

Remissvar på utredningen 'God och nära vård – en primärvårds-reform (SOU 2018:39)

Gemensam Välfärds vårdnätverk

Gemensam Välfärd är en partipolitiskt obunden organisation som driver kravet på en stark välfärd i offentlig regi. Vi har tagit del av utredningen 'God och nära vård – en primärvårds-reform (SOU 2018:39) och vi vill avge följande remissvar:

Det är bra att regeringen i flera olika utredningar fokuserar på primärvården som en central och viktig del av svensk hälso-och sjukvård.

Det är också positivt att utredningen poängterar att begreppet primärvård betyder så mycket mer än bara en vårdcentral. Primärvården är en vårdnivå som omfattar hälso-och sjukvård med både landsting/region och kommun som huvudman. Det är den första vårdnivån till vilken befolkningen i första hand ska vända sig. Utredningens färdplan och målbild är ett personcentrerat arbetssätt och patientens delaktighet betonas. Vården ska utgå från patientens behov, förutsättningar och preferenser. Teamarbete och samverkan mellan olika huvudmän och sjukvårdsorganisationer är en absolut förutsättning för att komma vidare och verkligen åstadkomma en primärvård som första vårdnivå.

Om rätten till olika fasta vårdkontakter

Intentionen är att delaktighet, kontinuitet och samverkan ska åstadkommas på individnivå av medarbetarna tillsammans med patienten/klienten. Utredningen föreslår därför att patienten ska informeras om möjligheten att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården hos den utförare i Vårdval primärvård som patienten valt. Bestämmelsen om en fast vårdkontakt kvarstår. I en mångfacetterad vård krävs en god planering tillsammans med patienten/klienten, som kan åstadkommas med en samordnad individuell plan enligt bestämmelser i både SoL och HSL.

Rätten till en fast läkarkontakt har funnits sedan 2010. Utredningar visar dock att bestämmelsen haft dåligt genomslag. En majoritet av landets vårdcentraler hade efter lagens första två år ännu inte tilldelat patienterna någon fast vårdkontakt¹. I en rapport konstateras att endast 42 procent har angett att de har en fast läkarkontakt och att detta är en mycket lägre andel än i flertalet västeuropeiska länder².

Utredningen föreslår ett tillägg i 7 kap 3 § HSL, i kursiv nedan:

...kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt *hos den valda utföraren i Vårdval primärvård* få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem).

Gemensam Välfärd anser att det är mycket tveksamt om förslaget, om än vällovligt, kommer att få något genomslag som har avgörande betydelse.

¹ Socialstyrelsen 2012

² Myndigheten för vårdanalys (2016:5)

En övergripande struktur som stödjer en vård som utgår från patientens behov, förutsättningar och preferenser

I stället borde utredningen adressera betydelsen av en övergripande struktur som stödjer ett genomförande av vård som utgår från patientens behov, förutsättningar och preferenser.

Gemensam välfärd menar att vårdvalet i sig motverkar utvecklingen av en sådan vård, speciellt för dem som inte själva förmår att planera sina olika vårdkontakter. Många, framför allt äldre personer med kroniska sjukdomar, är beroende av ett multiprofessionellt stöd med insatser både från socialtjänsten och från såväl den kommunalt- och som den landstingsfinansierade primärvården, ofta också under dygnets alla timmar. Det innebär höga krav på gemensamma rutiner och samordnade beslutsunderlag (läs dokumentation). Fortfarande gäller att vårdvalet i primärvården inte får begränsas till ett visst geografiskt område i landstinget. Många kommuner tillämpar LOV, främst inom hemtjänsten men även inom den kommunalt finansierade primärvården.

Personer med kroniska sjukdomar, med behov av stöd i sitt vardagliga liv har behov av både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Det ställer krav på ett fungerande teamarbete kring den enskilde personen. Uppgifter från Socialstyrelsen visar att 392 000 personer fick vård av den kommunalt finansierade primärvården 2016. De flesta, nästan 70 procent erhöll vården i det ordinära boendet, inte i särskilda boendeformer. Cirka 86 procent av de 325 000 personerna som var 65 år eller äldre erhöll sammanhängande hemsjukvård i sitt ordinära boende. Ungefär 68 procent erhöll både sammanhängande hemsjukvård och socialtjänstinsatser³. Gruppens behov illustreras av att av de drygt 90 000 personer som avled 2016, hade 58 000 personer vård av den kommunalt finansierade primärvården. Det är denna grupp som verkligen har behov av en god samverkan mellan de båda huvudmännen och mellan personalgrupper som arbetar utifrån olika lagstiftningar, SoL och HSL. Utmaningen är att skapa en övergripande struktur som adresserar detta förhållande. Det fria vårdvalet fragmentiserar de olika vård- och omsorgsaktörerna, vilket utredningen undviker att behandla.

Det är inte svårt att inse en person med en fast läkarkontakt på en vårdcentral utanför eller i en hemkommun med flera olika vårdcentraler och kommunala vårdaktörer, innebär stora utmaningar för att åstadkomma en god och säker samverkan mellan hela det team som bidrar med vård och omsorg. Det förekommer dessutom att hemsjukvården och hemtjänsten ges av olika utförare och under helger och kvällar blir olika jourlinjer engagerade.

Det fria vårdvalet frántar inte huvudmannens ansvar enligt HSL

Det fria vårdvalet bygger på ett antagande att ökad valfrihet och konkurrens skulle förbättra vårdens kvalitet.

Genom det fria vårdvalet läggs ansvaret för en god kvalitet på den enskilde patienten. Men argumentet försvagas av att ”Serviceanvändarna inte har tillräcklig kvalitetsbaserad information att bygga sina val av utförare på”⁴. Ingen patient inom den offentligt finansierade vården ska behöva riskera att välja fel, det vill säga välja en läkare/vårdcentral som ger en

³ Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2018. Socialstyrelsen 2018.

⁴ OECD 2013

bristfällig/dålig medicinsk vård. Det fria vårdvalet fråntar därför inte huvudmannen ansvaret för att tillhandahålla en god, jämlik vård enligt HSL. Ett absolut krav måste alltid vara att alla offentligt finansierade vårdgivare erbjuder en vård av hög medicinsk kvalitet.

Etableringsfriheten innebär dock att det är mer lönsamt att etablera en verksamhet i områden med en befolkning som inte kräver omfattande utredningar och där det finns få multisjuka.

I praktiken har vårdvalet inom primärvården inneburit att städer prioriterats framför glesbygd och att mer socialt väletablerade samhällsgrupper fått företräde framför befolkningen i socialt utsatta områden.

Tillkomsten av fristående nätläkarverksamheter bidrar till att ytterligare fragmentisera primärvården och försvårar möjligheterna att prioritera grupper med tunga vårdbehov. Det blir omöjligt att upprätthålla rimliga och enhetliga krav på den medicinska kvalitén och de krav på vårdens innehåll som utredningen för fram. Risker ökar för överförskrivning av läkemedel och vidareremittering som inte bygger på ordentliga undersökningar.

Kunskapsstyrning

Utredningen behandlar vikten av relevanta data för uppföljning och skriver att huvudmännen bör ge primärvårdsutförare, såväl inom landsting som inom kommun, möjlighet att delta i relevanta kvalitetsregister. Landsting/regioner bör ge samtliga utförare förutsättningar att ansluta sig till PrimärvårdsKvalitet.

Utan relevanta data går det inte att beskriva eller utvärdera primärvårdens roll i svensk hälso- och sjukvård. Det saknas till stor del mått för att bedöma primärvårdens medicinska kvalitet, vilket gör det svårt att bedöma primärvårdens effektivitet⁵.

Ett primärvårdstregister finns dock som är under utveckling. Det innehåller uppgifter om den kommunalt finansierade primärvården, och dess främsta förtjänst är att det är personnummerbaserat. Genom sambearbetning med till exempel patientregistret och socialtjänstregistret är det bland annat möjligt att beskriva vanligt förekommande diagnoser i denna grupp⁶. Under 2019 utökas detta register med uppgifter om vissa vidtagna vårdåtgärder.

Ett utvecklat primärvårdsregister skulle ge möjlighet till uppföljning och forskning, exempelvis genom att följa upp dödsorsaker och fortsatta insatser inom såväl landstingsdriven som primärkommunal vård. Det skulle vara möjligt att göra bedömningar om den medicinska kvalitén och av hur samspelet mellan olika vårdgivare fungerar.

Krav måste ställas på en enhetlig digital journalföring och att alla utförare har samma skyldighet att lämna relevanta uppgifter till register.

Styrning och områdesansvar nödvändiga för en bra primärvård

⁵ En primär angelägenhet. Vårdanalys 2017

⁶ Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen 2018

Utredningen avstår till stor del från att beröra frågor som rör primärvårdens grundläggande struktur, lagregler och ersättningssystem. Detta är mycket olyckligt eftersom de strukturella frågorna är helt avgörande för möjligheterna att förbättra vårdens innehåll.

En avgörande fråga är primärvårdens områdesansvar som inte bara är en förutsättning för ett effektivt samarbete med den kommunala sjukvården och omsorgen utan också är nödvändigt för ett bra förebyggande arbete. Detta är särskilt angeläget med tanke på den ökande ojämlikheten i hälsa som har ett nära samband med miljö och levnadsförhållanden. Primärvården har en mycket viktig roll när det gäller att uppmärksamma och påtala hälsorisker på lokal samhällsnivå.

En vinstdriven primärvård där man tjänar pengar på många och korta läkarbesök, på okritiska läkemedelsförskrivningar och på att i första hand tillgodose efterfrågan på vård från jämförelsevis friska är ett hinder för ett bra förebyggande arbete.

Landstingen måste ha möjlighet att styra primärvården i syfte att uppfylla Hälso- och sjukvårdslagets krav på att de med störst vårdbehov skall ha företräde och att det förebyggande arbetet prioriteras. Detta kräver att etableringsfriheten inom primärvården avskaffas.