



Folkhälsomyndigheten

## Remissyttrande

**Mottagare**

Socialdepartementet  
Fredsgatan 8  
111 52 Stockholm  
s.remissvar@regeringskansliet.se  
s.fs@regeringskansliet.se

**Handläggare**

Avdelningen för folkhälsoanalys  
och datautveckling  
Malin Ahrne

**Datum**

2020-08-31

**Vårt ärendenummer**

01828-2020

**Ert ärendenummer**

S2020/02841/FS

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

## Sammanfattning

För att nå det folkhälsopolitiska målet om att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen i enlighet med propositionen God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (2017/18:249) är det centralt med en utvecklad och tillräckligt dimensionerad primärvård. Folkhälsomyndigheten ser utredningens förslag som ett steg i rätt riktning men menar att viktiga frågor som hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande uppdrag och hur hälso- och sjukvården, inte minst primärvården, kan erbjuda en jämlik vård och bidra till en mer jämlik hälsa i befolkningen behöver utvecklas och förstärkas.

Vikten av ett salutogent förhållningssätt och hälsofrämjande arbete betonas i utredningen, vilket Folkhälsomyndigheten välkomnar, men primärvårdens förutsättningar för att främja hälsa i befolkningen bör genomlysas mer noggrant. Potentiella målkonflikter och behov av prioriteringar som kan uppstå när hälsofrämjande arbete ska bedrivas samtidigt som de med störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården behöver omfattas av genomlysningen. Hälsofrämjande arbete gentemot grupper eller befolkningen som helhet berörs i stort sett inte i utredningen, liksom mödrahälsovården och barnhälsovården som redan nu arbetar hälsofrämjande. Dessa verksamheter har också ett tydligt kompensatoriskt uppdrag som kan motverka ojämlik hälsa.

Dessutom berörs inte i tillräcklig utsträckning hur vårdens huvudmän ska ges förutsättningar att styra mot en mer jämlik och behovsbaserad vård. Incitament för att styra mot patientgrupper med större behov av vård och för att vården ska arbeta mer hälsofrämjande behöver lyftas fram tydligare i målbilden. Detta berörs inte i några konkreta förslag, och är något som Folkhälsomyndigheten saknar. Fokus i utredningen ligger främst på vården kring individen. Strukturella orsaker till ojämlik vård diskuteras inte på ett tillfredställande sätt, till exempel lyfts inte frågor om primärvårdens etablering, resursfördelning till primärvården utifrån ohälsotal

eller befolkningssammansättning, kvalitet på vården eller bemötande och diskriminering.

Folkhälsomyndigheten instämmer huvudsakligen i utredningens behovsbild och förslag, men menar att ytterligare utredningar och förslag behövs för att kunna uppnå en god, nära och samordnad hälso- och sjukvård som är likvärdig och hälsofrämjande – och som därmed kan bidra till målet om en god och jämlik hälsa i hela befolkningen.

## Folkhälsomyndighetens kommentarer

### 1 Författningsförslag

Begreppet ”hälsofrämjande” används inte i utredningens författningsförslag och finns inte heller i hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf. Begreppen ”förebygga” (ohälsa) respektive ”förebyggande och rehabiliterande” (insatser) används men Folkhälsomyndigheten menar att hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande uppdrag behöver tydliggöras (prop. 2017/18:249, s. 102; SOU 2017:47, s. 229). Begreppet ”hälsofrämjande” kan därför, som ett komplement till begreppen ”förebyggande och rehabiliterande”, behöva tillföras i författningar. Även om utredningen resonerar kring begreppen i delbetänkandet God och nära vård – Vård i samverkan (SOU 2019:29) behöver de och förhållandet dem emellan ses över i en eventuell fortsatt lagstiftningsprocess.

### 3 Framgångsfaktorer och hinder för omställningen

En ”nära vård” med mer resurser kan öka tillgängligheten till hälso- och sjukvårdssystemet vilket kan gynna inte minst resurssvaga och marginaliserade grupper. Reformens fokus på att förebygga ohälsa skapar även bättre förutsättningar till en både mer kostnadseffektiv och jämlik hälso- och sjukvård och jämlik hälsa. Folkhälsomyndigheten vill dock lyfta att förutsättningarna ser olika ut i landet (RIR 2014:22). Till exempel har Riksrevisionen granskat hur de statliga reformerna om vårdval och vårdgaranti påverkat primärvården och uttrycker då att ”De positiva resultaten av reformerna i form av förbättrade kontaktmöjligheter, fler vårdcentraler och ökade besöksfrekvenser förefaller i högre utsträckning ha kommit patienter med mindre vårdbehov och högre socioekonomisk status till del.”

Vidare anser Folkhälsomyndigheten att digitaliseringen inom primärvården kan göra vården mer jämlik och tillgänglig, till exempel genom att den underlättar för att erbjuda vård på olika språk och över stora geografiska avstånd samt är relevant för yngre. För vissa individer och patientgrupper kan dock digitaliseringen bidra till försämringar, om det sker på bekostnad av att andra kontaktvägar och fysisk vård minskar. Ökad digital tillgänglighet riskerar också att leda till skev vårdkonsumtion, med ökat vårdutnyttjande bland de med mindre vårdbehov. Dessa perspektiv och risker behöver beaktas i det fortsatta arbetet.

### 4 Samverkanstrukturer för hälso- och sjukvården

Folkhälsomyndigheten stödjer förslagen kring samverkan och en gemensam plan för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå, men anser att det behövs en grundligare översyn. Den pågående covid-19 pandemin har med särskild tydlighet visat på behovet av en övergripande samverkan mellan den kommunala hälso- och sjukvården och primärvården, samt på behovet av ökad medicinsk kompetens i kommunerna och samverkan med specialistvården, t.ex. kring smittskydd, beredskap, särskilda boenden (SÄBO) och LSS-boenden. Folkhälsomyndigheten vill framföra att detta perspektiv inte är tillräckligt belyst och att fortsatta utredningar och förslag på åtgärder är nödvändiga.

Tydligare krav på samverkan stärker förutsättningarna för en god och jämlik vård, särskilt för enskilda med komplexa vårdbehov. Det behövs sannolikt incitament och ersättningsmodeller för att få samverkan mellan vården och andra aktörer att fungera. Folkhälsomyndigheten vill framhålla att hälso- och sjukvårdens samverkan med aktörer som till exempel kommunala verksamheter (äldreomsorg, socialtjänsten, förskola och skola), Försäkringskassan, arbetsgivare, polis etc. behöver lyftas fram tydligare. Ibland finns lokala avtal, till exempel inom ramen för den finansiella samordningen (Lag om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser 2003:1210) som syftar till att individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser uppnår eller förbättrar sin förmåga att utföra förvärsarbete. Detta berörs inte i utredningen.

Författningsförslaget kring den individuella planen innebär att mål ska sättas utifrån den enskildes perspektiv. Målkonflikter mellan patienten och vårdgivaren diskuteras. Folkhälsomyndigheten vill påpeka att utredningen inte problematiserar eventuella målkonflikter som kan uppstå mellan olika vårdgivare eller aktörer och vad det skulle kunna innebära för patienten. Det skulle exempelvis kunna röra sig om konflikter i fråga om ansvar för samordning, kostnader etc. kopplat till målen. För individer och grupper som inte själva kommer att kunna se eller uttrycka behovet av en individuell plan kan rättigheterna för exempelvis vårdnadshavare och närstående behöva stärkas.

## 5 Patientkontrakt – patientens stöd för en sammanhållen vård

Utredningen föreslår att patienten själv, med stöd i patientlagen (2014:821), ska kunna efterfråga ett patientkontrakt. Folkhälsomyndigheten vill uppmärksamma risken för att ett alltför stort ansvar läggs på individen i en situation som präglas av ohälsa/sjukdom och menar dessutom att de mest utsatta kan behöva värnas för att en patientcentrerad vård ska bli jämlik. För de individer och grupper som inte själva kommer att kunna se eller uttrycka behovet av ett patientkontrakt kan rättigheterna för exempelvis vårdnadshavare och närstående därför behöva stärkas. Vi föreslår att detta utreds och att man också utreder om huvudmännen bör få ett ansvar att påtala behovet av ett patientkontrakt, på ungefär motsvarande sätt som för de individuella planerna i HSL 16 kap. 4 §.

Det är också viktigt att säkerställa att patienten känner till rätten till ett patientkontrakt och vad ett kontrakt innebär. I det sammanhanget kan också begreppet *patientkontrakt* behöva diskuteras för att säkerställa en god och intuitiv förståelse för innebörden och undvika feltolkningar utifrån just termen ”kontrakt”. Risken för det senare har uppmärksammats i utredningen.

Folkhälsomyndigheten uppfattar utifrån utredningens förslag och konsekvensanalyser att patientkontraktet i sig enbart syftar till att tillgodose behovet av samlad information från olika vårdgivare/huvudmän medan behovet av samordnade insatser föreslås mötas genom fast vårdkontakt och den individuella planen, vilka redan i dag utgör stöd för samverkan mellan huvudmän (och ska ingå i patientkontraktet). Givet det och betydelsen av samordnade insatser vill Folkhälsomyndigheten betona vikten av att framåt följa och utvärdera en eventuell tillämpning av förslagen. Särskilt mot bakgrunden att utredningen, kopplat till individuella planer, beskriver svårigheter med att följa upp användningen och även refererar till identifierade problemområden och hinder för samverkan (SOU 2019:29, kap. 5.3.3).

## 10 Uppdraget om lättare psykisk ohälsa

Folkhälsomyndigheten välkomnar uppdraget och utredningens arbete så långt. Vi vill dock uppmärksamma att vissa riskgrupper nämns explicit medan andra inte omnämns, till exempel minderåriga, asylsökande, nyanlända, ensamstående föräldrar och äldre. Stress omnämns inte heller vilket vore rimligt när lättare psykisk ohälsa avhandlas. Dessutom är exempelvis ensamhet och missbruk faktorer som bör beaktas.

Barnperspektivet behöver lyftas tydligare, samt hur denna utredning förhåller sig till utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Även elevhälsans och ungdomsmottagningarnas arbete skulle med fördel kunna ingå i tilläggsuppdraget.

Beslut i detta ärende har fattats av generaldirektör Johan Carlson. I den slutliga handläggningen har avdelningscheferna Anders Tegnell, Anna Bessö och Britta Björkholm deltagit. Utredaren Malin Ahrne har varit föredragande.

Folkhälsomyndigheten

Malin Ahrne