1985:12] om kontroll av berusningsmedel på sjukhus). I lagen (2009:366) om handel med läkemedel regleras sjukhusens läkemedelsförsörjning. I socialförsäkringsbalken finns bestämmelser om tillfällig föräldrapenning vid vård på sjukhus eller motsvarande vård i hemmet.

I 8 kap. 25 § inkomstskattelagen (1999:1229) finns särskilda bestämmelser om skattefria underhåll till patienter intagna på sjukhus, kriminalvårdsanstalt eller liknande.

Läkemedel har ett angränsande regelverk

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. 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. Begreppen som används i bestämmelser om läkemedelsförsörjning knyter däremot an till öppen och sluten vård på ett sådant sätt att vi anser att det finns skäl att kort redogöra för dessa. Regelverken har även historiska band som går tillbaka till det tidiga sjukförsäkrings-systemet. Även för regelverk om läkemedel spelar sjukhusbegreppet en stor roll.

I korthet kan följande sägas. Ett sjukhusapotek ansvarar för läkemedel till och inom ett sjukhus. Regionerna/landstingen har även möjlighet att erbjuda läkemedel ur ett s.k. läkemedelsförråd till personer i särskilda boenden eller till dem som får hemsjukvård.

Reglerna om förskrivning och rekvisition avser hur ett läkemedel ska tillhandahållas den som slutligen ska använda läkemedlet, dvs. slutkonsumenten. Slutkonsumenten är antingen patienten själv (förskrivning) eller hälso- och sjukvårdspersonal som ska administrera läkemedlet till en patient (rekvisition). Valet mellan förskrivning och rekvisition ska styras av huruvida patienten själv kan ta ett läkemedel eller om det av medicinska skäl behöver ges av hälso- och sjukvårdspersonal. Det kan vara fråga om hälso- och sjukvårdspersonal inom sluten vården (sluten vårdsrekvisition) eller inom öppen vården (öppen vårdsrekvisition). Rekvisition är således inte förbehållen endast den slutna vården utan kan även avse beställning av läkemedel till den öppna vården.³⁸

När läkemedel rekvireras, dvs. distribueras via sjukhusapoteket eller från läkemedelsförrådet, är läkemedlen kostnadsfria för patienten.³⁹ Läkemedel kan även tillhandahållas via öppenvårdsapoteken genom förskrivning eller rekvisition. Vid förskrivning omfattas läkemedlet till stor del av läkemedelsförmånssystemet.⁴⁰

³⁸ SOU 2017:87 *Finansiering, subvention och prissättning av läkemedel*, s. 32 f.

³⁹ 5 kap. 1 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel och 12 kap. 4 § HSL.

⁴⁰ SOU 2018:87 *Aggressionsbrottet i svensk rätt och svensk straffrättslig domsrätt*, s. 32 f.

4.4 Utgångspunkter för utredningens fortsatta arbete

4.4.1 Gränssnittet mellan öppen och sluten vård är otydligt

Inledning

Att gränssnittet mellan öppen och sluten vård måste vara flytande lämnar på gott och ont ett omfattande tolkningsutrymme för rätts-tillämparen. Om dynamiska begrepp är för otydliga ökar risken för att enskilda tillämpare tolkar dem olika.

Vid dialoger med berörda aktörer har utredningen förstått att en del känner sig osäkra på vad för slags vårdinrättning som egentligen avses i 2 kap. 4 § HSL. Av en del regioner/landsting betraktas avancerad vård som ges i patientens eget hem som sluten vård, medan andra betraktar den som öppen vård. En tredje grupp ser detta som en egen vårdform och känner sig därmed osäkra på vilket regelverk som ska tillämpas.

En del verkar fortfarande tolka begreppen som att dygnet runt-vård måste vara sluten vård. Många anser också att den måste utföras i en byggnad benämnd sjukhus. När alltmer avancerad vård inte längre utförs på det sättet ifrågasätter en del uppdelningen mellan sluten vård och öppen vård.

Även regeringen har gjort uttalanden som ger stöd för att det finns blandformer av öppen och sluten vård, när patienten bor på patienthotell i samband med dagkirurgi på sjukhus.⁴¹ Trots tidigare klargöranden i äldre förarbeten om vårdens klassificering tillämpas reglerna om öppen och sluten vård olika.

I sammanhanget kan även noteras att begreppen öppen och sluten vård delvis har en annan innebörd i Socialstyrelsens termbank än definitionerna i HSL.

Det kan noteras att ordinerings och distribuering av läkemedel rättsligt sett inte är kopplat till om vården är öppen eller sluten, se avsnitt 4.3.3. Möjligen är även det regelverket svårtolkat, vilket också kan bidra till uppfattningen att dagens uppdelning i vårdformer inte anses vara ändamålsenlig.

⁴¹ Jfr prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdsdrag m.m., s. 73; prop. 2000/01:36 Sjukhus med vinstsyfte, s. 14; prop. 2007/08:142 Sjukhusens läkemedelsförsörjning, s. 8.

Det saknas nyare förarbetsuttalanden

Även om viss omstrukturering gjordes vid 2017 års översyn av HSL så har begreppen öppen och sluten vård i princip varit oförändrade i mer än femtio år. Tidigare beskrivningar av vårdformerna gjordes i förtydligande syfte om till definitioner vid översynen av HSL. Någon modernisering eller några förarbetsuttalanden om vårdformernas innebörd eller gränssnitten mellan dem gjordes inte.

Ädelreformen år 1992 innebar ökade möjligheter att utföra hälso- och sjukvård i patientens bostad. Den hälso- och sjukvård som ges i särskilda boendeformer eller i patientens ordinarie hem ska efter reformen, i enlighet med förarbeten, betraktas som öppen hälso- och sjukvård.⁴²

I dag kan alltfler kirurgiska ingrepp utföras utanför sjukhusmiljö. Patienter kan hållas under medicinsk observation på flera platser i vården. En allt större avancerad sjukvård i hemmet växer fram. Det kan också noteras att gränsen mellan primärvård och specialiserad vård konstant flyttas.

Mot denna bakgrund ser vi att det kan finnas behov av nya uttalanden om hur samhällsutvecklingen påverkar innebörden av uttrycket vårdinrättning samt vilket vårdbehov som avses.

Språket är ålderdomligt

Språket i definitionen av sluten vård är ålderdomligt. Många efterfrågade en ändring av ordet intagen till inskriven redan i 2017 års översyn av HSL. Det avvisades dock av lagrådet. Ordet ”sluten” för enligt vår mening tankarna till inlåsning, särskilt då motsvarande uttryck används för tvångsvård och kriminalvårdspåföljder.

Olik rättstillämpning påverkar jämlikheten

Som nyss redogjorts för har utredningens dialoger visat att såväl regioner/landsting, myndigheter och vårdgivare som vårdens utförare tolkar begreppen sluten och öppen vård på olika sätt. Samma vårdbehov kan bedömas som sluten vård i vissa regioner/landsting

⁴² 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; Zeteco kommentaren till 7 kap. 4 § HSL, 2017-11-09.

eller av vissa vårdgivare i en region/landsting men som öppen vård av andra.

Den bristande enhetligheten medför framförallt en osäkerhet hos personalen men även att olika administrativa regelverk i praktiken blir tillämpliga för samma vårdbehov beroende på var en patient söker vård, se avsnitt 4.3.

Att den öppna vården vid vårdcentraler och vårdmottagningar växer i takt med att den medicinska utvecklingen går framåt är helt i linje med lagstiftarens intentioner. Även att alltmer avancerad vård flyttar ut från sjukhus till förmån för avancerad sjukvård i patientens eget hem. Synen på den mer avancerade sjukvården i hemmet är ett område där regelverket framförallt tillämpas olika beroende på var i landet patienten bor. I vissa regioner/landsting tilldelas patienten formellt en vårdplats på en vårdinrättning och regelverket för slutna vård tillämpas. I andra regioner/landsting tillämpas i stället regelverket för öppen vård.

4.5 Dialogfrågor

- När och hur påverkar begreppen öppen och slutna vård dig i din vardag?
- Såväl kommun som region/landsting utför vård i hemmet. Är ansvarsfördelningen mellan huvudmännen tillräckligt tydlig för mottagare och utförare av tjänster?

5 Personcentrerad samverkan

5.1 Utredningens uppdrag och angreppssätt

Vår utredning ska enligt direktiven utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan och inom huvudmän och vårdgivare kan underlättas och hur gränssnitten bör se ut.¹ Vi ska också utreda hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras, samt se över befintlig lagstiftning avseende krav på vårdplaner och överväga om ett s.k. patientkontrakt bör författningsregleras², se avsnitt 1.1.1.

Uppdraget innefattar alltså förenklat tre olika gränssnitt:

- samverkan inom en och samma huvudman (region/landsting eller kommun) för hälso- och sjukvård,
- samverkan mellan olika huvudmän för hälso- och sjukvård,
- samverkan mellan hälso- och sjukvård respektive socialtjänst.

Hälso- och sjukvården har en rad olika potentiella samverkanspartner inom såväl kommunal verksamhet som statliga myndigheter och andra samhällsaktörer. Utifrån våra direktiv och vår bedömning av de mest centrala samverkansparterna för hälso- och sjukvården har vi gjort avvägningen att vi kommer fokusera vårt arbete på hälso- och sjukvård med region/landsting och kommun som huvudman samt närliggande delar av socialtjänstens verksamhet. Givet att utbildning är en sådan stark hälsodeterminant, och skolan en arena som når i princip alla barn, kommer även samverkan med skolan att belysas.

¹ Dir. 2017:97 *Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)*.

² Dir. 2018:90 *Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)*.

Vår utredning återkommer med förslag i slutbetänkandet i mars 2020. I detta kapitel beskrivs bakgrunden till behovet av samverkan, gällande rätt, författningsreglerade planverktyg och andra centrala stöd. Vi redovisar också utgångspunkter för det fortsatta arbetet. Beskrivningarna har för avsikt att beskriva samverkansbehov ur såväl patienter/brukares perspektiv som ur hälso- och sjukvårdens perspektiv.

En grundförutsättning för en samordnad utveckling för god och nära vård är att alla aktörer som ska genomföra omställningen har en gemensam nulägesbild. För att bidra till det har vi samverkat med utredningen Framtidens socialtjänst (S 2017:03) vad gäller bakgrundsbeskrivningar i kapitlet.

5.2 Bakgrund

5.2.1 Behovet av samverkan

I vårt förra delbetänkande gav vi en introduktion till utredningens tilläggsuppdrag rörande samverkan mellan huvudmännen, samt en redogörelse för de förslag från Effektiv vård som berörde samverkansfrågor.³ Som vi beskrev då saknas det en vedertagen definition av vad det innebär att vården och omsorgen är samordnad på ett ändamålsenligt sätt. Myndigheten för vård och omsorgsanalys (Vårdanalys) har konstaterat att begreppet *samordning* används på olika sätt och med olika innebörd, ofta utgående från ett organisatoriskt eller professionellt perspektiv. I dessa fall är samordning främst att förstå som organisationers eller professioners gemensamma arbetssätt. Vårdanalys väljer i stället att betrakta samordnad vård och omsorg som ett resultat för patienten/brukaren. Utifrån detta synsätt definierar de vården och omsorgen som samordnad ”när alla aktiviteter ingår i en väl fungerande helhet kring individen samtidigt som individen ges möjlighet att vara medskapande i aktiviteterna efter förmåga och preferenser”.⁴ Detta kan t.ex. ta sig uttryck som att patienter slipper upprepa information i onödan, att man får hjälp att ta nästa steg i vård och omsorgsprocesserna, och att patienten/brukaren så långt det är möjligt erbjuds kontinuitet inom

³ Kap. 7 SOU 2018:39 *God och nära vård – En primärvårdsreform*.

⁴ Vårdanalys, *Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv*, 2017, s. 43.

vården och omsorgen. När samordningen brister läggs dessutom stora delar av ansvaret för att koordinera insatserna över på patienten, brukaren eller dennes närstående.⁵ Ett annat exempel som presenterats av Regionalt Cancercentrum (RCC) Stockholm-Gotland är att en cancerpatient i snitt passerar 26 vårdövergångar mellan olika vårdgivare i sin vårdprocess. Dessa vårdövergångar är inte alltid väl samordnade.⁶

Behovet av samordning av vården finns hos många olika grupper, t.ex. hos multisjuka äldre samt personer med kroniska sjukdomar, cancer och psykiska sjukdomar. År 2016 svarade 67 procent av patienterna som var i behov av samordning att de fått hjälp med att samordna sina vårdkontakter på ett ändamålsenligt sätt.

Vårdanalys utvecklade 2016 ett ramverk för att identifiera generella patient- och brukargrupper som kännetecknas av att de har ett behov av samordning. Ramverket innehåller fem olika generella grupper enligt följande:

- Grupp 1: Individer med komplexa behov och små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.
- Grupp 2: Nyinsjuknade individer som snabbt kräver insatser av flera aktörer och där det snabba förloppet påverkar individens förutsättningar att vara delaktig i samordningen av sin vård och omsorg.
- Grupp 3: I huvudsak somatiskt friska individer med små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.
- Grupp 4: Individer med komplexa behov, men med goda förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.
- Grupp 5: I huvudsak psykiskt och somatiskt friska individer.

Utifrån detta ramverk gjorde Vårdanalys sedan en översikt av patient- och brukargruppernas storlek och kostnader. Denna visade att uppskattningsvis ca en miljon personer i Sverige har komplexa behov av insatser från olika aktörer inom vård och omsorg, samtidigt

⁵ Vårdanalys, *Från medel till mål - att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv*, 2017, s. 25.

⁶ Regionalt cancercentrum Stockholm-Gotland, *Cancerplanen 2013–2015*, 2013.

som de har små förutsättningar att vara delaktiga i sin egen vård. Kartläggningen indikerar även att totalt ca två miljoner individer har små förutsättningar att själva vara delaktiga i samordningen av sin vård- och omsorg (grupp 1–3). Tidigare intervjuer och studier från Vårdanalys visar att samordningen ofta brister för dessa grupper och att det i många fall leder till en sämre vård och omsorg samt en otrygg situation för patienten/brukaren i fråga. Dessutom läggs ofta ett stort ansvar på de anhöriga att ta en samordnande roll. I sammanhanget bör också noteras att kartläggningen pekar på att en majoritet av befolkningen (ca 60 procent) i huvudsak är somatiskt frisk och inte möter några större problem vad gäller samordning av vård och omsorg.⁷

Patienternas rörlighet mellan olika vårdgivare och huvudmän har ökat i samband med att patientrörlighetsdirektivet⁸ och patientlagen (2014:821) (PL) trätt i kraft och antalet utförare har ökat, bl.a. i och med införandet av lagen (2008:962) om valfritetssystem (LOV). Bristande samordning riskerar att leda till försämrade hälsotillstånd hos patienterna, vilket kan leda till fler besök på akutmottagningar, mer undvikbar slutenvård och ökade kostnader för hälso- och sjukvården.⁹

5.2.2 Ädelreformen och kommunens huvudmannaskap

Även Ädelreformen under 1990-talet har bidragit till fler samverkansytor, i och med att även kommuner då fick ett ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård till vissa grupper. Syftet med reformen var att tydliggöra gränssytorna och samarbetsformerna mellan landsting och kommun gällande åtgärder och insatser för äldre. De problem som föranledde Ädelreformen var framför allt oklar ansvars- och uppgiftsfördelning och brist på samverkan mellan kommuner och landsting, allt fler medicinskt färdigbehandlade patienter i sjukvården som inte kunde komma hem samt ökade kostnader p.g.a. allt fler äldre patienter.¹⁰ I och med Ädelreformen fick kommunerna

⁷ Vårdanalys, *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, 2016, s. 62.

⁸ Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU, om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård.

⁹ OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017, s. 8.

¹⁰ Socialstyrelsen, *Ädelreformen slutrapport*, 1996.

ett samlat ansvar för långvarig service, hälso- och sjukvård och socialtjänst till äldre och personer med funktionsnedsättningar. Kommunerna övertog bl.a. ansvaret för och driften av sjukhem¹¹ och andra vårdinrättningar för somatisk långtidssjukvård. Kommunerna blev också skyldiga att inrätta särskilda boendeformer (SÄBO), till vilket räknas bl.a. ålderdomshem, servicehus, gruppboende och de sjukhem som kommunerna övertog i samband med reformen. De blev även ansvariga för att erbjuda hälso- och sjukvård (exklusive läkarinsatser) i dessa särskilda boendeformer och i dagverksamheter. Efter överenskommelse med landstinget fick kommunerna också möjlighet att bedriva hemsjukvård. Kommunen fick ansvaret för att inom varje verksamhetsområde som huvudregel ha en sjuksköterska med ett särskilt medicinskt ansvar (MAS).¹² Vidare fick kommunerna betalningsansvar för somatisk långtidssjukvård bedriven av landsting eller enskild vårdgivare och för medicinskt färdigbehandlade personer vid landstingens enheter för somatisk akut-sjukvård och geriatrisk vård.¹³

I praktiken innebar Ädelreformen att kommunerna den 1 januari 1992 övertog ca 490 sjukhem med 31 000 vårdplatser för somatisk långtidssjukvård, drygt 400 gruppboendeenheter med 3 000 boende, drygt 200 dagverksamheter och ca 130 enheter för dagsjukvård. Kommunerna övertog också ca 55 000 landstingsanställda, som alltså blev kommunanställda. De kostnader som avlastades landstingen genom reformen överfördes till kommunerna genom en ekonomisk reglering. Totalt motsvarade kommunernas övertagande 20,3 miljarder kronor år 1991. Beloppet tillfördes kommunerna genom en kombination av förändringar i skatteutjämnings-systemet, förändrade statsbidrag, mellankommunal kostnadsutjämnings och skatteväxling.¹⁴ Skatteväxlingen skedde genom lokala och regionala avtal mellan landstingen och kommunerna. I elva län övertog kommunerna direkt ansvaret för hemsjukvården. I övriga län växlades ansvaret för vården i ordinärt boende successivt över till kommunerna. I början av 2014 hade en sådan överlämning skett i

¹¹ Inrättning för somatisk långtidssjukvård som före Ädelreformen betraktades som ett sjukhus och efter som en boendeform. Sedan Ädelreformen innefattas sjukhemmen i begreppet särskild boendeform för äldre, se 3 § lag (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar.

¹² Ansvaret reglerades i 24 § i (den äldre) hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

¹³ Socialstyrelsen, *Ädelreformen slutrapport*, 1996.

¹⁴ Socialstyrelsen, *Ädelreformen slutrapport*, 1996.

samtliga regioner eller landsting förutom i dåvarande Stockholms läns landsting.¹⁵

Avtalssamverkan om hemsjukvård

Ansvarsfördelningen för hemsjukvård varierar regionalt. Ansvaret mellan respektive landsting och kommun regleras i lokala överenskommelser, s.k. *avtalssamverkan*. Avtalen reglerar principer för vem som bedöms ha behov av hemsjukvård, vilka åtgärder som kommunen och landstinget är förpliktigade att utföra samt hur samarbetet mellan dessa parter ska ske. Avtalen tecknas i regel gemensamt mellan regionen/landstinget och alla berörda kommuner, dock kan vissa specifika ansvarsområden bestämmas i avtal som tecknas med enskilda kommuner.

Avtalen ser övergripande lika ut över landet. Ett vanligt kriterium för att avgöra när kommunens ansvar för hälso- och sjukvården för en patient aktualiseras är att det är svårt för patienten att ta sig till vårdcentralen (den s.k. *tröskelprincipen*). Ett annat är att samordningen av hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser fungerar bättre om patienten får hemsjukvård. En tredje förutsättning kan vara att behovet av hemsjukvård ska pågå under en viss tid för att det ska bli aktuellt att bli inskriven i hemsjukvården.

Samverkansavtalen innehåller också skillnader. Här redovisar vi ett antal exempel för att illustrera dessa. I ett fåtal regioner/landsting har kommunen inte bara ansvar över hemsjukvård på primärvårdsnivå utan de ansvarar också enligt avtalen för specialiserad vård i hemmet.¹⁶ Den exakta ansvarsfördelningen för de specialiserade insatserna avgörs i vårdplanering. I dessa avtal ansvarar regionerna/landstinget för läkarinsatser och insatser från andra professioner knutna till den specialiserade vården, t.ex. dietister. Kommunen ansvarar för den vård som kan göras av professioner anställda i kommunen.¹⁷

¹⁵ Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie*, 2018, (I Region Stockholm är det bara Norrtälje kommun som ansvarar för hemsjukvård, utr. Anm).

¹⁶ Region Jönköping och Region Kalmar.

¹⁷ Region/Landstinget Jönköping, *Avtal mellan Region Jönköpings län och kommunerna i Jönköpings län om överlåtelse av skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende*, 2018; Region/Landstinget Kalmar, *Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Kalmar län*, 2007.

Även i regioner/landsting som har det huvudsakliga ansvaret för avancerad sjukvård i hemmet skiljer sig definitionerna av specialiserad vård i hemmet i avtalen vilket gör att ansvarsfördelningen ändå kan se olika ut. T.ex. i Blekinge är regionen/landstinget ansvarig för ”specialiserad vård i hemmet som kräver insatser dygnet runt”¹⁸ men i Kronoberg är de ansvariga för ”läkarinsatser och stöd till kommunernas sjuksköterskor av annan sjukvårdspersonal med specialistkompetens vid avancerad hemsjukvård”.¹⁹ I vissa regioner/landsting är kommunerna endast ansvariga för planerade och oplanerade insatser till människor som är inskrivna i hemsjukvården.²⁰ Om patienter är i behov av oplanerad vård i hemmet och är berättigade till detta enligt tröskelprincipen men inte är inskrivna i hemsjukvården är det då regionens/landstingets ansvar.²¹ Avtalen skiljer sig också bl.a. genom att kommunernas ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende omfattar olika åldrar; 0 år och uppåt²², 7 år och uppåt²³, 17 år och uppåt²⁴ och 18 år och uppåt.^{25,26} För de åldersgrupper som inte omfattas av kommunal hemsjukvård har regionen/landstinget ansvaret för hälso- och sjukvård i ordinärt boende.

Vem får kommunalt finansierad hälso- och sjukvård?

De flesta patienter som i dag omfattas av kommunalt finansierad hälso- och sjukvård är äldre och en majoritet är kvinnor. I åldersgruppen äldre än 65 år var 63 procent kvinnor och andelen kvinnor

¹⁸ Region/Landstinget Blekinge, *Avtal om övertagande av ansvar för vissa hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende*, 2013.

¹⁹ Region/Landstinget Kronoberg, *Överenskommelse gällande samverkan inom hemsjukvård i Kronobergs län 2018–2022*, 2018.

²⁰ Region Gävleborg och Region Örebro.

²¹ Region/Landstinget Gävleborg, *Avtal hemsjukvård mellan Kommunerna och Landstinget i Gävleborg*, 2013, Region/Landstinget Örebro län, *Överenskommelse avseende ansvar för den somatiska hemsjukvården mellan Örebro läns landsting och kommunerna i Örebro län*, 2016.

²² 12 regioner/landsting; Blekinge, Dalarna, Kalmar, Gotland, Halland, Jämtland, Jönköping, Kronoberg, Skåne, Västernorrland, Västra Götalandsregionen, Östergötland.

²³ Region Värmland.

²⁴ Region Uppsala.

²⁵ Sex regioner/landsting; Gävleborg, Norrbotten, Sörmland, Västerbotten, Västmanland, Örebro.

²⁶ Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie*, 2018.

är högst bland de allra äldsta. Det är få barn som omfattas av kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. År 2016 var det 2 200 personer under 20 år som fick sådana insatser.²⁷

Via samkörning av uppgifter från Socialstyrelsens patientregister, register över kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser och register över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning för 2014²⁸ erhöles uppgifter om samtliga patienter som skrivits ut från sjukhus under år 2014 och därefter fått kommunalt finansierad hälso- och sjukvård eller insatser från socialtjänsten. De enda patienter som inte inkluderades i uppgifterna var de som vårdats inom rättspsykiatrin. Totalt skrevs 1 121 823 personer ut från sjukhus i Sverige under 2014. 93 procent hade vårdats inom den somatiska vården, medan 7 procent hade vårdats på en psykiatrisk klinik. Av samtliga utskrivna personer under 2014 fick knappt 30 procent²⁹ fortsatt kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, medan knappt 20 procent³⁰ fick insatser från socialtjänsten. Av alla patienter utskrivna från sjukhus år 2014 hade knappt 5 procent³¹ fortsatt behov av *både* kommunalt finansierad hälso- och sjukvård och socialtjänst. En majoritet av dessa var 65 år eller äldre, och flertalet var äldre än 80 år. Fler kvinnor än män fanns i gruppen.

Vem arbetar i kommunalt finansierad hälso- och sjukvård?

Enligt sammanställd statistik var ca 200 000 personer sysselsatta (med månadslön) i kommunal vård och omsorg i egen regi i november 2017. Av dem var drygt hälften undersköterskor eller skötare (105 000 personer) och en tredjedel (66 000 personer) vårdbiträden eller vårdare. Det fanns även ca 15 000 sjuksköterskor sysselsatta i kommunerna varav knappt 12 000 arbetade inom vård och omsorg. Inom vård och omsorg fanns ca 13 000 personliga assistenter anställda. Utöver detta fanns knappt 70 000 timavlönade anställda inom kommunal vård och omsorg, med en genomsnittlig sysselsättningsgrad på 38 procent. Av dessa var drygt 2 000 sjuksköterskor.³²

²⁷ Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie*, 2018.

²⁸ Socialstyrelsen, *Om övergångar mellan slutna vård och öppen vård och omsorg*, 2017.

²⁹ 334 420 personer.

³⁰ 221 221 personer.

³¹ 53 763 personer.

³² Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård*, 2019, s. 30.

I Socialstyrelsens statistik om legitimerad personal inom hälso- och sjukvården finns uppgifter om legitimerad personal som var sysselsatta i november 2015, fördelade på olika näringsgrenar (SNI). Av denna framgår att ca 10 000 sjuksköterskor var sysselsatta i vård och omsorg med boende (varav 2 700 arbetade i privat regi) och ca 7 000 sjuksköterskor var sysselsatta i öppna sociala insatser (varav 900 arbetade i privat regi). Det fanns även 3 300 specialistsjuksköterskor sysselsatta i vård och omsorg med boende varav 800 arbetade i privat regi. Inom öppna sociala insatser fanns 3 100 specialistsjuksköterskor, varav 350 arbetade i privat regi.

Andra legitimerade grupper i kommunal hälso- och sjukvård är t.ex. arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister. Av Socialstyrelsens statistik framgår att ca 1 900 arbetsterapeuter var sysselsatta i vård- och omsorg med boende och 2 200 arbetsterapeuter inom näringsgrenen öppna sociala insatser. Ca 1 200 fysioterapeuter var sysselsatta i vård och omsorg med boende och ca 1 300 fysioterapeuter inom näringsgrenen öppna sociala insatser. Ca 30 dietister var sysselsatta inom vård och omsorg med boende och knappt 50 dietister var sysselsatta inom näringsgrenen öppna sociala insatser.³³

5.2.3 Samverkan för ökad personcentrering

Det råder inte alltid samsyn kring varför man ska samordna sin planering och vem den samordnade planeringen i första hand är till för, verksamheten eller patienten/brukaren. En viktig distinktion måste göras mellan den egna planeringen av framtida insatser som varje berörd vårdenhet ska göra och den gemensamma planeringen mellan olika vårdenheter som syftar till att samordna de olika aktörernas insatser på ett för den enskilde tillfredställande sätt.

För att skapa en sammanhängande hälso- och sjukvård utifrån varje patients behov, förutsättningar och preferenser krävs att samtliga aktörer som är inblandade i insatserna, inklusive patienten själv, har samsyn om hur patientens vårdprocess ska se ut. Det är viktigt att sätta mål utifrån patienten, inte efter organisatorisk indelning av hälso- och sjukvården, när man utformar en personcentrerad vårdprocess. Samordning måste mätas och följas upp utifrån effekten för patienten, inte utifrån de enskilda insatserna eller åtgärderna.

³³ Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård*, 2019, s. 31.

Figur 5.1 är en generisk processbeskrivning av de sex moment en patient går igenom när hen får hälso- och sjukvård, en individanpassad vårdprocess³⁴, oavsett vilket hälsoproblem eller diagnos hen har. Många olika aktörer och professioner kan vara involverade i olika delar av processen. Syftet med beskrivningen är att skapa samsyn mellan olika aktörer om vilken process som ska stödjas utifrån individens perspektiv och möjliggöra sådant som gemensam målformulering för de olika aktörer och professioner som är delaktiga i den.

Figur 5.1 En individanpassad vårdprocess



Källa: Socialstyrelsen, 2016.³⁵

Det förekommer fall vid enklare hälsoproblem där de sex processtegen kan hanteras inom en och samma vårdkontakt. Dessa "korta" vårdprocesser förekommer nästan uteslutande inom öppen vård. I många fall är dock en individanpassad vårdprocess betydligt längre och mer komplex.

³⁴ Vårdprocess som är anpassad för en enskild patient. En individanpassad vårdprocess kan baseras på en eller flera standardiserade vårdprocesser i kombination som används för en specifik patient i syfte att förebygga, identifiera, utreda och behandla ett eller flera hälsoproblem eller hälsotillstånd. En individanpassad vårdprocess kan omfatta ett eller flera vårdåtaganden. Socialstyrelsens termbank, 2013.

³⁵ Socialstyrelsen, *Nationell informationsstruktur 2016:1*, 2016, s. 70.

Hälso- och sjukvårdsinsatser från flera vårdgivare och huvudmän

Det är vanligt att en individanpassad vårdprocess involverar vårdåtaganden³⁶ från flera vårdgivare. En individanpassad vårdprocess omfattar också ofta vårdåtaganden från flera huvudmän, dvs. från både regioner/landsting och kommun eller flera olika regioner/landsting. Under 2016 var det ca 400 000 patienter som fick hälso- och sjukvård där kommunen var huvudman. Merparten av dessa patienter fick också hälso- och sjukvårdsinsatser där landstinget var huvudman.³⁷ Det är alltså många patienter som får hälso- och sjukvård från flera huvudmän i sin individanpassade vårdprocess.

Insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst

Formellt startar insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst i dag alltid på olika sätt. En individanpassad vårdprocess, enligt Socialstyrelsens modell, initieras alltid av att en vårdbegäran framförs till hälso- och sjukvården, oftast av patienten själv men ibland av en närstående eller annan aktör. En individanpassad process i socialtjänsten initieras i stället alltid av en aktualisering till socialtjänsten via en anmälan, en ansökan om bistånd, en begäran om insats enligt LSS eller information på annat sätt. Vid anmälan eller information på annat sätt inleds en förhandsbedömning som avslutas med ett beslut om att en utredning ska initieras.

Socialstyrelsen har konstaterat att utifrån nu gällande lagstiftning och därmed organisering av hälso- och sjukvård respektive socialtjänst finns det inget juridiskt stöd för att bedriva hälso- och sjukvård och socialtjänst för en och samma individ enligt samma process.³⁸ Dock finns det gemensamma mönster i en individanpassad vårdprocess respektive en individanpassad process inom socialtjänst. För den enskilda individen är det förstås oftast så att man ser det som olika delar i en och samma process.

Att en och samma process enligt Socialstyrelsen inte kan innefatta både hälso- och sjukvård och socialtjänst är särskilt intressant i

³⁶ Enligt Socialstyrelsens termbank är ett vårdåtagande ett beslut av mottagande vårdenhet att acceptera vårdbegäran.

³⁷ Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie*, 2018.

³⁸ Socialstyrelsen, *Hälsoärende och process-id – Förutsättningar för en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kring individanpassade processer*, 2015.

relation till gällande rätt om s.k. individuell plan. En individuell plan ska upprättas just när en enskild behöver insatser och åtgärder från både hälso- och sjukvård och socialtjänst, alltså omfattas av både en individanpassad vårdprocess *och* en individanpassad process i socialtjänsten (se avsnitt 5.3.3).

5.2.4 Begreppet omsorg

I gränsytan för samverkan mellan region/landsting och kommun och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst uppfattar många vi möter att det finns ett slags gråzon. Gråzonen benämns ofta som *omsorg*. Oftast härleds gråzonen till insatser som har kommunen som huvudman, men benämningen används även när landstingen är huvudman. Ur lagstiftarens perspektiv finns ingen sådan gråzon, utan det stöd en patient eller brukare får från kommunen eller regionen/landstinget är antingen åtgärder med stöd av hälso- och sjukvårdslagstiftning eller insatser med stöd av socialtjänstlagstiftning.

En del av förklaringen till den uppfattade gråzonen kan vara att det tidigare fanns en lag om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl.³⁹ som i vardagligt tal benämndes omsorgslagen. I den s.k. omsorgslagen reglerades en rätt till särskild omsorg för de som då benämndes psykiskt utvecklingsstörda. De särskilda omsorgerna bestod bl.a. i rådgivning, kontaktperson, daglig verksamhet, korttidsvistelse utanför det egna hemmet och boende i familjehem eller gruppboende. Lagen upphävdes 1994 och ersattes av bestämmelser i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

En annan del kan vara en sammanblandning av olika begrepp och benämningar. Det sammansatta begreppet *vård och omsorg* kan enligt Socialstyrelsens termbank användas för att beteckna åtgärder och insatser till enskilda gällande socialtjänst, stöd och service till funktionshindrade samt hälso- och sjukvård enligt gällande lagar⁴⁰, det vill säga från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det innebär dock inte att begreppet omsorg ensamt kan användas som synonym till socialtjänst.

³⁹ Lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl., se 4 §.

⁴⁰ Socialstyrelsens termbank, 2006.

I gällande rätt används begreppet vård och omsorg just för att beskriva reglering som gäller för insatser och åtgärder från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Omsorg används dock mycket sällan som ett enskilt begrepp. Det sker i bestämmelser i skollagen (2010:800) avseende pedagogisk omsorg samt omsorg under tid då förskola eller fritidshem inte erbjuds. Omsorg används också i beskrivande löptext i SoL, men inte för att beskriva någon särskild typ av verksamhet eller insats.⁴¹ Det närliggande begreppet *aldreomsorg* används inte heller i HSL eller SoL, men förekommer vid tre tillfällen i löptext i annan lagstiftning.⁴²

Omsorg används alltså inte i någon större utsträckning i gällande rätt och används inte för att identifiera eller särskilja en specifik typ av verksamhet eller organisation. Begreppet används dock i vardagligt tal i både regioner/landsting och kommuner.

Samma åtgärd kan vara hälso- och sjukvård eller socialtjänst

Det kan ibland vara svårt att avgöra om en specifik handling för en enskild är en hälso- och sjukvårds- eller socialtjänstinsats. Det kan vara avgörande avseende t.ex. samverkansform med andra aktörer, skyldigheten att föra patientjournal eller dokumentation i personakt och i förlängningen vilken huvudman som finansierar insatsen. För att avgöra om en handling är en hälso- och sjukvårdsåtgärd eller socialtjänstinsats måste man se till bakgrunden och syftet med handlingen. Om syftet är att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador hos individen är det hälso- och sjukvård. Om handlingen i stället görs som en del av ett av socialnämnden bedömt biståndsbehov är det socialtjänst.

I praktiken kan rättstillämparen ändå ställas inför svåra gränsdragningar. Ett sådant exempel är att hälso- och sjukvårdsåtgärder kan utföras som egenvård enligt Socialstyrelsens föreskrifter, och därmed inte längre formellt ses som hälso- och sjukvårdsåtgärder enligt HSL.⁴³ Den enskilde kan behöva hjälp med att ta ett läkemedel eller en sårömläggning p.g.a. en funktionsnedsättning. Sådan hjälp

⁴¹ 3 kap. 1 §, 5 kap. 1 §, 5 kap. 4 § och 8 kap. 6 § SoL.

⁴² 1, 18, 18a, 18c §§ lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk, 8 § lagen (2004:773) om kommunalekonomisk utjämning och 7 kap. 3 § i mervärdesskattelagen (1994:200).

⁴³ Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6), om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

kan då beviljas efter prövning från socialnämnden, vilket då alltså är en socialtjänstinsats.

5.3 Gällande rätt avseende samverkan

5.3.1 Generella, övergripande krav på samverkan i hälso- och sjukvården

Ett övergripande krav på samverkan som anges i HSL, avseende både regioner/landsting och kommuner, är att de vid planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.⁴⁴ En precisering av denna samverkansskyldighet består i regionen/landstingets skyldighet att till kommunerna inom landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att kommunerna ska kunna fullgöra sina uppgifter inom hälso- och sjukvården, dvs. att tillhandahålla hälso- och sjukvård i särskilt boende, i dagverksamhet och i vissa fall i hemsjukvård.⁴⁵ Den region/landstingsanställda läkarens uppgift är att regelbundet besöka de boende och ge stöd till övriga professioner. Läkaren ska i den kommunala vården även akut kunna ge nödvändiga insatser i olika boendeformer där kommunen ansvarar för vården.⁴⁶ Regionen/landstinget ska med kommunerna inom regionen/landstinget avtala om omfattningen av och formerna för tillhandahållandet av läkare. Andra uppgifter får också ingå i avtalet. Något formellt krav för avtalets utformning finns inte, men de mål för och de krav på all hälso- och sjukvård som HSL ställer i sina inledningsparagrafer får inte åsidosättas genom avtalen.

Krav på samverkan kring övrigt vårdbehov, hjälpmedel och förbrukningsartiklar

Regionen/landstinget och kommunen ska även samverka så att den som bor i särskilt boende, vistas i dagverksamhet eller får hemsjukvård från kommunen också får övrig vård och behandling, hjälpmedel och sådana förbrukningsartiklar som denne kan behöva

⁴⁴ 7 kap. 7 § HSL och 11 kap. 3 § HSL.

⁴⁵ 16 kap. 1 § HSL.

⁴⁶ Prop. 2005/06:115 *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 178.

p.g.a. allvarlig sjukdom eller efter behandling av en sådan sjukdom.⁴⁷ Insatser för habilitering och rehabilitering omfattas.⁴⁸

Samarbete avseende personer med psykisk funktionsnedsättning eller missbruk och barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet

Landstinget har en generell skyldighet att ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete avseende personer med psykisk funktionsnedsättning, personer som missbrukar samt avseende barn och unga som vårdas utanför sitt egna hem.⁴⁹ Bestämmelsen är en precisering av det generella kravet på att regionerna/landstingen och kommunerna vid planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. Organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående bör om det är möjligt ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelserna.

Samverkan vid fortsatta behov av insatser efter utskrivning från sluten vård

I LUS fastslås att om en patient efter utskrivning från sluten vård behöver insatser från både region/landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även den landstingsfinansierade öppna vården medverka i planeringen. Det är den fasta vårdkontakten i den landstingsfinansierade öppna vården som ska ta initiativ till den samordnade individuella planeringen. LUS trädde i kraft den 1 januari 2018 och ersatte den s.k. betalningsansvarslagen (BAL).⁵⁰

⁴⁷ 16 kap. 2 § HSL.

⁴⁸ Prop. 2005/06:115 *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 179.

⁴⁹ 16 kap. 3 § HSL.

⁵⁰ Lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Samverkan avseende barn som far illa eller riskerar att fara illa

I HSL fastslås att hälso- och sjukvården på socialnämndens initiativ, i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa, ska samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. Bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden att ett barn kan behöva nämndens skydd finns i 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).⁵¹

5.3.2 Rättsliga former för samverkan mellan huvudmän

Det finns både offentlighetsrättsliga och privaträttsliga former för kommunal samverkan. De offentlighetsrättsliga formerna är *kommunalförbund* och *gemensam nämnd*. Privaträttsliga former är företag, stiftelser och ideella och ekonomiska föreningar. När två eller fler kommuner eller landsting samverkar i sådan form används emellanåt begreppet *interkommunala företag*. De är egna juridiska personer, men är inte myndigheter. Slutligen finns *avtalsamverkan* som inte innebär någon organisatorisk samverkan.

Offentlighetsrättsliga samarbetsformer får endast ske tillsammans med andra kommuner och landsting. Genom samverkan i avtalsform eller igenom delägda juridiska personer kan kommuner och landsting däremot samverka även med andra samhällsaktörer.

Reglerna om kommunalförbund finns i 9 kap. 1–18 §§ i kommunallagen (2017:725) (KL). Möjligheten att bilda kommunalförbund tillkom redan 1919 och regelverket fanns tidigare i en särskild kommunalförbunds lag. Det finns i dag 268 kommunalförbund.⁵²

Kommuner och landsting kan också samverka i gemensam nämnd enligt bestämmelserna i 9 kap KL. En gemensam nämnd tillsätts i någon av de samverkande kommunerna eller landstingen (den s.k. värdkommunen) och ingår i denna kommun- eller landstingsorganisation. Till skillnad från ett kommunalförbund så är en gemensam nämnd ingen egen juridisk person. Varje kommun eller landsting behåller sitt huvudmannaskap för de frågor man överlämnar till den gemensamma nämnden.

⁵¹ 5 kap. 8 § HSL.

⁵² SOU 2017:77, *Kommunalt rättsliga förutsättningar för samverkan*, s. 79.

Den vanligaste formen för samverkan inom hälso- och sjukvården är dock avtalssamverkan. Under 2018 infördes nya generella bestämmelser i KL⁵³ för att förenkla och stärka möjligheten till avtalssamverkan. Enligt de nya bestämmelserna kan en kommun eller region/landsting helt eller delvis överlåta utförandet av uppgifter till en annan utan att lokaliseringsprincipen hindrar det. Den som överlåter utförandet av en uppgift har dock fortfarande kvar ansvaret för den. De nya bestämmelserna innebär inte någon ändrad uppgiftsfördelning mellan kommuner och region/landsting och en kommun får inte med stöd av bestämmelserna utföra uppgifter som ankommer på ett landsting och vice versa.

I förarbetena angav dock regeringen att de nya bestämmelserna inte ska tillämpas om det finns avvikande bestämmelser om avtalssamverkan i annan lag eller författning, vilket är fallet för hälso- och sjukvården.⁵⁴ Bestämmelserna i HSL om vissa möjligheter och skyldigheter för landsting att erbjuda vård även till andra än invånarna i landstinget⁵⁵, att med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget eller kommunen ansvarar för⁵⁶ och att samverka i frågor om hälso- och sjukvård som berör flera landsting⁵⁷ kvarstår oförändrade.

5.3.3 Individuell plan som medel för samverkan

Regionen/landstinget ska tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan (i dagligt tal ofta benämnd SIP) när en enskild har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och från socialtjänsten.⁵⁸ Planen ska upprättas om regionen/landstinget 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, 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 vilka insatser som behövs, vilka insatser som respektive huvudman ska

⁵³ 9 kap. 37–38 §§ *kommunallag* (2017:725).

⁵⁴ Prop. 2017/18:151 *En generell rätt till kommunal avtalssamverkan*, s. 43–48.

⁵⁵ 8 kap. 2–5 §§ HSL.

⁵⁶ 15 kap. 1 § HSL.

⁵⁷ 7 kap. 8 § HSL.

⁵⁸ 16 kap. 4 § HSL, se motsvarande bestämmelse för kommunen i 2 kap. 7 § SoL.

svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

När kravet på ett gemensamt upprättande av en individuell plan lagfästes 2010 fanns flera bestämmelser om skyldigheter för landstingets hälso- och sjukvård att samverka med kommunerna på patient/brukarnivå. Den då gällande lagen BAL angav t.ex. att landstingets hälso- och sjukvård tillsammans med bl.a. kommunens socialtjänst i vissa fall skulle upprätta en vårdplan för den som skrivits ut från slutna hälso- och sjukvård. Det fanns också flera bestämmelser i speciallagstiftningar om individuella planer för vissa grupper. Någon generell regel som gav kommuner och landsting i uppdrag att gemensamt upprätta individuella planer för alla enskilda som behövde det fanns dock inte. Tanken med den individuella planen var att den skulle skilja sig från övriga då befintliga planer genom att gälla alla enskilda och säkerställa samarbete mellan huvudmännen, i syfte att tillgodose individers samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst. Regeringen ansåg att krav på gemensamma individuella planer krävdes för att tydliggöra huvudmännens gemensamma ansvar för personer med behov från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Kravet på en gemensam individuell plan var ett förtydligande av ett redan existerande ansvar och inte en ny uppgift eller en ambitionshöjning. I de fall den individuella planen sammanfaller med någon annan plan som ska upprättas enligt annan lagstiftning, ska inte någon individuell plan upprättas.⁵⁹

Kravet på individuell plan har sin bakgrund i utredningen om nationell psykiatrisamordning.⁶⁰ För att minska incitamenten för de berörda huvudmännen att hänvisa ansvaret på någon annan föreslog utredningen att båda huvudmännen skulle ha ett likalydande ansvar för planering och samordning. En detaljerad reglering av *hur* huvudmännen skulle inleda planeringen ansågs inte behövas. I stället ansåg regeringen att huvudmännen var bäst lämpade att utforma nödvändiga rutiner för samverkan. Det stora behovet av att huvudmännen utarbetar sådana rutiner påpekades dock. Regeringen bedömde att det

⁵⁹ Prop. 2008/09:193 *Vissa psykiatrirågor m.m.*

⁶⁰ SOU 2006:100 *Ambition och ansvar - Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionsbinder.*

bästa instrumentet att få till stånd bra samverkansformer var skriftliga lokala överenskommelser. Att rutiner för samverkan ska upprättas är således en del av kraven på ledningssystem som bl.a. regleras av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.⁶¹

Kommunal hälso- och sjukvård omfattas inte av kravet på upprättande av individuell plan med stöd av HSL och SoL

En förutsättning för att kravet på upprättande av en individuell plan enligt ovan ska aktualiseras är att den enskilde har behov av insatser från både landstingsfinansierad hälso- och sjukvård och från socialtjänsten. Det ansvar från kommunens sida som kommer till uttryck i aktuella bestämmelser om individuell plan avser således endast kommunens socialtjänstinsatser. Kommunen i sin egenskap av huvudman för hälso- och sjukvård omfattas inte av bestämmelserna. Den kommunala hälso- och sjukvården är med andra ord exkluderad från kravet i HSL och SoL på upprättande av en individuell plan. Regeringen anförde:⁶²

Enligt de bestämmelser som här föreslås kommer inte den kommunala hälso- och sjukvården att ha något planeringsansvar, vare sig enligt SoL eller enligt HSL. För en person som bor i ett särskilt boende torde detta inte vara något problem eftersom hälso- och sjukvården då kan ses som en integrerad del av socialtjänstens verksamhet. Om planeringsbehovet identifieras inom ramen för en kommunal hälso- och sjukvårdsinsats i ett särskilt boende är det planeringsskyldigheten i SoL som är tillämplig, eftersom hälso- och sjukvård och socialtjänst knappast kan åtskiljas i en sådan situation. Bedömningen kan dock bli svårare 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 HSL. Trots detta anser regeringen inte att några bestämmelser om planeringsskyldighet för kommunal hälso- och sjukvård behövs. Kommunen bör i stället genom interna kvalitetssystem kunna säkerställa att behovet av insatser inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården blir tillgodosedda.

⁶¹ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9), om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

⁶² Prop. 2008/09:193 *Vissa psykiatrifrågor m.m.* s. 22.

Den praktiska användningen av individuell plan

Sedan införandet av bestämmelser om individuell plan har kommuner och regioner/landsting förändrat sina arbetssätt i varierande utsträckning. I en utvärdering av individuell plan som socialutskottet lät genomföra 2017 identifierades bristande tid och kunskap, bristande samsyn mellan aktörer, otydlig ansvarsfördelning, begränsad brukardelaktighet och begränsningar i it-infrastruktur som gemensamma problemområden och hinder för samverkan. Sekretesslagstiftningen ansågs också i vissa fall försvåra arbetet över myndighets- och institutionsgränserna. Rapporten lyfte även behovet av att förtydliga vissa delar i lagstiftningen om individuell plan, såsom t.ex. vem som ansvarar för planen, vilken roll skolan kan ha för barn och unga och vilka möjligheter Migrationsverket har att initiera en individuell plan. Vidare rapporterades om svårigheter med planer som tangerar den individuella planen. Uppfattningen var att många planer leder till att regelverken blir svåröverskådliga, vilket i sin tur kan leda till förvirring hos både den enskilde och personal.⁶³

Det saknas nationell statistik över hur många individuella planer som har upprättats sedan kravet infördes i lagstiftningen. Det finns viss statistik över individuella planer för gruppen barn och unga, men den är ofullständig och i viss mån bristfällig eftersom kommuner och landsting rapporterade in uppgifter till SKL på olika sätt. Exempelvis rapporterade kommunerna in antalet individuella planer för barn och unga t.o.m. 17 år medan landstingen rapporterade antalet för barn och unga upp t.o.m. 24 år. Det är med andra ord svårt att följa upp vilket genomslag kravet om individuell plan har haft kvantitativt. I den inrapporterade statistiken kunde man dock se en ökning av användandet av individuella planer för gruppen barn och unga. Från 2 407 respektive 2 828 stycken upprättade planer av kommun och landsting år 2013 till 3 919 respektive 5 904 stycken år 2015.

49 procent av kommunerna har en rutin för att delge enskilda personer information om att de vid behov kan få en individuell plan.⁶⁴

⁶³ Socialutskottet, *Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering dnr. 2017/18: RFR5*, 2017.

⁶⁴ Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie*, 2018, s. 27.

Individuell plan vid samordnad individuell planering enligt lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård

Vid en sådan samordnad individuell planering som enligt LUS ska genomföras när en patient efter utskrivning från slutet vård behöver insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst ska det, om patienten samtycker till det, upprättas en sådan individuell plan som avses i HSL och SoL och som redogjorts för ovan. En individuell plan som upprättas med stöd av LUS ska således ha samma innehåll som en individuell plan upprättad med stöd av HSL eller SoL.

Förslaget från utredningen som arbetade med framtagandet av LUS var att den gemensamma planeringen skulle aktualiseras om patienten behövde insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst, dvs. under samma förutsättningar som när en individuell plan enligt HSL och SoL ska upprättas. Utredningen ansåg att redan då existerande lagstiftning om individuella planer var tillräcklig för att möta det behov av planering som uppstår när en patient ska skrivas ut från slutet vård. Det skulle enligt utredningen därför vara mest ändamålsenligt att hänvisa till redan befintliga bestämmelser. Utredningen föreslog även att de i HSL och SoL reglerade individuella planerna skulle benämnas samordnade individuella planer. Regeringen såg dock ett behov av att inkludera den kommunala hälso- och sjukvården i den gemensamma planeringen. Eftersom bestämmelserna i HSL och SoL om individuella planer inte innefattar något planeringsansvar för den kommunala hälso- och sjukvården ansåg regeringen att en direkt hänvisning till de bestämmelserna skulle kunna tolkas som att den kommunala hälso- och sjukvården inklusive hemsjukvården uteslöts från kravet på samordnad individuell planering. En sådan hänvisning var därför inte aktuell.

Det kan således konstateras att den kommunala hälso- och sjukvården inte omfattas av bestämmelserna om individuell plan i HSL och SoL men väl av bestämmelsen om individuell plan i LUS. Om den kommunala hälso- och sjukvården har en skyldighet att medverka i upprättande av en individuell plan beror alltså på om den enskildes behov av vårdinsatser har startat med en intagning vid en vårdinrättning.

Individuell plan med stöd av patientlagen

Också i PL finns en hänvisning till den individuella plan i HSL och SoL som ovan redogjorts för. Här anges att en individuell plan ska upprättas för en enskild som har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten under samma förutsättningar som när en individuell plan ska upprättas direkt med stöd av HSL. Det krävs således ett behov av insatser från socialtjänsten för att kravet på att upprätta en individuell plan ska aktualiseras enligt PL.

Individuell plan med medverkan av förskola och skola

Utbildningsnivå används i dag som huvudsakligt mått för socioekonomisk status och en gymnasieexamen är en av de starkaste determinanterna för en god hälsa. En fungerande samverkan mellan hälso- och sjukvården och förskola/skola, inklusive elevhälsan, är därmed central. Något lagkrav på att elevhälsan ska initiera eller medverka till individuella planer finns inte. Däremot kan kommuner ha egna rutiner för upprättande av individuella planer. Rutinerna kan reglera att elevhälsan, skolan och förskolan ska ta initiativ till en individuell plan om de bedömer att ett barn eller en ungdom är i behov av det.⁶⁵ En del kommuner och regioner har slutit överenskommelser för att skolan ska ha en möjlighet att initiera en individuell plan (i dagligt tal SIP).⁶⁶ SKL har i skrivelse till regeringskansliet påtalat behovet av att införa en skyldighet även för förskola och skola att initiera en individuell plan.⁶⁷ I skrivelsen framfördes att det för barn och unga som har behov av insatser från flera olika samhällsaktörer ofta är av stor betydelse att kommun och region/landsting samordnar sitt stöd. SKL anser att skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård som jämbördiga parter ska ta ansvar för att samordna insatserna, till exempel med hjälp av individuell plan. SKL:s uppfattning är enligt skrivelsen att, utöver hälso- och sjukvård och socialtjänst, även förskola och skola ska få rätt att vid behov ta initiativ till och skyldighet att delta i arbetet med individuell plan, vilket kräver en ny bestämmelse i skollagen. Det skulle innebära att förskolan, skolan, socialtjänsten och hälso- och sjukvården vid behov blir skyldiga att samverka. Skyldigheten att initiera

⁶⁵ Socialutskottet, *Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering dnr. 2017/18: RFR5*, 2017.

⁶⁶ Sveriges Kommuner och Landsting, *Skolbloggen*, 2018.

⁶⁷ Sveriges Kommuner och Landsting, *Skrivelse ärendenr. 18/05081*, 2018.

en individuell plan bör, enligt SKL, omfatta alla skolformer från förskola till vuxenutbildning.

Esther SimLab – en innovativ praktisk utbildningsform som utvecklar teamsamverkan och realiserar ett personcentrerat förhållningssätt

Hur skapar vi bästa möjliga hälsa och jämlik vård? Utifrån denna högaktuella fråga, tillsammans med de utmaningar som uppkommit vid införandet av den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612), initierade Jönköpings Län Esther SimLab.

Med lärandet i centrum erbjuds Esther SimLab till verksamhetsnära vård- och omsorgspersonal, med fokus på träning av s.k. ”icke-tekniska färdigheter”. Dessa färdigheter innefattar bland annat kommunikation, bemötande och samverkan i det direkta mötet med patient/närstående. Med enkelhet som nyckelbegrepp sker träningen i två delar. Första delen berör mötet för samordnad individuell plan och den andra delen berör utskrivningsprocessen. Som avslutning designar verksamheten en fortsatt samverkansplan för hur de nya kompetenserna skall användas, omsättas och spridas. Tillsammans skapar nyckelpersoner inom profession och patient/närstående på detta sätt nya perspektiv och förmågor. Allt resulterar i en förståelse för varje individs unika situation.

Förståelsen som skapas i träningsformen inom Esther SimLab utvecklar teamsamverkan, realiserar personcentrerat förhållningssätt och bidrar konkret till ökad möjlighet för bättre hälsa och jämlik vård.

Esther SimLabs modell har co-designats med deltagande verksamheter och Levande bibliotek i Jönköpings Län. Rekrytering av patient/närständerepresentant sker från Levande bibliotek och Peernätverk. Läromodellen sprids nu nationellt i arbetet med Patientkontrakt. Värdet av Esther SimLab beskrivs av deltagande verksamheter och patientrepresentanter på följande sätt:

Träningen ger vårdgivarna möjlighet att se hur små förändringar gör stor skillnad för patienten. Man får en förståelse, om och hur alla olika delar fungerar tillsammans.

Ett lärande i realtid som gör avtryck, där såväl deltagare som observatörer får unika möjligheter att se och uppleva vad som sker i en patients/närstaendes resa. Att man både lär och fångar förbättringsområden direkt på plats, och med alla deltagare i samma rum, är en framgångsfaktor för det fortsatta utvecklingsarbetet.

5.3.4 Andra författningsreglerade planer

I enlighet med vårt uppdrag att se över befintlig planlagstiftning har vi genomfört en kartläggning av olika planverktyg, utöver individuell plan, som regleras av HSL och SoL. I tabell 5.1 presenteras de författningsreglerade planer som utredningen har identifierat inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamhet.

Tabell 5.1 Författningsreglerade planer inom vård och omsorg

Plan	Regleras i författning:
arbetsplan	Socialtjänstlag (2001:453)
	Socialtjänstförordning (2001:937)
behandlingsplan	Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS
dokumentation av planeringen	Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård
genomförandeplan	Socialtjänstlag (2001:453)
	Socialtjänstförordning (2001:937)
	Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS
individuell plan	Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
	Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
	Patientlag (2014:821)
	Socialtjänstlag (2001:453)
individuell plan	Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
individuell plan vid habiliterings-, rehabiliterings- eller hjälpmedelsinsatser (<i>begreppet är en härledning</i>)	Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
individuell vårdplan	Smittskyddslag (2004:168)
plan	Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
plan	Socialtjänstlag (2001:453)
plan	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering
samordnad vårdplan	Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT)
	Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV)

särskild behandlingsplan	Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
vårdplan	Lag (1964:167) med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare
vårdplan	Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT)
vårdplan	Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV)
	Förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård
vårdplan	Socialtjänstlag (2001:453)
	Socialtjänstförordning (2001:937)
vårdplan	Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård

Utredningen ser anledning att särskilt lyfta några av de identifierade planerna, vilka presenteras nedan.

Vårdplan och genomförandeplan vid vård i HVB, stödboende eller familjehem

När någon behöver vårdas i ett hem för vård eller boende (HVB), stödboende eller familjehem ska en plan upprättas för den vård som socialnämnden avser att anordna, en s.k. *vårdplan*. Hur vården sedan ska genomföras ska regleras i en *genomförandeplan*.⁶⁸ I en vårdplan ska beskrivas de särskilda insatser som behövs, det sätt på vilket den unges umgänge med föräldrar, vårdnadshavare och andra närstående ska ordnas, målet med vården samt den vårdbehövandes och, i fråga om barn, även hans vårdnadshavares syn på den planerade vården. En genomförandeplan ska som utgångspunkt beskriva målet med de särskilda insatser som behövs. Vidare när och hur insatserna ska genomföras och genomförandeplanen följas upp, när och hur den unge ska kunna tillgodogöra sig åtgärder och insatser som andra huvudmän än socialnämnden ansvarar för och när och hur den unges umgänge med föräldrar, vårdnadshavare och andra närstående ska ordnas. Genomförandeplanen ska också reglera när och hur den unge ska ha kontakt med socialnämnden och den unges och, i fråga

⁶⁸ 11 kap. 3 § SoL.

om barn, hens vårdnadshavares syn på genomförandet av den planerade vården.⁶⁹ En vård- och genomförandeplan ska också redogöra för åtgärder och insatser som andra huvudmän har ansvar för. Det kan t.ex. gälla insatser från den psykiska barn- och ungdomsvården, vilken landstinget svarar för.

Individuell plan vid insatser med stöd av LSS

Personer med omfattande och varaktiga funktionshinder och ett omfattande behov av stöd eller service kan enligt LSS ha rätt till insatser i form av t.ex. personlig assistans, ledsagarservice, kontaktperson, bostad med särskild service eller daglig verksamhet. Kommunen är som utgångspunkt huvudman för samtliga former av insatser med stöd av LSS, dock inte för rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder, vilket i stället är en uppgift för region/landstinget.⁷⁰ I samband med att en insats beviljas med stöd av LSS ska den enskilde erbjudas att en individuell plan med beslutade och planerade insatser upprättas i samråd med hen.⁷¹ Den som har beviljats en insats ska när som helst kunna begära att en plan upprättas, om det inte redan har skett. I planen ska även redovisas åtgärder som vidtas av andra än kommunen eller landstinget.

Individuell plan vid habilitering, rehabilitering eller tillhandahållande av hjälpmedel

Regionen/landstinget har, förutom i samband med hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för, ett ansvar att erbjuda habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning. När en sådan insats erbjuds ska regionen/landstinget i samverkan med patienten upprätta en individuell plan.⁷² Av planen ska planerade och beslutade insatser framgå. Syftet med den individuella planen är en samordning av olika insatser för den enskilde. Ansvaret

⁶⁹ 5 kap. 1 § *socialtjänstförordning* (2001:937).

⁷⁰ 2 § LSS.

⁷¹ 10 § LSS.

⁷² 8 kap. 7 § första stycket 1 och 2 HSL.

ligger inte bara på de enskilda yrkesutövarna inom hälso- och sjukvården utan även på sjukvårdshuvudmannen som sådan.

5.3.5 Möjligheten att dela information i planverktyg

Syftet med individuell plan enligt HSL och SoL är att säkerställa samarbete mellan huvudmännen så att individens samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses, oavsett huvudman och lagrum. En viktig förutsättning för ett sådant samarbete är möjligheten att dela information med varandra i upprättandet och genomförandet av den individuella planen.

Regeringen anförde vid införandet av bestämmelsen om individuell plan⁷³ att en detaljerad reglering av *hur* huvudmännen ska inleda planeringen inte behövs, utan huvudmännen skulle utforma nödvändiga rutiner för samverkan. I utformandet av rutinerna vittnar dock många av de utredningen möter om att det dykt upp ett antal generella frågeställningar kopplat till just möjligheten att dela information mellan de två huvudmännen.

Även där gällande rätt möjliggör informationsdelning kan det finnas ett antal praktiska hinder, såsom bristande interoperabilitet mellan it-stöd och regionala och lokala riktlinjer för dokumentation som inte alltid är samstämmiga. Behovet av ökad interoperabilitet är grunden för Vision e-hälsa 2025, se avsnitt 3.2.2.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att vidareutveckla det webbaserade stödet digital verksamhetsutveckling i vården med särskilt fokus på det juridiska stödet för dokumentation som myndigheten tidigare utvecklat tillsammans med E-hälsomyndigheten. Uppdraget ska redovisas i november 2019.⁷⁴

Dela information mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst

Generellt gäller att socialtjänst och hälso- och sjukvård inte får ha direktåtkomst till varandras dokumentation eller dokumentationsstöd utifrån gällande rätt. Bakgrunden är ett starkt skydd för att personuppgifter ska utformas och behandlas så att patienters, brukares och övriga registrerades integritet ska respekteras. Med bakgrund

⁷³ Prop. 2008/09:193 *Vissa psykiatrifrågor m.m.*

⁷⁴ Regleringsbrev för budgetåret 2019 avseende Socialstyrelsen, S2019/01225/FS.

i bl.a. proposition 2009/10:80 ”En reformerad grundlag” har integritetsskyddet på senare år stärkts i grundlagen. Informationsöverföring kan dock ske mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst efter sekretessprövning och samtycke från den enskilde, men aldrig via direktåtkomst. I stället görs då ett utlämnande av den sekretessprövade informationen. Detta innebär i praktiken att information inte kan delas mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten i utformandet av den gemensamma, individuella planen utan i stället görs dokumentation av respektive huvudman. Den parallella dokumentationen syftar till att relevant information om planerade insatser och åtgärder för en enskild ska finnas i både hälso- och sjukvårdens patientjournal och socialtjänstens personakt, trots att informationen tekniskt inte får delas via exempelvis direktåtkomst. Det innebär också att om det finns en individuell plan, som omfattar information från både hälso- och sjukvård och socialtjänst, och den ena huvudmannen gör ändringar i planen måste den andra huvudmannen också göra det manuellt för att den individuella planen ska vara likalydande. Detta gäller även om patienten eller brukaren gett sitt samtycke till uppdateringen. För detta manuella uppdaterande och upprättande av individuella planer har huvudmännen s.k. samordnad individuell planering, något som regleras av bland annat LUS.⁷⁵

I sammanhanget bör också noteras att olika regelverk gäller för hemsjukvård och hemtjänst. För hemsjukvårdens del gäller patientdatalagen (2008:355) (PDL) med bl.a. krav på dokumentation i en patientjournal. Uppgifter i hemsjukvården omfattas av hälso- och sjukvårdssekretessen i offentlighets- och sekretesslagen samt av tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen. Dokumentationen i hemtjänsten regleras i stället av SoL, LSS och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS. För hemtjänstens del gäller även lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. Uppgifter i hemtjänst omfattas av socialtjänstsekretess i OSL samt av tystnadsplikt i SoL och LSS. Ovanstående innebär bland annat att den kommunala hemsjukvården ska föra patientjournal, medan hemtjänsten ska föra dokumentation i personakt. I de regelverk som styr dokumentationen i hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten finns inga bestämmelser som möjliggör gemensam

⁷⁵ 4 kap. 1 § lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

dokumentation då bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt hindrar en sådan gränsöverskridande dokumentation.

Dela information mellan region/landsting och kommun i rollen som vårdgivare

Det är andra regelverk som gäller när region/landsting och kommun ska samverka inom HSL. Då gäller i stället bestämmelsen om sammanhållen journalföring i PDL.⁷⁶ Då både kommunen och regionen/landstinget delar information i rollen som vårdgivare kan information delas via direktåtkomst,⁷⁷ förutsatt att det rör en patient som vårdgivaren har en aktuell patientrelation med, 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. Om de tre förutsättningarna är uppfyllda kan exempelvis en läkare på vård-/hälsocentral genom direktåtkomst ta del av uppgifter som dokumenterats i den kommunala hemsjukvården. På motsvarande sätt kan exempelvis sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården genom direktåtkomst ta del av uppgifter som dokumenterats i andra delar av öppen- eller slutenvården.

Dela information mellan olika delar av socialtjänsten

Regleringen av kommunens samverkan inom SoL ser annorlunda ut än inom HSL. Olika utförare och verksamheter (fysiska eller juridiska personer som bedriver socialtjänst, t.ex. kommunala och privata utförare) inom socialtjänsten har sekretessgränser mellan sig. Det finns inga sekretessbrytande bestämmelser som motsvarar hälso- och sjukvårdens möjligheter till direktåtkomst och dagens regelverk inom socialtjänsten medger inte att olika utförare har

⁷⁶ 6 kap. 1 § *patientdatalagen* (2008:355).

⁷⁷ Patientdatalagens bestämmelser om journalföring gäller oberoende om journaler förs på papper eller elektroniskt. Direktåtkomst är av förklarliga skäl enbart tillämpligt 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).

direktåtkomst till varandras dokumentation och dokumentationssystem.⁷⁸ Bakgrunden är även här ett starkt skydd för att personuppgifter ska utformas och behandlas så att brukarens integritet ska respekteras, något som alltså stärkts under senare år. Detta är något som torde vara särskilt centralt inom socialtjänsten givet det breda uppdraget.

Olika privata utförare av socialtjänst kan således inte ta del av varandras uppgifter om individen genom direktåtkomst. Inte heller kan en kommunal utförare av socialtjänst få tillgång till en privat utförarens dokumentation om den enskilde med direktåtkomst. Sekretess gäller också mellan kommunala myndigheter och mellan kommunala myndigheter och privata utförare av socialtjänst vilket exempelvis innebär att en biståndshandläggare i en kommun inte får ta del av privata utförarens dokumentation om genomförda insatser med hjälp av direktåtkomst.⁷⁹

5.4 Stöd för samverkan

5.4.1 Kunskapsstyrningens roll

Standardiserade processer och planer och dess förhållande till planer för individen

En standardiserad vårdplan definieras enligt Socialstyrelsens termbank som en vård- och omsorgsplan som på förhand fastlagts utifrån systematiskt framtaget kunskapsunderlag och som beskriver rekommenderade hälso- och sjukvårdsåtgärder för specifika hälsoproblem. En standardiserad vårdprocess definieras som en vårdprocess som är förutbestämd avseende hälso- och sjukvård för en grupp eller kategori av patienter med ett eller flera relaterade hälsoproblem eller hälsotillstånd. Det är alltså ett sätt att beskriva exempelvis typiska patientfall eller vårdprocesser som är generella för en specifik patientgrupp. Det finns ett antal lokala, regionala och nationella initiativ för detta, bl.a. regeringens och SKL:s överenskommelse om kortare väntetider i cancervården och arbetet med standardiserade vårdförlopp. Andra exempel på standardiserade processer och planer

⁷⁸ Socialstyrelsen, *Direktåtkomst – Övergripande*; Socialstyrelsen, *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*, 2015, s. 273–282.

⁷⁹ 6 kap. 1 §, 7 kap 13§ Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

är regionala och nationella vårdplaner, som i sin tur ofta bygger på Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Syftet med de standardiserade processerna och planerna är dels att säkerställa en jämlik och jämställd vård i hela landet men också att genom kunskapsstyrning ge stöd och vägledning vid prioriteringar, behandlingar och metoder för sjukdomar och tillstånd som drabbar många människor.

En eller flera av de standardiserade planerna och processerna kan alltså ligga till grund för utformandet av en persons individanpassade plan. Även om det krävs flera olika standardiserade planer för att utforma den individanpassade planen måste målet vara att patienten eller brukaren upplever det som ett samordnat förlopp.

5.4.2 Patientkontrakt

Regeringen aviserade under hösten 2016 en pilotverksamhet med patientkontrakt. Den genomfördes 2017 i tre regioner/landsting; Landstinget i Kalmar län, Region Halland och Region Norrbotten och avrapporterades i januari 2018 till regeringskansliet.⁸⁰ Pilotverksamhetens uppdrag var att utveckla ett koncept för patientkontrakt med en interaktiv sammanhållen plan. Pilotprojektets slutrapport framhöll att det krävs en rensning av antalet planer och en lagstiftning som främjar samverkan mellan vårdgivare och patient. Vidare beskrev man att nuvarande lagstiftning i vissa avseenden utgör hinder för samverkan och därför behöver omprövas. Detta för att utifrån patientens perspektiv och behov möjliggöra att gemensamt hantera all information om vård och omsorg på 1177.se, oavsett huvudman.

Från och med 2018 ingår arbetet med patientkontrakt som en del av överenskommelsen mellan regeringen och SKL om patientmiljarden.⁸¹ Överenskommelsen om patientmiljarden omfattade 998 miljoner kronor för 2018, varav 980 miljoner kronor var stimulansmedel till landstingen. Målet med överenskommelsen om en patientmiljard var, enligt regeringen och SKL att:

⁸⁰ SOU 2017:53 *God och nära vård - En gemensam färdplan och målbild*, avsnitt 3.1.3.

⁸¹ Regeringskansliet och SKL, *Patientmiljarden - Insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2018 dnr. S2017/07321/FS*, 2017.

bidra till utvecklingen av tillgängligheten till primärvården och samordningen av patienternas vårdinsatser. Satsningen ska främja huvudmännens förutsättningar för att förbättra tillgängligheten till primärvården samt en mer patientcentrerad vård genom samordning, kontinuitet och helhetssyn. Överenskommelsen inriktas mot införandet av en förstärkt vårdgaranti inom primärvården samt att stödja införandet av patientkontrakt.

Patientkontrakt är en central del av överenskommelsen och beskrivs som ”en sammanhållen vårdplan med patientens alla vårdkontakter” som har till syfte att öka förutsättningarna för en mer tillgänglig och samordnad vård. Patientkontrakten är tänkta att fungera som ett slags paraplyöverenskommelse för patientens samtliga vårdinsatser och vårdplaner och bidra till att patienten blir mer delaktig i sin vård och kan vara med att utföra planeringen. Patientkontraktet syftar även till att patienterna ska få en översikt över inplanerade vårdinsatser så de kan följa vårdinsatserna steg för steg. Det ska framgå vart patienten kan vända sig med frågor om de planerade vårdinsatserna. Det är hälso- och sjukvården som ska bistå patienten med att samordna vårdkontakterna både inom primärvården och den specialiserade vården och som ska säkerställa att patienten får vård efter behov och inom rimlig tid, oavsett förmåga att själv ta kontakt med vården.

I det praktiska tillämpnings- och implementeringsarbetet, under ledning från SKL, har patientkontrakt också tagit formen av ett förhållnings- och arbetsätt för mötet med patienten.

SKL om patientkontrakt

I hela Sverige pågår, under ledning av SKL, ett kapacitetsbygge för att stödja regioner i breddinförandet av patientkontrakt. En strategi är att integrera patientkontrakt i det som redan pågår. Patientkontrakt är inget juridiskt dokument – det är ett koncept för personcentrerad och sammanhållen vård baserad på god tillgänglighet, delaktighet, samverkan och samordning. Patientkontraktet handlar om att i varje möte mellan individen och vården söka, stärka och ta tillvara individens egen förmåga och vilja utifrån vad som är viktigt för den personen. Konceptet består av fyra delar, baserade på gemensam värdegrund och gemensamt ansvar:

- överenskommelse mellan vården och patienten för att skapa delaktighet,
- fast vårdkontakt med samordningskontrakt,
- bokade tider i samråd med patienten för att säkerställa tillgänglighet och,
- sammanhållen plan för att säkerställa samverkan mellan de aktörer som deltar i den individanpassade vårdprocessen.

Patientkontrakt bidrar till att konkretisera och möjliggöra att mäta och följa upp hur personcentrerade arbetsätt än mer genomsyrar förhållningssättet i alla vårdmöten.

Inera AB har under 2019 fått i uppdrag av SKL att genomföra en förstudie för att patientkontrakten ska kunna visas i den nationella it-portalen för journal på nätet, 1177.se. Förstudien ska vara klar i september 2019.

5.4.3 Andra nationella stöd för individuell plan och fast vårdkontakt

Förutom patientkontrakt finns det ett antal andra nationella stöd för arbetet med individuell plan och samordnad planering, som utgår ifrån gällande rätt. När det gäller individuell plan har SKL flera stöd,

både generellt och specifikt inom satsningen för psykisk hälsa. SKL har tagit fram interaktiva webbutbildningar om individuell plan. SKL har också handböcker om utformandet av individuella planer som riktar sig till både professionerna och förtroendevalda.⁸²

Socialstyrelsen har utarbetat en nationell vägledning om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan.⁸³ Syftet med vägledningen är att underlätta för huvudmännen att upprätta lokala rutiner för funktionen fast vårdkontakt och individuell plan. Vägledningen riktar sig till vårdgivare, verksamhetschefer, hälso- och sjukvårdspersonal samt andra som arbetar med personer med omfattande behov av hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen har också en frågor och svar-funktion på sin webbplats om individuell plan.⁸⁴

5.5 Utgångspunkter för utredningens fortsatta arbete

5.5.1 Framgångsfaktorer för samverkan

Ökad förståelse för den kommunala hälso- och sjukvårdens roll och ansvar

Det finns ett behov av att öka förståelsen för kommunernas verksamhet på hälso- och sjukvårdsområdet. I det fortsatta utredningsarbetet är det viktigt att belysa kommunens dubbla roll, som både vårdgivare och som utförare av socialtjänstinsatser. Den kommunala hälso- och sjukvården har dubbla samverkansytor, dels mot socialtjänsten inom kommunen och dels mot den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården.

Vikten av att integrera den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och den landstingsfinansierade, innebär inte att den kommunala verksamheten ska anpassa sig till landstingets processer och rutiner, utan att det behövs en ökad kunskap och förståelse för varandras uppdrag och kunskap. Under våra många dialoger har vi sett flera framgångsrika exempel där kommunen varit den drivande aktören i samverkan mellan huvudmännen.

⁸² SKL, *Samordnad individuell plan, SIP*.

⁸³ Socialstyrelsen, *Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan*, 2017.

⁸⁴ Socialstyrelsen, *Frågor och svar om samordnad individuell plan SIP*.

Införliva ett personcentrerat synsätt i den individuella planen

Samordningen och den gemensamma planeringen över vårdgivar- och huvudmannagränser ska anpassas efter individens skiftande behov. Det måste 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 tydliga mål för den individanpassade processen, och följa upp den, ur den enskildes perspektiv. Ett centralt verktyg för att formulera målen kan vara den individuella planen.

Det är region/landsting och kommun som har ansvaret att upprätta en individuell plan, men för att säkerställa att patientens eller brukarens behov tillgodoses kan flera andra aktörer behöva ges möjlighet att initiera och ingå i planeringen, t.ex. närstående och andra aktörer av stor betydelse såsom skolan och elevhälsan. Även individens möjlighet att själv ta initiativ till en individuell plan kan behöva ses över.

Förtydligad författningsreglering av planverktyg

För att skapa förutsättningar för personcentrerad samverkan och ändamålsenliga planeringsverktyg krävs en grundläggande författningsstruktur som stödjer detta och underlättar för hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens aktörer att omsätta lagstiftarens intentioner i praktiken.

5.5.2 Utmaningar för samverkan

Otydlighet kring regleringen av individuell plan

En viktig frågeställning är om dagens reglering av individuell plan är ändamålsenlig. Enligt HSL och SoL ska en individuell plan (i dagligt tal ofta benämnd SIP) upprättas när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, dvs. båda lagrummen HSL och SoL. Den kommunala hälso- och sjukvården undantogs dock uttryckligen från bestämmelserna. Lagstiftningen täcker inte heller de tillfällen då olika vårdgivare eller vårdenheter inom regionernas/landstingens hälso- och sjukvård är involverade i en patients vårdbehov. Vi gör dock bedömningen att

samverkan inom regionen/landstinget eller kommunen i rollen som hälso- och sjukvårdshuvudman och vårdgivare är lika viktig för individen. Det måste vara patientens eller brukarens behov som avgör och avgränsar vilka aktörer som ska involveras.

Vid införandet av individuell plan ansågs att kravet på en individuell plan var ett förtydligande av redan existerande ansvar och inte fråga om en ny uppgift eller en ambitionshöjning och att i de fall den individuella planen sammanfaller med någon annan plan som ska upprättas enligt annan lagstiftning, ska inte någon individuell plan upprättas.⁸⁵ Givet den omfattande regleringen av planer kan även detta leda till otydlighet.

Omfattande reglering

De författningsreglerade kraven på planering och planer är i dag tämligen omfattande. Både professions- och patientföreträdare vittnar om att mängden planbestämmelser är en utmaning. T.ex. återfinns planen *individuell plan* bl.a. i HSL och SoL, men i SoL återfinns också planerna *genomförandeplan*, *plan för den vård socialnämnden avser att anordna* och *vårdplan*. Bestämmelserna om de fyra planerna har tillkommit var och en för sig och kommunen kan alltså behöva upprätta fyra olika planer för en och samma individ för att uppfylla kraven enbart i SoL. De olika planerna i gällande rätt har sedan konkretiserats i olika lokala och regionala, situationsanpassade tillämpningar som ser olika ut i olika delar av landet. Mängden planverktyg kan motverka ett personcentrerat arbetssätt då en enskild patient eller brukare kan ha många olika planer men ändå uppleva att kontinuiteten och helhetssynen brister.

De olika planbenämningarna och de många icke författningsreglerade planverktygen innebär att antalet planer för en och samma patient eller brukare kan upplevas som svåröverskådligt.

Värt att notera är också att det i verksamheterna vedertagna begreppet *samordnad individuell plan* (SIP) inte är författningsreglerat som begrepp, utan det reglerade begreppet är *individuell plan*. I LUS används dock det närliggande begreppet *samordnad individuell planering* för att beskriva ett författningsreglerat arbetsmoment.

⁸⁵ Prop. 2008/09:193 *Vissa psykiatrifrågor m.m.*

Oklar ansvarsfördelning

Ansvarsfördelningen för de olika planerna upplevs i många fall som oklar och det finns en uppenbar risk att ingen aktör tar ansvar för hela patientens vårdprocess, dvs. kombinationen av de insatser och åtgärder som återfinns i de olika planerna.

Avseende individuell plan vid utskrivning från slutenvård är det den fasta vårdkontakten i den öppna landstingsfinansierade vården (oftast primärvården) som ska ta initiativ till den samordnade individuella planeringen. Reglering saknas dock även här avseende vem som ansvarar för den individuella planen, dvs. resultatet av planeringen.

Effekterna av samordning

Det är svårt att mäta de positiva effekterna av samordning då de ofta uppstår i andra delar av systemet än den där insatsen gjordes. En förbättrad mottagandeprocess i kommunens och region/landstings primärvård kan t.ex. minska behovet av undvikbara återinläggningar i slutenvård. Det är alltså viktigt att ha ett helhetstänk utifrån patienten när man utformar sin samordning och samverkan och inte bara fokuserar på de egna insatserna.

I en rapport från Vårdanalys konstateras att regioner/landsting och kommuner har tagit en rad initiativ i syfte att underlätta samordning av olika aktörers insatser för en och samma patient eller brukare. Trots att många av initiativen betonar vikten av att samordningen ska utgå från individens perspektiv, är det ovanligt med utvärderingar och uppföljningar som undersöker om initiativen faktiskt har resulterat i en samordnad vård och omsorg för patienter och brukare. Fokus har i stället legat på vårdens och omsorgens processer och strukturer.⁸⁶ I flera av initiativen beskrivs de nya processerna och strukturerna utifrån ett organisatoriskt perspektiv, utan koppling till vilka resultat de fick eller förväntades få för individen. Utan metoder och indikatorer för att mäta utvecklingen ur individens perspektiv är det mycket svårt att avgöra om vården och omsorgen upplevs som mer personcentrerad och samordnad och därmed leder till önskvärda effekter.

⁸⁶ Vårdanalys, *Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv*, 2017.

Brist på stödstrukturer

De nationella kunskapsstöden bör vidareutvecklas för att återspegla hela den individanpassade vårdprocessen. Genom att tillhandahålla kunskapsstöd som också innefattar utredningsinsatser och åtgärder av flera professioner och på fler vårdnivåer kommer förutsättningarna för mer heltäckande statistik och uppföljning öka. Det kan i sin tur användas för att vidareutveckla kunskapsstöden.

När fler professioner och aktörer, inklusive patienten själv, behöver samverka måste kunskapsstöden utvecklas för att stödja det mer integrerade arbetssättet. Som utredningen beskrivit i kap. 5.2.2 kommer många av de individanpassade vårdprocesserna innefatta många vårdgivare men också flera huvudmän.

Det finns även ett behov av att få bättre underlag för att följa upp samordningen utifrån patientens behov. Det saknas i dag indikatorer för samordnad planering och individuella planer.

5.6 Dialogfrågor

- Vilka olika planverktyg används i ditt sammanhang eller din organisation?
- Hur fungerar samverkan mellan region/landsting och kommun i det sammanhang där du befinner dig?

6 Verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi

6.1 Bakgrund

6.1.1 Privata vårdgivare med offentlig finansiering

Inledning

Som redogjorts för i avsnitt 4.3.2 är regionerna/landstingen huvudmän för den hälso- och sjukvård som kommunerna inte uttryckligen ansvarar för. Regionerna/landstingen får med bibehållet huvudmannaskap överlåta utförandet av sina uppgifter till andra, såväl privata som offentliga aktörer.¹

Under lång tid har staten samtidigt genom olika lagstiftningsåtgärder verkat för att skapa en mångfald av vårdgivare inom hälso- och sjukvården och därmed öka enskildas valfrihet. En ökad tillgänglighet och kontinuitet i patientens vårdkontakter har också eftersträvat.

Som beskrivet i kap. 2 expanderade den allmänna hälso- och sjukvården i Sverige under efterkrigstiden. Parallellt med detta flyttades allt mer ansvar för hälso- och sjukvården successivt över till landstingen. Som en del i utvecklingen blev också läkarna, som tidigare ofta bedrev både privat och allmän hälso- och sjukvård parallellt, från 1970-talet i högre grad införlivade i systemet som anställda med totallön från landstingen. För att möjliggöra även för privata aktörer att tillhandahålla hälso- och sjukvård har det ansetts nödvändigt att dessa kan ansluta sig till det offentliga finansieringssystemet. Synen

¹ 3 kap. 16 § *kommunallagen* (2017:725); 15 kap. 1 § *hälso- och sjukvårdslagen* (2017:30).

på i vilken utsträckning det ska faciliteras har varierat över tid och mellan politiska åskådningar.

Privata aktörer med offentlig finansiering

En del av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården utförs i dag av privata aktörer. Det finns såväl stora privata vårdleverantörer som små verksamheter som bedrivs av enskilda näringsidkare. De privata aktörerna kan ansluta sig till det offentliga finansierings-systemet på tre sätt:

- inom ramen för en traditionell upphandling i enlighet med lag (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU),
- genom att ansluta sig till ett befintligt vårdval i enlighet med lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV), eller
- genom anslutning till den s.k. nationella taxan i enlighet med lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) och lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF).

Den s.k. nationella taxan

Vissa specialistläkare samt fysioterapeuter kan under vissa förutsättningar ansluta sig som privat vårdgivare till ett nationellt ersättningssystem inom öppen vården, den s.k. nationella taxan. Förutsättningarna för att tillhandahålla vård regleras då i LOL respektive lagen LOF. Ersättningssystemet regleras i förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning (FOL) och i förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi (FOF). Bestämmelserna har sin grund i de numera upphävda förordningarna läkarvårdstaxa (1974:699) och förordning (1976:1018) med taxa för sjukvårdande behandling.² En förutsättning för en anslutning till nationella taxan är att vårdgivaren inte har eller kan få rätt till offentlig ersättning inom ramen för ett vårdval i det landsting där vårdgivaren vill verka. Det är således inte möjligt att som vårdgivare välja nyanslutning till nationella taxan framför en vårdvalsanslutning.

² Prop. 1993/94:75 *Arvoden till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samt vissa ersättningar till sjukvårdsbuvudmännen m.m.*

De flesta av de i dag taxean slutna vårdgivarna anslöts till nationella taxan innan bestämmelserna om vårdval infördes i svensk lagstiftning. De flesta av de vårdgivare som i dag ansluts till nationella taxan ansluts inte genom upprättande av nya samverkansavtal utan genom s.k. ersättningsetableringar.

Aktörer på taxsystemet

Antalet läkare och fysioterapeuter verksamma med stöd av LOL eller LOF är procentuellt sett förhållandevis litet sett till det totala antalet läkare och fysioterapeuter i Sverige. Ca 11 procent av alla yrkesverksamma fysioterapeuter bedriver sin verksamhet med stöd av LOF (1 515 st. 2017).³ Antalet har minskat marginellt de senaste åren. Samtliga bedriver sin verksamhet inom primärvården. Under 2015 svarade de för cirka 35 procent av alla fysioterapibesök. De arbetar organisatoriskt i regel flera tillsammans och delar ofta på lokal och utrustning. De flesta är 48–67 år.⁴

Andelen yrkesverksamma läkare som bedriver sin verksamhet med stöd av LOL är drygt 2 procent. Även antalet taxean slutna läkare har minskat de senaste åren. Mellan åren 2011 och 2017 minskade de från 1 015 till 841 st., vilket motsvarar en minskning på ca 17 procent. 62 procent är specialister inom somatisk vård, 21 procent i allmänmedicin och 17 procent i psykiatri. De svarade under 2015 tillsammans för 5,4 procent av samtliga läkarbesök. Deras verksamheter utgörs i stor utsträckning av ensampraktiker eller av ett mindre antal samlokaliserade läkare. De flesta läkarna är äldre än 58 år. Avseende både läkare och fysioterapeuter är de flesta taxean slutna verksamma i Stockholm, följt av Skåne och Västra Götaland.⁵

³ Obs. att då siffrorna för totalt antal fysioterapeuter respektive läkare för 2017 ännu inte är publicerade, jämförs antal verksamma på taxan år 2017 med totalt antal sysselsatta (inom hälso- och sjukvård) år 2016.

⁴ Socialstyrelsen, *Uppdrag om läkarvårdsersättning och ersättning till fysioterapi*, 2018, s. 9 och Ds 2018:31 *Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi*, 2018, s. 27 och Socialstyrelsen, *Nationella planeringsstödet 2019*, 2019, s. 16.

⁵ SKL, *Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2017*, 2017, s. 3 och Socialstyrelsen, *Uppdrag om läkarvårdsersättning och ersättning till fysioterapi*, 2018, s. 9 och Ds. 2018:31 *Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi*, 2018, s. 23 ff. och Socialstyrelsen, *Nationella planeringsstödet 2019*, 2019, s. 16.

När taxesystemet infördes i sin nuvarande form 1994 blev det först möjligt för läkare och fysioterapeuter att fritt etablera sig med offentlig finansiering. Året därpå inskränktes den möjligheten genom införande av ett krav på samverkansavtal. Sedan den 1 januari 2009 finns en möjlighet för taxeanslutna läkare och fysioterapeuter att överlåta sin verksamhet, s.k. ersättningsetablering. Den nya utföraren har då rätt att ingå ett samverkansavtal med landstinget. Bestämmelserna om överlåtelse av vårdetableringar var avsedda som en tillfällig lösning i avvaktan på ett nytt system för anslutning. Syftet var att underlätta även för små aktörer att etablera sig. När vårdvalssystemet infördes ett år senare upphävdes dock inte bestämmelserna.⁶

År 2016 genomfördes 156 ersättningsetableringar. Ungefär hälften avsåg läkarverksamhet och lika många fysioterapiverksamhet. Antalet överlåtelser är relativt konstant i förhållande till antalet aktiva taxeanslutna vårdgivare i respektive region/landsting.⁷ Om det vid tiden för överlåtelserna finns ett vårdval som i uppdragets omfattning och bredd är jämförbart med en aktuell verksamhet på taxan, är en ersättningsetablering inte möjlig.

6.1.2 Utredningens uppdrag

Under en längre tid har olika aktörer, från olika perspektiv, identifierat ett antal utmaningar med den befintliga utformningen av taxesystemet. Inte minst har de parallella systemen för primärvården setts som problematiskt. Av utredningens dialoger har framgått att berörda aktörer förefaller vara överens om att nuvarande system behöver ersättas med något nytt som är bättre anpassat till dagens hälso- och sjukvårdssystem. Även Konkurrensverket och Riksrevisionen har haft synpunkter i olika delar.⁸

Av förarbeten till LOL och LOF framgår att lagarna var avsedda att komplettera ett framtida husläkarsystem när detta införts i hela landet.⁹ I väntan på en större systemförändring har tillfälliga lösningar genomförts i nuvarande regelverk. Flera utredningar har haft

⁶ Prop. 2008/09:64 *Ersättningsetablering för vissa privata vårdgivare m.m.* s. 49; prop. 2008/09:29 *Lag om valfritetssystem* s. 58 och prop. 2008/09:74 *Vårdval i primärvården* s. 29.

⁷ SKL, *Köp av verksamhet 2016*, s. 82–84.

⁸ Konkurrensverkets rapport, *KKV 2010:3* och Riksrevisionsverkets rapport, *RiR 2017:3*.

⁹ Prop. 1993/94:75 *Arvodet till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samt vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m.*, s. 38 och 40 f.

i uppdrag att se över nuvarande system. Under lång tid har det också diskuterats huruvida nuvarande regelverk är förenligt med EU-rätten. Nyligen har en EU-rättslig upphandlingsreform genomförts (se avsnitt 6.2.1).

Under slutet av år 2016 inledde regeringskansliet en översyn av LOL och LOF. För närvarande bereds ett förslag inom regeringskansliet, som utgör ett första steg till en bredare översyn av regelverket (se vidare avsnitt 6.4.2).

Vår utredning har fått i uppdrag att ta vidare det påbörjade arbetet inom regeringskansliet. I enlighet med direktiven ska vi utreda och föreslå hur läkare och fysioterapeuter som i dag får ersättning enligt nationella taxan kan integreras i den ordinarie primärvården, dess vårdvalsystem samt i övrig öppenvård. Förslagen ska stå i samklang med de förändringar som sker inom hälso- och sjukvården och med utredningens förslag i övrigt. Vi ska också lämna nödvändiga författningsförslag.

6.2 Gällande rätt

6.2.1 Regeringsformen och EU-rättsliga principer

Etableringsfriheten

Av artikel 43 i Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUF-fördraget) följer att privatpraktiserande vårdgivare har rätt att fritt etablera sig inom EU. För att privata vårdgivare ska ha en reell möjlighet att erbjuda vård i Sverige har lagstiftaren tidigare bedömt att det måste vara möjligt för privata vårdgivare att ansluta sig till det offentliga finansieringssystemet.

Det kan noteras att etableringsfriheten, som EU-rätten garanterar, i sig inte innefattar en rätt att också ansluta sig till en medlemsstats offentliga finansieringssystem. Motsvarande gäller näringsfriheten som regleras i 2 kap. 17 § regeringsformen (RF).

Andra grundläggande EU-rättsliga principer

I EUF-fördraget regleras grundläggande principer om öppenhet, likabehandling, proportionalitet, icke-diskriminering och ömsesidigt godkännande, som ska gälla vid gränsöverskridande handel

med varor och tjänster inom EU.¹⁰ Principerna i EUF-fördraget ska tillsammans med EU-domstolens praxis gälla för alla tjänster under förutsättning att de har påverkan på den fria rörligheten av varor och tjänster inom den inre marknaden.

6.2.2 Offentlig upphandling

När huvudmän för allmän hälso- och sjukvård vill använda sig av privata utförare för att tillhandahålla offentligt finansierad vård gäller regler om offentlig upphandling. Dessa regelverk är därmed centrala för förståelsen av frågan.

Lagen om offentlig upphandling

2014 års upphandlingsdirektiv

År 2014 beslutades tre nya upphandlingsdirektiv inom EU, fortsättningsvis benämnda LOU-direktivet (klassisk upphandling), LUF-direktivet (försörjningssektorn) och LUK-direktivet (tjänstekoncessioner).

LOU-direktivet har genomförts i LOU och gäller vid klassiska upphandlingar som genomförs av upphandlande myndigheter. Nyheterna i 2014 års LOU-direktiv har i huvudsak genomförts i 19 kap. i LOU. I samma kapitel regleras upphandlingar som faller utanför direktiven, dels upphandlingar vars värde understiger tröskelvärdet, dels upphandling av sådana tjänster som räknas upp i bilaga 2a till LOU, s.k. välfärdstjänster. Hälso- och sjukvårdstjänster är sådana välfärdstjänster.

Det tidigare 2004 års LOU-direktiv reglerade inte s.k. tjänstekoncessioner. De omfattas däremot numera av det nya LUK-direktivet, som genomförts i lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner.¹¹

¹⁰ Se bl.a. art 2, 28, 43 och 49 *Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt* (EUF-fördraget).

¹¹ Med tjänstekoncession avses ett skriftligt kontrakt med ekonomiska villkor som ingås mellan en upphandlande myndighet eller enhet och en koncessionshavare, där ersättningen för arbetet eller tjänsten utgörs antingen av enbart rätten att utnyttja föremålet för koncessionen eller av dels en sådan rätt, dels betalning, och kontraktet innefattar att verksamhetsrisken övertas av koncessionshavaren.

Nya regler för välfärdstjänster

Enligt EU-domstolens praxis ska de grundläggande unionsrättsliga principerna som kommer till uttryck i EUF-fördraget tillämpas även vid upphandling som inte omfattas av direktiven när det finns ett gränsöverskridande intresse.¹² Detta då även en icke direktivstyrd upphandling kan anses begränsa någon av EUF-fördragets grundläggande friheter (exempelvis fri rörlighet för tjänster eller etableringsfriheten).

Vid icke direktivstyrda upphandlingar ska som regel grundläggande principer för offentlig upphandling som framgår av 4 kap. 1 § LOU tillämpas.¹³ Det innebär att grundläggande EU-rättsliga principer om öppenhet, likabehandling, proportionalitet, icke-diskriminering och ömsesidigt godkännande i stort sett ska gälla vid offentliga upphandlingar av hälso- och sjukvårdstjänster som har ett bestämt gränsöverskridande intresse.¹⁴

Från och med den 1 januari 2019 gäller nya regler för vissa sociala tjänster och andra särskilda tjänster som räknas upp i bilaga 2 a till LOU. Tjänsterna benämns välfärdstjänster och inkluderar även hälso- och sjukvårdstjänster. Ändringen innebär att endast ett fåtal regler som säkerställer öppenhet och rättssäkerhet ska gälla vid offentlig upphandling av sådana välfärdstjänster vars värde understiger tröskelvärdet¹⁵ och som därmed saknar ett bestämt gränsöverskridande intresse.¹⁶ Om de tjänsterna har ett gränsöverskridande intresse får avgöras från fall till fall. De särskilda bestämmelserna för dessa tjänster har förts in i 19 kap. LOU.

Samtidigt infördes särskilda tillståndskrav för vissa välfärdstjänster. Regeringens förslag omfattade i detta fall inte hälso- och sjukvårdstjänster.¹⁷

¹² Se bl.a. Falk Pharma GmbH./DAK Gesundheit, C 410/14.

¹³ Se 19 kap. 2 § lag (2016:1145) om offentlig upphandling.

¹⁴ Jfr. prop. 2017/18:158 *Ökade tillståndskrav och särskilda regler för upphandling inom välfärden* s. 69 f. och Bet. 2017/18:FiU43 *Ökade tillståndskrav och särskilda regler för upphandling inom välfärden*, 2017, s. 27.

¹⁵ Enligt tillkännagivande (2018:34) om tröskelvärden vid offentlig upphandling uppgår tröskelvärdet för välfärdstjänster i bilagan till LOU f.n. till 750 000 euro.

¹⁶ Bet. 2017/18:FiU43 *Ökade tillståndskrav och särskilda regler för upphandling inom välfärden*, s. 14.

¹⁷ Prop. 2017/18:158 *Ökade tillståndskrav och särskilda regler för upphandling inom välfärden*.

Lagen om valfrihetssystem

LOV trädde i kraft den 1 januari 2009. Ett valfrihetssystem är ett alternativ till upphandling enligt LOU, som kan tillämpas av kommuner och regioner/landsting för hälso- och sjukvårdstjänster och socialtjänster.¹⁸

Med valfrihetssystem avses ett förfarande där den enskilde har rätt att välja den leverantör som ska utföra en tjänst och som en upphandlande myndighet, dvs. region/landsting eller kommun, godkänt och tecknat avtal med. Den upphandlande myndigheten behöver inte tillämpa samma valfrihetssystem inom alla berörda områden. LOV bygger på principen om att den upphandlande myndigheten som huvudman för verksamheten har ansvaret för att tjänsterna tillhandahålls patienten, brukaren eller invånaren i enlighet med gällande lag. Den upphandlande myndigheten tecknar ett avtal med ett antal leverantörer. Avtalet innehåller ekonomiska villkor och avser tillhandahållande av en tjänst. Den enskilde brukaren eller invånaren bestämmer därefter hos vilken av dessa leverantörer som hen vill söka vård eller ta emot en insats.

Sedan 2010 är det obligatoriskt för regionerna/landstingen att inrätta valfrihetssystem (i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) benämnt vårdvals-system) inom sin primärvård.¹⁹

Den upphandlingsrättsliga klassificeringen

Det har länge pågått en diskussion om de svenska valfrihetssystemen respektive samverkansavtalen utgör en tjänstekoncession eller ett offentligt kontrakt. Tjänstekoncessioner omfattades nämligen inte av 2004 års LOU-direktiv, men regleras numera av det nya LUK-direktivet.²⁰

Att samverkansavtal (för dem som är verksamma på nationella taxan) inte är ett offentligt kontrakt får stöd av såväl EU-domstolens som Högsta förvaltningsdomstolens rättspraxis. EU-domstolen har

¹⁸ Utöver LOV finns bestämmelser om valfrihetssystem på andra områden, bl.a. lagen (2010:197) om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare, lagen (2010:536) om valfrihet hos Arbetsförmedlingen och lagen (2013:311) om valfrihetssystem i fråga om tjänster för elektronisk identifiering.

¹⁹ kap 3 § HSL.

²⁰ Prop. 2008/09:64 Ersättningsetablering för vissa privata vårdgivare m.m. s. 38 f.

bedömt en liknande ordning som ett auktorisationssystem. Tilldelningsbeslutet innebar i det fallet i sig ingen rätt till ersättning från den upphandlande myndigheten och utgjorde därmed inte ett offentligt kontrakt. Högsta förvaltningsdomstolen har gjort en liknande bedömning för en ersättningsetablering enligt nationella taxan.²¹

Regeringen konstaterade nyligen avseende de svenska valfrihets-systemen att de varken är offentliga kontrakt eller tjänstekoncessioner. Som skäl för sin bedömning har regeringen anfört att valfrihets-systemen hela tiden står öppna för anslutning. Det råder därmed ingen konkurrens om vem som får ansluta sig så länge sökanden uppfyller ställda krav.²²

Tillämpningen av det nya LUK-direktivet om tjänstekoncessioner har ännu inte ställts på sin spets i Högsta förvaltningsdomstolen eller EU-domstolen.

Det kan i sammanhanget noteras att vårdgivare inte har motsvarande rätt att ansluta sig till den nationella taxan som till ett vårdval. Regionerna/landstingen får men måste inte ingå nya samverkansavtal.

Oavsett om offentligt finansierade välfärdstjänster som ska utföras av privat vårdgivare faller utanför upphandlingsdirektiven, måste ett tilldelningsförfarande uppfylla grundläggande EU-rättsliga principer i de fall tjänsterna bedöms ha ett gränsöverskridande intresse.²³ I övriga fall bör i vart fall motsvarande krav gälla som från den 1 januari 2019 regleras enligt 19 kap. LOU för tjänster i bilaga 2 a.

Det kan finnas anledning för vår utredning att återkomma till det upphandlingsrättsliga regelverket i vårt slutbetänkande.

6.2.3 Nuvarande system för anslutning av privata vårdgivare till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården

Vårdavtal eller samverkansavtal

Regionerna/landstingen har möjlighet att ansluta privata vårdgivare till det offentliga finansieringssystemet genom ett vårdavtal eller ett samverkansavtal (för utförare verksam på nationella taxan).

²¹ Jfr C 410-14; RÅ 2006 ref 26.

²² Prop. 2015/16:195 *Nytt regelverk om upphandling*, s. 23 f.

²³ Jfr C410-14.

Vårdavtal

Ett vårdavtal ingås antingen inom ramen för ett vårdvalssystem/valfrihetssystem enligt förfarandereglerna i LOV eller efter en vanlig upphandling enligt förfarandereglerna i LOU. För alla vårdavtal råder full avtalsfrihet. I syfte att med tillgängliga resurser tillhandahålla en så god och effektiv vård som möjligt för medborgarna är det den upphandlande myndigheten som bestämmer avtalsvillkoren, inklusive vilken ersättning som ska betalas.

Med vårdavtal avses i den fortsatta redogörelsen vårdavtal med stöd av LOV, om inget annat uttryckligen anges.

Samverkansavtal

Ett samverkansavtal kan ingås mellan regionen/landstinget och vårdgivaren om den senare uppfyller kraven i LOL respektive LOF. För upprättande av ett nytt samverkansavtal krävs att anslutning till vårdval inte är ett alternativ.

Högsta förvaltningsdomstolen har uttalat att ett samverkansavtal inte är ett avtal i avtalsrättslig mening utan ett beslut om att vårdgivaren får erbjuda vissa vårdtjänster inom ramen för det offentliga finansieringssystemet.²⁴ I fråga om hälso- och sjukvårdsförvaltnings handläggning av ansökningar från vårdgivare med samverkansavtal om flytt av verksamhet har JO uttalat att ett samverkansavtal rättsligt sett är ett avtal som sluts mellan landstinget och vårdgivaren och inte att se som ett offentlighetsrättsligt beslut.²⁵

Samverkansavtal innebär ingen skyldighet för vårdgivaren att därefter erbjuda vård. Möjligheten att få läkarvårdsersättning upphör dock om vårdgivaren inte bedriver verksamhet på heltid senast ett år efter det att verksamheten påbörjades. Vidare finns ingen garanti för att vårdgivaren kommer att få utföra vård eftersom det förutsätter att patienter väljer att söka vård hos vårdgivaren. Regionerna/landstingen ska ersätta vårdgivaren i efterhand för ersättningsgilla åtgärder.

När regioner/landsting beslutar att ingå ett samverkansavtal ska villkoren som regleras i LOL och LOF tillämpas som förutsättning

²⁴ RÅ 2006 ref. 26.

²⁵ JO:s beslut den 13 april 2015, dnr 681-2013.

för anslutning. Ersättningen för vården följer då den s.k. nationella taxan som regleras i tillhörande förordningar.

Vårdgivaren kan inte välja fritt

Det finns inget som rättsligt hindrar att en privat vårdgivare har både ett vårdavtal och ett samverkansavtal. På så sätt kan vårdgivaren kombinera olika avtal för olika typer av vård. Det finns även vårdgivare som har fått lov att vilandeförklara ett samverkansavtal med rätt att återuppta den verksamheten när anslutningen till ett vårdval upphör. Detta regleras då frivilligt mellan parterna i samverkansavtalet.

Det finns även privata vårdgivare som p.g.a. övergångsbestämmelser till LOL och LOF har rätt att erbjuda vård med offentlig ersättning utan ett samverkansavtal. Enligt uppgift som framkommit under våra dialoger omfattas ungefär hälften av fysioterapeuterna och något färre läkare som får ersättning enligt nationella taxan av dessa övergångsbestämmelser.

En vårdgivare kan även ansluta sig till det offentliga systemet genom att köpa en redan pågående vårdverksamhet, s.k. ersättningsetablering. Den nya vårdgivaren har då rätt att ingå ett eget samverkansavtal med regionen/landstinget såvida inte ett befintligt vårdval finns.

Privata vårdgivare som vill verka med offentlig finansiering kan däremot inte helt fritt välja avtalsform. Om en privat vårdgivare har möjlighet att ansluta sig till ett vårdvalsystem för den aktuella specialiteten/området, i aktuell region/landsting, ska denne ingå ett vårdavtal, i stället för ett samverkansavtal. Då gäller de villkor som bestämts för det aktuella vårdvalet. Enligt rättspraxis krävs att vårdgivaren vid ansökningstillfället kan erbjuda alla de vårdtjänster som krävs enligt vårdvalet, för att huvudmannen ska kunna vägra ett samverkansavtal vid en ersättningsetablering på den grunden. Regioner/landsting kan inte kräva att en vårdgivare på ett väsentligt sätt ändrar inriktning och omfattning på sin verksamhet. Om verksamheten endast uppfyller en liten del av ett vårdval kan vårdgivaren i praktiken inte bli godkänd leverantör med vårdavtal.²⁶

²⁶ Kammarrätten i Sundsvall dom 2011-06-21, mål nr 34–11 (Fysioterapi); Förvaltningsrätten i Göteborg dom 2013-10-14, mål nr 8543-13E (Allmänmedicin) och Förvaltningsrätten i Sundsvall dom 2011-09-27, mål nr 2911-10E (Internmedicin).

Avtalens innehåll

Allmänna bestämmelser

Regionerna/landstingen är fortfarande huvudman för uppgifter som överläts till annan. När skötseln av en kommunal angelägenhet²⁷ genom avtal har lämnats över till en privat utförare, ansvarar huvudmannen fortfarande för kvaliteten i verksamheten. Huvudmannen ansvarar därför för att verksamheten kontrolleras och följs upp.

Det innebär att regionerna/landstingen i samband med att vårdtjänster överläts på annan är skyldiga att säkerställa att huvudmannansansvaret uppfylls. Regionerna/landstingen måste därför ställa tillräckliga och relevanta krav i avtalen med privata vårdgivare. Regionen/landstinget ska även, genom avtal med den privata utföraren, tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över.²⁸

Vårdavtal enligt LOU och LOV

I ett vårdavtal regleras förutsättningar och villkor som ska gälla för vårdgivarens verksamhet. Här råder full avtalsfrihet och ett vårdavtal kan se ut på många olika sätt. Regeringen har tidigare uttalat att det kan vara lämpligt att ett vårdavtal omfattar verksamhetsinriktning, åtaganden, former för rapportering och ersättning till vårdgivaren. I vårdavtalet bör parterna t.ex. kunna komma överens om former för kvalitetssäkring och krav på vidareutbildning. Det kan även reglera vilka möjligheter den privata vårdgivaren har att delta i olika aktiviteter inom den offentliga vården i syfte att fort- och vidareutbilda sig för att bredda och fördjupa sin kompetens. I ett vårdavtal bör också de privata vårdgivarna till viss del kunna knytas till den offentliga jourorganisationen m.m.²⁹

²⁷ "Kommunal" avser i enligt med kommunallagen såväl kommun som landsting.

²⁸ 10 kap. 9 § *kommunallagen* (2017:725); prop. 2013/14:118 *Privata utförare av kommunal verksamhet*, s. 38 och prop. 2016/17:171 *En ny kommunallag*, s. 421.

²⁹ Prop. 1994/95:195 *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*, s. 63; prop. 2008/09:64 *Ersättnings-etablering för vissa privata vårdgivare m.m.* s. 43–44.

Samverkansavtal

När ett samverkansavtal ingås anges villkoren för ersättning och verksamheten i övrigt i LOL och LOF, se nedan.

Inför införandet av kravet på samverkansavtal anförde regeringen att utgångspunkten för samverkansavtalet ska vara de i HSL angivna kraven på hälso- och sjukvården. Vidare att landstinget i samverkansavtalet inte kan ställa upp andra krav än preciseringar av vad som anges i LOL och LOF. Enligt regeringen borde ett samverkansavtal reglera sådant som t.ex. verksamhetens lokalisering och omfattning, läkarens uppgifter och samverkan med landstinget och andra vårdgivare samt för vilken tid avtalet gäller.³⁰

Tilldelningsförfarandet för samverkansavtal

Vid beslut om att ingå ett nytt samverkansavtal ska regionen/landstinget välja att tillämpa förfarandereglerna i LOV eller 19 kap. LOU. Vid godkännande av en s.k. ersättningsetablering ska däremot särskilda förfaranderegler i LOL och LOF tillämpas för tilldelningen. Dessa senare regler är utformade så att tilldelningsprocessen ska präglas av öppenhet och likabehandling. De uppfyller även övriga grundläggande EU-rättsliga principer som ska känneteckna tilldelning av offentliga kontrakt.

Ersättningssystem

Varje region/landsting har egna ersättningssystem och ersättningsnivåer för sina valfrihetssystem, samt för vård upphandlad enligt LOU. Villkoren för ersättning varierar därför mellan olika regioner/landsting.

Ersättning för vård enligt LOL och LOF utgår i stället enligt en bestämd nationell taxa och regleras i tillhörande förordningar. Ersättningens storlek baseras på regelbundna förhandlingar mellan SKL å ena sidan och Sveriges Läkarförbund respektive Fysioterapeuterna å andra sidan. Den nationella taxan ger ersättning per åtgärd upp till ett visst ersättningstak.

³⁰ Prop. 1994/95:109 *Vissa privatpraktiserande läkares och sjukegymnasters etablering m.m.*, s. 17–19.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att se över om regleringen av läkarvårdsersättning och ersättning för fysioterapi är ändamålsenlig. Vid sin översyn kom myndigheten fram till att reglerna behöver ändras.³¹

Villkor för ersättning

Vårdavtal

Alla vårdgivare som ansöker om anslutning till ett vårdval ska godkännas av regionerna/landstingen förutsatt att vårdgivaren uppfyller alla uppställda villkor. Dessa villkor fastställer regionerna/landstingen själva.

Samverkansavtal

För vårdgivare på nationella taxan regleras villkoren för ersättning i 7–10 §§ LOL och 7–10 §§ LOF. I första hand krävs normalt ett samverkansavtal. För att kunna få ett samverkansavtal ska en läkare ha specialistkompetens och bedriva verksamhet inom en viss specialitet för enskilda patienter. En fysioterapeut ska ha legitimation. Verksamheten ska med vissa undantag bedrivas på heltid. Vårdgivaren får inte vara anställd inom någon region/landstings hälso- och sjukvård. Ersättning får däremot lämnas om yrkesutövaren är tjänstledig från region/landsting eller är vikarie för en annan läkare eller fysioterapeut. Det är möjligt att i vissa situationer arbeta deltid. Som giltiga anledningar till deltidsarbete anges sjukdom, ledighet för vård av barn, förestående ålderspensionering, vidareutbildning och forskning inom yrkesområdet, politisk eller fackligt uppdrag eller annat liknande skäl. Därutöver kan även semester utgöra giltig anledning till att vårdgivaren är helt eller delvis förhindrad att bedriva sin verksamhet på heltid. I det senare fallet finns möjlighet att ta in en vikarie under frånvaron. Undantagen från heltidskravet möjliggör t.ex. nedtrappning av arbetstiden inför ålderspension. Ersättning lämnas inte för verksamhet inom företagshälsovård eller elevhälsan.

³¹ Socialstyrelsen, *Uppdrag om läkarvårdsersättning och ersättning för fysioterapi*, 2018.

Av 2 § LOL och 2 § LOF framgår att vård och fysioterapeutisk behandling får ges till den som är bosatt i Sverige om inget annat är särskilt föreskrivet. Vård ska även erbjudas EU och EES medborgare i enlighet med Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen).

Av övergångsbestämmelser i LOL och LOF följer att de vårdgivare som vid utgången av år 1993 var anslutna till läkarvårdstaxan respektive behandlingstaxan hos Försäkringskassan har rätt till ersättning för sin verksamhet enligt nämnda lagar utan samverkansavtal och oavsett om de uppfyller i lagarna angivna krav för ersättning. Samlad uppgift om hur många i dag verksamma som omfattas av dessa övergångsregler saknas såvitt utredningen känner till. För etableringar som skett efter år 1994 krävs att den privata vårdgivaren uppfyller de i lagarna angivna villkoren.

Samverkan

Vid planeringen av hälso- och sjukvården ska regionerna/landstingen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionerna/landstingen samverka med bl.a. vårdgivare.³²

Enligt 14 § LOL och 14 § LOF är privata vårdgivare skyldiga att samverka med andra inom vård och rehabiliteringsområdet. Regeringen har möjlighet att vid behov ta fram verkställighetsföreskrifter om samverkan. Några sådana finns ännu inte.

Uppföljning

Det ankommer på regioner/landsting, som huvudmän för hälso- och sjukvård, att följa upp hur de offentliga medlen används och att kontrollera att vårdgivare efterlever de krav som följer av avtal med privata utförare. Den exakta omfattningen av kontrollen kan variera mellan olika områden, men huvudmannaskapet innebär att regionen/landstinget alltid måste utöva någon form av kontroll för att kunna uppfylla sina skyldigheter som huvudman.

³² 7 kap. 2 § och 7 § HSL.

I 26 § LOL och 25 § LOF regleras en skyldighet för privata vårdgivare att medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas av regionen/landstinget. Uppgifter om mottagningens personal och medicintekniska utrustning, utförda vårdåtgärder och antalet patientbesök ska årligen rapporteras till regionen/landstinget. På begäran av landstinget ska en läkare eller fysioterapeut visa upp patientjournal och visst övrigt material som behövs för kontroll av begärd ersättning. På så vis kan regionerna/landstingen verifiera att besöken har ägt rum och att vidtagna åtgärder stämmer överens med den ersättning som begärts. De identifierbara patientuppgifterna gör det också möjligt att följa upp hela vårdprocesser.

Därutöver ansvarar varje vårdgivare för att planera, leda och kontrollera sin verksamhet på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.³³ Alla vårdgivare är skyldiga att ha ett kvalitets- och ledningssystem.³⁴

Alla vårdgivare, både offentliga och privata, är även skyldiga att rapportera in uppgifter i nationella hälsodataregister och dödsorsaksregistret.³⁵ Det finns även möjlighet att rapportera in uppgifter i ett flertal nationella kvalitetsregister. De är viktiga förutsättningar för forskning och uppföljning samt öppna jämförelser av hälso- och sjukvården på nationell nivå.

Såväl offentliga som privata utförare ska vara anmälda som vårdgivare till vårdgivarregistret hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO). IVO ska föra register över de aktörer som har anmält att de ska bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet.³⁶ IVO är ansvarig för tillsyn av anmälda verksamheter. Tillsynen kan innebära kontroll av om en verksamhet lever upp till de lagar och regler som gäller för verksamheten. IVO:s tillsyn av enskilda utförare/vårdgivare kan ske såväl egeninitierat som med anledning av anmälningar från enskilda individer.

³³ 3 kap. 1 § *patientsäkerhetslag* (2010:659 PSL).

³⁴ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9), *om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.

³⁵ 6 § lagen (1998:543) *om hälsodataregister*.

³⁶ 2 kap. 4 § PSL.

6.3 Varför behövs en översyn?

Tabell 6.1 Aktörernas egna problembeskrivningar¹

Område	Fysioterapeuterna	Sveriges Kommuner och Landsting	Sveriges Läkareförbund
1. Uppdragets avgränsning i tid (livsångt)	För patienter med ett stort vårdbehov är långsiktighet viktigt. Det möjliggör ett fungerande interprofessionellt arbete kring patienten och bidrar bl. a. till att vårdgivarna kan skapa betydelsefulla nätverk. Med långa avtalstider ökar tryggheten hos vårdgivaren som kan ta en större ekonomisk risk och därigenom satsa på t.ex. kompetensutveckling och materiella investeringar.	Det finns sedan länge kritik mot att nuvarande reglering inte uppfyller de krav som ställs i fördrag och direktiv från EU. Kritiken avser att tidsbegränsning saknas. Det strider mot de utgångspunkter om en rättvis och lika behandling av privata aktörer som ligger till grund för offentlig upphandling. Vid ersättningsetablering får den som betalar mest för en mottagning till säljaren tekniska avtal med regionerna som sedan gäller hela livet. Det finns ingen möjlighet till öppen konkurrens mer än vid detta försäljningstillfälle. Att endast priset är avgörande vid en överlåtelse skapar inte heller försättningar för en behovsstyrd hälso- och sjukvård.	En god kontinuitet är kanske den enskilt viktigaste kvalitetsfaktorn. Det är därför avgörande att det finns försättningar att bygga en god och långvarig patientrelation. I glesbygd är det viktigt att ha specialister med en bas i öppen specialiserad vård som blir kvar på orten. Korta kontrakt som når som helst kan avslutas är därför skadliga. Det är också viktigt att enskilda vårdgivare har möjlighet att arbeta så länge de önskar. En annan för kontinuiteten viktig aspekt är att det ska vara lätt att överlåta en etablering.

¹ Som uppföljning till en gemensam workshop har utredningen, utifrån fyra fastslagna rubriker, ombett aktörerna att formulera egna problembeskrivningar i förhållande till nuvarande system.

<p>2. Planeringsförutsättningar, inklusive kompetensförsörjning</p>	<p>Landstingen/regionerna har full insyn i kvalitets- och ledningssystem och kan därigenom få en god uppfattning om vårdens kvalitet. Om landstinget/regionen vill påverka utbudet i vilken vård som ges bör landstingen/ regionerna ge högre ersättning för verksamhet inom områden där det råder brist på utförare. Systemet har stora brister vad gäller möjligheterna till forskning och utveckling då kombinerade tjänster inte finns, handledning inte kan ges och VFU-platser saknas.</p>	<p>Systemet har många otydliga och motsägelsefulla komponenter inbyggda. Staten är ägare av systemet och regelverket medan regionerna är satta att betala ut ersättningen utan större möjlighet till påverkan av innehåll. Det finns inget utrymme att avsluta en etablering pga. Kvalitetstributer. Sanktionsmöjligheter, möjlighet att kontrollera ersättning och kvalitetsuppföljning är minimala. Detta skapar sammantaget administrativt merarbete, stora svårigheter att styra insatser och resurser efter behov, risk för patientsäkerheten och för fusk och oegentligheter.</p> <p>Regionerna har heller ingen möjlighet att, som med LOU-upphandlad verksamhet eller i värdval enligt LOV, tydliggöra vad vårdgivaren ska erbjuda, ersättningsnivå, omfattning av kostnadsansvar och avtalsperiod. Flexibilitet kring heltidskrav, möjlighet till anställning i någon regions hälso- och sjukvård, möjlighet till ersättning för digitala kontakter kommer ofta upp i olika sammanhang. Den typen av frågor blir utifrån detta perspektiv irrelevanta då de utgår från det nuvarande lagstyrda systemet. Den här sortens flexibla lösningar skulle snarare kunna diskuteras och utvecklas i samband med en integrering av systemet med övrig hälso- och sjukvård.</p>	<p>Specialister med bas i öppen specialiserad vård är en förutsättning för en god kontinuitet och stärker rimligtvis landstingens/regionernas planeringsförutsättningar. Det är inte troligt att ett landsting/region plötsligt skulle behöva minska en specialitet i en sådan omfattning att ett fungerande öppenvårdssystem skulle vara ett hinder. En ökad statlig styrning och därmed en mindre variation i landstingens styrning ger en stabil verksamhet som är av största vikt för patienternas trygghet och tillgänglighet. För att upprätthålla kompetens bör en vårdgivare kunna verka inom både öppen specialistvård och sjukhusbunden vård- och jourverksamhet. En rimlig ersättningsnivå främjar också att den öppna specialiserade vården bidrar med utbildning av vårdpersonal.</p>
---	--	--	--

3. Ersättningsfrågan	<p>Dagens ersättningsystem är inte ändamålsenligt. Reglerna om arvodesnivåer och fördelningen mellan arvodesnivåerna gör att fysioterapeuterna endast kan använda sin specialistkunskap för patienter som kräver mer avancerad fysioterapi under en begränsad del av sin arbetstid, detta trots att patienterna har stora behov.</p>	<p>I en LOU-upphandling avgörs ersättningsnivån antingen i förväg av regionen (kvalitetssupphandling) eller vid urval av anbud. I ett LOV-system fastställs ersättningen av regionen och kan också justeras fortlöpande av regionen. I taxe-systemet är SKL, läkarförbundet och fysioterapeuterna satta att förhandla om ersättningsnivåerna, med begränsade möjligheter att i förhandlingarna justera innehållet. Systemet är uppbyggt kring detaljerade prissatta åtgärder och tidsgränser vilket inte främjar en modern flödesbaserad, patientfokuserad och patientsäker vård.</p>	<p>I primärvården talar det mesta för ett system med en kapitering som bas och därutöver ersättning för besök och åtgärd. Individuella ersättningen bör kunna variera beroende på ålderssammansättning och socioekonomiska förhållanden. För övrig öppen specialiserad vård bör grunden i stället vara besöksersättning med extra ersättning för mer omfattande åtgärder. Ersättningsprinciperna ska vara nationella och fastställas centralt i samverkan mellan profession och huvudmän. I glesbygd, socialt utsatta områden och landsbygdsområden måste ersättningsystemen kompensera för specifika faktorer.</p>
4. Placering/ geografisk etablering	<p>Med nuvarande system är fysioterapeuten låst till den plats som gällde när denne förvärvade sin etablering. Fysioterapeuten får många gånger inte flytta till en mer ändamålsenlig lokal eller till områden där fler patienter finns.</p>	<p>I en LOU-upphandling kan regionen bestämma innehållet i uppdraget och var en leverantör/mottagning ska vara placerad geografiskt. I ett LOV-system avgörs den geografiska placeringen av utföraren men beställaren styr över innehållet i uppdraget. I taxe-systemet har vårdgivarna en gång själva valt inriktning på och geografisk placering av verksamheten. Detta skapar svåra planeringsförutsättningar för beställaren där möjligheterna att ur ett patientperspektiv främja en jämlik vård försvåras.</p>	<p>En fri etablering ökar utbudet och valfriheten. Ur ett jämlikhetsperspektiv är det avgränsade att kunna styra utbudet av vården utifrån behov. Landstingen kan genom sina ersättningsnivåer styra vården till de områden som man anser viktigast och staten bör kompensera de landsting som har större kostnader. Det är alltså inte genom förbud som man bör styra.</p>

6.3.1 Planeringen av hälso- och sjukvårdsutbudet och dess kostnader

Regionerna/landstingen är ansvariga för att planera vilka hälso- och sjukvårdstjänster som behövs i regionen/landstinget. Regionen/landstinget kan välja att erbjuda tjänsterna i egen regi eller att överlåta uppgiften till privata vårdgivare. Inom sin primärvård är regionerna/landstingen skyldiga att inrätta valfrihetssystem.

Regionerna/landstingen är däremot inte skyldiga att ingå samverkansavtal och incitamenten för dem att ansluta nya utförare på nationella taxan upplevs som små. Ett skäl till det är att det inte finns lika stor möjlighet att påverka vårdens innehåll och struktur som om ett vårdavtal ingås. Med vårdvalssystemen kan regionerna/landstingen i större utsträckning styra kostnaderna för vården.

Att samverkansavtalen inte kan sägas upp av regionerna/landstingen om vårdgivare brister i kvalitet eller missbrukar ersättningsystemet anses vara en generell brist. Om villkoren i LOL och LOF inte längre är uppfyllda bör regionerna/landstingen i och för sig kunna vägra fortsatta utbetalningar. Det finns dock inga tydliga regler i dessa lagar om ett samverkansavtalen kan sägas upp eller om när utbetalning kan vägras.

6.3.2 Parallella system bör komplettera, inte konkurrera med varandra

En fördel med två parallella system skulle kunna vara att de kompletterar varandra för att möta olika behov hos medborgarna.

Konkurrensverket har tidigare lyft fram en gränsdragningsproblematik inom primärvården mellan valfrihetssystemen och taxesystemet som behöver lösas för att systemen ska kunna fungera tillsammans på ett ändamålsenligt sätt. Regionerna/landstingen har påpekat att de vid utformningen av sina valfrihetssystem måste beakta taxesystemet vilket leder till att vårdvalen inte kan utformas på ett optimalt sätt.¹

Kritiken aktualiseras bl.a. vid ersättningsetableringar för läkare inom primärvården. Sannolikt på grund av det obligatoriska kravet på vårdval och primärvårdens breda uppdrag. Av rättspraxis följer att

³⁷ Konkurrensverket, *Rapport, 2010:3 Uppföljning av vårdval i primärvården. Valfrihet, mångfald och etableringsförsättningar. Slutrapport, 2010*, s. 123.

vårdgivarens aktuella verksamhet måste kunna godkännas som vårdvalsleverantör för att regionerna/landstingen ska kunna vägra en ersättningsetablering. Små aktörer kan sällan uppfylla omfattande vårdvalsuppdrag. Det innebär att samverkansavtal kan behöva ingås även för delar som ingår i ett vårdval. På så sätt konkurrerar vårdgivare med samma tjänsteutbud fast på olika villkor. Samtidigt är det bäst för patienten att dess valda utförare, särskilt inom vårdvalet primärvård, har tillgång till så många basala hälso- och sjukvårdstjänster som möjligt.

På andra specialistområden än primärvården bör vårdval- i de fall sådana finns – i större utsträckning kunna rymma hela vårdgivarens verksamhet. Det bör därmed inte vara lika vanligt att vårdgivare konkurrerar på olika villkor i dessa fall.

Nuvarande nationella taxesystem har sin grund i ett taxesystem från 1970-talet, som först omfattade läkare och sedan 1976 även fysioterapeuter (då sjukgymnaster). När läkartaxan sågs över på 1990-talet fanns inte skäl att utvidga antalet specialiteter. Sedan dess har andra kompetenser och professioner fått en tydligare och ofta självständigare roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Det finns i dag bristande tillgång till vissa kompetenser i systemet, vars tillgång kan behöva stimuleras. Mot den bakgrunden kan det finnas anledning att se över om det även andra professioner och specialiteter bör ha möjlighet att som egenföretagare ansluta sig till det offentliga ersättningsystemet.

6.3.3 Anslutningsförfarandet

Samtliga berörda aktörer upplever att förfarandet vid beslut om att ingå nya samverkansavtal är oklart. Enligt LOL och LOF ska LOV eller LOU tillämpas, men berörda parter bedömer dem som svåra att tillämpa och enligt uppgift till utredningen känner man inte till något tillfälle då LOV eller LOU faktiskt tillämpats i detta avseende. Det innebär att det inte går att säkerställa att grundläggande EU-rättsliga principer beaktas vid beslut om att ingå nya samverkansavtal, förutom såvitt avser ersättningsetableringar.

De vårdgivare som omfattas av övergångsbestämmelser eller har vilande sådana samverkansavtal som beslutats före den 1 januari 2009 har inte heller konkurrensutsatts.

6.3.4 Uppföljning av kvalitet och kostnader

Eftersom regionerna/landstingen ansvarar för att planera och finansiera sin hälso- och sjukvård måste de kunna följa upp vården ur såväl ekonomisk som medicinsk synpunkt. Regionerna/landstingen måste kunna försäkra sig om att vården bedrivs på ett tillfredsställande sätt avseende kostnader, effektivitet, säkerhet och kvalitet. Detta är viktigt inte bara för enskilda åtgärder utan blir också allt viktigare vad gäller hela vårdkedjor, processer och patientgrupper.

Regionerna/landstingen anser sig sakna verktyg för att få den information som de behöver för att kunna följa upp verksamheten ur kvalitets- och ekonomihänsyn. När fel och brister konstateras saknas rättsliga påtryckningsmöjligheter och sanktioner. T.ex. föreläggande, hot om vite eller uppsägning av avtal m.m. mot vårdgivare som missköter sig, inte samverkar eller inte medverkar i tillräcklig utsträckning. Regioner/landsting har bedömt att regelverket inte heller ger tillräckligt stöd för att stoppa utbetalning av ersättning förutom i fall då grundläggande rätt till ersättning enligt lagarna inte längre föreligger.

Privata vårdgivare upplever å sin sida att de inte bereds tillgång till regionerna/landstingens kvalitetssystem och att regioner/landsting begär att vårdgivarna ska medverka i uppföljning av andra, ytterligare, aspekter än de som regleras i LOL och LOF. Regioner/landsting kan ha olika systemlösningar för regional uppföljning. För små vårdgivare kan det bli svårt och dyrt att skaffa egna system som fungerar med regionerna/landstingens och omfattande medicinska revisioner upplevs som svårhanterliga och tidskrävande för verksamheten. Man uppfattar också att regioner/landsting visar en brist på förtroende för vårdgivarna, och poängterar från berörda professionsföreningar att skulle oegentligheter förkomma inom några enstaka verksamheter är man lika intresserad som regioner/landsting av att komma tillrätta med det. Man efterfrågar en mer tillitsbaserad styrning från regioner/landsting.

6.3.5 Samverkan och integrering

Eftersom driftsformen med nationell taxa innebär att vårdgivaren ofta verkar ensam eller på en mindre uniprofessionell enhet krävs samverkan med andra för att kunna erbjuda ytterligare kompetenser som kan behövas för att motsvara patientens behov.

Privata vårdgivare upplever att de inte bereds möjlighet att integreras i övriga hälso- och sjukvårdssystemet och att de inte heller ges möjlighet att bidra med utbildning- och forskningsinsatser för övriga hälso- och sjukvården. Privata vårdgivare behöver få möjlighet att integreras i den övriga hälso- och sjukvården så att de dels kan utveckla sin kompetens dels bidra till att utveckla övriga hälso- och sjukvården. En restriktiv tillämpning av reglerna om vikarie m.m. har gjort det svårt för privata vårdgivare att fort- och vidareutbilda sig.

Regionerna/landstingen upplever att det är svårt att integrera enstaka privata aktörer med övriga vården med nuvarande utformningen av systemen.

6.3.6 Ersättningsystemen

Privata vårdgivare som ersätts enligt nationella taxan anser att förteckningen över ersättningsgilla åtgärder inte är anpassad till den medicinska utvecklingen. Flera åtgärder som numera kan utföras, och utförs, utanför sjukhus finns inte med. Förteckningen motverkar därför den tänkta förflyttningen av vården ut från sjukhusen. Fysioterapeuter på taxan upplever vidare att utformningen avseende särskilt arvode, och begränsningarna i hur det kan tillämpas, ej är anpassad för en modern hälso- och sjukvård.

Små vårdgivare uppfyller sällan ett helt åtagande i ett vårdval. Det kan därför finnas taxevårdgivare som erbjuder vissa tjänster som också ryms i ett vårdval. Att privata vårdgivare har rätt till olika ersättningsnivåer i vårdvalet och nationella taxan upplevs som orättvist och kan bidra till snedvriden konkurrens. I de fall då ersättningen enligt nationella taxan är högre än vad privata vårdgivare kan få i regionerna/landstingens ersättningsystem kan det stimulerar en efterfrågan att vara aktiv med den högre ersättningen.

Ersättningen inom valfrihetssystemen har även kritiserats för att vara för låg i förhållande till omkostnaderna. Det försvårar framför

allt för små aktörer att överleva, och gör att vårdval inte upplevs som ett alternativ för de som är verksamma på taxan.

6.4 Utgångspunkter för utredningens fortsatta överväganden

6.4.1 Allmänna utgångspunkter

Syftet med införandet av valfrihetssystem och LOL och LOF är att öka enskildas valfrihet och tillgängligheten i vården. För det krävs en mångfald av vårdgivare inom välfärdssektorn. LOL och LOF syftar framför allt till att möjliggöra även för mindre aktörer att konkurrera inom hälso- och sjukvården.

Som utredningen tidigare har beskrivit har hälso- och sjukvården under lång tid organiserats med utgångspunkt i hälso- och sjukvårdens traditionella strukturer och särintressen. Framtidens hälso- och sjukvård måste i stället utgå från patient- och brukarperspektivet. För patienter, brukares och närståendes del är det centralt att vården ges med hög kvalitet, är tillgänglig och samordnad, med utgångspunkt i varje individs särskilda behov och önskemål om delaktighet.

Vår utredning har i uppdrag att föreslå hur privata vårdgivare som i dag verkar på nationella taxan kan integreras med övriga hälso- och sjukvården. Förslagen ska ta utgångspunkt i de förslag vi i övrigt lämnar om hur framtidens hälso- och sjukvård bör vara strukturerad.

Målbilden för vårt arbete har successivt fördjupats i takt med att vi tagit vårt uppdrag vidare. Utgångspunkten för vårt fortsatta arbete är framför allt behovet av en strukturerad samverkan som utifrån individens behov resulterar i en samordnad vård och omsorg för varje patient och brukare. Systemet behöver utformas med utgångspunkt i de patienter och brukare som har störst behov av samordning. Den medicinska utvecklingen tillsammans med utvecklingen av hälso- och sjukvårdssystemet har medfört att många i dag har behov av insatser från flera olika aktörer för flera olika åkommor. Samverkan mellan hälso- och sjukvårdens olika aktörer är därför central för att möta befolkningens hälso- och sjukvårdsbehov.

Det innebär att det behövs en ökad samverkan mellan sjukhusvård och övrig vård, mellan huvudmän och mellan vårdgivare. Att skapa ett system som underlättar sådan samverkan är därför en

grundläggande förutsättning, även i utredningens arbete med nationella taxan.

Vi måste också beakta behovet av kompetensförsörjning och bemanning i hälso- och sjukvårdssektorn. Att behålla och rekrytera medarbetare är kanske vår största utmaning för framtiden. Vi har inte råd att ställa kompetenser och professioner som vill verka i framtidens hälso- och sjukvård utanför systemet. Vi behöver i stället hitta incitament och förutsättningar för de aktörer som vill medverka i systemet, med patienternas bästa för ögonen, att göra det.

Vår utrednings kommande förslag behöver dels beakta den kritik som hittills framförts mot nuvarande system men även skapa ett system där patient och brukare är navet runt vilken hälso- och sjukvården samordnas. Det är inte självklart att det kan göras och samtidigt tillmötesgå alla enskilda önskemål från huvudmän och vårdgivare. Det blir en avvägning mellan olika perspektiv, där patientperspektivet som alltid måste sättas i första rummet.

6.4.2 Tidigare förslag rörande nationella taxan

Regeringens målsättning har under lång tid varit att öka mångfalden inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och därmed bidra till en större valfrihet för enskilda. Man har velat möjliggöra även för små aktörer att konkurrera om den offentliga finansieringen.

Regelverket i LOL och LOF har setts över vid flera tillfällen. Som en åtgärd för att underlätta för mindre aktörer att etablera sig infördes år 2009 regler om s.k. ersättningsetablering. Avsikten var redan då att nationella taxan skulle ersättas med ett nytt system som underlättar för mindre vårdgivare att på lika villkor konkurrera med de stora och/eller offentliga aktörerna. Parallellt med det lagstiftningsförslaget pågick utredningen om införande av vårdval i Sverige.²

Valfrihetssystemens förenlighet med EU-rätten har nyligen övervägts. Regeringen kom då fram till att valfrihetssystemen är förenliga med EU-rätten.³

³⁸ Jfr prop. 2008/09:64 *Ersättningsetablering för vissa privata vårdgivare m.m.*, s. 49.

³⁹ Prop. 2017/18:158 *Ökade tillståndskrav och särskilda regler för upphandling inom välfärden*; prop. 2017/18:159 *Tillstånd att ta emot offentlig finansiering inom socialtjänsten, assistansersättningen och skollagsreglerad verksamhet*.

Utredningen om patientens rätt, år 2009

Utredningen om patientens rätt, som lämnade förslag om regioner/landstings skyldighet att inrätta vårdval inom primärvården, hade likt vår utredning även i uppdrag att ta fram ett nytt system som reglerade förutsättningarna för privata vårdgivare att verka i regionerna/landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården. Den utredningen presenterade tre alternativa lösningar på hur dessa vårdgivare kan integreras i hälso- och sjukvårdssystemet. Samtliga innebär att LOL och LOF skulle ersättas med andra regleringar.

Ett första alternativ var att ersätta LOL och LOF med ett nytt reviderat ersättningsystem. I det nya systemet skulle villkoren för etablering vara nationella, med utrymme för ytterligare regionala villkor. I ett andra alternativ föreslogs en ny ersättningsmodell kopplad till LOU och LOV. Upphandlingssystemet skulle kunna vara antingen regionalt eller nationellt. Ett tredje alternativ var att ersätta LOL och LOF med ett nationellt auktorisationssystem för vårdgivare, dvs. någon form av nationellt tillståndsförfarande. Den utredningen föreslog slutligen en ny etableringsplattform vid sidan av LOU och LOV, genom en ny lag om vårdgivaretablering (LOVE). De nya reglerna byggde på ett samspel mellan regionerna/landstingens planeringsansvar, vårdgivarnas initiativ och en nationell plattform. Avsikten med anslutningsformen var att tillvarata entreprenörskap och nytänkande och därigenom stimulera utvecklingen mot en ökad mångfald inom denna del av hälso- och sjukvården. Förslagen var vidare utformade så att de skulle ge bättre förutsättningar för en ökad integrering mellan olika vårdgivare. Vårdgivare skulle oavsett driftsform verka i ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem. Den utredningen presenterade även en alternativ ersättningsmodell, även den grundad på någon form av nationell auktorisation.⁴

Beredningsarbetet på regeringskansliet slutade med att LOVE aldrig genomfördes och inte heller något av de andra alternativen. I väntan på ett nytt ersättningsystem infördes nya regler om ersättningsetablering i LOL och LOF. Samtidigt säkerställdes att bestämmelserna stämde överens med EU-rätten.⁵

⁴⁰ SOU 2009:84 *Regler för etablering av vårdgivare*.

⁴¹ Prop. 2008/09:64 *Ersättningsetablering för vissa privata vårdgivare m.m.* s. 49.

Mona Boströms utredning, år 2012

Regeringens särskilda utredare Mona Boström såg år 2012 åter över LOL och LOF och den nationella taxan. Framför allt med anledning av tidigare kritik från EU-kommissionen om att tilldelningsförfarandet vid samverkansavtal stod i strid med EU-rätten. Utredaren lyfte i sin slutrapport fram ytterligare brister i systemet som påverkar patienten på ett negativt sätt.

En brist som lyftes fram var att ingen samordnar patientens vård i vårdprocesser samt att det är svårt att arbeta i team. Det saknas även öppna kvalitetsjämförelser. Bortsett från det verkar patienterna enligt patientföreningar vara nöjda med den vård de fått av taxevårdgivare. Det som patienter lyfter som särskilt positivt är att de har möjlighet att själva välja en specialistkompetens som de uppfattar kan möta deras specifika behov. De som är kroniskt sjuka uppskattar även kontinuiteten i sin läkare eller fysioterapeut.

Vårdgivare lyfte fram egen kritik mot systemet, bl.a. att heltidskravet motverkar utbytet mellan öppen och sluten vård, offentlig och privat verksamhet samt utbildning och forskning.

Från regionerna/landstingens sida lyftes att det är svårt att ta det samlade planerings- och uppföljningsansvaret för taxevårdgivare.

Utredaren kritiserade även att systemet med en nationell taxa bryter den normala ansvars- och rollfördelningen mellan stat och regioner/landsting. Hon föreslog därför att nationella taxan skulle avvecklas.⁶ Förslagen genomfördes aldrig. Sedan år 2016 ska förfarandena i LOV eller LOV tillämpas när samverkansavtal ingås.

Regeringskansliets promemoria, Ds 2018:31

I en promemoria från regeringskansliet från år 2018 föreslås en rad ändringar i LOL och LOF i syfte att komma till rätta med några av de problem som identifierats. Förslagen innebär bl.a. att nuvarande bestämmelser om vårdgivarens medverkan till uppföljning och utvärdering förstärks. Det föreslås även en skyldighet för vårdgivare att lämna ut patientjournaler som underlag för regionerna/landstingens uppföljning. Regionen/landstingen föreslås även få ytterligare utredningsverktyg, såsom inspektioner i lokaler och andra utrymmen samt en möjlighet att utfärda förelägganden vid vite. Den

⁴² Mona Boström AB, *Nationell taxa – slutredovisning av uppdrag*, 2012-11-06.

vårdgivare som inte följer ett föreläggande ska kunna få sin utbetalning av ersättningar stoppad tills vidare. Beslut om förelägganden ska enligt förslagen kunna överklagas.

I promemorian klargörs samtidigt att nuvarande ordning, för bestämmande av ersättning, som innebär att regeringen beslutar om ersättningsnivåer och belopp, på sikt bör upphöra och ersättas med en annan ordning. Förslagen bereds för närvarande inom regeringskansliet.

6.5 Dialogfrågor

- Behöver olika professioner eller specialister olika förutsättningar för att ansluta sig till offentlig finansiering?
- Vad är de största hindren för att läkare och fysioterapeuter på taxan ska kunna integreras fullt ut med övrig hälso- och sjukvård?

7 Hälsa- och sjukvårdens roll i att främja hälsa, förebygga sjukdom och bygga funktionsförmåga

7.1 Övergripande iakttagelser

7.1.1 Utredningens utgångspunkter

Enligt svensk grundlag ska det allmänna verka för goda förutsättningar för hälsa.¹ Hälsa brukar definieras som fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada.² Det kräver därmed åtgärder från flera av samhällets sektorer, varav en central sektor är hälso- och sjukvården.

Fram till 1983 omfattade den svenska lagstiftningen i denna sektor dock enbart sjukvården, med fokus på sjukhusen. Landsting arbetade visserligen tidigare i viss utsträckning frivilligt med förebyggande arbete, men först 1983 fick vi vår första hälso- och sjukvårdslag (se även kap. 2 för historik). Landstingen fick då ett lagreglerat uppdrag att arbeta förebyggande;³ utöver att erbjuda sjukvård ålades de att förebygga ohälsa hos befolkningen, genom insatser riktade såväl mot människorna som miljön.

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

¹ 1 kap. 2 § andra stycket *regeringsformen* (1974:152).

² Jfr WHO:s definition "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."

³ 1 § *hälso- och sjukvårdslagen* (1982:763).

riskan för återinsjuknande och skapa eller återskapa funktionsförmåga kan såväl mänskligt lidande undvikas som den begränsade gemensamma resursen användas mer effektivt. Detta reflekteras bl.a. i utredningens förslag till nationellt uppdrag för primärvården, vilket pekar ut att såväl förebyggande som rehabiliterade insatser är en central del av primärvårdens uppdrag. Såväl somatisk som psykisk ohälsa omfattas.

Givet dess avgörande betydelse för utvecklingen av en god och nära vård kommer vi i detta kapitel att ytterligare fördjupa oss i hälso- och sjukvårdens roll i framför allt prevention, rehabilitering och habilitering. Vi gör i det följande inte anspråk på att ge en heltäckande beskrivning av dessa områden eller pågående initiativ och satsningar inom dem, utan begränsar oss till sådant som anknyter till våra tidigare eller kommande förslag. Vi redovisar även några av de medskick vi fått till oss i dialog med vårdens olika aktörer och som vi uppfattar är av generellt värde att belysa.

7.1.2 Prevention, habilitering och rehabilitering – centrala begrepp

Med hälsofrämjande arbete avses åtgärder för att stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. När det gäller förebyggande eller prevention talar man vanligen om tre olika nivåer; primär, sekundär och tertiär prevention:

- Med *primärprevention* avses förebyggande åtgärder för att förhindra uppkomst av sjukdomar, skador eller problem. De kan användas inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst och kan vara riktade till individer (t.ex. rökslut), grupper (rökslut i grupp) eller samhällsstrukturer (rökförbud i vissa miljöer). Vaccination är en form av primärprevention, liksom fallprevention och olika typer av profylax, t.ex. avseende trycksår, antibiotika och kariesprofylax.
- Med *sekundärprevention* avses förebyggande åtgärder för att i ett tidigt skede förhindra negativ utveckling, återinsjuknande eller att ett latent sjukdomstillstånd utvecklas till klinisk sjukdom. Åtgärderna kan vara riktade till individer eller grupper, t.ex.

screening (mammografi och gynekologiska cellprover) eller rökslutarstöd efter hjärtinfarkt.⁴

- Socialstyrelsen avråder i sin termbank från termen *tertiärprevention* och hänvisar i stället till termerna behandling och rehabilitering. Tittar man i svensk MeSH så återfinns där en engelsk definition vilken säger att tertiärprevention är åtgärder som syftar till att ge ändamålsenliga stödjande och rehabiliterande tjänster för att minimera sjuklighet och maximera livskvalitet vid långvarig sjukdom eller skada.⁵

Som framgår av Socialstyrelsens termbank och den internationella beskrivningen av tertiärprevention finns det en nära länk mellan förebyggande och rehabiliterande åtgärder. Enligt förarbetena till LSS avses med rehabilitering att

vid nedsättning eller förlust av någon funktion efter skada/sjukdom genom planerade och från flera områden sammansatta åtgärder, allsidigt främja att den enskilde återvinner bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande.⁶

Rehabilitering i sin tur är definitionsmässigt nära besläktat med habilitering, med vilket avses att

vid nedsättning eller förlust av någon funktion efter medfödd eller tidigt förvärvad skada/sjukdom genom planerade och från flera kompetensområden sammansatta åtgärder, allsidigt främja utveckling av bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande hos den enskilde.⁷

Samtliga dessa tre områden – prevention, habilitering och rehabilitering – ingår i prioriteringsgrupp II i de riktlinjer för prioritering som riksdagen fattade beslut om 1997. Enligt samma riktlinjer ska därmed dessa tre områden prioriteras före t.ex. vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar, vilka återfinns i prioriteringsgrupp III.⁸ I utredningens möten och dialoger får vi dock återkommande signaler på att det finns en rad olika utmaningar vad gäller tillämpningen av denna prioriteringsordning i såväl övergripande strukturer som i den dagliga verksamheten. Att såväl förebyggande

⁴ Utredningens beskrivning utgår från Socialstyrelsens termbank, utökad med exempel.

⁵ Utredningens översättning, fritt från Svensk MESH.

⁶ Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade, s. 200.

⁷ Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade, s. 200.

⁸ Prop. 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

som rehabiliterande arbete, p.g.a. resursbrist och ersättningsystem som inte premierar sådana insatser, får stå tillbaka för akuta insatser av lättare karaktär. Att vad som erbjuds invånarna vad gäller habilitering och rehabilitering ser mycket olika ut runtom i landet. Att det på många håll saknas en strukturerad plan för hur man ska hantera de stora och på många håll växande grupper som berörs. Ett exempel som lyfts är neuropsykiatri, där individer som lämnat barnhabiliteringen på många håll uppfattar att man då inte erbjuds samma grad av stöd/samordning som man dittills haft.

7.1.3 Svårigheter att mäta effekter på befolkningsnivå

Medan effekter av vissa förebyggande insatser på individnivå, t.ex. avseende levnadsvanor, kan ge relativt snabba utfall på biomarkörer, såsom högt blodtryck eller övervikt, så finns det flera svårigheter med att värdera det vetenskapliga underlaget för insatser inom verksamheter som har i uppgift att påverka hälsan hos stora befolkningsgrupper. Insatserna kan vara komplexa och kontextberoende, vilket ofta medför att utvärderingarna också är komplexa.⁹ Det kan även vara svårt att genomföra randomiserade kontrollerade studier på området, samtidigt som denna studietyp ger bäst underlag för att avgöra om det är själva insatsen som orsakar en uppmätt förändring eller om det är något annat som kan förklara effekten.

Det kan också vara ett långt tidsspänn mellan insats och effekt. Ett exempel är barn- och ungdomsvården där insatserna sker i unga år men där flera effekter visar sig först i vuxen ålder. Ju längre tid som passerar mellan insats och effekt, desto svårare kan det vara att påvisa att insatsen ledde till en viss effekt.¹⁰ Att på ett samlat och rättvisande sätt beskriva hälso- och sjukvårdens bidrag till hälso-utvecklingen relaterat till insatta resurser låter sig inte göras i dag.

Vidare är de viktigaste insatserna för att förbättra hälsan hos en population inte alltid de insatser där det finns tillgång till flest högkvalitativa studier.¹¹ Ett krav på att enbart erbjuda insatser för

⁹ Statens folkhälsoinstitut, *Redovisning av uppdraget att utreda evidensgraderingen för metoder på folkhälsoområdet*, 2011.

¹⁰ Socialstyrelsen, *Handbok för effektivitetsanalyser: För god vård och omsorg*, 2014.

¹¹ Statens folkhälsoinstitut, *Redovisning av uppdraget att utreda evidensgraderingen för metoder på folkhälsoområdet*, 2011.

vilka det finns vetenskapligt stöd för effekter, skulle exempelvis kraftigt begränsa vad som görs inom barnhälsovården, eftersom stora delar av det förebyggande arbetet inte har varit föremål för metodisk forskning.¹² På de områden där vetenskapliga underlag saknas är det i stället viktigt att huvudmännen ger verksamheterna förutsättningar för ett systematiskt kvalitetsarbete på olika nivåer, samt att forskning initieras inom centrala områden.

Slutligen bör framhållas att även andra aspekter utöver det vetenskapliga stödet kan behöva inkluderas i ett beslutsunderlag. Sådan information kan vara värderingar och preferenser, etiska frågor, juridiska hänsyn, jämlikhet och diversitet, främjande av individuell självbestämmande (empowerment), implementering och kostnader.

7.2 Hälso- och sjukvårdens roll i det förebyggande arbetet

7.2.1 Varför arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande?

”Någonting kommer vi ju alla dö av förr eller senare så varför ska vi lägga resurser på att arbeta med förebyggande insatser? Det kanske t.o.m. kommer att kosta oss mer för personer blir äldre och hinner få fler sjukdomar om alla lever allt längre?” Det här är resonemang som en och annan gång dyker upp i utredningens dialoger med olika aktörer. Vi möter förstås också det motsatta, de många som brinner och engageras starkt just särskilt av det förebyggande arbetet. Detta är centrala frågor som har en direkt koppling till vårt samhällskontrakt och hur vi där värderar rätten till bästa möjliga hälsa. Därmed blir det också viktigt att vi har en samsyn om vilken roll det förebyggande arbetet ska ha i hälso- och sjukvårdssystemet.

Vårt samhällskontrakt tar sig bl.a. uttryck i våra lagar. Som ovan redogjorts för så fastslår vår grundlag att det allmänna ska verka för goda förutsättningar för hälsa. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) slår fast att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen samt att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Den fastslår även att

¹² Socialstyrelsen, *Vägledning för barnhälsovården*, 2014.

den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.¹³

Att ställa olika behov emot varandra kräver en prioriteringsordning och som redogjorts för ovan så återfinns förebyggande arbete i prioriteringsgrupp II av IV, före t.ex. vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.¹⁴

Detta stämmer väl med hur den svenska befolkningen värderar hälsa. Hälsa är en av de högst värderade aspekterna av livet. Omkring 90 procent av befolkningen i Sverige uppger att hälsa är mycket viktigt.¹⁵ Att vara frisk, fri från sjukdomar, hälsoproblem och lidande, är centralt för människor. En god hälsa är också en viktig förutsättning och resurs för att kunna göra det man vill i livet; det gäller såväl möjligheten att utbilda sig, arbeta och försörja sig och att bilda familj som att delta i samhällslivet i övrigt. Detta återspeglas även i dialogerna med våra referensgrupper, där behovet av att stärka hälso- och sjukvårdens roll i det främjande och förebyggande arbetet ofta lyfts. Inte minst av företrädare för professionerna och om möjligt än mer av de yngre professionsföreträdare vi möter, samt av patient/brukarföreträdare.

I sammanhanget är det glädjande att konstatera att svenska kvinnor och män ligger i topp vad gäller antalet förväntade friska levnadsår (Healthy Life Years, HLY) när man jämför EU-länderna.¹⁶ År 2016 var snittet i EU 64,2 HLY för kvinnor och 63,5 HLY för män. I Sverige var förväntat antal HLY vid födseln 73,3 för kvinnor och 73,0 för män. Sverige ligger också i topp bland EU-länderna när man tittar på antalet förväntade HLY som andel av totalt förväntad livslängd, för både kvinnor och män.¹⁷

En god hälsa är inte bara central för den enskilda individen. En befolkning som är frisk och mår bra skapar bättre förutsättningar för välbefinnande och ökad tillväxt genom minskad sjukfrånvaro, ökad sysselsättning, högre produktivitet och minskade behov av vård och

¹³ 3 kap. 1 och 2 §§ HSL.

¹⁴ Prop. 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

¹⁵ SOM-undersökning 2016.

¹⁶ Healthy Life Years, eller friska livsår på svenska, förkortas HLY och definieras som antal år en person förväntas leva i ett friskt tillstånd. Indikatorn är baserad på åldersspecifik prevalens av befolkningen i hälsosamma och ohälsosamma tillstånd och åldersspecifik mortalitetsinformation. Ett friskt tillstånd definieras som ett tillstånd utan begränsningar i funktion och utan funktionsnedsättning. Indikatorn beräknas med hjälp av "Sullivanmetoden". Den baseras på mätningar av den åldersspecifika proportionen av en befolkning med respektive utan funktionsnedsättning, och på mortalitetsdata.

¹⁷ Eurostat, *Healthy life years (from 2004 onwards)*.

omsorg. Precis som det också beskrivs i Agenda 2030 är hälsa både ett mål och ett medel för att uppnå en hållbar utveckling. Det gäller i Sverige precis som i övriga världen. Att vi som land förmår säkerställa att de år som läggs till vår levnad så långt möjligt blir friska år, där vi kan leva med bibehållen livskvalitet och där vi inte har några stora vård- och omsorgsbehov, kommer vara avgörande för att faktiskt kunna leverera på samhällskontraktet och ge vård och stöd till de som behöver det. Ansvaret för det breda folkhälsoarbete som detta kräver faller på i princip alla samhällssektorer och aktörer, inklusive men inte enbart, hälso- och sjukvården. Detta reflekteras även i den utvecklade folkhälsopolitiken som riksdagen beslutade om 2018. Där utgör ”en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård” ett av åtta särskilda målområden. Där lyfts också behovet av en tydligare proaktiv ansats i form av starkare förebyggande insatser för patienter och befolkning. Dessa insatser är även av betydelse för en jämlik vård och för att minska hälsoskillnader i befolkningen.¹⁸

7.2.2 Organisering

Sverige har en lång tradition av att arbeta med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser inom exempelvis mödra- och barnhälsovård, ungdomsmottagningar, företagshälsovård, tandvård och elevhälsa. Folkhälsan i Sverige är ur ett internationellt perspektiv god och för stora delar av befolkningen utvecklas hälsan överlag positivt.¹⁹ Hälsan är dock inte jämlikt fördelad och generella hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser når inte alla grupper i lika stor omfattning. Den psykiska ohälsan ökar också, t.ex. bland barn och unga.²⁰ Det finns flera förklaringar till att skillnader kan uppkomma. Det handlar bl.a. om tillgänglighet (inte minst fysisk), bemötande, förtroende, barriärer (språkliga, kulturella, sociala) och hälsolitteracitet.²¹ Talande nog är händelser i hela spannet från

¹⁸ Prop. 2017/18:249 *En god och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik*.

¹⁹ Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling: Årsrapport 2019*, 2019.

²⁰ Socialstyrelsen, *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna – Till och med 2016*, 2017.

²¹ Folkhälsomyndigheten, *Uppdrag att analysera utvecklingen av utbildningsnivåerna i befolkningen ur ett folkhälso- respektive hälso- och sjukvårdsperspektiv: Slutredovisning av regeringsuppdrag*, 2015; *Vårdanalys, Förebygga för att överbrygga? Jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor*, 2014.

ohälsosamma levnadsvanor till allvarliga bakteriella infektioner vanligare bland personer med låg socioekonomisk status.²²

Hälso- och sjukvårdens organisering är avgörande för att skapa förutsättningar för en jämlik vård vad gäller både tillgång till vård och kvalitet i behandlande, främjande och förebyggande insatser, så att dessa anpassas utifrån proportionell universalism, dvs. är tillgängliga för alla men anpassade utifrån olika gruppers särskilda behov.²³ En analys som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) genomfört visar att hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete riskerar att öka skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper snarare än att motverka dem, såvida inte arbetet genomsyras av ett systematiskt jämlikhetsfokus. Analysen tyder på att personer med bättre socioekonomiska förutsättningar i högre grad än andra grupper både deltar i förebyggande aktiviteter som rekommenderas av vården och förändrar sina levnadsvanor. Där emot kontaktar personer med sämre socioekonomiska förutsättningar primärvården i högre grad än befolkningen i övrigt, medan högutbildade är överrepresenterade i vården i stort. Primärvården har därmed en viktig roll i att bedriva ett förebyggande arbete för grupper som inte nås på annat sätt.²⁴

7.2.3 Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i hälso- och sjukvården

En av de enskilt viktigaste insatserna inom folkhälsoområdet har varit införandet av vaccinationsprogram på befolkningsnivå. Få åtgärder har på ett så effektivt sätt medfört att förekomsten av ett antal allvarliga sjukdomar har minskat drastiskt och i vissa fall till och med eliminerats.²⁵ Andra betydelsefulla insatser för att förebygga och begränsa effekterna av smittsamma sjukdomar är utbrottsutredningar och smittspårningar, där målet är att så snabbt som möjligt klarlägga källan till utbrottet och förhindra att fler människor smittas. Vidare är en rationell antibiotikaanvändning

²² Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsodata: Nationella folkhälsoenkäten: Tobaksvanor*, 2019; Pini et al., *Socioeconomic disparities associated with 29 common infectious diseases in Sweden, 2005–14: An individually matched case-control study*, 2019.

²³ SOU 2017:47 *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa: Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa*.

²⁴ Vårdanalys, *Förebygga för att överbrygga? Jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor*, 2014.

²⁵ Prop. 2011/12:123 *Ny ordning för nationella vaccinationsprogram*.

inom både hälso- och sjukvård och djurhållning en förutsättning för att vi på lång sikt ska ha fungerande antibiotika. Här spelar inte minst primärvården en viktig roll genom korrekt användning av antibiotika och genom att öka kunskapen hos patienter och allmänhet om antibiotikaresistens.

Hälso- och sjukvården genomför även screening på en rad olika områden med början redan vid födseln i form av det så kallade PKU-testet.²⁶ Andra exempel är den gynekologiska cellprovtagningen för tidig upptäckt av livmoderhalscancer och mammografi för att upptäcka tidiga stadier av bröstcancer. Screeningen erbjuds personer i olika åldersgrupper eller som tillhör vissa riskgrupper i syfte att minska dödlighet och sjuklighet i olika sjukdomar. Risker med överdiagnostik och påföljande överbehandling finns dock alltid. För många program finns också en snedrekrytering och personer med låg utbildning deltar i lägre utsträckning. Det nationella screeningrådet²⁷ vid Socialstyrelsen utarbetar rekommendationer om nationella screeningprogram.

Sexuell hälsa utgör en viktig del av individens generella hälsa, välbefinnande och livskvalitet under alla faser i livet. Primärvården, inklusive mödravården och ungdomsmottagningar, har en underskattad roll att aktivt bidra till att förebygga sexuell ohälsa och främja sexuell hälsa. Den bör även utgöra en självklar del av hälso- och sjukvården att vända sig till för provtagning för hiv och andra sexuellt överförbara infektioner. Den sexuella hälsan utgör dock ett bredare spektrum av områden än smittskydd, med bäring på såväl mentala som kroppsliga funktioner.²⁸

Vården av personer med kroniska sjukdomar står i dag för en stor del av hälso- och sjukvårdskostnaderna, samtidigt som många av dagens kroniska sjukdomar kan förebyggas eller fördröjas.²⁹ Cancer, hjärt-kärlsjukdom, kroniska lungsjukdomar och diabetes delar fyra

²⁶ PKU-test tas på nyfödda barn i Sverige och är ett screeningtest för ett antal ovanliga medfödda sjukdomar.

²⁷ Socialstyrelsen, *Nationella Screeningrådet*.

²⁸ Folkhälsomyndigheten, *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter för alla. Sammanfattning av Guttmacher-Lancet-kommissionens slutrapport*, 2018.

²⁹ Regeringskansliet, *Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar 2014–2017*, 2014; Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor: Stöd för styrning och ledning*, 2018.

levnadsvanor som riskfaktorer: fysisk inaktivitet, ohälsosamma matvanor, tobaksbruk och riskbruk av alkohol.³⁰ Drygt en fjärdedel av den samlade sjukdomsbördan i Sverige kan tillskrivas dessa levnadsvanor.³¹ Hälsofrämjande åtgärder är även viktiga för dem som redan har drabbats av en kronisk sjukdom och kan påverka såväl risken för att återinsjukna, som komplikationsrisk och behov av vård. Som exempel på hälsofrämjande och förebyggande insatser mot icke-smittsamma sjukdomar kan nämnas olika former av rådgivande samtal, individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet samt hälsosamtal riktade mot t.ex. hjärt-kärlsjukdom. Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer för ”prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor: Stöd för styrning och ledning”. Dessutom återfinns åtgärder som tar sikte på levnadsvanor i flera andra nationella riktlinjer såsom t.ex. de för vård vid astma och KOL, för vård vid depression och ångestsyndrom, för vård vid stroke samt för hjärtsjukvård.³² Socialstyrelsen har också samlat material som stöd, verktyg och inspiration till det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet för den som arbetar i hälso- och sjukvården.³³

Andelen personer som uppger ett nedsatt psykiskt välbefinnande har ökat över tid. Ökningen har skett i hela befolkningen, även om vissa grupper är särskilt utsatta, däribland barn och unga, personer med funktionsnedsättningar, hbtq-personer och vissa nationella minoriteter. En viktig aspekt i arbetet med att främja psykisk hälsa, förebygga psykisk ohälsa och stärka det suicidpreventiva arbetet är tillgänglighet till hälso- och sjukvård. Det kan handla om bemanning och kompetens om psykisk ohälsa och suicid, telefontillgänglighet och digitala lösningar, inte minst i primärvården. För en god kontinuitet för patienten kan interprofessionella team, särskilda vårdsamordnare och individuella planer för patienter med psykisk ohälsa vara av betydelse. Vidare är ohälsosamma levnadsvanor vanligt förekommande bland personer med psykisk ohälsa, vilket speglas i en ökad somatisk sjuklighet i gruppen.

³⁰ WHO, *Global status report on noncommunicable diseases 2010*, 2011.

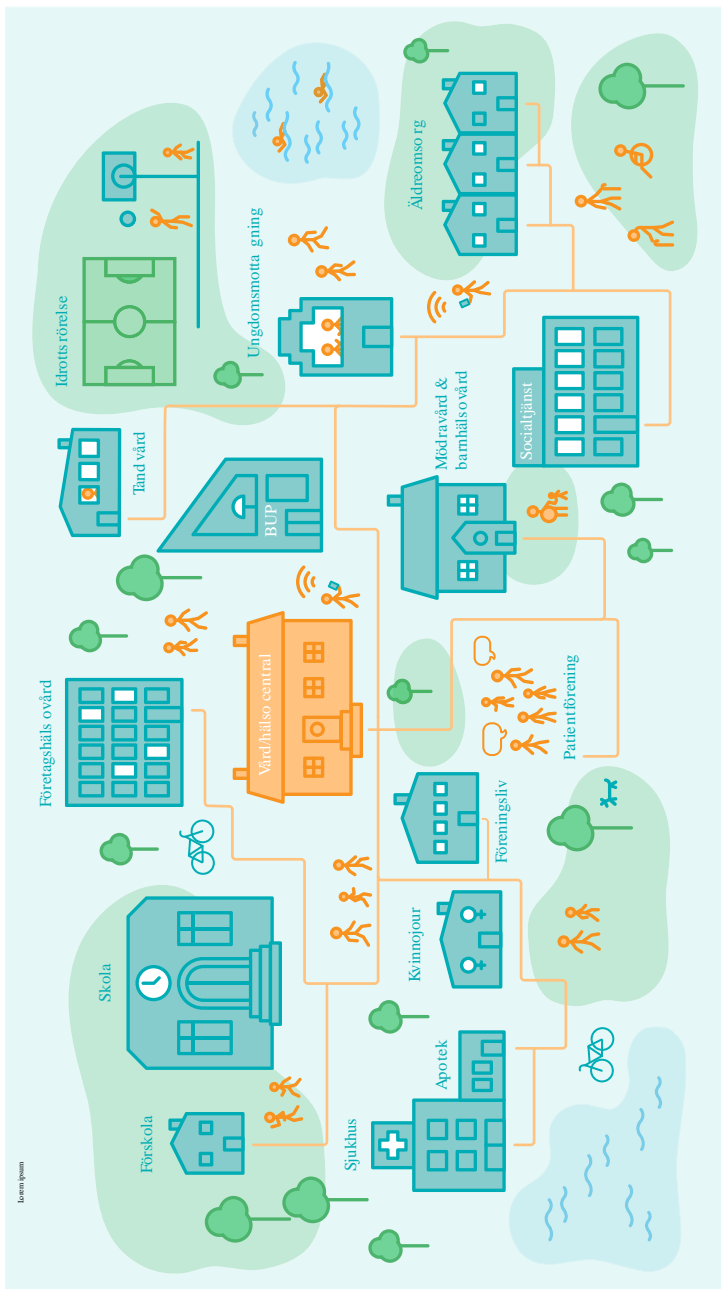
³¹ Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor: Stöd för styrning och ledning*, 2018; IHME, *GBD 2017: GBD Compare Heat Map*.

³² Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer*.

³³ Socialstyrelsen, *Stöd i arbetet med levnadsvanor*.

7.2.4 Hälsa-Arenor och aktörer

Figur 7.1 Vårdcentralen mitt i byn



Primärvården – den primära arenan för hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete

Inom hälso- och sjukvårdssektorn har primärvården – vilken som tidigare beskrivits är en vårdnivå med både region/landsting och kommun som huvudman – en särskilt viktig roll i det förebyggande arbetet på befolkningsnivå, givet närheten till människors vardag. För att få en ökad effektivitet i det preventiva arbetet är det viktigt att hälso- och sjukvården etablerar ett nära samarbete på lokal nivå med andra samhällsaktörer. Möjligheterna att göra detta finns främst i primärvården av flera anledningar. Primärvården har en lokal förankring och har därför möjlighet till naturliga kontaktytor mot främst olika former av kommunal verksamhet, t.ex. skolan, men också olika frivilligorganisationer som arbetar i samma geografiska område. Dessutom har många av de som uppsöker primärvården även kontakt med dessa aktörer. Det finns alltså en stor potential i att utveckla samarbeten lokalt som kan gynna ett gemensamt preventivt arbete, vilket på både kort och lång sikt skulle främja folkhälsan och samtidigt frisätta resurser inom vården och hos andra samhällsaktörer. Det är också en viktig del i arbetet för ett hållbart samhälle.

För att kunna planera sin verksamhet och erbjuda medborgarna den vård och det preventiva stöd som behövs, måste hälso- och sjukvården ha en god kunskap om regionala och lokala förhållanden samt hur dessa förändras över tid. Det handlar såväl om demografiska och socioekonomiska förhållanden som om befolkningens levnadsvanor och sjukdomsutfall. Det är därtill viktigt att riktlinjer och styrdokument inte enbart fokuserar på insatsernas innehåll, utan även på hur vården kan nå ut till personer i behov av förebyggande insatser. På en mer övergripande nivå behöver det finnas strategier som hanterar de bakomliggande sociala, ekonomiska och politiska orsakerna till ojämlikheten i hälsa.

Primärvården med sitt relativt tydliga och begränsade geografiska områdesansvar, inte minst på kommunsidan, har unika möjligheter att följa upp de speciella behoven i befolkningen och att anpassa sin verksamhet för att möta dessa. Möjligheterna blir ännu tydligare när det sker i samarbete med andra aktörer som dels har kunskap om behoven, men också möjligheter att tillsammans med vården göra insatser för att förbättra hälsan.

Arenor för arbete med barn och unga

Förhållanden i barndomen är av betydelse för både den psykiska och fysiska hälsan under hela livet. Den strukturerade uppsökande verksamheten i landet som avser alla gravida (mödrahälsovård) och alla barn (barnhälsovård) har funnits länge och anses vara en viktig anledning till den låga dödligheten vid förlossningar i Sverige och till svenska barns goda hälsa.³⁴ Mödrahälsovårdens uppdrag är att genom främjande och förebyggande insatser samt identifiering av risker för ohälsa, bidra till god sexuell och reproduktiv hälsa och på så sätt minimera risker och sjuklighet för kvinnor och barn under graviditet, förlossning och spädbarnstid. Detta innefattar bl.a. hälsovård under graviditet, samtal om levnadsvanor, stöd i föräldraskap, cellprovskontroller, prevention av sexuellt överförbara sjukdomar och preventivmedelsrådgivning.

Barnhälsovården arbetar i första hand förebyggande med målet att bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för barn genom att främja hälsa och utveckling, förebygga ohälsa samt tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem i barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö.

Det finns också flera goda exempel på hur barnhälsovården kan samverka med närliggande socialtjänst för att tillhandahålla ett mer samordnat förebyggande arbete och stöd till barn och deras föräldrar. Hur detta bäst görs beror som alltid på den lokala kontexten. Ett klassiskt exempel är s.k. Familjecentraler som finns på många håll runtom i landet. Det finns ingen fastlagd definition av begreppet men vanligen avses en verksamhet som riktar sig till barn och föräldrar och som är hälsofrämjande, generell, tidigt förebyggande och stödjande, samt har en samlokalisering av mödrahälsovård, barnhälsovård, öppen förskola samt socialtjänst med förebyggande verksamhet.³⁵ Ett annat exempel på samverkan är det utökade hembesöksprogram till nyblivna förstagångsföräldrar som bedrivits i samverkan mellan BVC-sköterskor vid Rinkeby Vårdcentral och föräldrarådgivare vid Socialtjänstens förebyggande verksamhet, Rinkeby-Kista Stadsdelsförvaltning. Programmet bedrevs som ett projekt mellan 2013–2015 och de utvärderingar som har gjorts visar

³⁴ Kristenson, M, *Hälsa- och sjukvårdens roll för en jämlik hälsa: Underlagsrapport (S 2015:02) – Kommissionen för jämlik hälsa*, 2017.

³⁵ Socialstyrelsen, *Familjecentraler - Kartläggning och kunskapsöversikt*, 2008; Föreningen för familjecentralers främjande, *Vad är en familjecentral?*

på goda resultat, bl.a. vad gäller att föräldrar upplever att man fått ett stöd som varit stärkande i föräldrarollen och ökad tillit till hälso- och sjukvården. Detta kan t.ex. ha bidragit till den ökade täckningsgrad av MPR-vaccination som syns i området.³⁶

Även elevhälsan arbetar främst hälsofrämjande och förebyggande samt stödjer elevernas utveckling mot utbildningens mål. I enlighet med skollagen ska elevhälsan omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser och främst vara förebyggande och hälsofrämjande. Elevernas utveckling mot utbildningens mål ska stödjas. Vidare beskriver skollagen att det för medicinska, psykologiska och psykosociala insatser ska finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator i elevhälsan.³⁷ Vid elevhälsans hälsobesök identifieras elever i behov av särskilt stöd eller andra insatser samt elever som behöver kompletterande vaccinationer. Elevhälsan ska även ge eleverna kunskap om hälsosamma levnadsvanor och om faktorer som bidrar till hälsa eller ohälsa.

Utänför skolan finns ungdomsmottagningar som bedrivs i samverkan mellan landsting och kommun. Verksamheten riktar sig till ungdomar 12–22 år och har i uppdrag att främja en god och säker sexuell hälsa, stärka identitets- och personlighetsutveckling samt förebygga och tidigt upptäcka psykisk ohälsa och sociala problem. De bedriver även ett utåtriktat hälsofrämjande arbete.

Riskgrupper

Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser kan vara riktade till hela befolkningen eller till specifika riskgrupper. Ett exempel på riskgruppsanpassat arbete är så kallade lågröskelverksamheter där man med flera olika insatser kan nå personer som injicerar droger. En kombination av riskreducerande samtal, testning och vaccination mot vissa smittsamma sjukdomar, är ett effektivt sätt att tidigt upptäcka infektioner, motverka riskbeteenden, sätta in behandling och förhindra vidare spridning av infektioner.³⁸ Sådan verksamhet

³⁶ KI och SLL, *Utökat hembesöksprogram för förstagångsföräldrar- samverkan mellan Rinkeby BVC och föräldrarådgivare inom Rinkeby-Kista socialtjänst. Slutrapport utvärdering 2017*, 2017.

³⁷ 2 kap. 25 § skollagen (2010:800).

³⁸ Folkhälsomyndigheten, *Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger: En vägledning*, 2015.

bedrivs t.ex. inom sprututbyten, som dessutom ger tillgång till säker injektionsutrustning. Med barnmorskor vid dessa verksamheter kan man även nå kvinnor som injicerar droger med t.ex. graviditetstest, preventivmedelsrådgivning och tester för sexuellt överförbara infektioner, gynekologiskt cellprov och vid behov remittera till en gynekologisk mottagning för undersökning och uppföljning.

Regionernas/landstingens ansvar och roll, som huvudman³⁹ och beställare av hälso- och sjukvård

Med utgångspunkt i HSL kan man förenklat säga att regionerna/landstinget har följande roller:

- För att kunna planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behoven av vård hos dem som omfattas av regionen/landstingets ansvar, måste de följa utvecklingen av hälsan, och bakomliggande faktorer i form av livsvillkor och levnadsvanor, i sin befolkning. Utifrån den kunskapen kan behovet av insatser som förebygger ohälsa dimensioneras på befolknings- och individnivå.⁴⁰ Beroende på område finns i dag data av olika kvalitet och befintliga indikatorer täcker olika områden olika väl. Det uppfattas ofta råda brist på data på regional och i synnerhet lokal nivå.
- Utifrån de behov man identifierar behöver region/landsting styra såväl enheter i egen regi som privata vårdgivare med finansiering från landstinget/regionen så att dessa verksamheter ersätts för, och följs upp på, relevanta aspekter av förebyggande arbete. I detta bör även ingå att säkerställa att det finns adekvat kunskapsstöd för utförare att tillgå i vardagen.
- Landsting/regioner ska medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område och dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. I detta arbete ska man i den omfattning som behövs samverka med andra landsting/regioner och kommuner och med berörda universitet och högskolor.⁴¹

³⁹ Enligt 2 kap. 2 § HSL avses med huvudman det landsting eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet.

⁴⁰ 2 kap. 2 § och 7 kap. 2 § HSL.

⁴¹ 18 kap. 2 § HSL.

Kommunernas ansvar och roll, som huvudman och beställare av hälso- och sjukvård

Utöver sin roll som hälso- och sjukvårdshuvudmän svarar kommunerna även för socialtjänsten inom sitt område och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Socialnämnden ska t.ex. arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel samt spel om pengar.⁴² I nedan sammanställning av kommunernas roll fokuserar vi dock på deras ansvar som huvudman för hälso- och sjukvård, utgående från HSL:

- För att kunna planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behoven av vård hos dem som omfattas av kommunens ansvar⁴³, måste kommunen följa utvecklingen av hälsan, och bakomliggande faktorer i form av livsvillkor och levnadsvanor, i sin befolkning. Utifrån den kunskapen kan behovet av insatser som förebygger ohälsa dimensioneras på befolknings- och individnivå.
- Utifrån de behov man identifierar behöver kommunen styra såväl enheter i egen regi som privata vårdgivare med finansiering från kommunen så att dessa verksamheter ersätts för, och följs upp på, relevanta aspekter av förebyggande arbete. I detta bör även ingå att säkerställa att det finns adekvat kunskapsstöd för utförare att tillgå i vardagen.
- Kommuner ska medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område och dels av folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. I detta arbete ska man i den omfattning som behövs samverka med andra landsting/regioner och kommuner och med berörda universitet och högskolor.⁴⁴

⁴² *Socialtjänstlag* (2001:453).

⁴³ 11 kap. 2 § HSL.

⁴⁴ 18 kap. 2 § HSL.

Enskilda utförare och vårdgivares roll

Enskilda utförare och vårdgivare, oavsett om de är i huvudmännens egen regi eller privata aktörer med offentlig finansiering, bör utifrån såväl de grundläggande kraven i HSL som de ”kravspecifikationer” som huvudmännen ställer upp för sin verksamhet:

- tillhandahålla de kompetenser som krävs för att kunna tillhandahålla förebyggande insatser, utifrån befolkningens och patienternas behov.
- med stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet, och dess omsättning i kunskapsstyrning, vidta förebyggande åtgärder efter behov, efterfrågan och preferenser, hos individer och befolkning.
- samverka med andra hälso- och sjukvårdsaktörer och samhällsaktörer för att kunna erbjuda en ändamålsenlig palett av förebyggande och hälsofrämjande åtgärder.
- rapportera in vissa data, enligt reglering, till t.ex. PAR, kvalitetsregister eller huvudmännens egen uppföljning.

7.2.5 Avslutande reflektioner

Genom utredningens många dialoger med olika aktörer i hälso- och sjukvården framträder en bild där många ser ett behov av, och har en vilja att, jobba hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande, men där många i det dagliga arbetet upplever att det saknas förutsättningar att göra detta på ett strukturerat och ändamålsenligt sätt. I sämsta fall handlar diskussionen om det förebyggande arbetet om att den enskilda medarbetaren borde ”springa fortare” för att hinna med även det. Det uppfattas som att ledningsfunktioner, inklusive politisk ledning, tydligare ställs till svars för akuta och behandlande insatser och att det därmed blir det enda som prioriteras. Det förebyggande blir mer som ett ”bra att ha” när man har råd, det finns intresse eller projektpengar. Att vända det perspektivet är en stor utmaning.

En särskild utmaning med förebyggande arbete är svårigheterna för hälso- och sjukvårdens huvudmän och utförare att följa upp och ”räkna hem” resurser som läggs på förebyggande insatser. Som framgår av avsnitt 7.1.3 är det ofta svårt och komplext att mäta

effekter när det gäller förebyggande åtgärder. Ofta tittar man på för små resultatenheter (potentiella vinsterna infaller oftast inte på exakt samma ställe i systemet) och för korta tidsperspektiv (insatser under barndomen kan ha effekt på den vuxna människans hälsa) för att kunna dra några relevanta slutsatser. Detta är svårt att hantera för den politiska logiken, där snabba och synliga resultat är viktigt för väljarna, och det är nästintill omöjligt att se längre än en mandatperiod. En politiker vinner inga val på något som *inte* händer.

För att vi gemensamt ska kunna vända rådande kultur framhålls från alla håll ett behov av att förankra prioriteringen av det förebyggande arbetet på alla nivåer i systemet; den politiska nivån, verksamhetsledningsnivån och i den kliniska vardagen, och att detta sedan reflekteras i såväl styr- och ledningssystem såsom ersättningsystem och i uppföljning av verksamheter. Tittar man internationellt på hälso- och sjukvårdssystem som lyckats väl med att införliva det förebyggande arbetet så lyfts bl.a. just vikten av att det strategiska styr- och ledningsarbetet har fokus på det förebyggande arbetet som en naturlig del i verksamheten.⁴⁵

För att lyckas är naturligtvis även tillgång till rätt kompetens avgörande, både hos chefer – som ska klara att leda alla professioner så att deras kompetenser kompletterar varandra – och hos de olika professioner som tillhandahåller olika delar av de förebyggande åtgärderna. Det inkluderar såväl legitimationsyrken som andra yrkesgrupper, såsom t.ex. beteendevetare och folkhälsovetare. Det krävs dels att alla berörda professioner får med sig rätt grundkompetenser från sina grundutbildningar, men också att möjligheter ges till fortbildning och att det finns adekvat kunskapsstöd att tillgå i vardagen. För förebyggande arbete på såväl individ som befolkningsnivå. Men i dag saknar vi på många ställen tillgång till rätt kompetens, och som vi sett i avsnitt 3.2.1 är det brist på flertalet legitimationsyrken runtom i landet. Dietisternas riksförbund ser t.ex. en stor potential i att arbeta mer intensivt med levnadsvane-frågor inom de stora främjande arenorna barnhälsovård, elevhälsa och mödrahälsovård. Dessa verksamheter saknar dock i stor utsträckning tillgång till dietister i dag. För att kunna fortsätta utveckla kunskap och kompetens på det förebyggande området måste

⁴⁵ Elg, Daneryd och Lindmark, *Hållbart sjukdomsförebyggande arbete - En studie av hur man arbetar med sjukdomsförebyggande arbete i två vårdssystem i USA, HELIX Rapport 2017:001*, 2017.

naturligtvis också området beforskas och huvudmännen leva upp till HSL:s krav på medverkan i både klinisk och folkhälsovetenskaplig forskning.

Avslutningsvis vill vi lyfta ytterligare en tanke som delats med oss. Kanske är det så att vi i Sverige har en speciell utmaning i och med att vi längre tillbaka har varit så pass bra på att bygga in det förebyggande arbetet i olika delar av samhället (jfr t.ex. vaccinationsprogram, tandhälsovård och mödrahälsovård) att det blivit osynligt? Kan det vara så att vi därmed nu riskerar försumma att upprätthålla det arbete som lagt grunden till vår goda folkhälsa? Hur anpassar vi arbetet till dagens samhällskontext och målgruppsanpassar insatserna till en mer heterogen befolkning och ökande hälsoklyftor?

7.2.6 Dialogfrågor

- Vad är det viktigaste min profession kan bidra med i form av hälsofrämjande respektive sjukdomsförebyggande insatser på individnivå respektive befolkningsnivå?
- Hur vet jag hur problemen ser ut på befolkningsnivå i mitt område (vilket stöd/verktyg har jag för den analysen)?
- Vet jag vem/vilka mina "samarbetsparters" för det främjande och förebyggande arbetet är och var de finns?

7.3 Stärkt samverkan mellan hälso- och sjukvårdens och övriga aktörers hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete

För att klara dagens och framtidens utmaningar är det viktigt att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet utvecklas och blir mer tvärsektoriellt, kontinuerligt och omfattar olika nivåer i samhället. Det breda hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet måste i stor utsträckning ske utanför hälso- och sjukvårdens traditionella ramar, inom områden som utbildning, arbetsmarknad, fritid, boende och miljö. Även inom dessa sektorer har hälso- och sjukvården, och framför allt primärvården, en viktig roll såväl i att förmedla kunskap som att medverka till stödande åtgärder.

7.3.1 Pilotprojekt avseende samordnat folkhälsoarbete på regional nivå

I propositionen God och jämlik hälsa - en utvecklad folkhälsopolitik (prop. 2017/18:249) aviserade regeringen att man avsåg ta initiativ till pilotprojekt på regional nivå för att skapa bättre förutsättningar för det lokala främjande och förebyggande arbetet. I augusti 2018 gavs länsstyrelserna⁴⁶ i Stockholms och Västerbottens län i uppdrag att ta fram varsin projektplan för att utveckla metoder och arbetssätt för samordning av ett regionalt arbete för god och jämlik folkhälsa utifrån folkhälsopolitikens åtta målområden (varav ett är ”en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård”).⁴⁷ I december 2018 inkom de båda länsstyrelserna med sina respektive projektplaner och i januari 2019 gav regeringen dem i uppdrag att genomföra pilotprojekt i enlighet med sina respektive projektplaner.

Folkhälsoarbetets infrastruktur – pilotprojekt för samordning av Västerbottens folkhälsoarbete

Det övergripande målet med pilotprojektet är att utifrån regionala förutsättningar och de nationella folkhälsopolitiska målen etablera en samordningsstruktur för strategiskt folkhälsoarbete mellan Länsstyrelsen Västerbotten, Region Västerbotten, kommunerna i Västerbotten samt andra regionala nyckelaktörer. Detta eftersom förarbete till projektplanen har visat på att det pågår många olika folkhälsoinsatser runtom i länet, men att det saknas en struktur för ett samlat folkhälsoarbete på såväl politisk som operativ nivå.

Projektplanen framhåller att det behövs ett tydligare gemensamt ansvarstagande mellan den offentliga, privata och idéburna sektorn. Region Västerbotten lyfts fram som en särskilt central aktör, bl.a. utifrån sina utarbetade strukturer för folkhälsoarbete i länet, tillgång till regionala och lokala hälsodata och folkhälsovetenskaplig kompetens. I kommunerna lyfts bl.a. skolorna fram som viktiga

⁴⁶ Länsstyrelserna har ett specifikt folkhälsouppdrag, reglerat i 3 § 12 förordningen (2017:868) med länsstyrelseinstruktion. De ska beakta folkhälsan inom sitt arbete med bl.a. regional tillväxt, samhällsplanering, krishantering samt alkohol och tobak och därigenom verka för att det nationella folkhälsomålet uppnås. Länsstyrelserna ska även samordna ANDT-frågor och ha en särskild samordningsfunktion för ANDT-frågor, se förordning (2012:606) om samordning inom alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet m.m.

⁴⁷ S2018/064690/FS.

arenor för folkhälsoarbete och kommunledningars, folkhälsosamordnares och ANDTS⁴⁸-samordnares viktiga roller påtalas.

För att uppnå det övergripande målet planeras en rad aktiviteter: kommunbesök, regional och lokal analys av hälsoläget, folkhälso-deklaration, Västerbottens samordnande folkhälsoråd, workshop, studiebesök och webbsida. De metoder och arbetssätt som projektet använder sig av kommer kontinuerligt att följas och utvärderas av forskare från Umeå universitet.⁴⁹

Folkhälsopilot Stockholm – skräddarsytt stöd till hälsofrämjande och förebyggande arbete

Det övergripande målet med projektet är att skapa bättre förutsättningar för det lokala främjande och förebyggande folkhälsoarbetet i Stockholms län. Projektet har utöver detta fyra delmål:

1. Strukturer och modeller för regional tvärsektoriell samordning utvecklas, beskrivs och utvärderas.
2. Intern samordning och folkhälsointegrering på Länsstyrelsen i Stockholms län utvecklas och stärks.
3. Alla länets kommuner erbjuds ett behovsanpassat stöd utifrån kunskap om hälsans bestämningsfaktorer, risk- och skyddsfaktorer, lokalt förebyggande arbete och förutsättningar för implementering av ett förändringsarbete.
4. De lokala förutsättningarna för ett hälsofrämjande och förebyggande arbete i kommunerna så som ökad prioritering, tvärsektoriell samverkan och samordning stärks i kommuner som tagit del av regionalt stöd.

Utvärderingsplanen omfattar både utvärdering av implementeringen av pilotprojektet genom formativ processutvärdering (följeforskning) och beforskandet av pilotprojektets utfall. Den genomförs av Karolinska Institutet.⁵⁰

⁴⁸ Alkohol, narkotika, doping, tobak och spel förkortas "ANDTS".

⁴⁹ Länsstyrelsen Västerbotten, *Folkhälsoarbetets infrastruktur - Pilotprojekt för samordning av Västerbottens folkhälsoarbete*, 2018.

⁵⁰ Länsstyrelsen Stockholm, *Projektplan för Folkhälsopilot Stockholm – skräddarsytt stöd till hälsofrämjande och förebyggande arbete*, 2018.

7.3.2 Regionala samverkans- och stödstrukturer för kunskapsutveckling inom socialtjänsten (RSS)

Ett exempel på en befintlig stödjande samverkansstruktur, som också har bäring på det förebyggande arbetet, är de regionala samverkans- och stödstrukturer för kunskapsutveckling inom socialtjänsten (RSS) som har sitt uppdrag från den lokala nivån – kommunerna – och är utformade utifrån förutsättningar i respektive region och län. Syftet med RSS är att skapa bättre samverkan i frågor som rör socialtjänsten och närliggande hälso- och sjukvård, mellan kommuner och mellan kommuner och regioner. Bland annat ska RSS stödja utvecklingen av evidensbaserad praktik i socialtjänsten och närliggande hälso- och sjukvård och vara en arena för lokala och regionala politiska prioriteringar och strategier inom välfärdsområdet.

7.4 Hälso- och sjukvårdens roll i habilitering, rehabilitering och förskrivning av hjälpmedel

7.4.1 Rehabilitering och habilitering – centrala begrepp som lätt blir perifera

Rehabilitering och habilitering som tidigare rörde mindre grupper rör i dag stora grupper av patienter och är delar av många patienters vårdprocesser. Därmed behöver samverkan med andra delar av hälso- och sjukvården stärkas, inklusive vad gäller informationsdelning och tillgång till kunskapsstöd.

De patienter som får habilitering och rehabilitering är ofta i situationer som innebär komplexa och omfattande behov. Här är funktioner som fast vårdkontakt (t.ex. en specialistsjuksköterska eller fysioterapeut) och fast läkare i primärvården extra centrala för att kunna erbjuda och säkerställa en sammanhängande och personcentrerad hälso- och sjukvård. Trots att såväl rehabilitering som habilitering anses omfatta stora och sannolikt ökande grupper är inrapporteringen av data, och därmed möjligheten till uttag av data på aggregerad nivå, begränsad. När det gäller kompetensförsörjning av området visar flera rapporter på en problematisk situation. När det gäller såväl rehabilitering, habilitering som hjälpmedel visar våra dialoger på stor upplevd skillnad i utbud och tillgång mellan olika delar i landet.

7.4.2 Habilitering, rehabilitering och hjälpmedel enligt gällande rätt

Landstingets ansvar att erbjuda rehabilitering och habilitering regleras i HSL.⁵¹ Enligt HSL ska landstinget erbjuda habilitering och rehabilitering, hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning och tolktjänst för vardagstolkning för barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade åt den som är bosatt inom landstinget.

I HSL regleras även att kommunen, i samband med hälso- och sjukvård till patienter som enligt beslut av kommunen bor i särskild boendeform, ska erbjuda habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning.⁵² Varje kommun ska även i samband med dagverksamhet, enligt 3 kap. 6 § socialtjänstlagen, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där.⁵³ Både region/landsting och kommun kan alltså vara huvudman för habilitering, rehabilitering och tillhandahållande av hjälpmedel. Lagstiftningen reglerar inte i detalj ansvarsfördelningen dem emellan men insatserna räknas alltid som hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen har beslutat om föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering som riktar sig till både landsting och kommun.⁵⁴

I samband med den s.k. handikappreformen 1994⁵⁵, infördes i HSL bestämmelser som reglerar samhällets skyldighet att erbjuda habilitering, rehabilitering och hjälpmedel.⁵⁶ Detta gjordes för att förtydliga vissa grundläggande skyldigheter för kommuner och landsting i förhållande till de nya, specifika, författningsreglerade bestämmelserna om stöd och service till funktionsnedsatta personer som reglerades av den nya lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.⁵⁷ I samband med detta framhölls att såväl habilitering som rehabilitering är målinriktade processer som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras. En personcentrerad ansats ska alltså vara vägledande.

⁵¹ 8 kap. 7 § HSL.

⁵² 12 kap. 5 § HSL.

⁵³ 12 kap. 1 § HSL.

⁵⁴ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering.

⁵⁵ Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade.

⁵⁶ 3 b § och 18 b § i den äldre hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

⁵⁷ Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

7.4.3 Habilitering

Ordet habilitering betyder ”att skapa förmåga” och innefattar insatser till personer med medfödda funktionsnedsättningar eller funktionsnedsättningar som uppstått i tidig ålder. Insatserna syftar till att patienterna ska få möjlighet att bibehålla och utveckla sina förmågor. Stödet kan även omfatta insatser riktade till familj och närstående till personer med funktionsnedsättning. Målet med habilitering är att ge patienten bästa möjliga funktionsförmåga och bästa möjliga förutsättningar för självständighet och ett aktivt deltagande i samhället.

Habilitering ges till både vuxna och barn och inbegriper patienter som kan ha fysiska funktionsnedsättningar, t.ex. rörelsehinder orsakade av hjärnskador, muskel- eller nervsjukdomar, missbildningar, kognitiva funktionsnedsättningar eller neuropsykiska funktionsnedsättningar som olika former av autism. Även barn som har syn- och hörselnedsättningar kan få habilitering, vilket då sker i samarbete med syn- och hörselcentraler.

Habilitering är en tvärvetenskaplig gren av hälso- och sjukvården och innefattar många olika yrkesgrupper, bl.a. arbetsterapeuter, dietister, läkare, kuratorer, logoped, psykologer, sjuksköterskor, fysioterapeuter och specialpedagoger.

7.4.4 Rehabilitering – olika former

Ordet rehabilitering betyder ”att återskapa förmåga”. Rehabilitering är ett begrepp som ofta används i samband med sjukskrivningsprocessen och återgången i arbete. Ordet har olika betydelse i olika sammanhang beroende på vilken aktör man talar om och vilket ansvar denne har. Rehabilitering syftar oftast på återanpassning till ett normalt liv för sjuka och för personer med funktionsnedsättning. Man brukar framför allt prata om medicinsk-, arbetslivsinriktad- och social rehabilitering.⁵⁸

⁵⁸ Lagrådsremiss, *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*, 2018.

Medicinsk rehabilitering

Begreppet medicinsk rehabilitering tar sikte på hälso- och sjukvårdens rehabiliterande åtgärder och får anses överensstämma med den tidigare angivna definitionen (jfr avsnitt 7.1.2). Enligt förarbetena till den äldre hälso- och sjukvårdslagen hörde rehabilitering sedan tidigare samman med hälso- och sjukvården⁵⁹, men för att undanröja varje osäkerhet om det fastslogs ansvaret i HSL.

Inom verksamhetsområden i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården som i huvudsak omfattar rehabilitering, får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut fullgöra de uppgifter som annars åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Benämningen blir då medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). MAS och MAR har ett särskilt medicinskt ansvar för verksamheten inklusive exempelvis patientsäkerhet, hälso- och sjukvårdens ändamålsenlighet och kvalitet samt journalföring.⁶⁰

Arbetslivsinriktad rehabilitering

Arbetslivsinriktad rehabilitering syftar till att en försäkrad som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete.⁶¹ Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen kräver ofta insatser från olika aktörer, där hälso- och sjukvården är en av aktörerna och därigenom inkluderas medicinsk rehabilitering även här.

Både arbetsgivaren och Arbetsförmedlingen ansvarar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Åtgärderna ska hjälpa medarbetaren att så långt det är möjligt behålla eller få tillbaka sin arbetsförmåga. Försäkringskassan har en roll i att utreda behovet av arbetslivsinriktade åtgärder och samordnar insatser från hälso- och sjukvården, arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen, socialtjänsten och andra aktörer. Försäkringskassan ska bedöma patientens arbetsförmåga och utreda om patienten skulle klara ett arbete trots sin sjukdom. Samordning av arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser innebär vidare att Försäkringskassan samlar in underlag för att

⁵⁹ Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m., s. 52.

⁶⁰ 11 kap. 4 § HSL; Socialstyrelsen, *Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)*, 2017, s. 2–3.

⁶¹ 29 kap. 2 § socialförsäkringsbalken (2010:110) (SFB).

kunna ta ställning till vilka behov av insatser personen har. Försäkringskassan avgör vilka insatser och rehabiliteringsaktörer som är aktuella utifrån personens behov. Försäkringskassan genomför inte själv någon rehabilitering men ska däremot följa upp åtgärderna och stötta personen under hela processen.

De delar av rehabilitering som arbetsgivaren, via företagshälsovården, ansvarar för regleras i 3 kap. 2 c § och 6 kap. 9 § arbetsmiljölagen (1977:1160). I arbetsmiljölagen regleras att arbetsgivaren ska svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå. Med företagshälsovård avses i lagstiftningen en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården ska särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa.

Finsam

Personer som får rehabilitering har ofta behov av stöd från flera delar av välfärden för att få hjälp med sina medicinska, psykiska, sociala och arbetsmarknadsrelaterade behov. En uppskattning är att ca 300 000 personer kan ha sådana behov. De riskerar att hamna i en gråzon när stöd och insatser krävs från flera olika aktörer som i värsta fall kan leda till en rundgång mellan skola, socialtjänst, Arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvård och Försäkringskassan, med kortsiktiga och ineffektiva insatser som följd.⁶²

Det finns särskilda, upparbetade former för samverkan mellan organisationer i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering. Efter införandet av lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser⁶³ den 1 jan 2004 kan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, socialtjänsten och hälso- och sjukvården samverka inom rehabiliteringsområdet genom att bilda ett samordningsförbund, s.k. Finsam. Syftet med samordningsförbund är att uppnå en effektivare användning av gemensamma resurser och underlätta samverkan mellan

⁶² Finsam, *Om Finsam*.

⁶³ Lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

myndigheterna. År 2014 fick 63 000 personer insatser finansierade genom Finsam.⁶⁴

Utredningen Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring (S 2017:04) föreslog i sitt slutbetänkande⁶⁵ att en ny form av finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring ska införas och regleras i lag och förordning. Den nya formen skulle utformas som ett årligt statsbidrag till landsting med syfte att stimulera landstingens arbete med frågor relaterade till sjukskrivning. De nya bestämmelserna föreslås träda i kraft den 1 januari 2020. Förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet och proposition planeras till september 2019.⁶⁶

Sveriges företagshälsor⁶⁷ om arbetsplatsen som en arena för att skapa folkhälsa

Arbetslivet förändras med en våldsamt kraft. Gamla jobb blir till nya, kunskapskraven och förutsättningarna förändras. Den internationella konkurrensen är stenhård. Arbete och kapital flödar mer eller mindre fritt över globen och kraven på förändringstakt ökar. Samtidigt finns de gamla arbetsplatserna kvar, med sina risker, problem, människor och relationer.

Även arbetsmarknaden förändras. I många sektorer råder konstant arbetskraftsbrist, som dessutom kommer bestå över nästa lågkonjunktur, enligt vissa. Vi blir allt äldre och måste arbeta längre, kanske långt över 70. Ca fyra procent av den arbetande delen av befolkningen är sjukskriven. Om det är ett uttryck för frustration, dålig arbetsmiljö, bristande jämställdhet eller dålig organisation går inte att säga. Men det vi vet är att det goda arbetet stödjer den goda hälsan och där finns det mycket kvar att göra för att det ska bli bra.

Kanske måste svaret på de stora frågorna kring ett längre arbetsliv och lägre kostnader för sjukfrånvaro sökas på en annan plats än förr. Inom företagshälsovården har vi alltsedan de första

⁶⁴ Riksdagen, *Finsam – en uppföljning av finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser 2014/15:RF13*, 2015, s. 72.

⁶⁵ SOU 2018:80 *Samspel för hälsa Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring*, s. 17–26.

⁶⁶ Regeringskansliet, *Propositionsförteckning våren 2019*, 2019, s. 6.

⁶⁷ Sveriges företagshälsor är företagshälsovårdens branschorganisation.

företagsläkarna i gruvorna på 1500-talet vetat att det finns ett samband mellan arbete och hälsa och att preventiva insatser lönar sig. Kanske är det dags att se arbetsplatsen som en arena för att skapa folkhälsa och inte enbart en plats för att skapa uppehålle och välbefinnande.

Det var enklare förr när den fysiska arbetsmiljön var i fokus. Nu ser vi alltmer komplexa orsakssamband. Hur lågfrekvent buller i fläktsystem kan samvariera med relationsproblem på arbetsplatsen som i sin tur påverkas av den digitala miljön på arbetet och hemma.

Förr var det lättare att skilja mellan orsak och verkan – den arbetsrelaterade och den icke arbetsrelaterade ohälsan. Nu kan det vara svårt att urskilja när ett arbete börjar eller slutar, vad som är fritid och arbetstid, privatliv och arbetsliv har blivit själva livet, osepurerbara inom många yrkesroller. Därför måste vi börja tala om den hälsa som gör att vi kan arbeta, fram till 70 års ålder eller längre; den arbetspåverkande hälsan.

För att komma åt den arbetspåverkande hälsan så måste fokus flyttas från individen till att handla om individen, gruppen och organisationen samtidigt, och göra det på ett sätt så att det blir meningsfullt och begripligt – så att det bidrar till ett långt hållbart arbetsliv! Ett strategiskt preventivt hälsoarbete helt enkelt.

Friska organisationer uppstår inte av en slump. De verksamheter som lyckas bra trotsar slumpen och arbetar strategiskt, målmedvetet och systematiskt. De förstår att förse sig med kunskap om hur man förebygger och undanröjer hälsorisker på arbetsplatser och tar hjälp av rätt kompetens för att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa, den kunskap och kompetens som företagshälsovården besitter.

Företagshälsovårdens mest centrala professioner (läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter/ergonomer, beteendevetare, hälsovetare och arbetsmiljöingenjörer) har ofta utöver sin grundutbildning, en påbyggnadsutbildning på hög akademisk nivå. Utbildningen främjar det multidisciplinära samarbete som är utmärkande för företagshälsovården och ger en fördjupad kompetens. Antalet utbildningsplatser och antalet utbildade minskar dock. Inom samtliga kategorier råder det brist, och de yrkesverksamma behöver jobba allt högre upp i åldrarna för att täcka behovet. Detta bekräftas också i en ny rapport från Myndigheten

för arbetsmiljökunskap, vilken pekar på ett stort behov av utbildningar för samtliga yrkeskategorier inom företagshälsovården och på akuta behov av utbildningar för arbetsmiljöingenjörer och företagsläkare.⁶⁸

Inom företagshälsan finns kunskapen om att frånvaron av riskfaktorer i arbetet ökar chanserna för att kunna arbeta längre, frånvaro av mobbning, trakasserier och rollkonflikter, obalans mellan krav och kontroll, mellan ansträngning och belöning m.m. Det innebär också att ett preventivt arbete på individnivå inte räcker, ska vi nå en god folkhälsa måste arbetet ske på individ-, grupp-, organisations- och samhällsnivå samtidigt, med ett starkt arbetsgivarintresse.

Social rehabilitering

Social rehabilitering är inte reglerat och har inte heller någon tydlig definition. I regeringens proposition om rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m.⁶⁹ beskrivs dock att till social rehabilitering kan man räkna åtgärder som service, råd, upplysning och bistånd i personliga angelägenheter.

7.4.5 Hjälpmedel

Hjälpmedelsförskrivning är en typ av åtgärd inom hälso- och sjukvården som kan ha stor betydelse för patientens delaktighet i samhället och livskvalitet. Hjälpmedel innefattar en rad olika produkter. Ett hjälpmedel kan t.ex. vara en griptång, en respirator, en dialysapparat eller en mobilapplikation.

Hjälpmedel kan delas upp i två typer: medicintekniska produkter och konsumentprodukter. En konsumentprodukt är, till skillnad från en medicinteknisk produkt, tillverkad för den vanliga konsumentmarknaden. Konsumentprodukter kan t.ex. vara blodtrycksmätare för hemmabruk, olika träningshjälpmedel som patienten själv kan köpa eller särskilda program eller appar som patienten själv installerar på sin surfplatta eller telefon.

⁶⁸ Myndigheten för arbetsmiljökunskap, *Företagshälsovårdens kompetensförsörjning*, 2019.

⁶⁹ Prop. 1990/91:141 om rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m., s. 39.

En medicinteknisk produkt är en produkt som redan från början är avsedd att användas i hälso- och sjukvårdsverksamhet eller av patienter, t.ex. en insulinpump, nutritionspump eller ett ståstöd. Medicintekniska produkter i form av hjälpmedel är alltid CE-märkta (inom EU) och märkningen regleras bl.a. av bestämmelser i lagen (1993:584) om medicintekniska produkter och Läkemedelsverkets föreskrifter om medicintekniska produkter (2013:11). En patient kan få patientskadeersättning om en vårdskada uppstår på grund av ett fel hos eller vid felaktig användning av en medicinteknisk produkt, enligt bestämmelser i patientskadlagen (1996:799). Den lagen gäller dock inte för konsumentprodukter.

Det finns en särskild ISO-standard för att kategorisera och beskriva hjälpmedel, ”Hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning – Klassificering och terminologi ISO 9999:2001”. Utifrån ISO-standarderna har Inera AB byggt en nationell tjänst, Hjälpmedelstjänsten. Det är en databas som innehåller information om hjälpmedelsartiklar som gör det möjligt för sjukvårdshuvudmän att ta del av olika erbjudanden om hjälpmedelsartiklar samt för sjukvårdshuvudmän och hjälpmedelsleverantörer att dokumentera information från avtal de tecknat med varandra om hjälpmedelsartiklar. Databasen innehåller i dag fler än 450 000 hjälpmedelsartiklar.⁷⁰

När en patient får ett hjälpmedel sker det genom hjälpmedelsförskrivning. Förskrivningsprocessen kan tillämpas oavsett om hjälpmedlet är en medicinteknisk produkt eller en konsumentprodukt och regleras av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användningen av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

När det gäller hjälpmedel finns stora olikheter över landet. Även om Hjälpmedelstjänsten finns är det upp till varje huvudman att upphandla de hjälpmedel man anser vara nödvändiga. Det har lett till en situation där utbudet varierar beroende på var man bor, något som uppfattas som olyckligt av patientföreningarna då vården riskerar att bli ojämlik. Det leder till att man som patient i ett landsting kan få betala själv för en produkt som i ett annat är klassificerat som hjälpmedel och därmed finansieras av huvudmannen. Priserna kan även variera över landet, t.ex. för vita käppar. För patienter som flyttar från en del av landet till en annan förefaller detta märkligt.

⁷⁰ Inera AB, *Hjälpmedelstjänsten*.

7.4.6 Vilka får rehabilitering och habilitering?

Det är i dag mycket svårt att få fram heltäckande, nationell statistik över hur många personer och vilka grupper som får rehabilitering och habilitering. Detta beror delvis på att det är många olika aktörer, såsom regioner/landsting, kommuner, arbetsgivaren, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, men beror också på hur olika nationella register är utformade.

I Socialstyrelsens nationella klassificeringssystem för åtgärder i hälso- och sjukvården (KVÅ) ingår koder för både habilitering och rehabilitering. Socialstyrelsens kodverk för medicinska vårdområden (MVO) innehåller också koder för habilitering och olika typer av rehabilitering (geriatrisk-, neurologisk-, psykiatrisk rehabilitering och rehabiliteringsmedicinsk vård).

Socialstyrelsens nationella författningsreglerade hälsodataregister Patientregistret (PAR) innefattar åtgärder som är gjorda i slutenvård samt läkarbesök i specialiserad öppen vård. Åtgärder inom habilitering och rehabilitering utförs oftast inom primärvården och ofta av yrkesgrupper som sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. De yrkesgrupper och delar av hälso- och sjukvården där stora delar av habilitering och rehabilitering utförs omfattas alltså inte av uppgiftsskyldigheten att rapportera till Patientregistret, vilket innebär att majoriteten av den rehabilitering och habilitering som utförs inte rapporteras till de nationella hälsodataregistren trots att koder och klassifikationer finns. Enligt det nationella kvalitetsregistret WebRehab fick 1440 patienter rehabiliteringsinsatser i öppen vård⁷¹ och 2991 patienter rehabiliteringsinsatser i slutenvård⁷² under 2017.

Bristen på nationell statistik uppmärksammades av Rehabiliteringsrådet som föreslog att ett kvalitetsregister skulle införas för rehabiliteringsgarantin.⁷³ Syftet med ett sådant register skulle vara att öka kunskapen om vilka behandlingsinsatser som har effekt och öka möjligheten för patienten att kunna återgå i arbete. Rehabiliteringsrådet föreslog även att ett kunskapscentrum skulle inrättas med syfte att analysera data från det tilltänkta kvalitetsregistret men också att följa internationell forskning på området och att arbeta med implementering av resultaten. Förslagen bereds för närvarande på Regeringskansliet.

⁷¹ WebRehab Sweden, *Årsrapport 2017 Öppen vård*, 2017, s. 4.

⁷² WebRehab Sweden, *Årsrapport 2017 Slutenvård*, 2017, s. 8.

⁷³ SOU 2011:15 *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande*.

7.4.7 Förutsättningar

Kompetensförsörjning

Habilitering och rehabilitering är tvärvetenskapliga grenar av hälso- och sjukvården och bemannas av bl.a. arbetsterapeuter, dietister, läkare, kuratorer, logoped, psykologer, sjuksköterskor, fysioterapeuter och specialpedagoger. Socialstyrelsen redovisar en ökande tillgång på flera av dessa yrkesgrupper, men samtidigt en generell brist på tillgång i förhållande till behovet.⁷⁴ Två exempel som fördjupas i rapporten är arbetsterapeuter och specialistläkare. Arbetsförmedlingen redovisade våren 2018 en mer påtaglig brist på arbetsterapeuter på nationell nivå, med vissa regionala skillnader. Situationen bedöms kvarstå på fem års sikt, på grund av pensionsavgångar samt en ökad andel äldre med behov av rehabiliterande insatser⁷⁵. Antalet arbetsterapeuter i primärvården varierar stort. Enligt Sveriges Arbetsterapeuters medlemsregister hade exempelvis Region Blekinge, Gotland, Uppsala, Västernorrland, Västmanland och Örebro inga eller ett mycket litet antal arbetsterapeuter i primärvården 2017. Region Stockholm och Västra Götaland hade cirka 120 arbetsterapeuter vardera i primärvården under samma år.

Det finns i dag ca 50 ST-läkare inom rehabilitering i landet och ca 16 ST-läkare inom barn- och ungdomsneurologi med habilitering.⁷⁶ Bristen på personal inom området bedöms av Arbetsförmedlingen kvarstå på fem års sikt, bl.a. på grund av pensionsavgångar. Det indikerar att medelåldern på de som arbetar med och engagerat sig i särskilt rehabilitering och habilitering är hög, även om det saknas sådan statistik. Av den anledningen är det särskilt angeläget att synliggöra yrkesgrupperna och kompetensbehovet, för att öka möjligheten att säkerställa kompetensförsörjning och återväxt.

⁷⁴ Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård, Nationella planeringsstödet 2019*, 2019, s. 9.

⁷⁵ Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård, Nationella planeringsstödet 2019*, 2019, s. 32.

⁷⁶ Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård, Nationella planeringsstödet 2019*, 2019, s. 114 och s. 142.

Kunskapsstöd

Det saknas generellt nationella kunskapsstöd för både rehabilitering och särskilt habilitering, även om det finns undantag. Socialstyrelsen har t.ex. inkluderat rehabiliterande åtgärder i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd⁷⁷, vid endometriosis⁷⁸ och vid stroke⁷⁹. Att ha tillgång till nationella kunskapsstöd lyfts av många aktörer som en förutsättning för det lokala och regionala förbättringsarbetet, men också som en slags garant för en jämlik vård. Rehabiliteringsrådet konstaterade i sitt slutbetänkande⁸⁰ bl.a. att det vid stressrelaterad psykisk ohälsa i Sverige i dag erbjuds ett stort antal terapiformer, men att ingen av dem ännu har tillfredsställande vetenskaplig evidens vad avser återgång i arbete. Även Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft lyfter behovet av kunskapsstöd då dagens kunskapsstöd endast varit aktuella för landstingens ansvar och för vissa diagnoser. Man menar att det krävs gemensamma kunskapsstöd som även tar upp struktur och organisation för insatser där kommun och stat är huvudmän.⁸¹ Rehabilitering och habilitering är båda tvärvetenskapliga grenar av hälso- och sjukvården och kräver ett brett angreppssätt och flera olika professionsgrupper och patientföreträdare i framtagandet och utformningen av kunskapsstöd.

En central del för att kunna utforma nationella kunskapsunderlag är tillgång till nationell statistik och uppföljning, något som saknas i dag. Det finns visserligen ett antal relaterade parametrar i några kvalitetsregister, exempelvis HabQ och Riksstroke, men frågorna är inte heltäckande och täckningsgraden, och därmed tillförlitligheten i datan, bedöms som låg.⁸²

Tillgången till nationell statistik är även på hjälpmedelsområdet låg och möjligheten att följa utvecklingen inom området är begränsad. Region Skåne och Kommunförbundet Skåne kartlade hjälpmedelsutbudet i de 33 kommunerna i regionen 2018. Totalt fanns

⁷⁷ Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – Stöd för styrning och ledning*, 2018.

⁷⁸ Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid endometriosis – Stöd för styrning och ledning*, 2018.

⁷⁹ Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid stroke – Stöd för styrning och ledning*, 2018.

⁸⁰ SOU 2011:15 *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande*.

⁸¹ Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft, *Rehabilitering inom hälso- och sjukvård – vuxna. Modellprojektet*, 2019.

⁸² Linköpings universitet, *HabQ –Årsrapport 2017 Nationellt kvalitetsregister för habilitering – NKR 175*, 2018, s. 16.

139 förskrivningsbara hjälpmedel, 33 st. fanns i alla kommuner i regionen, 65 st. fanns i minst 30 kommuner och 93 st. fanns i minst 25 kommuner.⁸³ Socialstyrelsen fick i mars 2019 i uppdrag att kontinuerligt samla in och publicera data och statistik i syfte att långsiktigt följa upp hjälpmedelsområdet. Uppdraget ska slutredovisas den 1 februari 2021.⁸⁴ I samband med detta gav regeringen också Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att kartlägga förskrivning av icke medicintekniska produkter (konsumentprodukter) för rehabilitering eller habilitering. I uppdraget ska myndigheten bl.a. kartlägga hur vanligt det är att icke konsumentprodukter förskrivs som hjälpmedel, vilka orsakerna är att det skiljer sig åt över landet och vilka ekonomiska effekter det har för sjukvårdshuvudmännen. Uppdraget ska slutredovisas i maj 2020.⁸⁵ Regeringen gav i mars 2019 Myndigheten för delaktighet i uppdrag att kartlägga den enskildes tillgänglighet till hjälpmedel för fritidsaktiviteter och kartlägga insatser på hur en aktiv fritid för personer med funktionsnedsättning främjas lokalt och regionalt. Uppdraget ska slutrapporteras den 31 mars 2020.⁸⁶

NPO⁸⁷ rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin om sitt uppdrag

Ledamöterna i NPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin är experter från samtliga sjukvårdsregioner inom olika delar av det specifika programområdet, med bred kompetens från såväl sjukhusvård som öppen vård.

Vi ser stora möjligheter att bidra med kunskaper och arbets sätt som främjar individens möjlighet att få del av en jämlik och resurseffektiv vård genom hela vårdkedjan. Inom rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin finns kunskap kring effektivt

⁸³ Kommunförbundet Skåne, *Rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning – Bilaga 2 Kartläggning av förskrivningsbart sortiment inom hjälpmedelsområdet – Skånes kommuner*, 2018.

⁸⁴ Uppdrag om statistik på hjälpmedelsområdet, dnr S2019/01378/FST.

⁸⁵ Uppdrag om förskrivning av icke medicintekniska produkter, dnr. S2019/01376/FST.

⁸⁶ Uppdrag om tillgänglighet till hjälpmedel för fritidsaktiviteter och aktiv fritid för personer med funktionsnedsättning, dnr. S2019/01379/FST.

⁸⁷ Det finns 23 nationella programområden (NPO) och ett nationellt primärvårdsråd. De leder kunskapsstyrningen inom sitt respektive område. Ett NPO består av experter med bred kompetens inom fältet och representation från samtliga sjukvårdsregioner.

teamarbete och hur olika professioners kompetenser kan tillvaratas för att stärka individens förmåga att på bästa sätt kunna ta hand om sin egen hälsa.

Hälso- och sjukvården upplever det ofta som problematiskt att göra försäkringsmedicinska bedömningar, t.ex. bedöma funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och arbetsförmåga, inte minst vid psykiatriska diagnoser. Det behöver skapas en samsyn mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Här ser vi goda förutsättningar för att på ett meningsfullt sätt bidra i kunskapsutvecklingen och de försäkringsmedicinska processerna.

Ur ett systemperspektiv är det stor variation i hur rehabilitering och habilitering är organiserad och vilka uppdrag de har, vilket kan leda till otydligheter i ansvarsgränser i en individanpassad vårdprocess, med risk för en ojämlig vård som följd. Vi vill stärka och förtydliga kunskapsunderlagen och ta tillvara befintliga och vidareutveckla nationella kvalitetsregister, för att öka kvaliteten och öka jämlikheten i de vårdprocesser där rehabiliterings- och habiliteringsinsatser ingår. NPO:et kommer att ta fram riktade kunskapsbaserade insatser samt verka för bred implementering som syftar till en god och jämlik vård i hela landet i bred dialog med olika aktörer.

En tydlig målbild nationellt, sjukvårdsregionalt och lokalt är av stor vikt och kräver omfattande insatser på samtliga vård- och beslutsnivåer.

Pågående lagstiftningsarbete

Behovet av samordning för patienter som får rehabilitering tas också upp i regeringens departementsskrivelse ”Ny lag om koordineringsinsatser”.⁸⁸ Socialdepartementet har utrett en obligatorisk funktion som rehabiliteringskoordinator inom hälso- och sjukvården och föreslår att det ska införas en ny lag om att landstingen ska erbjuda koordineringsinsatser till patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till arbetslivet. Insatserna ska ges inom hälso- och sjukvårdsverksamheten och bestå av personligt stöd, intern samordning, samverkan med andra aktörer och liknande insatser som främjar den enskilde patientens återgång till arbetslivet.

⁸⁸ Ds 2018:5 *Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården*.

Omfattningen avseende patientgrupper ska enligt förslaget baseras på landstingets ansvar enligt HSL.⁸⁹ Förslagen bereds för närvarande på Regeringskansliet och proposition planeras till september 2019.⁹⁰

7.4.8 Avslutande ytterligare reflektioner

Genom utredningens möten med aktörer runt om i landet har vi fått till oss ett antal aspekter på rehabilitering och habilitering som vi här vill lyfta utöver vad som hittills redovisats i kapitlet. Att ansvaret för rehabilitering och habilitering inte varit reglerat före 1994 kan ha bidragit till en ojämn utveckling över landet, och till att området inte tydligt beskrivits som en del av, och fått ta plats, i hälso- och sjukvårdssystemet som helhet. Många uppfattar också en otydlighet i ansvarsfördelningen mellan region/landsting och kommun inom dessa områden. För att rusta inför framtiden är det viktigt att dessa delar tydligare integreras i hälso- och sjukvårdssystemet. Samordningen som krävs måste bygga på stabila strukturer snarare än enskilda eldsjälar, för att säkerställa en stabil och långsiktig utveckling av området. Det är extra angeläget att adressera frågan givet de stora pensionsavgångarna, den höga medelåldern inom flera av de berörda professionerna och den ökade andelen med behov av just rehabiliterande och habiliterande insatser.

Ett av de områden som särskilt lyfts till utredningen är rehabilitering efter cancer. Som flera olika rapporter från cancerberörda har visat finns det skillnader i tillgång till rehabilitering och stora behov som inte tas om hand. Det visar återigen på behovet av tydliga nationella strukturer inom området. I sammanhanget kan nämnas det nyligen uppdaterade nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering inom ramen för arbetet med RCC i samverkan. Ett annat område som lyfts apropå behovet av samordnade strukturer är sällsynta diagnoser. I en medlemsundersökning från riksförbundet Sällsynta diagnoser visas att enbart 60 procent upplever att de alltid eller ibland får tillgång till den rehabilitering/habilitering som de har behov av.⁹¹

Professionsföreträdare upplever det faktum att mer och mer av dessa insatser kan utföras i patientens hem som positivt. Dock

⁸⁹ 8 kap. 1 eller 2 § eller 15 kap. 1 § *hälso- och sjukvårdslagen* (2017:30) (HSL).

⁹⁰ Regeringskansliet, *Propositionsförteckning våren 2019*, 2019, s. 6.

⁹¹ Riksförbundet Sällsynta diagnoser, *Fokus på vården*.

påpekar man samtidigt att strukturen och arbetsförhållandena för just insatser i hemmet är eftersatt och att kompetensen inte alltid flyttat med. Det saknas ofta förutsättningar och utbildning hos personalen att arbeta i hemmiljö. Patientföreträdare beskriver en maktförskjutning med både för- och nackdelar när insatserna ges i hemmet. Som patient kan det kännas utmanande att ha hälso- och sjukvårdsverksamhet med både personal och hjälpmedel i den privata sfären i det egna hemmet, i kombination med familj och privatliv i övrigt. Samtidigt som det också ger positiva effekter då vården i hemmet har goda förutsättningar för att integreras och anpassas efter patientens egna förmågor och förutsättningar.

Forskning visar att många personer med intellektuella funktionsnedsättningar som har behov av habiliterande insatser också har särskilda behov inom andra delar av hälso- och sjukvården. Jämfört med personer utan funktionsnedsättningar har de ofta fler fysiska och psykiatriska hälsoproblem som kan ha samband med orsaken till funktionsnedsättningen.⁹²

7.4.9 Dialogfrågor

- Man brukar tala om tre former av rehabilitering; medicinsk, arbetslivsinriktad och social rehabilitering. Efter t.ex. en stroke eller en cancersjukdom, vilka former ser du är mest angelägna? Vem tillhandahåller dem och hur?
- Du behöver en vit käpp som hjälpmedel. Hur får du tag på den i din kommun? Och hur får man den i grannkommunen/annan kommun i landet?

⁹² Monica Björkman, *Ett europeiskt manifest*, Svensk Rehabilitering 1/2004, 2004.

8 Forskning, utveckling och utbildning

8.1 Forskning och utveckling

8.1.1 Övergripande iakttagelser

Såväl i utredningens första som andra delbetänkande har vi belyst området forskning och utveckling. Det är ett av de perspektiv som noggrant 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. Vi har i tidigare betänkanden belyst behovet av att forskningen följer med i den omställning av hälso- och sjukvårdssystemet som pågår, och bedrivs där patienten och brukaren finns. Detta innebär att det måste etableras förutsättningar för livskraftig och uthållig forskning även utanför de traditionella forskarmiljöerna. Vi har särskilt belyst forskningens utmaningar vad gäller resursöverföring från sjukhusbaserad vård till nära vård på längre sikt, inte bara i ekonomiska termer utan också vad gäller kultur och kompetensförsörjning.¹

I vårt andra delbetänkande föreslår vi att det i förordning regleras att det ska bedrivas forskning inom primärvården.² Skälet för detta är att klinisk och patientnära forskning är av avgörande betydelse för den nuvarande och framtida utvecklingen av en god och hållbar hälso- och sjukvård. I våra dialoger med olika aktörer har forskning alltsedan utredningens början hela tiden funnits med som en aktuell fråga, och adresserats vid våra verksamhetsbesök och i kontakter med ledningar för regioner/landsting, kommuner och lärosäten. Forskning är en nödvändighet för att generera ny kunskap för

¹ SOU 2017:53 *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild*, avsnitt 4.4.1.

² SOU 2018:39 *God och nära vård – En primärvårdsreform*, avsnitt 9.2.6.

befolkningens bästa, och avgörande för en hälso- och sjukvård i världsklass. Vår uppfattning är att det finns en växande medvetenhet om forskningens betydelse även utanför de traditionella forskarmiljöerna. Vi har under utredningens gång fått till oss många initiativ och goda exempel på makro-, meso- och mikronivå i hälso- och sjukvårdsorganisationerna. Givet forskningens självklara och livsviktiga roll för hälso- och sjukvårdens utveckling väljer vi att sammanställa och delge några av dessa inspel och resonemang i detta betänkande. Vi gör inga anspråk i det följande på att täcka alla de pågående initiativ och satsningar som görs inom området, utan begränsar oss till sådant som anknyter till våra tidigare eller kommande förslag. Vi redovisar några av de goda exempel vi fått till oss i dialog med vårdens olika aktörer, och som vi uppfattar är av generellt värde att lyfta.

8.1.2 Terminologi

En synpunkt som framförts under utredningens dialoger är om den förhärskande terminologin inom forskningsvärlden är funktionell utifrån dagens och morgondagens organisationer och den rådande samhällskontexten. Såväl i forskningspropositionen³ som i det pågående arbetet med den nationella Life science-strategin betonas behovet av ökad samverkan mellan olika traditionella forskningsområden, -discipliner och -organisationer. Det medför att begrepp som traditionellt setts som motstående och ibland oförenliga (exempelvis kvalitativa och kvantitativa metoder, medicinsk forskning och omvårdnadsforskning, naturvetenskaplig och samhällsvetenskaplig forskning samt humaniora) kan behöva problematiseras för att en berikande samverkan ska kunna ske i praktiken. Inom forskningen såväl som inom andra delar av hälso- och sjukvården behöver gränserna rivas och samverkan öka för att få en än bättre utväxling på de möjligheter och resurser som står till buds.

Det finns yrkesgrupper inom hälso- och sjukvård som i stor utsträckning när det gäller forskning historiskt återfunnits inom ramen för en viss disciplin, såsom läkare inom den medicinska forskningen eller sjuksköterskor inom omvårdnadsforskningen. Allt fler gränsöverskridande projekt bidrar till ett behov av att se dessa

³ Prop. 2016/17:50 *Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft.*

traditionella stuprör på ett nytt och mer samverkande sätt. Det finns yrkesgrupper som på senare tid och i allt större utsträckning akademiserats, och vars medlemmar därmed får tillträde till och förväntas delta i forskning. Det är avgörande att de då också inkluderas i forskarsamhällets strukturer. Om man vill nå målsättningen att alltmer inkludera fler professioner; t.ex. arbetsterapeuter, socionomer och sjuksköterskor, och belysa behovet av samverkan inom forskningsfälten, blir det viktigt vilken terminologi som används för att olika professioner ska känna sig inkluderade på forskningsarenan. En utlysning som har till avsikt att vända sig brett till hälso- och sjukvårdens olika professioner kan därför uppfattas som mer inkluderande om den inte enbart använder sig av termen ”medicinsk forskning”, eftersom det för många signalerar att det bara omfattar en yrkesgrupp. Det har lyfts till utredningen att om avsikten, såsom oftast i dag, är att flera professioner ska omfattas bör detta framgå, t.ex. genom att termen ”forskning inom hälso- och sjukvårdens område” används.

Samtidigt är det värt att lyfta att begreppet ”medicinsk” i ett antal olika sammanhang och lagregleringar förekommer i en bredare betydelse än enbart omfattande medicinska insatser utförda av läkare. Såsom i begreppet medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) eller i begreppet ”medicinsk bedömning⁴”, vilken i lagstiftarens mening kan utföras av all personal inom hälso- och sjukvården. Samtidigt förstår utredningen synsättet att i en forskningskultur som historiskt omfattat en yrkesgrupp mer än andra kan en terminologi som uppfattas som exkluderande vara problematisk.

I våra dialoger lyfts även behovet av att satsa på forskning om nya arbetssätt och metoder i hälso- och sjukvården. Detta för att öka kunskapen om vilka förändringar i arbetssätt och metoder det finns evidens för att införa. Men också som uttryck för en medveten vilja att koppla följeforskning till den verksamhetsutveckling som ständigt pågår hos vårdens utförare; det viktiga professionsledda och verksamhetsnära förbättringsarbetet. Det kan gälla på mikronivån, med mindre och lokala projekt, där ett forskningsorienterat angreppssätt kan vara en ingång till ytterligare forskningsintresse hos verksamhetens medarbetare. Men också på meso- och makronivån, där oberoende forskning efterfrågas vad gäller större förändringar som i grunden påverkar hälso- och sjukvården och dess förutsättningar.

⁴ Jfr 2 kap. 2 § *patientlagen* (2014:821) samt förarbeten.

Exempel på sådant kan vara följeforskning vid införandet av distansverksamhet; digitala tjänster eller telefonmedierad vård. Flera aktörer lyfter i detta sammanhang också förståelsen för att utvärdering av den typen av aktiviteter inte nödvändigtvis låter sig göras med de metoder som traditionellt används inom den medicinska forskningen för att t.ex. utvärdera behandlingsmetoder eller läkemedelsbehandlingar. Detta är exempel på områden där det finns behov av att involvera flera forskningsdiscipliner och angreppssätt utöver de som traditionellt används inom hälso- och sjukvården. Ett verktyg för detta är SBU:s handbok ”Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten”.⁵

Omställningen från universitetssjukhus till universitetssjukvård som genomförts inom ramen för ALF-avtalet⁶ bör också lyftas i sammanhanget. Det är en förändring som i hög grad ses som i samklang med och faciliterande för omställningen av hälso- och sjukvården. Genom avtalet utses nu universitetssjukvårdsenheter, inom bl.a. primärvård, med uppdrag inom klinisk forskning, utbildning av läkare och utveckling av hälso- och sjukvård. Man betonar från flera håll behovet av att ta vara på den möjlighet som universitetssjukvårdsstrukturen ger som en hävstång i arbetet med forskning i primärvården och i nya nära vårdformer, såsom i hemmiljö. Universitetssjukvården blir en förutsättning för omställningen till en god och nära vård.

8.1.3 Klimat, kultur och förutsättningar för forskning

Att stärka forskningskulturen

En återkommande iakttagelse är att forskningskulturen utanför ”sjukhusvärlden” av många upplevs som svag. Detta verkar bero på många olika faktorer; tradition, historik, möjlighet till resurssättning och statusen för den forskande respektive den kliniska rollen i verksamheterna. Ett försök att stärka kulturen för forskning utanför sjukhusen är de vårdcentraler som har ett särskilt akademiskt uppdrag, kallade Akademiska vårdcentraler. Detta har vi belyst i tidigare delbetänkande.⁷ Det är dock fortsatt värt att notera att uppdraget för

⁵ SBU, *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten*, 2017.

⁶ ALF-avtal = avtal mellan staten och vissa landsting om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.

⁷ SOU 2018:39 *God och nära vård – En primärvårdsreform*, avsnitt 5.2.12.

de akademiska vårdcentralerna skiljer avsevärt mellan regionerna/landstingen. Även om de i viss utsträckning fortsatt kan behöva anpassas efter regionala förutsättningar är vår förhoppning att ett nationellt utformat uppdrag för primärvården, där det tydligt regleras att forskning ska bedrivas inom primärvården, ska bidra till en ökad standardisering även av uppdraget för de akademiska vårdcentralerna. Det är en företeelse som nu funnits i olika delar av landet under ett antal år, och som därmed skulle vara möjlig att systematiskt utvärdera för att dra ytterligare generaliserbara lärdomar av organisationsformen. Hittills har det oftast handlat om en eller flera forskare, som arbetar på vårdcentralen, men också är knutna till en allmänmedicinsk institution vid närmsta universitet. Det förekommer, men behöver sannolikt ytterligare breddas, kontakt även med andra typer av forskande fakulteter och institutioner.

Vi har tidigare beskrivit att landstingens ersättningsssystem för vårdval primärvård ofta är otillräckligt utvecklade för att stödja denna verksamhet, och har inga indikationer på att det har ändrats. Detta är något som bör justeras i samband med den förändring i förfrågningsunderlag som måste ske om utredningens tidigare lagda förslag om ett nationellt utformat uppdrag för primärvården tas vidare för beslut av regering och riksdag.

Att förbättra möjligheterna till uppföljning i primärvården

När allt mer av vården kommer att utföras utanför akutsjukhusen ställer det krav på nya möjligheter till uppföljning, inte minst för att kunna säkerställa möjligheten att bedriva forskning där patienterna i första hand finns. Fortfarande saknas lagstöd för att samla personnummerbaserade individuppgifter om primärvården på nationell nivå. I detta skiljer sig primärvården från övrig öppen vård samt slutna vård. Vi har tidigare diskuterat denna fråga, och vill ytterligare understryka behovet av ett bredare underlag för såväl statistik och forskning i primärvården. I vårt senaste betänkande betonar vi vikten av solida underlag för statistik och forskning inom området primärvård/allmänmedicin.⁸

⁸ SOU 2018:39 *God och nära vård – En primärvårdsreform*, avsnitt 5.2.

Synen på forskning i verksamheter och dess ledningar

En fråga som lyfts till utredningen är behovet av ökad förståelse i verksamheterna och på ledningsnivå för fördelarna med att ha forskningsmeriterade medarbetare i sin verksamhet. Många lyfter att det inte bara handlar om att ha medarbetare som bedriver forskning just på det patientklientel eller för den population som finns i närområdet. Det är också berikande för verksamheten, och bidrar till ett kritiskt granskande och lärande klimat, att ha medarbetare med högre akademisk meritering i verksamheten – även om meriteringen gäller annat än precis just det som utförs i den dagliga verksamheten på plats. Förståelsen för detta synsätt varierar starkt mellan olika enheter och arbetsplatser är utredningens iakttagelse. Detta kan vidare kopplas till attraktiviteten hos arbetsplatser, kompetensutveckling och karriärvägar, samt förutsättningar för ett uthålligt arbetsliv med möjlighet att under yrkeslivet variera huvudfokus i sitt uppdrag över tid. Det är också en arbetsgivar- och ledarskapsfråga att skapa sammanhang och anställningsformer för att behålla högt akademiskt meriterade medarbetare på såväl magister- som doktorsnivå i den kliniska verksamheten. Vilka därmed kan berika det kliniska och patientnära arbetet med sin erfarenhet och kunskap.

Andra medskick från våra dialoger

Det är av avgörande betydelse i omstruktureringen av hälso- och sjukvården att den växande delen av sektorn som finns utanför de traditionella sjukhusstrukturerna inte enbart ses som, och blir leverantör av, patienter och data till någon annan som står för forskningsaktiviteten. Det behöver aktivt skapas ett klimat, en kultur och förutsättningar som bejakar forskning utanför traditionell sjukhusmiljö.

Vi vill även inom detta område, som inom andra områden i en modern hälso- och sjukvård, betona behovet av en ökad delaktighet från patienter, närstående och brukare i hela forskningsprocessen. Behovet av utvecklingen av patientcentrerade mått lyfts också i en rapport från Socialstyrelsen.⁹ Något som särskilt påpekats i våra dialoger är de nya möjligheter att beforska och tillföra kunskap om delar av sjukvårdens processer som hitintills ofta legat utanför

⁹ Socialstyrelsen. *Utvärdering av universitetssjukvård*, 2018.

forskningens intresseområde; exempelvis om tiden från misstanke till diagnos eller från symptomuppkomst fram till att diagnos kan fastställas. Även forskning inom hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande områden lyfts som viktiga fokusområden för framtiden.

8.1.4 Finansiering av forskning

Möjligheten och förutsättningarna att erhålla forskningsmedel för den forskning som behöver bedrivas i primärvården och den nya nära vården har lyfts av många till utredningen. 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. Detta styrks i en rapport från Socialstyrelsen gällande utvärdering av universitetssjukvården i förhållande till ALF-avtalet.¹⁰ I utvärderingen ingår en fördjupad granskning inom några områden, bl.a. primärvård/allmänmedicin. Noterbart är att medan primärvårdens utbildningsuppdrag motsvarar ca 10 procent av ALF-medlen för grundutbildning, står allmänmedicin/primärvård endast för 1–2 procent av ALF-medlen för forskning.

Det är också så att regioner/landsting, universitet och högskolor, forskningsfinansiärer och andra berörda aktörer behöver ta ett större ansvar för att stödja forskning i primärvård och i integrerade vårdssystem. Ett aktuellt och vällovligt exempel på sådana initiativ är Fortes¹¹ pågående utlysningar inom området Tillämpad välfärdsforskning.

Det finns också en oro gällande bristande förståelse för de olika logiker som råder i sjukhusvärlden och inom den öppna vården vad gäller tilldelning av resurser och budgetprocesser. Vad gäller sjukhusens finansiering tillämpas i dag i större utsträckning än för ett antal år sedan mer anslagsbaserade finansieringsprinciper. Inom öppen vård och primärvård, som bedrivs som vårdval eller inom

¹⁰ Socialstyrelsen. *Utvärdering av universitetssjukvård*, 2018.

¹¹ Forte är ett statligt forskningsråd som finansierar vetenskaplig forskning för människors hälsa, arbetsliv och välfärd. Forte är en statlig myndighet under Socialdepartementet.

annan upphandlingsform, är det vanliga att ersättningen knyts till enskilda aktiviteter. När medel för exempelvis forskning ska överföras måste logiken för styrning, resurstilldelning och uppföljning inom den aktuella vårdformen tas i beaktande.

Man lyfter också att resurscentra, så som ”Clinical trial centers”, i dag är vanligt i olika former hos regioner/landsting, men att den typen av verksamhet fortfarande i liten utsträckning omfattar, vänder sig till eller är anpassad för behoven vad gäller forskning utanför traditionell sjukhusmiljö.

8.1.5 Ytterligare initiativ av betydelse för forskning

Regeringen meddelade i februari 2018 etableringen av ett särskilt kontor för life science inom Näringsdepartementet. Arbetet ska främja kunskapsutveckling, innovation och kvalitet i hälso- och sjukvården samt förbättra förutsättningarna för life science-företag att etableras och verka i Sverige.¹² Utredningen har vid flera tillfällen träffat kansliet och följer med stort intresse deras arbete med den nationella life science-strategin.

Under 2018 etablerade landsting och regioner, med stöd av SKL, ett gemensamt system för kunskapsstyrning.¹³ Avsikten är att systemet ska göra det enklare att samordna kunskapsstöden som används i hälso- och sjukvården och därmed möjliggöra att bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan vårdpersonal och patient. Förutom kliniskt kunskapsstöd ingår stöd till uppföljning och analys, samt stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap i systemet för kunskapsstyrning. På sikt är också avsikten att hitta former för ett gemensamt arbete med kommunerna. Strukturen bygger på nationella programområden (NPO) och nationella arbetsgrupper (NAG) inom olika diagnosområden. Inom ramen för arbetet har också bildats ett antal nationella samverksgrupper (NSG) för att leda och samordna regioners/landstings nationella gemensamma arbete inom olika områden med utgångspunkt i befintliga nationellt gemensamma strukturer. En av dessa NSG är forskning och life science. Utredningens bedömning är att det arbete som görs gällande forskning i anslutning till huvudmännens kunskapsstyrning

¹² Regeringskansliet, *Sverige vässar arbetet inom life science*, 2018-02-08.

¹³ SKL, *Landsting och regioners system för kunskapsstyrning*, 2018-04-23.

kommer att vara en avgörande del i uppbyggnaden av forskningskultur och verksamhet i den nära vården.

Ytterligare ett initiativ värt att nämna är Nationella forskarskolan i allmänmedicin, som vi beskrev i vårt förra delbetänkande.¹⁴ Under 2018 tog man inte in några nya doktorander då forskarskolans långsiktiga finansiering inte säkrats, men underhandsbesked föreligger nu om en fortsatt och gemensam finansiering från flera aktörer som möjliggör fortsatt intag under åren 2019–2021.¹⁵

Flera organisationer har också tagit fram olika typer av forskningsstrategiska dokument. Även detta belyser förståelsen för och viljan att medverka till ett fortsatt och ökande fokus på forskning i framtidens hälso- och sjukvårdssystem.

Sammanfattning av SAFU:s¹⁶ handlingsprogram för forskning inom primärvård och allmänmedicin

För att kraftfullt kunna utveckla primärvårdens kunskap och kvalitet vad gäller medicinsk vård, hög kontinuitet, tillgänglighet, patientdelaktighet och effektivt samspel med sjukhus och kommunala insatser behövs en bred forskningsverksamhet inom primärvård och allmänmedicin, som på basis av kunskap om primärvårdens kontext kan stödja en utveckling av effektiv primärvård. Det krävs att stora forskningsprojekt gällande vardagssjuklighet, multimorbiditet, vårdprocesser, vård i samverkan och andra viktiga områden kan samordnas lokalt, regionalt och nationellt mellan de akademiska forskningsenheterna.

En viktig del i detta arbete är också att strukturellt och ekonomiskt möjliggöra en forskningskarriär från student till specialist och från student till docent/professor.

¹⁴ SOU 2018:39 *God och nära vård – En primärvårdsreform*, avsnitt 5.2.12.

¹⁵ Östgren C.J. m.fl. *Nationella forskarskolan i allmänmedicin lever vidare*. Läkartidningen 14/2019.

¹⁶ 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.

Modell för nationell infrastruktur

Nationell FoU-struktur

Det behövs en nationell FoU-struktur som kan facilitera utveckling, underlätta samordning och följa utvecklingen. Ett formaliserat nätverk mellan forskare och institutioner, som kan knyta ihop mindre regionala projekt till större och nationella och identifiera viktiga forsknings- och utvecklingsområden. Denna funktion behöver stödja och följa upp huvudmännens och universitetens arbete rörande klinisk primärvårdsforskning. Den nationella strukturen bör primärt inkludera representanter från berörda delar av de svenska universiteten samt berörda professionella organisationer.

Nationell forskarskola

Den Nationella forskarskolan i primärvård/allmänmedicin har varit av stor betydelse för forskningen inom primärvården i Sverige och utbildningen har uppskattats mycket av både doktorander och universitet. Den har även väckt betydande internationellt intresse. Sedan 2010 har skolan antagit 89 doktorander, varav 43 har disputerat. 72 procent är kvinnor och 27 procent har andra yrken i primärvården än läkare. Genom att bevara denna forskarskola finns möjlighet att fortsätta utvecklingen med ett väl beprövat och framgångsrikt koncept som stärker den kliniska primärvårdsforskningen i Sverige.

Modell för utformande av regional infrastruktur för klinisk forskning och utbildning i primärvård och på vårdcentral

Universitetssjukvårdsenheten

Basen i en regional FoU-struktur är universitetssjukvårdsenheten (USV-enheten). USV-enheten bedrivs i den kliniska verksamheten/vårdcentralen. Vid USV-enheten ska undervisning och klinisk forskning bedrivs. I ledningsgruppen för USV-enheten ska, enligt ALF-avtalet, docent eller professor i forsknings- och undervisningsämnet ingå. Ansvaret för en USV-enhet ska delas av huvudman och universitet.

Huvudmannen kan på egen hand upprätta en akademisk vårdcentral eller motsvarande som kan utgöra en del av USV-enheten primärvård/allmänmedicin med tjänster med forskningstid som kan besättas av docentkompetent eller disputerad person med forskningshandledarutbildning, samt tjänster för specialist i allmänmedicin som ansvarar för verksamhetsförlagd undervisning/ handledning.

Finansiering av infrastruktur för forskning

Nationell nivå

För uppbyggandet av den ovan beskrivna stödjande infrastrukturen för nationell och regional forskning i primärvården krävs en stabil finansieringsform som stödjer stora forskningsprojekt. I Norge finns en statligt inrättad forskningsfond för allmänmedicinsk forskning, Allmenmedicinsk Forskningsfond, som finansierar stora forskningsprojekt med allmänmedicinsk relevans och som har nära samarbete med de fyra allmänmedicinska universitetsinstitutionerna. Denna form av övergripande finansiering bör även prövas i Sverige.

Regional nivå

ALF-systemet är det system som är grundläggande för den regionala finansieringen. Kopplingen mellan ALF-medel till utbildning och forsknings-ALF behöver bli starkare. Mer medel måste gå till akademiskt kompetenta handledare inom primärvården och fler måste ha en koppling till en akademisk tjänst och forskning. Finansieringen måste säkerställa tid och resurser för forskning, utbildning och en fungerande FoU-struktur med akademiska och kliniska tjänster med möjligheter till akademisk karriär och hanteras genom avtal mellan universitet och huvudmän. Huvudmännen bör redovisa sitt FoU-arbete genom årliga forskningsboks slut som följs upp nationellt.

8.1.6 Avslutande reflektioner

Sammanfattningsvis möter vi ett stort och växande intresse för forskningsfrågor hos de aktörer vi möter, inte bara från de traditionella forskarmiljöerna. Synen på, kulturen för och resurssättningen av forskning måste följa utvecklingen av den kliniska hälso- och sjukvården. Det blir avgörande för framgång att inte låsa in sig i traditionella strukturer vad gäller terminologi, vilka professioner som förväntas bedriva forskning eller organisationsformer. Som i så många av utredningens övriga frågor handlar det även inom forskningen om att upphäva stuprör och riva murar. Som framgår av texten ovan pågår flera initiativ med syfte att tydligare integrera forskning och utveckling i hälso- och sjukvårdens grunduppdrag, och på de platser där de stora patientvolymerna finns.

Många påpekar också att genom att på ett naturligt sätt inkludera forskning och utveckling i den kliniska vardagen och uppdraget för *alla* medarbetare i verksamheten, så ökar också chansen för att nya resultat implementeras. Detta då flera känner sig berörda av, engagerade i och har förståelse för forskningens roll i förhållande till klinikens. Vi vill avslutningsvis föra fram några punkter som belystes när utredningens referensgrupp med professionerna tematiskt diskuterade forskning i den nya nära vården. Det gjorde vi tillsammans med en bred representation av professioner – inte bara de som av tradition inkluderas när forskning diskuteras. Att skapa en förståelse, en lärandekultur och en grogrund för implementering av nya resultat behöver involvera alla vårdens professioner – inte bara de traditionellt forskande.

- Se forskning som en investering, inte ett produktionsbortfall.
- Synliggör behovet av organisations- och metodforskning, inte minst i primärvården.
- Vardagsnära utvecklingsarbete behövs, och kan vara en ingång i forskning för de som inte traditionellt är vana att ”tänka forskning”. Då är det avgörande med en omgivning som stimulerar ett sådant tankesätt, att det finns akademisk kompetens i vardagen.
- Ställ inte grupper mot varandra – det behövs både generaliserad forskning och spetsforskning.

- Tillgången till data är avgörande, det gäller även i förbättringsarbeten på grundutbildningsnivå. Det behövs strukturer som underlättar uthämtning av data på gruppnivå, och strukturerade statistiska underlag att tillgå.

8.1.7 Dialogfrågor

- Vad är den avgörande faktorn för att få till stånd ett ökat intresse och en ökad forskningsaktivitet utanför de miljöer där forskning historiskt har bedrivits?
- Hur kan patienter tydligare inkluderas i forskningens olika delprocesser för att ytterligare berika och öka värdet av den investering för framtiden som forskning innebär?

8.2 Utbildning och kompetensförsörjning

8.2.1 Övergripande iakttagelser

Utredningen ser frågan om kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvårdssektorn som en av de största moderna samhällsliga utmaningarna. Vi har i tidigare betänkande beskrivit problematiken,¹⁷ liksom vår avsikt att i våra förslag alltid överväga på vilket sätt de kan verka för att behålla dagens medarbetare och rekrytera framtidens medarbetare genom att bidra till hållbara arbetsmiljöer. Utifrån detta resonemang blir också utbildning i alla dess former, som grund för kompetensförsörjning, en fråga som lyfts i våra dialogmöten med olika aktörer. När det gäller aktualiteten på verksamhetsnivå av FoUU-begreppet är vår bild dock att vi får ta del av fler goda exempel och innovativa åtgärder gällande forskning och utveckling än inom området utbildning.

Vi vill i det följande beskriva några av de pågående initiativ som vi ser har betydelse för utredningens arbete och för omställningen till ett modernt hälso- och sjukvårdssystem där huvuddelen av den kliniska verksamheten, och därmed också stora delar av den kliniska undervisningen, sker utanför sjukhusmiljö. Även i detta textavsnitt

¹⁷ SOU 2017:53 *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild*, avsnitt 3.1.5; SOU 2018:39 *God och nära vård – En primärvårdsreform*, avsnitt 2.2.3 m.fl.

är avgränsningen utredningens uppdrag samt tidigare och kommande förslag. Vår huvudsakliga källa är utredningens dialoger med systemets olika aktörer.

Iakttagelser gällande grundutbildnings- och vidareutbildningsnivån

Utredningen vill lyfta det fönster för förändring som för närvarande finns i samband med att flera av hälso- och sjukvårdens utbildningar genomgår stora förändringar eller utreds inför kommande förändringar. I detta arbete bör på alla organisatoriska nivåer finnas en aktiv strävan att anpassa utbildningarna till de förändringar som förväntas i den kliniska verksamheten och utifrån befolkningens behov. Det kan handla om att i utbildningarna inkludera områden som får allt större betydelse för hälso- och sjukvårdens relevans, såsom ett personcentrerat förhållningssätt, fokus på förebyggande insatser och ett salutogent förhållningssätt. Det kan också handla om teoretisk kunskap inom några av de områden som särskilt efterfrågas av de studentorganisationer vi möter, såsom ökad interprofessionell samverkan, systemkunskap gällande hälso- och sjukvårdens organisatoriska förutsättningar, e-hälsa, digitalisering, förbättringskunskap och förändringsledning. Från studentorganisationernas håll påpekas också att flera av dessa områden är av sådan art att de lämpar sig väl för interprofessionella lärmoment.

Något som också lyfts är att man i utbildningarnas utformning bör beakta de strömningar som finns gällande en ökad nationell samordning av hälso- och sjukvården. Även om det fortsatt, i enlighet med rådande ansvarsförhållanden och till följd av regionala behov och förutsättningar, ibland behövs lokala anpassningar ser många behovet av ökad nationell samordning. Skälen som anges för detta är ökad geografisk rörlighet (av såväl medarbetare som patienter), ökade möjligheter till distanslösningar, kostnadseffektivitet och ytterst jämlik hälso- och sjukvård i hela landet. Detta medför att utbildningarnas utformning och innehåll behöver samordnas nationellt i minst lika hög utsträckning som tidigare. Vad som t.ex. ingår i en distriktsköterskas specialistutbildning behöver vara känt och lika över landet, för att få en god effekt av den reform som ett nationellt utformat uppdrag för primärvården innebär. Att det är tydligt reglerat vad som omfattas i utbildningen till undersköterska

underlättar, när en mer enhetlig kunskapsstyrning för att främja jämlik vård implementeras nationellt hos huvudmännen. Att kuratorer inom hälso- och sjukvården blir en legitimerad yrkesgrupp främjar och underlättar utformningen av uppdraget för verksamheterna. I nuläget pågår översyn, utredning eller implementering av förändringar inom exempelvis läkarutbildningen, specialistsjuksköterskeutbildningarna och undersköterskeutbildningen. Det är av största vikt att detta görs i samklang med de förestående förändringarna i hälso- och sjukvårdens utformning.

Iakttagelser gällande praktik och verksamhetsförlagd utbildning

I vårt utredningsarbete blir det tydligt att var praktik och verksamhetsförlagd utbildning (VFU) äger rum varierar mellan olika huvudmän och över landet. Många lyfter i våra dialoger behovet av att praktik och verksamhetsförlagd utbildning finns i de delar av verksamheterna där studenterna i framtiden förväntas verka som medarbetare. Trots att en betydande del av hälso- och sjukvården i dag utförs med kommunen som huvudman är möjligheten till praktik och VFU i kommunala verksamheter mycket varierande mellan utbildningsorter och huvudmän. På många ställen är avsaknaden av såväl interna strukturer som samverkansstrukturer med lärosäten en del av förklaringen. För vissa yrkesgrupper, som sannolikt i framtiden kommer att ha en stor del av sin verksamhet i öppna vårdformer, är huvuddelen av praktik och VFU förlagd till slutna vård. Detta beskrivs som problematiskt på flera sätt. Dels för att det skapar fel förväntningar hos studenterna på hur och var det kommande yrkeslivet kan förväntas utövas, något som i värsta fall kan leda till tidiga avhopp från yrket. Dels för att praktikperioder och VFU är en god grund för framtida rekryteringar; under dessa perioder skapas nätverk, kontakter knyts och intresse för framtida anställning skapas hos studenterna. Vikten av att inkludera undervisning i verksamheten just för att i framtiden kunna rekrytera och kompetensförsörja nämns av allt fler, och i vissa verksamheter är ett sådant synsätt etablerat och självklart redan i dag.

Utbildning i glesbygd

Att rekrytera medarbetare till glesbygd har aldrig varit enkelt. Det sägs att sumeriska stentavlor 5000 år före Kristus beskriver hur man försökt locka läkare med ett stort antal getter, nya hus m.m. Huruvida det stämmer helt med verkligheten är svårt att säkert avgöra men det sätter fingret på hur lite vi lärt under alla dessa år. Även nu försöker man på olika sätt att betala sig ur rekryteringsproblematiken vilket sällan varit särskilt framgångsrikt.

Det finns emellertid kunskap och vad vi vet från forskning i exempelvis Kanada och Australien är att glesbygdsbakgrund och exponering för glesbygd under studierna är starka faktorer som ökar sannolikheten för framtida rekrytering.

Modern undervisning handlar om att utbilda i den sociala och kulturella kontext studenterna antas verka i. I dag genomförs endast en begränsad del av svensk läkarutbildning i primärvård. Studenterna saknar därutöver möjlighet till längre klinisk tjänstgöring i glesbygd under sin utbildning. Framtida scenarier, till exempel en förlängning av läkarutbildningen, pekar på ett generellt behov av att mer utbildning förläggs till första linjens sjukvård, både i tätorter och i glesbygd. För att framtidens primärvård ska kunna uppfylla kraven på vård och utbildning av hög kvalitet är det viktigt av såväl bemannings som utbildningsskäl att utbildningen utanför sjukhusen utökas. För att utveckla lärmiljön bör integrationen mellan universitet och primärvård stärkas och utvärderas pedagogiskt.

Goda erfarenheter av utlokalisering av undervisning till primärvård i glesbygd finns bl.a. i Kanada och Australien. I dessa länder finns specifika glesbygdsmedicinska läkarprogram där antagningsprocess och curriculum skiljer sig från övriga läkarprogram. I litteraturen beskrivs åtminstone fyra framgångsfaktorer som behövs för att glesbygdsutbildning ska kunna erbjuda högkvalitativa studentupplevelser och inspirera studenterna att välja framtida karriär inom glesbygdsmedicin:

- Tiden är viktig, ju längre exponering desto bättre.
- Längre sammanhållna placeringar är sannolikt att föredra då de ger inblick i ett stort antal olika patientfall.
- Kontinuitet, där möjlighet finns att följa sin patient över tid och dessutom lära känna mottagningarna och övrig personal.
- Engagemang med lokalsamhället, studenterna lär sig vid sina placeringar hur glesbygdsamhällen fungerar och kan interagera med samhället.

För att möta framtida behov både av läkare och av förbättrad lärmiljö i glesbygd, har programrådet för läkarutbildning vid Umeå universitet tagit initiativ till ett glesbygdsmedicinskt spår. Den föreslagna piloten innebär återkommande kliniska placeringar vid Storumans hälsocentral belägen 25 mil från universitetet, under termin 5 till och med termin 11. De första studenterna började hösten 2018. I Storuman finns en sjukstuga, vilket är en hälsocentral med åtta vårdplatser, osorterad akutmottagning samt tillgång till kliniska handledare. Placeringarna i primärvård kommer att kompletteras med ett antal placeringar vid Lycksele lasarett som är ett akutsjukhus i glesbygd.

Universitetets medicinska fakultet har identifierat 10 kurser med kliniska komponenter som kan vara möjliga att genomföra i antingen Storuman eller Lycksele. Om en student genomför alla kliniska komponenter skulle den totala exponeringen vara 103 dagar över en period på tre år, vilket motsvarar cirka 40 procent totalt av den kliniska utbildningen. Dessutom kan eleverna välja att lägga sitt forskningsprojekt på termin 10 vid glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman (eller vid Lycksele lasarett), vilket skulle ge ytterligare en hel termin av glesbygdspacering. Ytterligare glesbygdsexponering kan uppnås genom att studenter tar sommarjobb på någon av platserna.

För att följa effekterna av glesbygdsspåret har Umeå universitet initierat ett forskningsprojekt.

Iakttagelser gällande fortbildning

Inte minst från vår referensgrupp med professionsföreträdare lyfts behovet av fortbildning för hälso- och sjukvårdens medarbetare som en avgörande fråga för framtiden. I en värld där kunskapen ökar exponentiellt är tid för strukturerad fortbildning avgörande för att kunna ge en god och jämlik vård. Det finns också, med hjälp av modern teknik och distanslösningar, nya möjligheter att både delge och tillgodogöra sig utbildningsinsatser som tidigare varit praktiskt svåra att fysiskt komma till eller nå.

Många betonar tid avsatt för fortbildning som en arbetsmiljöfråga, och att den kultur som tidigare funnits att ombesörja en stor del av sin fortbildning på ledig tid och utan ersättning inte är något som kan förväntas i dagens samhällskontext. Ytterligare en aspekt som lyfts är att i dagens samhällsstruktur bör fortbildning inte bara handla om inhämtning av faktakunskap. Det behövs också tid för reflektion och emotionellt lärande. Att reflektera över sitt eget arbete och sin egen yrkesroll är att mogna i sitt yrkesutförande. Inte minst möjligheten till interprofessionell reflektion under strukturerade former, som ett sätt att diskutera och hantera etisk stress, prioriteringsfrågor och en möjlighet att utvecklas i empatiska tanke-sätt, ses som en del i att skapa hälsosamma arbetsplatser.

Behovet av tid för verksamhetsnära fortbildning är också något som lyfts, när man t.ex. inför nya it-system eller ändrade arbets sätt i verksamheten. Likaså lyfts behovet av att få kunskap om och förståelse för ny lagstiftning, regelverk och riktlinjer för att bli bättre på att implementera dem, men också för att ha kunskap att förmedla dess betydelse och innebörd till de patienter man möter. Exempel som nämns på sådana tillfällen är i samband med införandet av patientlagen (2014:821) eller lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård – lagar som har till syfte att förändra förhållanden i det dagliga arbetet i vårdverksamheterna. Att vårdens medarbetare är väl insatta i gällande lagstiftning uppfattas som en förtroendefråga i förhållande till de patienter man möter i sin dagliga verksamhet.

8.2.2 Klimat, kultur och förutsättningar för utbildning

Till skillnad från vad som är fallet när det gäller forskning är huvudmännens ansvar för utbildning inte reglerat i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL). Detta är något vi tidigare lyft i utredningen,¹⁸ och som alltför aktörer beskriver som ett problem. 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. Det anses också påverka status på utbildningsverksamhet att den inte omfattas av lagreglering. Utbildning, oavsett var och på vilken nivå det gäller, kräver tid, personella resurser och adekvat finansiering. För att säkra framtidens kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården måste alla aktörer ta ett aktivt ansvar och finnas med vad gäller utbildning på olika nivåer. Inte minst påpekas detta när det gäller behovet av handledning och tillgången på handledare. Något som kommer att bli en stor utmaning för att kunna möta det ökade utbildningsbehovet av yrkesgrupper såsom t.ex. specialister i allmänmedicin, dietister eller distriktssköterskor. Många påpekar behovet av att inom hälso- och sjukvården, liksom inom andra samhällssektorer, öka statusen i undervisning och undervisningsaktiviteter, inte minst i kliniska och patientnära verksamheter. Utredningen avser därför återkomma i frågan om behovet av att reglera även utbildningsuppdraget i HSL.

8.2.3 Ytterligare initiativ gällande undervisning och kompetensförsörjning

Många lyfter även i våra dialoger behovet av nationell samordning av kompetensförsörjning. Utredningen delar den bedömningen och pekade därför i förra delbetänkandet ut kompetensförsörjning som en övergripande förutsättning för omställningen av den svenska hälso- och sjukvården. Mot den bakgrunden har vi i avsnitt 3.3.1 Kompetensförsörjning också redogjort för ett par centrala pågående arbeten hos Socialstyrelsen och UKÄ kopplat till just kompetensförsörjning.

¹⁸ SOU 2018:39 *God och nära vård – En primärvårdsreform*, avsnitt 9.2.6.

I anslutning till den senaste regeringsbildningen gjordes en sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna, det s.k. Januariavtalet. En av de 73 punkterna där lyder ”En nationell samordning vad gäller långsiktig planering av personal och kompetensförsörjning inom vården införs under 2019”. I samma överenskommelse omtalas också att ”Det ska finnas goda möjligheter att läsa till specialistsjuksköterska med bibehållen lön. En satsning på bättre villkor och karriärtjänster för att öka attraktiviteten till att bli specialistsjuksköterska genomförs”. Utredningen välkomnar båda dessa initiativ, som är väl i linje med utredningens syn på behov av åtgärder.

Interprofessionellt lärande

En förutsättning för att kunna använda alla vårdens kompetenser på ett klokt sätt tillsammans är kunskap, inte bara om den egna professionens uppdrag och begränsningar, utan också om de professioner man förväntas samverka med. På flera lärosäten diskuteras nu även hur utbildningar som kanske inte traditionellt har inkluderats i den interprofessionella samverkan kan inlemmas i arbetet. Så diskuteras t.ex. att inrätta interprofessionella lärmoment på sjuksköterskeprogram och socionomprogram utöver redan befintlig samverkan med andra utbildningar inom hälso- och sjukvårdens område. Även på psykologprogram diskuteras på några håll motsvarande samverkan med andra professioner. Från studenthåll lyfts en önskan om fler interprofessionella lärmoment och förslag på hur detta kan lösas, exempelvis med hjälp av distanslösningar eller under praktikperioder, för studenter på lärosäten där inte mer än en eller två av de traditionella hälso- och sjukvårdsutbildningarna erbjuds.

Interprofessionellt lärande vid Linköpings universitet

Interprofessionellt lärande (IPL) har en lång tradition vid medicinska fakulteten, Linköpings universitet. För att säkerställa att studenternas interprofessionella lärande blir synliggjort och examinerat löpande under utbildningen så har fakulteten skapat ett formellt interprofessionellt curriculum organiserat som tre

moduler under ett gemensamt organisatoriskt paraply. Studenter på såväl grundnivå som avancerad nivå genomför också moment i interprofessionella grupper vid kliniska simuleringsövningar och under sin verksamhetsförlagda undervisning m.m.

Undervisningen vid medicinska fakulteten bygger på problembaserat lärande som betonar ett studentcentrerat lärande där studenterna förväntas ta eget ansvar för lärprocessen. Basgruppsarbetet utgör den centrala lärandeaktiviteten. Studentgruppen bearbetar verklighetsanknutna scenarion för att identifiera inlärningsbehov och för att tillämpa kunskaperna, som stöd för sin kunskapsinhämtning. Det finns uppenbara synergieffekter mellan problembaserat lärande och interprofessionellt lärande då basgruppsarbetet bidrar till att utveckla de kompetenser som behövs för framtida interprofessionell samverkan. För interprofessionell samverkan behöver studenterna utveckla kompetenser inom fem huvudområden: Etik, Team, Kommunikation, Lärande och Roller.¹⁹

De tre modulerna som utgör fakultetens interprofessionella curriculum omfattar totalt åtta veckors heltidsstudier fördelat på fyra veckor för modul 1 och två veckor vardera för modul 2 och 3. Lärandemålen för varje delmoment är identiska för alla professionsprogram. Studenter som deltar läser till arbetsterapeut, biomedicinsk analytiker, fysioterapeut, logoped, läkare och sjuksköterska. De tre modulerna utgörs av:

1. Professionalitet i hälso- och sjukvården samt socialtjänsten

Det första utbildningsmomentet genomförs i början av utbildningarna, och utgör en gemensam introduktion till studenternas framtida professionsområden. Momentet genomförs parallellt med professionsspecifika studier för att synliggöra gemensamma och specifika kunskaper och färdigheter. Regelverk, teorier och koncept som bearbetas är t.ex. lagstiftning inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst, professionernas ansvar och uppdrag inom hälso- och sjukvård, etiska principer, prioriteringsproblematik och hälso-

¹⁹ Modifierat från Interprofessional Education Collaborative (IPEC).

begrepp. För att förstärka IPL som en naturlig del av professionsutbildningen är det samma grupp av basgruppshandledare för programspecifika och interprofessionella basgrupper.

2. Kvalitet och lärande i arbetslivet (förbättringskunskap)

Innehållet i den andra modulen behandlar förbättringskunskap. Här utgår studenterna från autentiska förbättringsprojekt hämtade från hälso- och sjukvården. Förbättringsprojekten väljs av verksamhetsutvecklarna inom Region Östergötland. Studenterna arbetar i basgrupper med studenter från flera utbildningsprogram, precis som i modul 1. Parallellt med att studentgruppen fördjupar sina kunskaper om teori, modeller och metoder för hur man kontinuerligt arbetar för en god, säker och effektiv vård, tillämpas kunskaperna på förbättringsprojektet. Dessa återrapporteras till verksamheterna och blir en naturlig del av det pågående kvalitetsarbetet vid enheten.

3. Professionella perspektiv i samverkan (klinisk undervisningsavdelning – KUA)

Det avslutande interprofessionella utbildningsmomentet är den studentdrivna kliniska undervisningsavdelningen (KUA), en undervisningsform som Linköpings universitet var först i världen med att införa. Studenterna bildar vårdteam som självständigt under handledning driver arbetet på vårdavdelningen. Lärandemålen fokuserar på studenternas förmåga att skapa fungerande team med målet att bidra till en god, säker och effektiv vård.

Organisatoriskt så leds arbetet med fakultetens interprofessionella curriculum av en programansvarig lärare som tillsammans med programansvarig för respektive professionsutbildning ingår i fakultetens utbildningsnämnd. Detta möjliggör samordning och förankring mellan de olika utbildningarna. Respektive modul har en ansvarig lärare som leder och utvecklar innehållet i modulen.

Styrningen av utbildningarna

Slutligen vill vi särskilt lyfta ett av förslagen i det nyligen överlämnade betänkandet ”En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan”.²⁰ Där föreslås, bl.a. på hälso- och sjukvårdens område, att regeringens styrning ska ske genom fyraåriga utbildningsuppdrag som består i mål för antal helårsstudenter på totalnivå samt mål för antal examina för utbildningar för legitimationsyrkena. Detta motiveras av att dessa yrken kräver legitimation och att det delvis är politiska reformer som ligger till grund för nuvarande och framtida behov av utbildade. Detta anses utgöra särskilda skäl som, tillsammans med den uttalade brist på utbildade som finns i dagsläget, motiverar särskild styrning. Utredningen välkomnar ett sådant synsätt.

8.2.4 Avslutande reflektioner

Vi vill till slut lyfta ytterligare några iakttagelser från våra dialogmöten, bl.a. med vår referensgrupp med professionsföreträdare. Det finns en samstämmighet i behovet av att både vidmakthålla de kompetenser som finns i hälso- och sjukvården, men också bejaka behovet av nya tillkommande kompetenser exempelvis inom logistik, planering, e-hälsa, digitalisering och förändringsledning. Samverkan mellan olika yrkesgrupper, såväl kliniska vårdprofessioner som övriga, behöver genomgående bli bättre. En fråga som nämns är att vid s.k. *skill shift*, överföring av kompetens och uppgifter mellan yrkesgrupper, är det en nödvändighet att involvera både de som tillförs uppgifter och de som lämnar ifrån sig uppdrag, för att det ska bli framgångsrikt. Olika professioner och professionsorganisationer måste vara beredda att både ge och ta i en sådan utveckling.

Flera professioner efterfrågar en diskussion om specialiseringsordningar för fler av vårdens legitimerade yrkesgrupper än i dag. Sådana specialiseringsordningar förekommer och blir alltmer vedertagna inom en rad professioner och hos huvudmännen, även om de inte omfattas av någon reglerande struktur utan bygger på professionsföreningarnas arbete och initiativ, såsom för exempelvis fysioterapeuter, arbetsterapeuter och dietister.

²⁰ SOU 2019:6 *En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan*; se även avsnitt 3.6.2. i detta betänkande.

8.2.5 Dialogfrågor

- Flera studentorganisationer efterfrågar mer interprofessionellt lärande, och att göra vissa områden gemensamma för flertalet vårdutbildningar. Det kan t.ex. handla om systemkunskap, e-hälsa, personcentrering och förbättringskunskap. Vad tänker du om det?
- Vilka är, förutom en rimlig löneutveckling, enligt dig de tre viktigaste faktorerna för att skapa förutsättningar för ett hållbart arbetsliv inom hälso- och sjukvårdssektorns verksamheter?

9 Förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet

9.1 Att uppnå uthållighet i arbetet med den nationella färdplanen mot målbilden

Utredningens uppdrag avslutas i samband med slutbetänkandet i mars 2020. Det omställningsarbete som redan i dag pågår, och som i många delar fanns innan utredningen fick uppdraget att ta förslagen i Effektiv vård vidare, måste fortsätta under många år framöver. Hur detta arbete ska genomföras och stödjas för att bli uthålligt och framgångsrikt omfattas delvis av våra förslag till uppföljning av färdplanen och de rådslag mellan staten och huvudmännen som föreslogs av oss i vårt föregående betänkande.

9.1.1 Stöd från SKL

En naturlig och viktig sammanhållande aktör i arbetet med omställningen till god och nära vård är Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), såsom medlemsorganisation för kommuner och regioner/landsting. SKL:s kongress fattade 2015 beslut om tre inriktningar för deras övergripande arbete 2016–2019, och utifrån dessa inriktningar fattades beslut om 139 inriktningsmål. Under 2019 har styrelsen valt att prioritera och särskilt följa arbetet inom ett urval av dessa inriktningsmål. För dessa inriktningsmål presenteras också strategiska aktiviteter och förväntat resultat¹. Omställningen till Nära vård är en av de frågor SKL:s styrelse utsett till prioriterad för 2019. Sedan juni 2017 finns en samordnare utsedd för SKL:s arbete med området och en arbetsgrupp för att säkerställa bred förankring

¹ SKL, *Verksamhetsplan och budget*.

inom andra delar av SKL:s arbete. Det finns också en chefsnätverks-övergripande referensgrupp för arbetet med representation av såväl kommuner som regioner/landsting.

SKL stödjer medlemmarnas arbete med att utveckla och förankra målbilder för omställningen i länen. T.ex. genom åtgärder i form av ledarskapsutbildning i förändringsledning och tjänstedesign, riktade till ledare i det lokala omställningsarbetet, utveckling av indikatorer för uppföljning av omställningen, följeforskningsprojekt. SKL ordnar även konferenser och andra mötesplatser samt kommunikativa åtgärder för att underlätta spridning av begreppet nära vård såväl som goda exempel på omställningsarbete. I stödet till omställningen inkluderas även SKL:s arbete med personcentrering. SKL samlar i dag sina pågående initiativ gällande omställningen till nära vård på sin hemsida.²

Utredningen ser framför sig att, liksom i samband med tidigare lagda förslag, i kommande betänkande belysa behovet av övergångsmedel i form av ekonomiska satsningar för att genomföra utredningens förslag. Tidigare har detta gjorts i form av överenskommelser mellan staten och SKL. Om detta tillvägagångssätt ska fortsätta visar även det på behovet av stödjande insatser internt och externt från SKL:s sida.

9.1.2 Stöd från Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har i maj 2019 fått ett regeringsuppdrag att ta fram en strategisk plan för hur Socialstyrelsen kan stödja omställningen mot en god och nära vård. Socialstyrelsen ska bl.a. analysera vilka insatser myndigheten kan genomföra för att stödja regionerna/landstingen och kommunerna i den pågående långsiktiga omställningen till en mer nära vård, med fokus på primärvård. Analysen ska utgöra en grund för en strategisk flerårig plan för myndighetens arbete och utgångspunkten ska vara den målbild och färdplan som vår utredning tagit fram (se kap. 3). Uppdraget ska redovisas till regeringen senast den 1 nov 2019.

² SKL, *Omställning till en nära vård*.

9.1.3 Behovet av dialog med medborgare och medarbetare – en del av förändringsarbetet

Att förankra och skapa samsyn kring ett förändringsarbete

Som framgår av vår färdplan för omställningen (se avsnitt 3.1) är det avgörande att huvudmännen och staten fattar nödvändiga beslut och arbetar uthålligt, tillsammans, i riktning mot den gemensamma målbilden. Det är nödvändigt, men det är inte tillräckligt. Som också framgår av färdplanen måste vi även ha med oss våra medborgare och vårdens medarbetare. De som vården och omsorgen är till för och de som varje dag tillhandahåller vård och omsorg och har vården som sin arbetsmiljö.

För att människor ska vilja och orka engagera sig i förändringsarbete är det avgörande att man förstår och känner igen sig i såväl ”problembeskrivningen”, dvs. varför det finns ett behov av att förändra något, som vad syftet/målet är med själva förändringsarbetet. När vi nu – hela hälso- och sjukvårdssverige – är på väg att göra en mycket omfattande förändringsresa för att ställa om till en personcentrerad, modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården, är det alltså avgörande att vi faktiskt också lägger tillräckliga resurser på att bygga samsyn i vårt samhälle, kring varför vi gör denna resa och vad som är målet för den. För är vi inte överens om vart vi ska, då har vi ingenting att utgå från när vi behöver ta oss över hinder, de olika ”gropar på vägen” som oundvikligen kommer att dyka upp under förändringsresan.

Vi behöver även enas om ”hur:et”; de olika steg vi behöver ta – på olika ställen i systemet – för att nå målbilden. Vi behöver vara eniga om innehållet i färdplanen. Vi behöver säkerställa att olika berörda och inblandade aktörer, såsom personer med patienterfarenhet och professionsorganisationer, får möjlighet att vara delaktiga i och påverka utformningen av processerna. Enbart på det sättet kan vi bygga det breda samförstånd och skapa de bärare av omställningen som vi behöver, på alla olika nivåer, i systemet. Detta tar tid, och det behöver få ta tid och resurser.

Kommunikations- och informationsbehov på alla nivåer

För att nå uthållighet i omställningsarbetet finns det alltså ett stort behov av sammanhållen, strategisk kommunikation, anpassad till målgrupp och sammanhang. Utredningens utåtriktade arbetssätt och breda dialogarbete har utgjort en uppstart och är en del av detta nödvändiga kommunikationsarbete, men det är bara en början. I takt med att olika aktörer arbetar vidare i enlighet med färdplanen och att utredningens uppdrag närmar sig sitt slut i mars 2020, så blir det naturligt att övriga aktörer även tar sig an mer och mer av tillhörande kommunikationsarbete inom sina respektive ansvarsområden. I anknytning till detta vill utredningen framhålla några aspekter som i olika sammanhang lyfts till utredningen och som vi ser som avgörande att ha med sig i det fortsatta arbetet.

Det räcker inte med ledningsnivån

Det är utredningens uppfattning att omställningsarbetet måste förankras brett på ledningsnivå hos huvudmännen, i såväl politiska som tjänstemannaledningar, och omsättas i egna beslut och planer som konkretiserar arbetet inom de egna ansvarsområdena. Det är avgörande att det är förankrat på högsta nivå, men det är inte tillräckligt. Omställningsarbetet måste kommuniceras vidare ut i verksamheterna, hela vägen ut till första linjens chefer och deras medarbetare. Detaljnivån behöver och kan givetvis inte vara densamma, men det behöver vara tydligt även för en enskild undersköterska på ortopedkliniken eller en arbetsterapeut i primärvården i vilket sammanhang den egna enheten finns och hur den påverkas av omställningen. Vidare hur omställningen även syftar till att medarbetarnas kompetens och vilja till att förbättra verksamheten bättre tas till vara. Betydelsen för den enskilda medarbetaren av att faktiskt uppleva att det finns en tanke i systemet om vart man är på väg och varför ska inte heller underskattas. Flera gånger – inte minst i möten med yngre medarbetare i vården – har vi efter dialoger som beskriver omställningen på övergripande nivå fått återkopplingen att ”Varför har vi inte hört mer om det här tidigare? Nu förstår man ju att det finns ett pågående utvecklingsarbete. Då får man mer inspiration att engagera sig i förändringsarbete i sin närmiljö.” Huvudmännen behöver alltså göra ett

genomtänkt dialogarbete för att bjuda in till och förankra omställningen hos sina medarbetare. Det måste vara tydligt att den här gången menar vi alla allvar.

Medborgarnas förväntningar, förståelse och förtroende

Som vi från utredningens sida tidigare beskrivit har vår befolkning i dag också andra förväntningar än förr på vårt hälso- och sjukvårdssystem. I flera delar upplever allt fler medborgare i dag att systemet inte lever upp till dessa förväntningar. Om vi ska bygga förståelse och upprätthålla eller stärka förtroendet för vår svenska hälso- och sjukvård måste vi därför också synliggöra för våra medborgare att vi har en *gemensam* övergripande målbild och färdplan för att modernisera svensk hälso- och sjukvård, för att göra den mer personcentrerad och bättre möta dagens och morgondagens behov. Samtidigt krävs också en tydlighet om att det är ett långsiktigt arbete som kräver uthållighet. Det tar tid att ändra strukturer och kulturer. Vi tror även att det behövs mer av ett offentligt samtal om vad vi kan och ska göra inom den ändliga resurs som den allmänna hälso- och sjukvården har till sitt förfogande (jfr avsnitt 1.3.5). Det behöver bli tydligare för medborgare på vilka grunder vi prioriterar våra begränsade resurser. Enligt utredningens bedömning är det nödvändigt för att skapa förutsättningar för att kunna möta befolkningens förväntningar på hälso- och sjukvården.

För att understryka att det är en *gemensam* målbild och färdplan, och undvika risken för budskap som kan uppfattas motstridiga, vill vi även betona ett förslag som lyfts till oss. Att patientorganisationer, professionsorganisationer och huvudmän skulle kunna göra gemensam sak och tillsammans utveckla informationsmaterial till medborgare och patienter. Ett sådant material skulle också kunna innehålla delar som beskriver hur medborgare och patienter/brukare kan vara delaktiga i den pågående förändringen.

För den medborgare eller medarbetare som vill informera sig om utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård bör det också vara enkelt att hos t.ex. huvudmän och statliga myndigheter söka information om den övergripande omställningen, och hur den tar sig uttryck i den aktuella organisationen.

Angränsande informationsbehov

Vårt att framhålla i sammanhanget är även det som bl.a. Vårdanalys lyfter i sitt remissvar på vårt andra delbetänkande, nämligen behovet av bättre information och stöd till medborgarna för att de, utifrån sina behov, på ett lättillgängligt sätt ska kunna navigera sig i vårdlandskapet. Det måste vara begripligt såväl var och hur man som patient bör söka vård som vad olika samordningsfunktioner har för roller och uppdrag. Det faktum att olika vårdgivare och huvudmän använder olika begrepp för liknande vårdformer och funktioner försvårar ytterligare. Detta är också frågor som huvudmännen behöver ta ett samlat grepp om i omställningsarbetet.

9.1.4 Behovet av hållbara stödstrukturer och regelbundna uppföljningspunkter

I vårt andra delbetänkande föreslog vi en struktur för att följa arbetet med färdplanen över tid, för att ge samtliga aktörer en gemensam möjlighet att kunna följa förändringen.³ Förslaget, som för närvarande bereds i regeringskansliet, innebär dels att fyra olika storheter årligen ska följas (se även bilaga 4). Dessa är valda för att ge en övergripande bild av hur omställningen framskrider och för att kunna utgöra underlag för gemensam diskussion och reflektion mellan olika aktörer i detta avseende. De är inte tänkta att ersätta ordinarie uppföljning av svensk hälso- och sjukvård. Förslaget innebär även att nationella samråd kring genomförandet av färdplanen hålls vid tre tillfällen fram t.o.m. 2027. Dessa bör samla representanter på kommunal, region/landstings och statlig nivå för att stämma av status för genomförandet och vid behov föreslå justeringar i inriktningen. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys föreslås få ett övergripande uppdrag att bistå med underlag för att ge möjlighet att följa omställningen mot en god och nära vård.

Ovan beskrivna förslag lade utredningen fram utifrån den kunskap som finns om behovet av stödstrukturer och samlande krafter för att hålla i ett omställningsarbete över tid, och vid behov även kunna uppdatera färdplanen. Utifrån remissvaren på vårt delbetänkande kan konstateras att det verkar finnas en samsyn kring behovet av sådana stödstrukturer. Flera huvudmän efterfrågar t.ex. tätare

³ SOU 2018:39 *God och nära vård – En primärvårdsreform*, avsnitt 8.3.

nationella samråd än vart tredje år. I detta sammanhang konstaterar vi att det kan komma att finnas behov av en aktör med specifikt uppdrag att vara samlande kraft för omställningsarbetet, även efter att vår utredning avslutat sitt uppdrag i mars 2020. Vår utredning kan därmed eventuellt återkomma med kompletterande förslag för att skapa nödvändiga stödstrukturer i slutbetänkandet.

I sammanhanget kan slutligen också noteras att utöver våra specifika förslag för uppföljning av själva omställningen så kommer det även att finnas behov av att utveckla den ordinarie uppföljningen av svensk hälso- och sjukvård, utifrån omställningen och hur våra förslag till lagändringar tas vidare. Det kan t.ex. gälla behovet av att möjliggöra en systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå som vi tidigare beskrivit,⁴ uppföljning av uppfyllelsen av lagkrav om möjligheten att få tillgång till en fast läkarkontakt i primärvården eller uppföljning av vissa bristkompetenser, såsom specialistsjuksköterskor.

9.2 Resursfrågan

Uppdrag gällande resursöverföring

I enlighet med utredningens ursprungsdirektiv ska vi göra en bred analys av de förslag som lämnades i slutbetänkandet *Effektiv vård*. Vår utredning ska särskilt beakta några av förslagen, bland dessa nämns resursöverföring 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. Vi har redan tidigare beskrivit behovet av resursomfördelning på längre och kortare sikt.⁵

⁴ SOU 2018:39 *God och nära vård – En primärvårdsreform*, avsnitt 8.4.

⁵ SOU 2017:53 *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild*, avsnitt 4.4.

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, och därmed också för hur resurser allokeras. Rent ekonomiskt är statens roll förhållandevis liten. År 2017 stod staten för cirka 1,5 procent av de totala kostnaderna för den svenska hälso- och sjukvården.⁶

Det huvudsakliga ansvaret för finansieringen och organiseringen av hälso- och sjukvården ligger hos de 21 regionerna/landstingen, och i vissa delar hos de 290 kommunerna. Via landstings- respektive kommunalskatten finansieras merparten av hälso- och sjukvården. 2017 stod landstingen och landstingsägda bolag för 56,7 procent av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna och kommunerna för 25,5 procent.⁷ Detta gör att när en större andel av den ekonomiska resursen i framtiden ska tillfalla primärvården räcker det inte med att statens resurser allokeras om – de är en liten del i sammanhanget. Den stora omfördelningen måste ske inom region/landsting och kommuner, av respektive huvudmans egna resurser.

Hur kan resurser överföras?

Vi ska enligt våra direktiv analysera hur resurser kan överföras från sjukhusvården till primärvården. Det finns ett begränsat antal sätt på vilka detta kan ske. Som beskrivet är regioner/landsting ansvariga för finansiering och organisering av merparten av svensk hälso- och sjukvård, inklusive sjukhusvården. En överföring av resurser från sjukhus till övriga delar av landstingets vård måste därför primärt ske genom omfördelning av resurser inom den egna verksamheten.

Utöver detta kan den statliga nivån påverka hur huvudmännen allokerar sina resurser genom förändrad lagstiftning. Dessutom kan staten tillföra medel via riktade statsbidrag till huvudmannen, vanligtvis i form av överenskommelse mellan staten och SKL. Sådana riktade statliga ekonomiska satsningar, ”omställningsstöd”, har utredningen tidigare lämnat förslag på i samband med vissa av våra

⁶ SCB, *Hälso- och sjukvårdens kostnader 2001–2017*, 2019.

⁷ 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).

tidigare förslag. Så gjordes t.ex. för införandet av den förstärkta vårdgarantin, för vilken huvudmännen – i enlighet med våra förslag – gavs tillskott av medel inom ramen för en överenskommelse mellan staten och SKL. Även vad gäller utbildning av fler specialister i allmänmedicin har vi föreslagit särskilt tillförda ekonomiska medel. Vi kommer även i slutbetänkandet att framförallt använda oss av detta tillvägagångssätt; dvs. i samband med de förslag vi lägger och utifrån tillhörande ekonomiska konsekvensanalyser, kommer vi när sådana behov bedöms finnas att föreslå tillskjutande av omställningsmedel från staten till huvudmännen. Vi vill också fortsatt betona att de lagändringar utredningen föreslår, om de genomförs, i sig kommer att påverka hur såväl staten som huvudmännen organiserar sig och därmed allokerar sina resurser.

Blir resursöverföringen verkligen av?

I samband med detta synsätt på överföring av resurser är det viktigt att åter framhålla de förslag till uppföljning som vi lagt i vårt föregående betänkande, där en av storheterna gäller just fördelningen av den ekonomiska resursen hos varje region/landsting mellan primärvård och samtlig hälso- och sjukvård hos regionen/landstinget. Vi föreslog att denna storhet, bland andra, årligen ska följas av Vårdanalys. Att följa det ekonomiska perspektivet över tid under den pågående omställningen är av stor vikt, och också en förtroendefråga vad gäller huvudmännens handlingskraft.

Utredningen möter ofta farhågan, inte minst från primärvårdens företrädare och medarbetare, att uppdrag ska överföras till primärvården utan att resurser, såväl ekonomiska som personella, medföljer. En strukturerad uppföljning av omställningen, och en löpande beskrivning av fördelningen i resurssättning mellan primärvården och övrig vård, möjliggör en synlig och transparent process. Det möjliggör också en dialog och statlig uppföljning i samband med de av utredningen föreslagna rådslagen vart tredje år mellan staten och huvudmännen. Vid utebliven omfördelning av ekonomiska resurser på huvudmannanivå ges staten möjlighet att ytterligare skärpa kraven på hastigheten i den omställning till god och nära vård som samtliga huvudmän säger sig vara beredda till, och på väg att genomföra.

Referenser

Författningar

EU rättsakter

Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt.

Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård.

Lagar

Lagen (1964:167) med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare.
Regeringsformen (1974:152).

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl.

Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Lagen (1990:1402) om övertagande av vissa sjukhem och andra vårdinrättningar.

Lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.

Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Lagen (1993:584) om medicintekniska produkter.

Lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.

- Mervärdesskattelagen* (1994:200).
- Patientskadelagen* (1996:799).
- Lagen (1998:543) *om hälsodataregister.*
- Socialtjänstlagen* (2001:453).
- Lagen (2003:1210) *om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.*
- Smittskyddslagen* (2004:168).
- Lagen (2004:773) *om kommunalekonomisk utjämning.*
- Tandvårdslagen* (2008:145).
- Patientdatalagen* (2008:355).
- Lagen (2008:962) *om valfrihetssystem.*
- Lagen (2009:724) *om nationella minoriteter och minoritetsspråk.*
- Socialförsäkringsbalken* (2010:110).
- Lagen (2010:630) *om regionalt utvecklingsansvar.*
- Patientsäkerhetslagen* (2010:659).
- Patientlagen* (2014:821).
- Lagen (2016:1145) *om offentlig upphandling.*
- Hälso- och sjukvårdslagen* (2017:30).
- Lagen (2017:612) *om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.*
- Kommunallagen* (2017:725).

Förordningar

- Förordningen (1991:1472) *om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.*
- Förordningen (1994:1120) *om ersättning för fysioterapi.*
- Förordningen (1994:1121) *om läkarvårdsersättning.*
- Socialtjänstförordningen* (2001:937).
- Hälso- och sjukvårdsförordningen* (2017:80).

Myndighetsföreskrifter

- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) *om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.*
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2007:10) *om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering.*
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) *om användningen av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.*
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) *om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.*
- Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) *om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.*
- Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2013:11) *om medicintekniska produkter.*
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2014:5) *om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.*

Rättsfall m.m.

- EU-domstolens dom av den 2 juni 2016, Dr Falk Pharma GmbH mot DAK-Gesundheit, mål C-410/14.
- Högsta förvaltningsdomstolens dom RÅ 2006 ref. 26.
- Kammarrätten i Sundsvall dom 2011-06-21, mål nr 34-11 (Fysioterapi).
- Förvaltningsrätten i Sundsvall dom 2011-09-27, mål nr 2911-10E (Internmedicin).
- Förvaltningsrätten i Göteborg dom 2013-10-14, mål nr 8543-13E (Allmänmedicin).
- JO:s beslut den 13 april 2015, dnr 681-2013.

Offentliga tryck

Riksdagstryck

Socialutskottets bet. 1993/94:SoU28 *Psykiskt stördas villkor.*

Socialutskottets bet. 2005/06:SoU26 *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.*

Finansutskottets bet. 2017/18:FiU43 *Ökade tillståndskrav och särskilda regler för upphandling inom välfärden.*

Propositioner och skrivelser

Prop. 1928:101 *med förslag till lag om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus.*

Prop. 1946:312 *med förslag till lag om allmän sjukförsäkring, m.m.*

Prop. 1953:178 *med förslag till lag angående ändring i lagen om allmän sjukförsäkring.*

Prop. 1959:19 *med förslag till sjukhuslag m.m.*

Prop. 1960:159 *med förslag till riktlinjer för regionsjukvårdens utbyggande.*

Prop. 1962:90 *med förslag till lag om allmän försäkring, m.m.*

Prop. 1962:122 *om sjukvårdslag m.m.*

Prop. 1969:125 *om ändring i lagen om allmän försäkring m.m.*

Prop. 1970:74 *med förslag till ny organisation av läkemedelsförsörjningen m.m.*

Prop. 1972:104 *med förslag till ändring i sjukvårdslagstiftningen, m.m.*

Prop. 1975:9 *om reformering av högskoleutbildningen m.m.*

Prop. 1978/79:178 *om husläkarsystem inom hälso- och sjukvården m.m.*

Prop. 1981/82:97 *om hälso- och sjukvårdslag m.m.*

Prop. 1981/82:219 *med förslag till hälsoskyddslag, m.m.*

Prop. 1990/91:14 *om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.*

Prop. 1990/91:117 *om en ny kommunallag.*

Prop. 1990/91:141 *om rehabilitering och rehabiliteringsersättning 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. 1993/94:218 *Psykiskt stördas villkor.*
- Prop. 1994/95:109 *Vissa privatpraktiserande läkares och sjukgymnasters etablering m.m.*
- Prop. 1994/95:195 *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*
- Prop. 1995/96:141 *Aktiv förvaltning av statens företagsägande.*
- Prop. 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*
- Prop. 1996/97:123 *Privata vårdgivare.*
- Prop. 1999/2000:149 *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.*
- Prop. 2000/01:36 *Sjukhus med vinstsyfte.*
- Prop. 2002/03:20 *Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområde.*
- Prop. 2004/05:145 *Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus.*
- Prop. 2005/06:115 *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.*
- Prop. 2007/08:126 *Patientdatalag m.m.*
- Prop. 2007/08:142 *Sjukhusens läkemedelsförsörjning.*
- Prop. 2008/09:29 *Lag om valfrihetssystem.*
- Prop. 2008/09:64 *Ersättningsetablering för vissa privata vårdgivare m.m.*
- Prop. 2008/09:74 *Vårdval i primärvården.*
- Prop. 2008/09:145 *Omreglering av apoteksmarknaden.*
- Prop. 2008/09:193 *Vissa psykiatrirfrågor m.m.*
- Prop. 2009/10:80 *En reformerad grundlag.*
- Prop. 2011/12:123 *Ny ordning för nationella vaccinationsprogram.*
- Prop. 2013/14:118 *Privata utförare av kommunal verksamhet.*
- Prop. 2015/16:195 *Nytt regelverk om upphandling.*
- Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag.*
- Prop. 2016/17:50 *Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft.*
- Prop. 2016/17:106 *Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.*

- Prop. 2016/17:171 *En ny kommunallag.*
- Prop. 2017/18:83 *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.*
- Prop. 2017/18:158 *Ökade tillståndskrav och särskilda regler för upphandling inom välfärden.*
- Prop. 2017/18:159 *Tillstånd att ta emot offentlig finansiering inom socialtjänsten, assistansersättningen och skollagsreglerad verksamhet.*
- Prop. 2017/18:249 *En god och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälspolitik.*

Lagrådsremisser

- Lagrådsremiss, *Landstingens, kommunernas och befolkningens synpunkter vid ändringar i landstingsindelningen*, 11 april 2019.
- Lagrådsremiss, *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*, 30 augusti 2018.

Statens offentliga utrednings- och kommittébetänkanden

- SOU 1958:15 *Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena.*
- SOU 1958:26 *Regionsjukvården, riksplan för samarbete inom specialiserad sjukhusvård.*
- SOU 1978:70 *Regionsjukvården betänkande.*
- SOU 1979:78 *Mål och medel för hälso- och sjukvården förslag till hälso- och sjukvårdslag.*
- SOU 1999:66 *God vård på lika villkor? om statens styrning av hälso- och sjukvården.*
- SOU 2006:100 *Ambition och ansvar – Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.*
- SOU 2008:127 *Patientens rätt. Några förslag för att stärka patientens ställning.*
- SOU 2009:84 *Regler för etablering av vårdgivare.*
- SOU 2011:15 *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande.*
- SOU 2012:2 *Framtidens högkostnadsskydd.*

- SOU 2012:75 *Pris, tillgång och service – fortsatt utveckling av läkemedels- och apoteksmarknaden.*
- SOU 2015:20 *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård.*
- SOU 2016:2 *Effektiv vård.*
- SOU 2017:47 *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa: Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa.*
- SOU 2017:53 *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild.*
- SOU 2017:77 *Kommunalrättsliga förutsättningar för samverkan.*
- SOU 2018:10 *Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå.*
- SOU 2018:39 *God och nära vård – En primärvårdsreform.*
- SOU 2018:74 *Lite mer lika: Översyn av kostnadsutjämnningen för kommuner och landsting.*
- SOU 2018:77 *Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter.*
- SOU 2018:80 *Samspel för hälsa Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring.*
- SOU 2018:87 *Finansiering, subvention och prissättning av läkemedel.*
- SOU 2018:90 *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt: Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa.*
- SOU 2019:6 *En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan.*
- SOU 2019:20 *Stärkt kompetens i vård och omsorg.*

Departementspromemorior

- Ds. 2018:5 *Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården.*
- Ds. 2018:31 *Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi.*

Kommittédirektiv

- Dir. 2017:97 *Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)*.
- Dir. 2018:14 *Tilläggsdirektiv till Ordning och reda i vården (S 2017:08)*.
- Dir. 2018:90 *Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)*.

Rapporter

- Arvidsson E., *Priority Setting and Rationing in Primary Health Care*. akademisk avhandling, Linköping University, 2013.
- Astma- och Allergiförbundet, Neuro, Reumatikerförbundet, Riksförbundet Hjärt-Lung, Diabetesorganisationen i Sverige, Storstockholms Diabetesförening, *Vägen mot världsklass*, 2017.
- E-hälsomyndigheten, *Samordning av regeringens satsningar på e-hälsa – Återrapportering enligt E-hälsomyndighetens regleringsbrev 2017 (S2017/00838/FS)*, 2017.
- E-hälsomyndigheten, *Stöd för utveckling och förvaltning av gemensamma, nationella specifikationer (dnr 2016/03439)*, 2018.
- Elg, Daneryd och Lindmark, *Hållbart sjukdomsförebyggande arbete - En studie av hur man arbetar med sjukdomsförebyggande arbete i två vårdssystem i USA, HELIX Rapport 2017:001*, 2017.
- Folkhälsomyndigheten, *Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger: En vägledning*, 2015.
- Folkhälsomyndigheten, *Uppdrag att analysera utvecklingen av utbildningsnivåerna i befolkningen ur ett folkhälso- respektive hälso- och sjukvårdsperspektiv: Slutredovisning av regeringsuppdrag*, 2015.
- Folkhälsomyndigheten, *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter för alla. Sammanfattning av Guttmacher-Lancet-kommissionens slutrapport*, 2018.
- Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling: Årsrapport 2019*, 2019.
- Framtidens vårdkompetens, *Samverkan kring kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården – Årsrapport 2018*, 2019.
- Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft, *Rehabilitering inom hälso- och sjukvård – vuxna. Modellprojektet*, 2019.

- IVO, *En samordnad vård och omsorg för personer som behöver ett multidisciplinärt omhändertagande – hur når vi dit? dnr 14862/2018*, 2018.
- Kommunförbundet Skåne, *Rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning – Bilaga 2 Kartläggning av förskrivningsbart sortiment inom hjälpmedelsområdet – Skånes kommuner*, 2018.
- Konkurrensverket, *Rapport 2010:3 Uppföljning av vårdval i primärvården. Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar. Slutrapport*, 2010.
- Kristenson, M, *Hälso- och sjukvårdens roll för en jämlik hälsa: Underlagsrapport (S 2015:02) – Kommissionen för jämlik hälsa*, 2017.
- Linköpings universitet, *HabQ – Årsrapport 2017 Nationellt kvalitetsregister för habilitering – NKR 175*, 2018.
- Länsstyrelsen Stockholm, *Projektplan för Folkhälsopilot Stockholm – skräddarsytt stöd till hälsofrämjande och förebyggande arbete*, 2018.
- Länsstyrelsen Västerbotten, *Folkhälsoarbetets infrastruktur – Pilotprojekt för samordning av Västerbottens folkhälsoarbete*, 2018.
- Mona Boström AB, *Nationell taxa – slutredovisning av uppdrag*, 2012.
- Myndigheten för arbetsmiljökunskap, *Företagshälsovårdens kompetensförsörjning*, 2019.
- The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *The future of primary care Interim report and next steps*, Paris, 2017.
- Riksdagen, *Finsam – en uppföljning av finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser 2014/15:RFR13*, 2015.
- Riksrevisionsverkets rapport, *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet RiR 2017:3*, 2017.
- Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland, *Cancerplanen 2013–2015*, 2013.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i Socialtjänsten*, 2017.
- Sveriges Kommuner och Landsting, *Hälso- och sjukvårdens reformer: En internationell jämförelse*, 2006.
- Sveriges Kommuner och Landsting, *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2015*, 2016.

- Sveriges Kommuner och Landsting, *Köp av verksamhet 2016, 2017*.
- Sveriges Kommuner och Landsting, *Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi*, 2017.
- Sveriges Kommuner och Landsting och E-hälsomyndigheten, *Vision e-hälsa 2025 – Samordningsplan 2018*, 2018.
- Sveriges Kommuner och Landsting och E-hälsomyndigheten, *Vision e-hälsa 2025 – Samordningsplan 2019*, 2019.
- Socialstyrelsen, *Ädelreformen slutrapport*, 1996.
- Socialstyrelsen, *Familjecentraler – Kartläggning och kunskapsöversikt*, 2008.
- Socialstyrelsen, *Handbok för effektivitetsanalyser: För god vård och omsorg*, 2014.
- Socialstyrelsen, *Vägledning för barnhälsovården*, 2014.
- Socialstyrelsen, *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*, 2015.
- Socialstyrelsen, *Hälsoärende och process-id – Förutsättningar för en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kring individanpassade processer*, 2015.
- Socialstyrelsen, *Nationell informationsstruktur 2016:1*, 2016.
- Socialstyrelsen, *Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)*, 2017.
- Socialstyrelsen, *Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan*, 2017.
- Socialstyrelsen, *Om övergångar mellan slutna vård och öppen vård och omsorg*, 2017.
- Socialstyrelsen, *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna – Till och med 2016*, 2017.
- Socialstyrelsen, *Digitala vårdtjänster*, 2018.
- Socialstyrelsen, *Digitala vårdtjänster riktade till patienter*, 2018.
- Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor – Stöd för styrning och ledning*, 2018.
- Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – Stöd för styrning och ledning*, 2018.

- Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid endometrios – Stöd för styrning och ledning*, 2018.
- Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid stroke – Stöd för styrning och ledning*, 2018.
- Socialstyrelsen, *Utvärdering av universitetssjukvård*, 2018.
- Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2019*, 2019.
- Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie*, 2019.
- Socialutskottet, *Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering, dnr. 2017/18:RFR5*, 2017.
- Statens folkhälsoinstitut, *Redovisning av uppdraget att utreda evidensgraderingen för metoder på folkhälsoområdet*, 2011.
- Svenska Läkaresällskapet, Svensk Sjuksköterskeförening, Dietisternas riksförbund, *Personcentrerad vård – en kärnkompetens för god och säker vård*, 2018.
- Vårdanalys, *Förebygga för att överbrygga? Jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor*, 2014.
- Vårdanalys, *En primär angelägenhet*, 2017.
- Vårdanalys, *Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv*, 2017.
- Vårdanalys, *För säkerhets skull. Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter*, 2017.
- Vårdanalys, *PM 2017:5 Primärvården i belysning*, 2017.
- Vårdanalys, *Allmän tillgång*, 2018.
- Vårdanalys, *Från mottagare till medskapare*, 2018.
- Vårdanalys, *På väg – Delrapport om genomförandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*, 2018.
- Vårdförbundet, *Styrning för en personcentrerad vård och jämlik hälsa*, 2016.
- WebRehab Sweden, *Årsrapport 2017 Öppen vård*, 2017.
- WebRehab Sweden, *Årsrapport 2017 Sluten vård*, 2017.
- World Health Organization (WHO), *Global status report on non-communicable diseases 2010*, 2011.

World Health Organization (WHO). *Resolution WHA69.24, In: Sixty-Ninth World Health Assembly, Resolutions and decisions, annexes*, 2016.

Övrigt

Björkman, Monica, *Ett europeiskt manifest*, Svensk Rehabilitering 1/2004, 2004.

Eurostat, *Healthy life years (from 2004 onwards)*, http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_hlye&lang=en, (hämtad 19-03-17).

Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsodata: Nationella folkhälsoenkäten: Tobaksvanor*, http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/B_HLV__aLevvanor__aagLevvanortobak/mHLV_Tobaksvanor_utbildning.px/?rxid=50d10f51-79c8-45e1-bba6-636853444550, (hämtad 19-03-13).

Finsam, <https://www.finsam.se/omfinsam>, (hämtad 19-05-02).

Föreningen för familjecentralers främjande, *Vad är en familjecentral?* <http://familjecentraler.se/vad-ar-en-familjecentral1/>, (hämtad 19-05-02).

Inera, *Hjälpmedelstjänsten*, <https://www.inera.se/tjanster/hjalpmedelstjansten/>, (hämtad 19-03-19).

Inspektionen för vård och omsorg (IVO), *Patienterna får identifiera glappen inom vården och omsorgen*, <https://www.ivo.se/publicerat-material/nyheter/nyheter-2019/patienterna-far-identifiera-glappen-inom-varden--och-omsorgen/>, (hämtad 19-02-21).

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), *GBD 2017: GBD Compare Heat Map*. Washington, 2019, <http://ihmeuw.org/4qt1>, (hämtad 19-03-14).

Karolinska institutet (KI) och Stockholms läns landsting (SLL), *Utökat hembesöksprogram för förstagångsföräldrar- samverkan mellan Rinkeby BVC och föräldrarådgivare inom Rinkeby-Kista socialtjänst. Slutrapport utvärdering 2017*, 2017.

- Linköpings Universitet, *Prioriteringscentrum*,
<https://liu.se/forskning/prioriteringscentrum>, (hämtad 19-04-17).
- Läkarförbundet, *Fortbildningsenkät*, 2018.
- Minkman M. *Longing for Integrated Care: The Importance of Effective Governance*. Editorial, *International Journal of Integrated Care*, 17 (4): 10, 2017.
- NOU 2014:12, *Åpent og rettferdigt – prioriteringer i helsetjenesten*.
- Pini, A., Stenbeck, M., Galanis, I., Kallberg, H., Danis, K., & Tegnell, A., *Socioeconomic disparities associated with 29 common infectious diseases in Sweden, 2005–14: An individually matched case-control study*, *The Lancet*, 19(2), 165–176. doi:10.1016/S1473-3099(18)30485-7, 2019.
- Regeringskansliet, *Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar 2014–2017*, 2014.
- Regeringskansliet, *Sverige vässar arbetet inom life science*, 2018.
- Regeringskansliet, *Propositionsförteckning våren 2019*, 2019.
- Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Regleringsbrev för budgetåret 2019 avseende Socialstyrelsen*, 19-03-28.
- Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Landsting, *Patientmiljarden – Insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2018 dnr. S2017/07321/FS*, 2017.
- Region/Landstinget Blekinge, *Avtal om övertagande av ansvar för vissa hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende*, 2013.
- Region/Landstinget Dalarna, *Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Dalarnas län*, 2012.
- Region/Landstinget Gävleborg, *Avtal hemsjukvård mellan Kommunerna och Landstinget i Gävleborg*, 2013.
- Region/Landstinget Jämtland Härjedalen, *Samverkan kring hemsjukvård mellan region Jämtland Härjedalen och kommunerna Jämtlands län*, 2018.
- Region/Landstinget Jönköping, *Så gick det till när hemsjukvården bytte huvudman från Landstinget till kommunerna i Jönköpings län*, 2013.

- Region/Landstinget Jönköping, *Avtal mellan Region Jönköpings län och kommunerna i Jönköpings län om överlåtelse av skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende*, 2018.
- Region/Landstinget Kalmar, *Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Kalmar län*, 2007.
- Region/ Landstinget Kalmar, *Förtydligande tillägg till avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Kalmar län*, 2015
- Region/Landstinget Kronoberg, *Överenskommelse gällande samverkan inom hemsjukvård i Kronobergs län 2018–2022*, 2018.
- Region/Landstinget Norrbotten, *Gränsdragningar mellan landstinget och kommunerna i hemsjukvården 2013*, 2011.
- Region/Landstinget Skåne, *Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne*, 2016.
- Region/Landstinget Södermanland, *Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Södermanlands län*, 2009.
- Region/Landstinget Västerbotten, *Avtal om övertagande av hälso- och sjukvård i ordinärt boende mellan Västerbottens läns landsting och kommunerna i Västerbottens län*, 2012.
- Region/Landstinget Västernorrland, *Avtal om övertagande av hemsjukvård mellan Landstinget Västernorrland och kommunerna i Västernorrlands län*, 2012.
- Region/Landstinget Västmanland, *Avtal om övertagande av hemsjukvård mm mellan landstinget i Västmanlands län och kommunerna i Västmanlands län*, 2012.
- Region/Landstinget Västra Götaland, *Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland*, 2016.
- Region/Landstinget Örebro län, *Överenskommelse avseende ansvar för den somatiska hemsjukvården mellan Örebro läns landsting och kommunerna i Örebro län*, 2016.
- Region/Landstinget Östergötland, *Avtal mellan Landstinget och kommunerna i Östergötlands län om överlåtelse av skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende*, 2013.

- Riggare Sara, *Not patient but im-patient*, www.riggare.se/ (hämtad 19-05-06).
- Riksförbundet Sällsynta diagnoser, *Fokus på vården*,
<https://www.sallsyntadiagnoser.se/wp/wp-content/uploads/2017/02/Medlemsundersokning-Sallsynta-diagnoser-feb.-2017.pdf>, (hämtad 19-05-12).
- Socialstyrelsen, *Frågor och svar om samordnad individuell plan, SIP*
<http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/samordnadindividuellplan-sip>, (hämtad 19-04-30).
- Socialstyrelsen, *Kunskapsguiden.se*,
<http://www.kunskapsguiden.se/Sidor/start.aspx> (hämtad 19-05-06).
- Statistiska centralbyrån (SCB), *Totala hälso- och sjukvårdsutgifter efter hälso- och sjukvårdsändamål (HC) och finansiering (HF). År 2001 – 2017*,
http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__NR__NR0109/HCHF/?rxid=dc2af37d-1387-4ea0-ba07-811cc61b9838, (hämtad 19-03-31).
- Sveriges Kommuner och Landsting, *Landstings och regioners system för kunskapsstyrning*, 2018.
- Sveriges Kommuner och Landsting, *Samordnad individuell plan, SIP*,
<https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/samordnadindividuellplansip.samordnadindividuellplan.html>, (hämtad 19-04-29).
- Sveriges Kommuner och Landsting, *Skolbloggen – Samordnad individuell plan (SIP) behövs i förskolan och skolan*,
<https://skl.se/tjanster/merfranskl/bloggarfranskl/skolbloggen/artiklar/samordnadindividuellplansipbehovsiforskolanochskolan.25529.html>, (hämtad 18-12-06).
- Sveriges Kommuner och Landsting, *Skrivelse, ärendenr. 18/05081*, 2018.
- Sveriges Kommuner och Landsting, *Förstärkt vårdgaranti från 1 januari 2019*,
https://www.vantetider.se/contentassets/817006aaafea47c891f4b81290a0de63/bastext_forstarkt_vardgaranti_rev15nov18.pdf, (hämtad 19-02-24).

- Sveriges Kommuner och Landsting, *Omställning till en nära vård*,
<https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard.6250.html>, (hämtad 19-04-30).
- Sveriges Kommuner och Landsting, *Verksamhetsplan och budget*,
<https://skl.se/tjanster/omskl/inriktningochverksamhet/verksamhetsplanochbudget.7951.html>, (hämtad 19-05-13).
- Socialstyrelsen, *Direktåtkomst – Övergripande*,
<https://div.socialstyrelsen.se/juridiskt-stod/direktatkomst-overgripande>, (hämtad 19-05-13).
- Socialstyrelsen, *Nationell högspecialiserad vård*,
<http://www.socialstyrelsen.se/rikssjukvard/nationellhogspecialiseradvard>, (hämtad 2019-02-25).
- Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer*,
<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/>, (hämtad 19-04-15).
- Socialstyrelsen, *Nationella Screeningrådet*,
<https://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellascreeningprogram/nationellascreeningradet>, (hämtad 19-04-06).
- Socialstyrelsen, *Stöd i arbetet med levnadsvanor*,
<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerpreventionochbehandlingvidohalsosammalevnadsvanor/stodiarbetetmedlevnadsvanor>, (hämtad 19-04-29).
- Starfield, B., Shi, L., Macinko, J, *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*, The Milbank Quarterly, vol. 83. nr. 3, 2005.
- Svensk MeSH, <https://mesh.kib.ki.se/>, (hämtad 19-04-06).
- World Health Organization (WHO), *Hälsa 2020*, 2012.
- Östgren C J et al, *Nationella forskarskolan i allmänmedicin lever vidare*, Läkartidningen 14/2019, 2019.

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 utgångspunkten 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 slutenvård. 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 bekostas 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 stuktornivå 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. Öppetiderna 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 slutna 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 slutna 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 slutna vård. Vidare anges att gränserna mellan öppen och slutna 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 primärvården, 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 lätt-tillgänglig 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 sprid-

ningen 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 helhetssyn 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 jämligt 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.

Ojämlighet i hälsa är ett problem, såväl ur ett individ- som ett samhällsperspektiv. Ökad jämlighet i hälsa leder till bättre utnyttjande av tillgängliga resurser, och insatser för jämlighet 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 jämlighet 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 pojks 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 utgångspunkten 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 förslagets 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 landsingen 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 utgångspunkten 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 utgångspunkten 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 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 vård-enhet 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 högkostnadskyddet 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 prisättning 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 överflyttning 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 slutet 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 överlåtit 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 slutet 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 slutet hälso- och sjukvård tydliggörs att både kommunala verksamheter och primärvård tidigt måste börja planera inför patientens utskrivning från slutet vård. Informationsöverföringen mellan huvudmännen måste fungera och beredskap finnas för att ta emot de utskrivna patienterna. Några behövs 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 slutet 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 slutet 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 vårdvals-system 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 ersättningsystem 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 vårdvals-system 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)

Uppföljning av omställningen

Inledning

Många insatser som syftar till omställning görs hos regioner/landsting samt kommuner, hos SKL och i professionsföreningarnas strategiska arbeten. Framgångar, men också svårigheter, synliggörs av de personer med patient- och brukarerfarenhet vi möter. I arbetet med föreliggande betänkande har vi, och många aktörer vi samarbetat med, haft en vilja att visa hur långt vi kommit i omställningen av hälso- och sjukvårdssystemet hittills. Det har visat sig svårt.

I det följande gör vi ett försök att utifrån några olika angreppssätt belysa omställningsarbetets framåtskridande. Vi börjar med en egen sammanställning av de fyra storheter vi i tidigare betänkande föreslagit som ett sätt att följa omställningsarbetet. Härfter ger vi exempel från regioner/landsting som arbetar aktivt med att synliggöra sitt omställningsarbete. Slutligen visar vi på ett sätt att visa hur arbetet med en kulturförändring syftande till en personcentrerad hälso- och sjukvård framskrider i många regioner/landsting.

Vår förhoppning framåt är att fler ska se behovet av, och bidra till, att tydliggöra det pågående arbetet och de åtgärder som genomförs, så som t.ex. omfördelning av ekonomiska resurser till primärvården, satsningar på bemanning och kompetensförsörjning inom området och inte minst kulturförändringen till en personcentrerad vård.

Vi har dock förståelse för att förändringsarbete tar tid, och att det också tar tid innan de beslut som behöver fattas är tagna, och en samlad formell uppföljning därmed kan påbörjas. Vi hoppas att de första sammanställningarna enligt nedan ska bidra till att stimulera det fortsatta uppföljningsarbetet, och därmed också omställningen till en god och nära vård.

De fyra storheterna

I vårt andra delbetänkande föreslog vi en struktur för att följa arbetet med färdplanen över tid, för att ge samtliga aktörer en gemensam möjlighet att kunna följa förändringen. Förslaget, som för närvarande bereds i regeringskansliet, innebär bl.a. att fyra olika storheter årligen ska följas. Dessa är valda för att ge en övergripande bild av hur omställningen framskrider och kunna utgöra underlag för gemensam diskussion och reflektion mellan olika aktörer i detta avseende. De är inte tänkta att ersätta ordinarie uppföljning av svensk hälso- och sjukvård.

Vi föreslog att förflyttningen beskrivs med basår 2013, då direktiven för Effektiv vård beslutades. De olika storheterna är valda utifrån ansatsen att inte öka den administrativa bördan. De används sedan tidigare i andra sammanhang av olika aktörer i systemet för löpande uppföljning utifrån respektive aktörs uppdrag. Utredningen föreslog följande:

1. Befolkning: Förtroende för hälso- och sjukvården.
2. Process: Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar.
3. Medarbetare: Andel (procent) utfärdade specialistbevis i allmänmedicin av totalt antal utfärdade specialistbevis.
4. Ekonomi: Kostnadsandel (procent) i det som definieras som landsting/regioners primärvård i relation till samtlig hälso- och sjukvård i landsting/region.

För att illustrera hur de fyra storheterna är avsedda att beskriva den pågående omställningen har utredningen gjort en enkel sammanställning av hur dessa utvecklats de senaste åren, utifrån data som är fritt sökbara, fördelat per region/landsting. Vi är medvetna om att när det gäller t.ex. ekonomiperspektivet finns liknande beskrivningar gjorda i andra sammanhang, och våra siffror kan skilja sig något från dessa. Det illustrerar i sig behovet av att standardisera beskrivningen inför kommande gemensamma uppföljningar. Våra källor per parameter framgår i tabellen eller i fotnot till tabellen.

Region	Befolkning			Process			Medarbetare			Ekonomi		
	Andel (i procent) invånare som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården. ¹			Andel (i procent) oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser för patienter 65 år och äldre. ²			Andel (i procent) utfärdade specialistbevis i allmänmedicin av totalt antal utfärdade specialistbevis. ³			Kostnadsandel (i procent) i det som definieras som region/ landstings primärvård i relation till samtlig hälso- och sjukvård i region/landsting. ⁴		
År	13	15	17	13	15	17	13	15	17	13	15	17
Blekinge	66,6	63	59	11,3	9,7	9,5	-	-	-	15,4	15,3	15,9
Dalarna	57,8	53	58,3	8,4	8,2	8,3	-	-	-	18,4	17,6	17,2
Gotland	63,8	64	63,8	7,5	8,4	6,5	-	-	-	-	-	14,1
Gävleborg	63,5	55	51,5	10,4	10,9	11,2	-	-	-	21,8	20,1	19,6
Halland	70,7	72	71,2	9,9	9,8	9,4	-	-	-	17,8	18,2	17,7
Jämtland												
Härjedalen	59,3	59	60,7	7,2	4,6	4,6	-	-	-	19,2	19,0	18,3
Jönköping	68,1	73	72	8,4	8,4	9,8	-	-	-	17,5	17,1	17,3
Kalmar	70,5	76	72,2	6,8	7,5	8,1	-	-	-	18,3	18,7	18,1
Kronoberg	69,8	70	63,1	9,6	7,5	9,8	-	-	-	16,7	17,3	17,0
Norrbottnen	62,6	58	55,2	9,2	8,6	10,1	-	-	-	19,6	19,1	18,5
Skåne	61,6	59	56,9	13,9	12,5	12,0	-	-	-	19,2	18,4	17,3
Stockholm	62,3	64	59,8	-	8,4	8,8	-	-	-	18,0	18,7	17,9
Sörmland	59,8	55	57,5	10,0	9,2	8,8	-	-	-	17,7	17,2	-
Uppsala	61,4	65	69	12,1	12,3	12,1	-	-	-	15,0	13,8	16,3
Värmland	60,8	58	61,5	10,0	10,5	11,9	-	-	-	18,1	16,5	16,9
Västerbotten	59,6	66	66,5	10,4	-	10,8	-	-	-	15,4	16,6	16,7
Västernorrland	56,9	50	46,2	7,2	8,1	7,7	-	-	-	18,7	16,2	14,6
Västmanland	57,8	64	65	9,1	9,2	9,4	-	-	-	16,8	17,3	16,3
Västra Götaland	63,5	61	56,7	10,7	10,1	10,0	-	-	-	20,2	19,9	19,4
Örebro	61,2	69	71,9	7,3	7,4	6,1	-	-	-	16,8	17,1	16,6
Östergötland	61,0	69	67,3	9,0	10,1	10,3	-	-	-	16,8	16,2	16,3
Hela riket							18,9	19,2	19,2			

¹ Uppgifter från Öppna jämförelser.

² Uppgifter från Öppna jämförelser.

³ Uppgiften finns ej (fritt sökbart) fördelat per region/landsting. Uppgifter för riket hämtade från Socialstyrelsens Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2017 samt arbetsmarknadsstatus 2016, tabell 3a.

⁴ Uppgifter hämtade från Kolada, nyckeltal "Kostnad för primärvård (exkl. läkemedel), kr/inv." samt "Kostnad hälso- och sjukvård exkl. tandvård, kr/inv."

Pågående arbeten i regioner/landsting

Beslut kring omställningen

Omställningen till god och nära vård pågår i hela landet, och har i många delar pågått sedan innan såväl arbetet med Effektiv vård som vårt utredningsuppdrag. Hur omställningsarbetet drivs ser olika ut och beror på förutsättningarna i respektive län. Benämningen nära vård används inte alltid i strategiska dokument och politiska beslut, men utvecklingsinriktningen är övergripande gemensam. En tydlig inriktning är att det inom flera län etableras gemensamma strategier mellan kommunerna och regionen samt att flera målbilder och strategier utformats med stöd i såväl medborgardialoger som i nära samverkan med medarbetarna. I det följande ger vi några exempel på regioner/landsting som har tagit tydliga politiska beslut om ett omställningsarbete.

Blekinge

”Framtidens hälso- och sjukvård” är Region Blekinges samlade utvecklingsstrategi beslutad av den dåvarande Landstingsstyrelsen 2016. I denna strategi är omställning till nära vård en del. Nära vård är ett eget område i hälso- och sjukvårdsorganisationen sedan 2018 och den fortsatta omställningen finns omnämnd i regionplanen för 2019–2021. En gemensam målbild och strategi för utvecklingen av Nära vård i länet arbetas under 2019 fram i samverkan mellan region och kommuner.

Dalarna

I regionplanen för 2019–2021 beskrivs behovet av närmare vård med fokus på satsningar på primärvården. Omställningen fokuserar framför allt på pilotprojekt för utveckling av nära vård i södra Dalarna som pågår sedan mars 2018.

Jämtland Härjedalen

Enligt regionplanen för 2019 kommer hälso- och sjukvårdens utvecklingsarbete att fokusera på en god och nära vård i hela regionen med hög tillgänglighet. Primärvården ska vara den sammanhållande länken. En omställning till nära vård i samverkan var ett av sex åtgärdsområden regionstyrelsen tog ställning för i augusti 2017. En organisatorisk struktur för att hantera det konkreta utvecklingsarbetet finns på plats.

Uppsala

I maj 2017 beslutade regionstyrelsen att en målbild och strategi för omställningen till Effektiv och nära vård 2030 skulle tas fram. Målbild och strategi antogs i juni 2018. Utvecklingen av Effektiv och nära vård är ett av målen under det strategiska utvecklingsområdet En region för alla i regionplan och budget 2019–2021.

Kommunikation kring omställningen

Flera regioner/landsting kommunicerar tydligt till befolkningen vilken omställning hälso- och sjukvården står inför, varför omställningen behövs och hur den ska genomföras. På många ställen inbjuds också medborgarna till aktiv dialog. Vi vill särskilt lyfta ett par exempel på sådana arbeten genom att hänvisa direkt till deras egna hemsidor.

Region Kronoberg

www.regionkronoberg.se/halsa-var-d-tandvard/narmare-kronobergaren---halso--och-sjukvardens-utvecklingsstrategi/

Region Norrbotten

www.norrbotten.se/Utveckling-och-tillvaxt/Utveckling-inom-hal-so-och-sjukvard/Test-Vagen-till-framtidens-halsa-och-var-d---2035/

Region Örebro län

www.regionorebrolan.se/sv/Om-regionorebrolan/Projekt/HS2030/

Omställningen till en personcentrerad vård

En viktig del av den pågående omställningen är den makt- och kulturförändring som är nödvändig i en hälso- och sjukvård som mer utgår från personers behov och preferenser än organisatoriska enheter och byggnader. Ett sätt att illustrera detta är regioner/landstings arbete i riktning mot en mer personcentrerad vård. Hos GPCC⁵ har dessa pågående arbeten, tillsammans med pågående arbeten hos SKL och Myndigheten för vård och omsorgsanalys, samlats på en hemsida: <https://gpcc.gu.se/resursmaterial/implementering-i-sverige>.

Fortsatt utveckling av uppföljningen

Som vi beskrev i vårt andra delbetänkande såg vi behov av att vidareutveckla de fyra storheterna för uppföljningen av omställningen i sin helhet. Bl.a. bör medarbetarperspektivet beskrivas genom storheter som synliggör fler professioner än allmänläkare. Detta är också något som bekräftats av remissvaren på vårt andra delbetänkande. Utöver detta lyfter flera remissvar även behovet att inkludera storheter som synliggör utvecklingen i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården samt vad gäller det hälsofrämjande arbetet och personcentreringen. Beroende på vad i dessa delar av utredningens förslag som tas vidare av regering och riksdag kan vi alltså återkomma med kompletterande förslag i dessa delar i vårt slutbetänkande.

⁵ Centrum för personcentrerad vård, Göteborgs Universitet och Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Statens offentliga utredningar 2019

Kronologisk förteckning

1. Santiagokonventionen mot organhandel. S.
2. Ingen regel utan undantag – en trygg sjukförsäkring med människan i centrum. S.
3. Effektivt, tydligt och träffsäkert – det statliga åtagandet för framtidens arbetsmarknad. A.
4. Framtidsval – karriärvägledning för individ och samhälle. U.
5. Tid för trygghet. A.
6. En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan. U.
7. Skogsbränderna sommaren 2018. Ju.
8. Kamerabevakning i kollektivtrafiken – ett enklare förfarande. Ju.
9. Privat initiativrätt – planintressentens medverkan vid detaljplanläggning. N.
10. Stöd för validering eller kompetensåtgärder i samband med korttidsarbete. Fi.
11. Biojet för flyget. M.
12. Nya befogenheter på konsumentskyddsområdet. Fi.
13. Agenda 2030 och Sverige: Världens utmaning – världens möjlighet. Fi.
14. Ett säkert statligt ID-kort – med e-legitimation. Ju.
15. Komplementär och alternativ medicin och vård – säkerhet, kunskap, dialog. S.
16. Ny kärntekniklag – med förtydligt ansvar. M.
17. Bebyggelse- och transportplanering för hållbar stadsutveckling. N.
18. För flerspråkighet, kunskapsutveckling och inkludering. Modersmålsundervisning och studiehandledning på modersmål. U.
19. Belastningsregisterkontroll i arbetslivet – behovet av utökad författningsstöd. A.
20. Stärkt kompetens i vård och omsorg. S.
21. Effektivt investeringsfrämjande för hela Sverige. UD.
22. Sveriges miljöövervakning – dess uppgift och organisation för en god miljöförvaltning. M.
23. Styrkraft i funktionshinderspolitiken. S.
24. Stärkt integritet i idrottens antidopningsarbete. Ku.
25. Genomförande av ändringar i utstationeringsdirektivet. A.
26. Organbevarande behandling för donation. S.
27. Rasistiska symboler. Praxisgenomgång och analys. Ju.
28. Komplementär och alternativ medicin och vård – ny lagstiftning. S.
29. God och nära vård. Vård i samverkan. S.

Statens offentliga utredningar 2019

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

- Effektivt, tydligt och träffsäkert
– det statliga åtagandet för framtidens arbetsmarknad. [3]
- Tid för trygghet. [5]
- Belastningsregisterkontroll i arbetslivet
– behovet av utökat författningsstöd. [19]
- Genomförande av ändringar i utstationeringsdirektivet. [25]

Finansdepartementet

- Stöd för validering eller kompetensåtgärder i samband med korttidsarbete. [10]
- Nya befogenheter på konsumentskyddsområdet. [12]
- Agenda 2030 och Sverige: Världens utmaning – världens möjlighet. [13]

Justitiedepartementet

- Skogsbränderna sommaren 2018. [7]
- Kamerabevakning i kollektivtrafiken
– ett enklare förfarande. [8]
- Ett säkert statligt ID-kort
– med e-legitimation. [14]
- Rasistiska symboler. Praxisgenomgång och analys. [27]

Kulturdepartementet

- Stärkt integritet i idrottens antidopningsarbete. [24]

Miljö- och energidepartementet

- Biojet för flyget. [11]
- Ny kärntekniklag
– med förtydligt ansvar. [16]
- Sveriges miljöövervakning
– dess uppgift och organisation för en god miljöförvaltning. [22]

Näringsdepartementet

- Privat initiativrätt – planintressentens medverkan vid detaljplaneläggning. [9]
- Bebyggelse- och transportplanering för hållbar stadsutveckling. [17]

Socialdepartementet

- Santiagokonventionen mot organhandel. [1]
- Ingen regel utan undantag – en trygg sjukförsäkring med människan i centrum. [2]
- Komplementär och alternativ medicin och vård – säkerhet, kunskap, dialog. [15]
- Stärkt kompetens i vård och omsorg. [20]
- Styrkraft i funktionshinderspolitiken. [23]
- Organbevarande behandling för donation. [26]
- Komplementär och alternativ medicin och vård – ny lagstiftning. [28]
- God och nära vård. Vård i samverkan. [29]

Utbildningsdepartementet

- Framtidsval – karriärvägledning för individ och samhälle. [4]
- En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan. [6]
- För flerspråkighet, kunskapsutveckling och inkludering. Modersmålsundervisning och studiehandledning på modersmål. [18]

Utrikesdepartementet

- Effektivt investeringsfrämjande för hela Sverige. [21]