

Hälso o sjukvård förvaltn stab  
Helén Andersson

2020-08-12

Ärendenummer 2020/00812

Dokumentnummer 2020/00812-4

Till Regionstyrelsen (2019-01-01 - 2022-12-31)

## **Remissvar Region Blekinge: God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, SOU 2020:19**

### **Förslag till beslut**

Regionstyrelsen föreslås besluta

1. Att godkänna föreslaget remissvar

### **Sammanfattning**

Region Blekinge har fått möjlighet att lämna synpunkter på delbetänkandet ” God och nära vård – en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem”

Betänkandet är omfattande och har goda ambitioner att ge en bred, underbyggd bild men är svårt att överblicka. Det är ibland otydligt vad det är som faktiskt föreslås och den röda tråden saknas mellan vissa delar.

Att byta namn på hemsjukvård till hälso- och sjukvård i hemmet är positivt. Det är många typer av vård som genomförs i hemmet och det kommer att öka.

Bra att samverka mellan kommuner och region lyfts. Hälso- och sjukvård i invånarens hem samt på primärvårdsnivå är ett gemensamt ansvar. Så är även hälsofrämjande arbete, prevention och egenvård vilket kunde ha fått ännu mer fokus. Det är viktigt att den strategiska planeringen som föreslås även omfattar hälso- och sjukvård i hemmet oavsett vårdnivå.

Den tydlighet som vi hoppades på när det gäller förhållandet mellan individuell plan, samordnad individuell plan (SIP) och patientkontrakt har tyvärr inte uppnåtts. Det är inte en tillräckligt tydlig linje mellan de olika förslagen.

Det är positivt att möjligheten för individen att få en individuell plan ökar.

I de beskrivningar av patientkontrakt som vi har tagit del av och jobbat med under en längre tid är en mycket viktig del att det handlar om en överenskommelse mellan individen och vården.

Denna del saknar vi helt i delbetänkandet.

Om alla inblandade är överens om vad som ska göras, av vem och när gör att förutsättningarna för en bra och effektiv vård ökar.

Det är positivt att både kommuner och region får ett ansvar att skapa platser för den verksamhetsförlagda delen av vårdrelaterade utbildningar.

I förslaget står det att detta omfattar de professioner som förekommer i primärvården. Inom vården framöver kommer sannolikt nya professioner som finns i övriga samhället att öka, såsom logistik, projektledare, produktionsplanerare mm. Här anser vi att sjukvården /regionen inte har ett utbildningsansvar för dessa studenter.

Vi tycker att det är positivt att taxe-systemet avskaffas men tycker att det bör ske snabbare än vad som föreslås.

Att ersätta det gamla taxe-systemet med obligatoriska vårdval inom specifika områden är inte bra. Det ger en stor påverkan på det kommunala självstyret att göra två områden obligatoriska och riskerar att splittra den vård som behöver ges samlat. Det finns redan nu möjlighet för regionen att skapa fler vårdval när så behövs och då inom de områden som är i linje med invånarnas behov i regionen.

Även när det gäller förslaget om upphandling är vi tveksamma till om det behövs. Det finns redan möjlighet att upphandla via LOU om behov finns.

Prevention och egenvård samt tillgänglighet i primärvården är viktiga delar i den omställning som behöver göras, men omställningen omfattar hela hälso- och sjukvården oavsett huvudman och nivå. Detta gör att ett samarbete över organisatoriska gränser samt stöd från regering och andra myndigheter är avgörande

Det krävs både uthållighet, fokus och samordning nationellt för att utnyttja möjligheter till gemensam styrka hos olika initiativ och undvika att dessa ska motarbeta eller störa varandra. Exempel är nationell kunskapsstyrning, uppdrag till olika myndigheter, utveckling av nationella e-lösningar.

Hinder som kan undanröjas i form av till exempel teknik, brist på gemensam informatik, lagar som begränsar behöver hanteras så snabbt det går.

## Bakgrund

Region Blekinge har tidigare lämnat synpunkter på bland annat delbetänkanden inom God och nära vård samt Digifysiskt vårdval. Det finns även flera pågående utredningar samt andra initiativ.

Vi ser det som viktigt att de olika utredningarnas resultat samt regeringens olika satsningar vägs samman och att ett genomarbetat förslag utifrån den helheten tas fram

## Fördjupad ärendebeskrivning

Region Blekinges kommentarer och synpunkter på delbetänkandet ” God och nära vård – en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem”

Vi har valt att fokusera vårt mer detaljerade svar på de delar där vi vill poängtera något eller förmedla en åsikt. Övriga avsnitt har utelämnats nedan.

### Generellt

Betänkandet är omfattande och har goda ambitioner att ge en bred och underbyggd bild. Det saknas dock en tydlighet kring vad det är som faktiskt föreslås och den röda tråden saknas mellan vissa delar. Många hänvisningar emellan olika delar gör det svårläst och ofta behöver läsaren själv lägga ett pussel för att få en överblick. Det gör det svårt att få förståelse för vad förslagen faktiskt innebär och vad som saknas. Ett exempel på detta är kapitel 4 och kapitel 5 som till vissa delar går in i varandra.

Det är viktigt att se till att allt som handlar om vuxna också ska gälla barn – så långt det är möjligt. Detta gäller till exempel individuell plan, fast vårdkontakt och patientkontrakt där det behöver säkerställas att barn och unga är delaktiga och att behov och tankar kommer fram.

### 1 Författningsförslag

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

Vi är i stort positiva till förslagen men har några synpunkter som tas upp nedan.

##### 7 kap. 3 a §

Att göra ytterligare vårdval obligatoriska inom två områden påverkar det kommunala självstyret. Om ytterligare vårdval ska göras inom de föreslagna områdena ställer det stora krav på formulering av uppdragen så att de nya vårdvalen blir delar i helheten runt patienten i den framtida hälso- och sjukvården.

Det finns redan nu möjlighet för regionen att skapa fler vårdval när så behövs och då inom de områden som är i linje med invånarnas behov i regionen.

##### 16 kap. 4 §

Det är inte tydligt vad som menas med vårdgivare i förslaget.

Bör huvudmännen i texten nedan ändras till vårdgivare?

”4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen”

##### 16 kap. 5 §

Utöver primärvårdsnivån bör även det som enligt förslaget i betänkandet ska benämnas hälso- och sjukvård i hemmet vara med i den strategiska planeringen oavsett vilken vårdnivå detta gäller.

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

##### 6 kap. 4 §

Innebär texten i detta förslaget att det ska upprättas en plan, det vill säga att det i de fall patienten har flera planer ska göras en som är sammanhållen och innefattar de olika planer som patienten har? I alla fall översiktligt?

##### 6 kap. 5 §

En patient kan ha flera fasta vårdkontakter och beroende på svaret på frågan ovan eventuellt flera planer. Det är viktigt att alla dessa redovisas / finns tillgängliga samlat.

I texten saknas patientens delaktighet och att det handlar om en överenskommelse mellan patienten och hälso- och sjukvården.

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

Redan idag finns det möjlighet för regionerna att upphandla vård enligt LOU inom geografiska områden, om vården inte skulle motsvara behovet. Varför behövs då denna nya lag?

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

Vi är positiva till att denna lag upphör.

Den föreslagna avvecklingstiden är för lång, detta bör genomföras snabbare.

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

Vi är positiva till att denna lag upphör.

Den föreslagna avvecklingstiden är för lång, detta bör genomföras snabbare.

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

##### 3 a kap. 1 §

##### Punkt 3

*”3. ger sakkunnig information, rådgivning och stöd utifrån individuella behov, förutsättningar och preferenser till patienter som själv eller med hjälp av närstående kan vidta åtgärder”*

Vi anser att skrivningen ovan kan feltolkas så att individens rätt att få information mm påverkas i de fall patienten inte kan vidta några åtgärder. Syftningsfel kanske?

Alternativ text:

3. ger sakkunnig information, rådgivning och stöd utifrån individuella behov, förutsättningar och preferenser till patienter, som ger möjlighet att själv eller med hjälp av närstående kunna vidta åtgärder

##### Punkt 9

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

Det är viktigt att definiera att utbildningsansvaret avser vårdrelaterad profession, dvs de professioner som har ett direkt vårdrelaterat yrke. Inom vården framöver kommer sannolikt nya professioner som finns i övriga samhället att öka, såsom logistik, projektledare, produktionsplanerare mm. Här anser vi att sjukvården /regionen inte har ett utbildningsansvar för dessa studenter

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

Vi anser att definitionen nedan är svårtolkad

*”3 § Med glesbygd anses ett geografiskt område*

- som är beläget i en kommun i vilken mer än hälften av befolkningen bor i områden med en befolkningstäthet om färre än 300 invånare per kvadratkilometer, och*
- som är beläget minst 30 minuter med bil från en tätort med 10 000 eller fler invånare, dock inte i en tätort med fler än 6 000 invånare.”*

## **2 Utredningens uppdrag, arbetssätt och utgångspunkter**

### **3 Framgångsfaktorer och hinder för omställningen**

#### **3.1 Utgångspunkter**

Det är bra att lyfta att det finns många olika faktorer och områden som har stor betydelse för hur omställningen fortskrider och i vilken takt.

Kanske hade det varit enklare att bara kalla de viktiga faktorerna och inte lägga värderingen om det är ett hinder eller ej?

#### **3.2 Framgångsfaktorer för omställningen**

Det är bra att goda exempel som kan inspirera och hjälpa oss att lära av varandra finns med.

#### **3.3 Hinder för omställningsarbetet**

Vi saknar goda exempel för de faktorer som tas upp som hinder. Flera av dessa är möjliggörare eller till och med förutsättningar för att vården ska utvecklas.

Ett exempel är det arbete som görs nu i Region Blekinge där vårdverksamheten tar fram nya arbetssätt, volymer mm för att bra nya lokaler ska kunna byggas. De nya lokalerna behövs för att vi ska klara av omställningen av vården.

Samverkan inom södra sjukvårdsregionen har inletts för att dela erfarenheter av nybyggnation och stämma av planer för nybyggnationer med ambitionen att kunna få ut mer gemensam nytta av investeringarna och lära av varandra.

Ett stort hinder i det samordnade arbetet där kommun, region och patient tillsammans ska skapa den bästa möjliga vården är problemet att utbyta information. Problemet med lagstiftningar har lyfts i många utredningar men än har vi ingen lösning.

## 4 Samverkanstrukturer för hälso- och sjukvården

### 4.1 Inledning

Det är bra att betänkandet tar upp att regioner och kommuner har ett gemensamt ansvar att beskriva och bygga ihop hälso och sjukvårdssystemet på tydligt sätt för både patient och medarbetare.

### 4.2 Kommunen som huvudman för hälso- och sjukvård i dag

#### 4.2.3

Vi ser förslaget att ersätta begreppet hemsjukvård med hälso- och sjukvård i hemmet som positivt och att det ligger i tiden. Nu när allt mer vård på olika nivåer utförs i hemmet behövs en samlad syn.

I betänkandet står det:

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

Utöver det som nämns ovan är det viktigt att den sjukvård som ges i hemmet kan följas upp på så sätt att det går att få en samlad bild av insatser och dess kvalitet / resultat oavsett utförare.

### 4.3 Förtydligade samverkanskrav

Förslaget att det ska tas fram en gemensam plan för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå är positivt. Precis som betänkandet belyser kommer det att krävas extra resurser för framtagande och uppföljning av planen. Förslaget om extra stöd för detta välkomnas.

I den gemensamma planen bör även den hälsofrämjande delen samt prevention och egenvård lyftas.

Utöver primärvårdsnivån bör även det som enligt förslaget i 4.2 benämns som hälso- och sjukvård i hemmet vara med i den strategiska planeringen oavsett vilken vårdnivå detta gäller. Både kommuner och region utför hälso- och sjukvård i hemmet tillsammans eller var för sig. Exempel är dagens hemsjukvård, olika mobila team, läkarbil, hembesök från vårdcentral, palliativa team, ambulans mm. Detta är olika vårdnivåer men behöver ändå samordnas strategiskt och utvecklas tillsammans.

#### 4.4 Planeringsverktyg till stöd för en samordnad vård

Det är en bra ambition att ensa lagtexterna inom området så att olika lagar har samma mening och innebörd.

##### 4.4.2

Det är otydligt vad som menas med vårdgivare i förslaget.

Är det olika huvudmän eller inom olika verksamhetschefers områden? Eller personer, ex läkare och fysioterapeut?

Det är positivt att möjligheten att få en individuell plan utökas.

Möjligheten att vara delaktig i sin egen vård, veta vad som ska hända, vem som gör vad, när och veta vad man själv kan göra är viktig för alla patienter. Då relationskontinuitet är en trång sektor är det extra viktigt att personer med enklare behov som kanske inte behöver stöd med samordning har en tydlig överenskommen plan och vet vad som händer för att skapa trygghet.

##### 4.4.3

Formuleringarna i 4.4.3 och 5.2.1 samt lagförändringar i HSL och patientlagen skiljer sig åt.

Det står ”*skall utan dröjsmål upprättas och tillhandahållas*” (Patientlagen s 42), ”*möjlighet till ett patientkontrakt*” (s208), ”*önskemål om individuell plan skall beaktas*” (HSL s 37).

Patientens rättigheter gällande individuell plan och patientkontrakt borde vara samstämmiga eftersom ett patientkontrakt förutsätter en individuell plan.

Det är bra att personen själv har möjlighet att kräva ett patientkontrakt, men det är viktigt att det även är vårdgivarens ansvar att erbjuda ett patientkontrakt.

##### 4.4.4

Betänkandet lyfter vikten av en fast vårdkontakt vilket vi tycker är bra.

Vi tolkar texten som att det ska vara en utpekad person. Detta ser vi som svårt att upprätthålla över tid, team som fast vårdkontakt anser vi vara en mer hållbar lösning.

*”En fast vårdkontakt ska ansvara för att den individuella planen är aktuell och uppdaterad.”*

För att en stark primärvården ska kunna bli navet i hälso- och sjukvården bör den fasta vårdkontakten i första hand finnas inom primärvården. Det nämns i betänkandet, men skulle behöva betonas tydligare.

Det är bra att betänkandet betonar vikten av den fasta vårdkontaktens samordningsansvar för hela personens hälso- och sjukvård samt stöd i andra relaterade kontakter

Det är viktigt att betona att samordningen inte enbart gäller inom ett område utan helheten, då detta är en av de bitar som är svårt i praktiken idag.

##### 4.4.5 och 4.4.6

Förslagen att individens mål ska framgå samt att förebyggande och rehabiliterande insatser ska ingå i planen är bra.

##### 4.4.7

Vi instämmer i att informationsdelning och att göra gemensamma individuella planer har varit en utmaning under lång tid.

När det gäller att ta del av information som andra har skrivit har vi kommit en bit via de nationella lösningarna Journalen (på 1177.se) samt Nationell Patientöversikt (NPÖ). Där finns lösningar som kan användas för publicering så att vi kan se alla olika planer i en lista. Detta används, som det står i betänkandet, endast av en region.

Ett stort problem är att det inte är möjligt att ta del av information över lagrumsgränserna (SoL – HSL) vilket utreds. Tyvärr tar det lång tid och efter en eventuell lagändring ska lösningar implementeras vilket också tar tid.

Ett annat problem som berörs i avsnitt 5.1.1 är att vi inte kan ha en gemensam plan eftersom vi bara kan skriva i våra egna journaler och system. En ändring så att vi kan ha ett gemensamt dokument / plan ihop med individen och som alla involverade kan se är mycket önskvärt!!!

#### 4.4.8

Det är bra att betänkandet lyfter att elevhälsan är en viktig del av hälso- och sjukvården och ska kunna initiera eller medverka i individuell plan vid behov.

### **4.5 Konsekvensanalys**

Det är viktigt att vi når fram till ett hälso- och sjukvårdssystem som hänger ihop bättre för både patient och medarbetare! De flesta invånare som vi har varit i kontakt med tror att vården redan är samordnad och blir förvånade när de blir sjuka och behöver samordna sin vård själva.

Vi ser positivt på förslaget om ökad ersättning till regioner och kommuner för att hantera det ökade antalet individuella planer samt arbetet med den gemensamma planen för hälso- och sjukvård (kommunerna och regionen)

Vi instämmer också i att överenskomna, individuella planer bör ge effekter på medicinska resultat och besöksmönstret

## **5 Patientkontrakt – patientens stöd för en sammanhållen vård**

### **5.1 Planering utifrån individens perspektiv**

Vi instämmer i att det är viktigt att en nationell samverkan sker för att få en gemensam informatik och teknisk lösning som möjliggör en samlad vy för patienten och att alla inblandade aktörer kan ta del av individuell plan med mera.

Eftersom patientkontrakt ska vara en vy som ställer samman alla planerade insatser är det viktigt att även prevention och egenvård finns med i helheten.

### **5.2 Patientens översikt**

#### 5.2.1 ”Varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt”

Det är bra att alla ska ha denna möjligheten och då behöver det även finnas en individuell plan. Se kommentar till 4.4.3

Ett patientkontrakt innehåller flera viktiga delar som också finns med i de förslag som läggs i rapporten. Tyvärr saknar vi den viktiga aspekten att det handlar om en överenskommelse mellan



individuen och de som är delaktiga i hälso- och sjukvården. Som vi ser det uppfylls inte intentionen i patientkontrakt i beskrivningen nedan eftersom inte överenskommelsen finns med.

*”Patientkontraktet, som det här föreslås, är alltså inte en ny typ av plan utan en kombination av patientens individuella plan enligt HSL, som innehåller de aktiviteter och insatser som är planerade för den enskilde, i kombination med information om vem/vilka som utgör patientens fasta vårdkontakt(er), vilken presenteras på ett sammanhållet sätt för patienten.”*

### 5.2.2

Det är bra att kommunen och regionen får samma ansvar för att erbjuda individuella planer och patientkontrakt.

Det är även viktigt att patientkontraktet verkligen innefattar vård från kommunen inklusive skolhälsovård, regionfinansierad inklusive tandvård och över regiongränser vid ex högspecialiserad vård utanför hemlänet.

### 5.2.3

Det gemensamma digitala stödet för att visa ett sammanhållet patientkontrakt är absolut nödvändigt

Det är viktigt att arbetet med gemensam informatik (sökord mm) och ett sätt att visa det i Journalen på 1177.se samt i NPÖ kommer igång så snart som möjligt. Det är viktigt att även kommunerna inkluderas i detta arbete. I förslaget för ikraftträdande för patientkontrakt står det att det inte kan träda i kraft innan det digitala stödet finns tillgängligt vilket är bra, men patientkontraktet behövs och efterfrågas redan idag, så det är viktigt att det inte försenas. Även med ett digitalt stöd som läser upp olika planer till en översiktlig plan skulle det vara bra att minska antalet olika planer, både lagstadgade och andra, för att få ett enklare system som bättre utgår ifrån personen. En individuell plan, med delplaner om det behövs.

Det är nödvändigt att det i praktiken fungerar enkelt att dela information över gränserna även när insatserna styrs av både SoL och HSL.

När personen själv medger det behöver det vara enkelt att dela information mellan verksamheter på ett smidigt sätt i systemen.

## **5.3 Konsekvensanalys**

Betänkandets förslag att den initiala utvecklingskostnaden för patientkontrakt på 1177.se hanteras genom ett tillfälligt statsbidrag är bra och en förutsättning för att patientkontrakt ska ge den önskade effekten.

## **5.4 Ikraftträdande**

Ikraftträdandet är satt till tidigast januari 2024. Detta är en ganska lång tid som motiveras med lagändring och teknisk utveckling.

Eftersom vi behöver effektivisera vården samt göra den mer personcentrerad så snabbt som möjligt efterlyser vi delåtgärder. Exempel kan vara en gemensam informatik så att vi till exempel kan förbereda med att ha samma sökord i våra nuvarande verktyg för planer och journaler.

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

### 6.1 Utbildningens roll i omställningen

Vi instämmer i att en fungerande kompetensförsörjning är en förutsättning för den pågående omställningen.

Det handlar både om de professioner som traditionellt arbetar inom hälso- och sjukvård och nya som tillkommer i takt med utvecklingen av den framtida hälso- och sjukvården.

Det är viktigt att invånarnas behov och de nya arbetssätt som kommer fram styr vilka kompetenser som behövs och inte den fördelning som vi traditionellt har haft.

### 6.2 Förslag och motivering till förslag

Vi är positiva till förslaget att det i HSL ska anges att regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för.

Förslaget att *”Det ska ingå i primärvårdens grunduppdrag att medverka till utbildning av de professioner som förekommer i primärvården”*

Det är viktigt att definiera att utbildningsansvaret avser vårdrelaterad profession, dvs de professioner som har ett direkt vårdrelaterat yrke. Inom vården framöver kommer sannolikt nya professioner som finns i övriga samhället att öka, såsom logistik, projektledare, produktionsplanerare mm. Här anser vi att sjukvården /regionen inte har ett utbildningsansvar för dessa studenter.

### 6.3 Konsekvensanalys

Vi instämmer med den bedömning av övergripande konsekvenser som redovisas

Angående ekonomiska konsekvenser anser vi att det är inte enbart resurser i form av personal som handledare som ökar kostnaderna. Det är praktiksamordnare, administratörer och personalfunktioner som koordinerar och samordnar olika moment i den verksamhetsförlagda utbildningen som kräver resurser, samt även behov av utrustning och lokalfrågor. Samtliga aktiviteter som får ekonomiska konsekvenser. Personalfunktioner som idag samordnar informationsträffar, rekrytering, kompetensutveckling och kompetensförsörjning är också en del av detta.

### 6.5 Forskningens roll i omställningen

Vi instämmer i att det viktigt med forskning. Exempel kan vara att undersöka helheten för individen, invånarnas upplevelse, effekter av införande av patientkontrakt.

Andra intressanta områden är ledning och styrning av vård där flera huvudmän samverkar, vård i hemmet kontra på sjukhus.

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

### *7.2 Dagens parallella system är inte ändamålsenligt*

Vi instämmer i att dagens parallella system inte är ändamålsenligt

### *7.3 Två alternativa scenarier*

Vi är positiva till att dagens taxesytem upphör och att de lagar som reglerar detta upphävs snarast. Den föreslagna avvecklingstiden är för lång.

### *7.4 Scenario 1*

Fler vårdval bidrar inte till en sammanhållen nära vård.

Om ytterligare vårdval ska göras inom de föreslagna områdena ställer det stora krav på formulering av uppdragen så att de nya vårdvalen blir delar i helheten runt patienten i den framtida hälso- och sjukvården

### *7.5 Konsekvensanalys – scenario 1*

Att de föreslagna nya vårdvalen är obligatoriska och ska omfatta två specifika områden inskränker på det kommunala självstyret.

Det finns redan nu möjlighet för regionen att skapa fler vårdval när så behövs och då inom de områden som är i linje med invånarnas behov i regionen.

### *7.7 Scenario 2*

Scenario 2 ska ge förutsättningar för att skapa långsiktighet för mindre vårdetableringar i geografiska områden där tillgången till vård är mindre. Långsiktigheten kan ifrågasättas då etableringarna ska upphandlas igen efter ett antal år.

När det gäller bedömningen av vad som är geografiska områden där tillgången till vård är mindre är något oklart. Vem avgör detta?

Redan idag finns det möjlighet för regionerna att upphandla vård enligt LOU inom geografiska områden, om vården inte skulle motsvara behovet. Varför behövs då denna nya lag?

### *7.8 Konsekvensanalys – scenario 2*

Den statliga ersättningen leder till frågor runt statliga krav och villkor förknippade med systemet

## **8 En ändamålsenlig struktur för styrning av hälso- och sjukvården**

### **8.1 Inledning**

De nuvarande begreppen är inte bra men behöver vara kvar tills andra finns på plats och lagar mm är justerade.

### **8.2 En förändring möjlig i flera steg**

Vi delar bedömningen att den nuvarande uppdelningen i olika vårdformer inte bara kan tas bort och instämmer i förslaget att ett beskrivningssystem som är mer anpassat till den dagens och morgondagens hälso- och sjukvård behöver tas fram.

I detta behöver även folkhälsoarbete, prevention och egenvård vara med. Det innebär också att både det som görs inom eller på uppdrag av region samt kommuner ska omfattas av beskrivningssystemet.

### **8.3 Konsekvensanalyser**

Nya begrepp eller förhastade definitioner får inte hindra den pågående utvecklingen som sker inom vården med nya arbetssätt, tekniska lösningar och nya behandlingsmetoder.

## **9 Att skapa förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet**

### **9.1 Omställningen – En långsiktig process i flera steg**

Vi instämmer i att omställningen omfattar hela hälso- och sjukvården oavsett huvudman och nivå. Detta gör att ett samarbete utöver organisatoriska gränser är avgörande.

För att omställningen ska bli möjlig måste våra invånares behov av hjälp och råd gällande sin hälsa mötas så tidigt som möjligt. Prevention och egenvård samt tillgänglighet i primärvården är mycket viktiga delar i omställningsarbetet.

### **9.2 Att uppnå uthållighet i den nationella färdplanen mot målbilden**

Vi instämmer i vikten av nationell enighet om inriktningen och att regering och andra myndigheter stöttar omställningen.

En viktig del i det arbetet är att ta bort hinder för omställningen, tex i olika lagar.

Det finns flera olika initiativ i form av utredningar, nätverk mm på nationell nivå som behöver samverka för att omställningen ska gå att genomföra på ett bra sätt. Exempel på detta är nationell kunskapsstyrning, samlat stöd i införande av patientkontrakt, Ineras utveckling av nationella e-lösningar, arbete med informatik och standards. Risken är att det är flera olika nationella aktörer som gör på sitt vis, sedan gör regionala indelningarna på sitt sätt och därefter varje region. Detta arbete kan hållas ihop tydligare för att optimera resurser och införandet ska genomföras smidigare och snabbare.

### **9.3 Ett sammanhängande system för att följa omställningen**

Vi instämmer i att det är viktigt att kunna följa omställningen över tid.

Det kräver en tydlighet både i var vi är, vart vi ska och vad som ska mätas.

Utöver att mäta själva omställningen behöver hela vårt vårdssystem kunna följas upp systematiskt oavsett utförare och presenteras så att det ger en helhetsbild.

Detta har även en koppling till uppföljningen av den gemensamma (strategiska) planen som föreslås i kapitel 4.

#### **9.4 Omfördelning av resurser i systemet och resurser för omställningen**

Den omställning som behöver genomföras kommer att ge extra kostnader under en övergångstid, precis som beskrivs i betänkandet.

Vi, liksom flera andra regioner, har en ansträngd ekonomisk situation som gör att den ökade kostnaden under omställningen inte kan hanteras. Vi instämmer därför i att det för att möjliggöra omställningen behövs ett mer varaktigt stöd så att nya arbetssätt kan införas samt kompetensförsörjningen säkras i primärvården.

En annan viktig del som påtalas är att delar av ett ekonomiskt stöd behöver kunna användas på ett sätt som främjar den samverkan som behövs och det gemensamma utvecklingsarbetet för region och kommuner.

Ytterligare välbehövligt ekonomiskt stöd från regering och riksdag är olika punktinsatser som tex utveckling av gemensamma tekniska lösningar för patientkontrakt inklusive olika planer, inrapportering till uppföljning och kvalitetsregister mm. Andra delar som lyfts i betänkandet är stöd i arbetet med gemensam plan för och uppföljning av primärvård och hälso- och sjukvård i hemmet.

## **10 Uppdraget om lättare psykisk ohälsa**

### **10.3 Tillvägagångssätt**

#### **10.3.1 Dialogfrågor**

Vi har fått in svar från olika håll som vi inte har sammanställt utan i stället valt att redovisa med olika färg nedan.

*”Saknas det i dag kunskap om hur man bäst tar hand om sig själv för att må så bra som möjligt i livet? Om ja – var borde man få lära sig om det?”*

- Det saknas inte vetenskapligt baserad kunskap men många människors psykosociala livssituation påverkar möjligheterna att ta till sig och leva livet på detta sätt
- I livet av kloka vuxna och utifrån hälso- och sjukvård, skola och barnomsorg. Ett åtagande för hela samhället. Viktigt med känsla av sammanhang. Lära i livet.

*”Saknas det i dag kunskap om hur man bör förstå tidiga tecken som kan leda till t.ex. ångest, sömnproblem, depression eller suicidalitet?”*

- Nej, möjligen hur man omsätter kunskapen. Det handlar om kunskap men också om individens sårbarhet. Viktigt att inte stigmatisera.

- Ja, framför allt hos män och pojkar där signalerna ofta är otydliga. Uppföljning av psykisk ohälsa riktas ofta till introverta symtom medan pojkar kan ha utagerande symtom som våld och skadegörelse som då inte uppfattas som depression, nedstämdhet. Pojken som klarar sig själv och som gärna verkar ”trivas” ensam utgör också en riskgrupp, där intervention är svår.

*”Och om hur man bör agera när man själv eller någon närstående drabbas?”*

- Se ovan. Viktigt hur man blir bemött till exempel inom hälso- och sjukvård, att skola och barnomsorg möter barnet utan skuldbeläggande. Utifrån den kunskap som finns

*”Om ja – var bör man få veta mer om det?”*

- Allmänbildning, via samhällets kanaler skola, hälso- och sjukvård, socialtjänst, frivilligorganisationer.
- Sårbarhetsmodellen – olika människor är olika sårbara

*”Hur kan primärvården samverka bättre med civila samhället i frågor som rör psykiskt välbefinnande? Finns goda exempel?”*

- Fysiskt och psykiskt välbefinnande, helhetssyn. Samverkan genom att ge primärvården rätt förutsättningar för att samverka.
- Goda exempel: Ungdomsmottagningen samverkar med bland annat tjejjouren. Första linje och ungdomsmottagningen informerar i samhället på olika sätt. Psykiatrin samverkar med brukarorganisationer.
- Psykisk hälsa/ohälsa grundläggs tidigt i livet. Trots den utbyggda BVC:n saknas vanligen manualbaserade insatser för att stödja det goda föräldraskapet.
- Utanförskap och mobbing i skolan riskerar att allvarligt skada den psykiska hälsan hos barnen. Systematiska program mot mobbning och utfrysning har kommit i vanrykte men måste användas.
- En sammanhållen barn- och ungdomshälsa behöver ersätta dagens BVC och elevhälsa. Denna ska absolut ha ansvar för första linjens psykiska hälsa såväl som för kroppslig problematik. Denna borde utgå från framtidens primärvård, där vi i Blekinge utreder hälsocenter som ersättning dagens vårdcentraler och där kommunal verksamhet ingår. Dessa får då i uppdrag att bedriva BVC som familjecentraler, att omskapa BVC verksamheten för de barn som påbörjat förskolan till att bli en elevhälsa som också har arbetsmiljöansvar för barnen och denna struktur fortsätter under hela grundskoletiden. Även ungdomsmottagningarna knyts då till barn och ungdomshälsan, som bland annat bemannas av läkare från hälsocentret. Barn- och ungdomshälsan får inte stänga under skollov.
- Framtidens hälsocenter har i detta ansvar också samverkande ansvar rörande den psykosociala arbetsmiljön i skolan som har en avgörande betydelse för risken för skolmisslyckanden och därigenom sekundär psykisk ohälsa.

## Särskilt yttrande

Vi instämmer i att hälso- och sjukvårdsinsatser som ges i den enskildes hem är ett växande och angeläget område. Se kommentar under avsnitt 4.3

## Beredning

Remissvaret är framtaget genom internt samråd.

## Bedömning

Karlskrona enligt ovan

Peter Lilja  
Regiondirektör

## Ytterligare information

Delbetänkandet ” God och nära vård – en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, SOU 2020:19” finns att ladda ner på regeringens sida <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2020/04/sou-202019/>



## Regionstyrelsen

Protokoll

Sammanträdesdatum

2020-09-23

Plats och tid: Regionsalen, den 23 september 2020, klockan 9.15

## Närvarande

ledamöter: Lennarth Förberg (M), ordförande  
Lars Karlsson (C), 1:e vice ordförande  
Christina Mattisson (S), 2:e vice ordförande  
Emma Stjernlöf (M)  
Johan Sandberg (M)  
Erik Lindborg (KD)  
Christel Friskopp (S)  
Markus Alexandersson (S)  
Teo Zickbauer (S)  
Erik Ohlson (V)  
Björn T Nurhadi (SD)  
Camilla Karlman (SD)  
Göran Eklund (SD)

## Frånvarande

ledamöter: Kjell-Åke Karlsson (S)

## Tjänstgörande

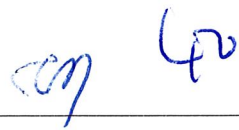
ersättare: Magnus Pettersson (S) för Kjell-Åke Karlsson (S)  
Peter Christensen (L) för Nils-Ingmar Thorell (L)

Ersättare: Inga närvarande ersättare

Politiska  
sekreterare:Elin Pettersson (M)  
Ann-Sofie Mattsson (C)  
Jeanette Andréasson Sjödin (S)  
Anna-Carin Leufstedt (S)  
Jens Henningsson (V)

## Ansvarig

tjänsteperson: Peter Lilja, regiondirektör



## ANSLAG/BEVIS

Justeringen har tillkännagivits genom anslag på Region Blekinges digitala anslagstavla

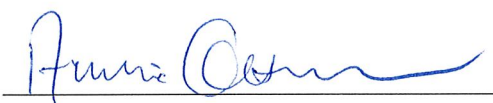
Datum när anslaget sätts upp 2020-09-23

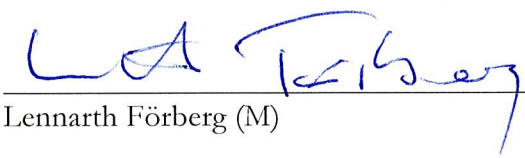
Förvaringsplats för protokollet


Arkivet

Tjänstepersoner: Monica Magnusson, ekonomidirektör  
Madeleine Flood, kommunikationsdirektör  
Ros-Marie Nilsson, avdelningschef planering, analys och uppföljning § 248  
Carin Hedqvist, Tf HR-direktör  
Åsa Norrby, servicedirektör  
Per Johansson, digitaliseringsdirektör  
Kristina Bergqvist, regionjurist  
Helene Håkansson, administrativ chef  
Bengt Wittesjö, smittskyddsläkare § 246  
Helén Andersson, utvecklingsstrateg § 250  
Håkan Friberg, medicinsk rådgivare hälsoval § 250  
Annelie Ottosson, sekreterare

Plats och tid för  
justering: Wämö center den 23 september 2020

Underskrifter: Sekreterare  Paragraf 255  
Annelie Ottosson

Ordförande   
Lennarth Förberg (M)

Justerare   
Christina Mattisson (S)

§ 255/20

Ärendenummer: 2020/00812

## Remissvar Region Blekinge: God och nära vård SOU 2020:19

### Regionstyrelsen beslutar

1. Att godkänna föreslaget remissvar, samt
2. Att paragrafen omedelbart justeras

### Särskilda uttalande

Christina Mattisson (S), Christel Friskopp (S), Markus Alexandersson (S), Teo Zickbauer (S), Magnus Pettersson (S) reserverar sig till förmån för sitt ändringsyrkande.

Christina Mattisson (S) lämnar ett särskilt yttrande från Socialdemokraterna som bifogas bilaga 6. Erik Ohlson (V) reserverar sig till förmån för sitt tilläggsyrkande samt lämnar ett särskilt yttrande som bifogas bilaga 9

### Sammanfattning

Region Blekinge har fått möjlighet att lämna synpunkter på delbetänkandet ” God och nära vård – en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem”.

Betänkandet är omfattande och har goda ambitioner att ge en bred, underbyggd bild men är svårt att överblicka. Det är ibland otydligt vad det är som faktiskt föreslås och den röda tråden saknas mellan vissa delar.

Att byta namn på hemsjukvård till hälso- och sjukvård i hemmet är positivt. Det är många typer av vård som genomförs i hemmet och det kommer att öka.

Bra att samverkan mellan kommuner och region lyfts. Hälso- och sjukvård i invånarens hem samt på primärvårdsnivå är ett gemensamt ansvar. Så är även hälsofrämjande arbete, prevention och egenvård vilket kunde ha fått ännu mer fokus. Det är viktigt att den strategiska planeringen som föreslås även omfattar hälso- och sjukvård i hemmet oavsett vårdnivå.

Den tydlighet som vi hoppades på när det gäller förhållandet mellan individuell plan, samordnad individuell plan (SIP) och patientkontrakt har tyvärr inte uppnåtts. Det är inte en tillräckligt tydlig linje mellan de olika förslagen.

Det är positivt att möjligheten för individen att få en individuell plan ökar.



I de beskrivningar av patientkontrakt som vi har tagit del av och jobbat med under en längre tid är en mycket viktig del att det handlar om en överenskommelse mellan individen och vården. Denna del saknar vi helt i delbetänkandet. Om alla inblandade är överens om vad som ska göras, av vem och när gör att förutsättningarna för en bra och effektiv vård ökar.

Det är positivt att både kommuner och region får ett ansvar att skapa platser för den verksamhetsförlagda delen av vårdrelaterade utbildningar.

I förslaget står det att detta omfattar de professioner som förekommer i primärvården. Inom vården framöver kommer sannolikt nya professioner som finns i övriga samhället att öka, såsom logistik, projektledare, produktionsplanerare mm. Här anser vi att sjukvården/regionen inte har ett utbildningsansvar för dessa studenter.

Vi tycker att det är positivt att taxe-systemet avskaffas men tycker att det bör ske snabbare än vad som föreslås.

Att ersätta det gamla taxe-systemet med obligatoriska vårdval inom specifika områden är inte bra. Det ger en stor påverkan på det kommunala självstyret att göra två områden obligatoriska och riskerar att splittra den vård som behöver ges samlat. Det finns redan nu möjlighet för regionen att skapa fler vårdval när så behövs och då inom de områden som är i linje med invånarnas behov i regionen.

Även när det gäller förslaget om upphandling är vi tveksamma till om det behövs. Det finns redan möjlighet att upphandla via LOU om behov finns.

Prevention och egenvård samt tillgänglighet i primärvården är viktiga delar i den omställning som behöver göras, men omställningen omfattar hela hälso- och sjukvården oavsett huvudman och nivå. Detta gör att ett samarbete över organisatoriska gränser samt stöd från regering och andra myndigheter är avgörande.

Det krävs både uthållighet, fokus och samordning nationellt för att utnyttja möjligheter till gemensam styrka hos olika initiativ och undvika att dessa ska motarbeta eller störa varandra. Exempel är nationell kunskapsstyrning, uppdrag till olika myndigheter, utveckling av nationella e-lösningar.

Hinder som kan undanröjas i form av till exempel teknik, brist på gemensam informatik, lagar som begränsar behöver hanteras så snabbt det går.

## Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse: Remissvar Region Blekinge: God och nära vård SOU 2020:19.

Bilaga: Protokollsutdrag arbetsutskottet § 270 angående remissvar Region Blekinge: God och nära vård SOU 2020:19

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

Bilaga: SoU 2020:19 God och nära vård.

## Förslag till beslut

Ordförande börjar med att nämna att paragrafen måste omedelbart justeras med motivering att remissvaret ska skickas till Socialdepartementet idag.

Markus Alexandersson (S) lämnar följande ändringsyrkande enligt bilaga 7:

Att i Region Blekinges remissvar under rubriken Sammanfattning, ersätta nuvarande stycke nio med en förtydligande skrivning enligt följande:

”Region Blekinge tycker det är positivt att taxe-systemet avskaffas och anser att det bör ske snabbare än vad som föreslås. Men att ersätta det gamla taxe-systemet med obligatoriskt vårdval är inte bra.

Region Blekinge förordar varken scenario 1 eller scenario 2. Scenariot med ett vårdval för fysioterapi och psykiatri inkräktar i avsevärd grad på det kommunala självstyret då det föreslås bli obligatoriskt och skrivs in i hälso- och sjukvårdslagen. Betänkandet motiverar detta med hänvisning till att det finns brister i tilliten mellan regionerna och utförarna, vilket knappast kan anses tillräckligt för att rättfärdiga ett så långtgående intrång i det kommunala självstyret.

Regionernas möjligheter att värna patienternas behov och sjukvårdssystemets funktion måste rimligen väga tyngre än etableringsinnehavarnas intresse av förutsägbarhet i samband med avskaffandet av LOL och LOF. Regionerna besitter också erforderlig kompetens för att själva utreda frågan, hantera de målkonflikter som avskaffandet av LOL och LOF för med sig och besluta om vilken lösning som är mest ändamålsenlig utifrån varje enskild regions förutsättningar. Med tanke på att hur mycket de olika regionernas förutsättningar skiljer sig åt är det inte heller troligt att det finns en enda lösning som passar alla.”

Erik Ohlson (V) lämnar följande tilläggsyrkande enligt bilaga 8:

Att lägga till texten:

”SOU 2020:19 kan och bör i diskussionen kopplas till SOU 2016:2 Effektiv vård i flera avseenden men framförallt avseende möjligheterna till god kompetensförsörjning och vårdplatser. Avsnitt 4.5 lyfter lyfter dessa faktorer men belyser särskilt kompetensförsörjningen.

Vi ser även att just de framtida ställningstagandena som kan tänkas komma från utredningen måste belysa strukturfrågor kring vårdplatser. Sverige har i ett internationellt perspektiv få vårdplatser per capita och trenden är att antalet vårdplatser fortsätter sjunka skarpt.

Vilka risker detta kan utgöra ur ett patientperspektiv måste tydligt belysas så att inte patienter riskerar att ramla mellan huvudmännens stolar, eller i detta fall sängar. Hälso- och sjukvården i Blekinge har likt många andra huvudmän ett stort uppdämt investeringsbehov och det kan föreligga en risk att ansvarsförskjutning avseende vårdplatser sker om inte detta ansvar tydliggörs”.

Erik Ohlson (V) yrkar bifall till Markus Alexanderssons (S) ändringsyrkande.

Markus Alexandersson (S) yrkar bifall till Erik Ohlsons (V) tilläggsyrkande.

Emma Stjernlöf (M) yrkar bifall till arbetsutskottets förslag samt yrkar avslag på Markus Alexanderssons (S) ändringsyrkande.

### Beslutsgång

Ordförande ställer proposition på Markus Alexanderssons (S) ändringsyrkande mot avslag och finner propositionen på avslag vara med övervägande ja-besvarad.

Ordförande konstaterar därefter att det endast råder bifall till arbetsutskottets förslag .

Ordförande ställer proposition på Erik Ohlsons (V) tilläggsyrkande mot avslag och finner propositionen på avslag vara med övervägande ja-besvarad.

Regionstyrelsen beslutar slutligt att bifalla arbetsutskottets förslag:

Att godkänna föreslaget remissvar, samt

Att paragrafen omedelbart justeras.

### Protokollet ska skickas till

Socialdepartementet

Utvecklingsenheten



**Regionstyrelsen**

Sammanträdesdatum 23 september 2020

**Särskilt yttrande från Socialdemokraterna till****Region Blekinges remissvar God och nära vård SOU 2020:19**

Att i remissvarets underrubrik ”Sammanfattning” ersätta stycke nio med en förtydligande skrivning enligt följande:

”Region Blekinge tycker det är positivt att taxe-systemet avskaffas och anser att det bör ske snabbare än vad som föreslås. Men att ersätta det gamla taxe-systemet med obligatoriskt vårdval är inte bra.

Region Blekinge förordar varken scenario 1 eller scenario 2. Scenariot med ett vårdval för fysioterapi och psykiatri inkräktar i avsevärd grad på det kommunala självstyret då det föreslås bli obligatoriskt och skrivs in i hälso- och sjukvårdslagen. Betänkandet motiverar detta med hänvisning till att det finns brister i tilliten mellan regionerna och utförarna, vilket knappast kan anses tillräckligt för att rättfärdiga ett så långtgående intrång i det kommunala självstyret.

Regionernas möjligheter att värna patienternas behov och sjukvårdssystemets funktion måste rimligen väga tyngre än etableringsinnehavarnas intresse av förutsägbarhet i samband med avskaffandet av LOL och LOF. Regionerna besitter också erforderlig kompetens för att själva utreda frågan, hantera de målkonflikter som avskaffandet av LOL och LOF för med sig och besluta om vilken lösning som är mest ändamålsenlig utifrån varje enskild regions förutsättningar. Med tanke på att hur mycket de olika regionernas förutsättningar skiljer sig åt är det inte heller troligt att det finns en enda lösning som passar alla.”

Karlskrona 2020-09-22

Christina Mattisson (S)

Regionråd och 2:e vice ordförande Regionstyrelsen

Gruppledare (S)



## Regionstyrelsen

Sammanträdesdatum 23 september 2020

### Ärende 13

#### Remissvar God och nära vård, SOU 2020:19

#### Att föreslå Regionstyrelsen besluta

**Att** i Region Blekinges remissvar under rubriken Sammanfattning, ersätta nuvarande stycke nio med en förtydligande skrivning enligt följande:

”Region Blekinge tycker det är positivt att taxe-systemet avskaffas och anser att det bör ske snabbare än vad som föreslås. Men att ersätta det gamla taxe-systemet med obligatoriskt vårdval är inte bra.

Region Blekinge förordar varken scenario 1 eller scenario 2. Scenariot med ett vårdval för fysioterapi och psykiatri inkräktar i avsevärd grad på det kommunala självstyret då det föreslås bli obligatoriskt och skrivs in i hälso- och sjukvårdslagen. Betänkandet motiverar detta med hänvisning till att det finns brister i tilliten mellan regionerna och utförarna, vilket knappast kan anses tillräckligt för att rättfärdiga ett så långtgående intrång i det kommunala självstyret.

Regionernas möjligheter att värna patienternas behov och sjukvårdssystemets funktion måste rimligen väga tyngre än etableringsinnehavarnas intresse av förutsägbarhet i samband med avskaffandet av LOL och LOF. Regionerna besitter också erforderlig kompetens för att själva utreda frågan, hantera de målkonflikter som avskaffandet av LOL och LOF för med sig och besluta om vilken lösning som är mest ändamålsenlig utifrån varje enskild regions förutsättningar. Med tanke på att hur mycket de olika regionernas förutsättningar skiljer sig åt är det inte heller troligt att det finns en enda lösning som passar alla.”

*Karlskrona 2020-09-22*

Christina Mattisson  
Gruppledare (S)



2020-09-23

**Yrkande ärende – Remissvar God och nära vård**

Jag yrkar

att lägga till texten:

SOU 2020:19 kan och bör i diskussionen kopplas till SOU 2016:2 Effektiv vård i flera avseenden men framförallt avseende möjligheterna till god kompetensförsörjning och vårdplatser. Avsnitt 4.5 lyfter lyfter dessa faktorer men belyser särskilt kompetensförsörjningen. Vi ser även att just de framtida ställningstagandena som kan tänkas komma från utredningen måste belysa strukturfrågor kring vårdplatser. Sverige har i ett internationellt perspektiv få vårdplatser per capita och trenden är att antalet vårdplatser fortsätter sjunka skarpt. Vilka risker detta kan utgöra ur ett patientperspektiv måste tydligt belysas så att inte patienter riskerar att ramla mellan huvudmännens stolar, eller i detta fall sängar. Hälso- och sjukvården i Blekinge har likt många andra huvudmän ett stort uppdämt investeringsbehov och det kan föreligga en risk att ansvarsförskjutning avseende vårdplatser sker om inte detta ansvar tydliggörs.

Vänsterpartiet,

Erik Ohlson

40 CM

2020-09-23

**Särskilt yttrande – SOU 2020:19 Remissvar God och nära vård**

Vänsterpartiet anför att:

SOU 2020:19 kan och bör i diskussionen kopplas till SOU 2016:2 Effektiv vård i flera avseenden men framförallt avseende möjligheterna till god kompetensförsörjning och vårdplatser. Avsnitt 4.5 lyfter dessa faktorer men belyser särskilt kompetensförsörjningen. Vi ser även att just de framtida ställningstagandena som kan tänkas komma från utredningen måste belysa strukturfrågor kring vårdplatser. Sverige har i ett internationellt perspektiv få vårdplatser per capita och trenden är att antalet vårdplatser fortsätter sjunka skarpt. Vilka risker detta kan utgöra ur ett patientperspektiv måste tydligt belysas så att inte patienter riskerar att ramla mellan huvudmännens stolar, eller i detta fall sängar. Hälso- och sjukvården i Blekinge har likt många andra huvudmän ett stort uppdämt investeringsbehov och det kan föreligga en risk att ansvarsförskjutning avseende vårdplatser sker om inte detta ansvar tydliggörs.

Vänsterpartiet,

Erik Ohlson

40 om