

Mottagare

Socialdepartementet
Dnr S2020/02841/FS

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

Sammanfattning

Region Norrbotten är överlag positiv till utredningens förslag. Regionen önskar tydliggöranden inom vissa områden och ger även förslag på tillägg till vissa delar av utredningens resonemang.

Region Norrbottens synpunkter

Kap 3 Framgångsfaktorer och hinder för omställningen

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

Från mottagare till medskapare, s.106

För att hälso- och sjukvården så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten bör krav på upprättande av en inriktning i form av en patient-/brukarstrategier/policy ställas på regionerna. Uppföljning bör ske av nationellt överenskomna variabler för att följa efterlevnaden.

Delaktighet i utveckling av vården, s.108

Även här bör krav på upprättande av patient-/brukarstrategi ställas på regionerna.

3.2.3 Salutogent förhållningssätt, s.114

Separata ekonomiska incitament för rehabilitering/habilitering kontra sjukvård kan påskynda ett mer proaktivt arbete inom hälso- och sjukvården. De ekonomiska vinsterna för ett proaktivt arbete ses långt senare än vad de gör för övrig sjukvård (se även sid 136-137). Därför krävs olika tidsperspektiv för ekonomisk uppföljning. Det finns ett stort behov av att utveckla nya beräkningsmodeller och metoder som bättre förmår fånga samband och vinster i hälso- och sjukvårdssystemet och hälsosystemet i sin helhet, och bättre inkluderar patientperspektiv (se även Hinder sid 141). En gemensamt framtagen målbild för region och kommun krävs också för att i samverkan nå hälsofrämjande miljöer.

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

Att se sin egen del i helheten, s.116

Genom att upprätta t.ex. samverkansriktlinjer mellan region och kommuner kan stöd ges för en integrerad vård och omsorg. Upprättande av olika typer av samverkansforum på olika organisatoriska nivåer mellan region och kommuner är en viktig del i överbryggandet av mellanrummen genom ökad kunskap om varandras uppdrag, mandat och begränsningar.

3.2.5 Prehospital och mobil vård – en integrerad del i vårdkedjan, s.119

För att nå en jämlik, likabehandlande vård och omsorg där mobil vård med tekniska lösningar ska bli en integrerad del av systemet måste krav ställas på infrastrukturens tillgång och utbyggnad. Tillgång till avbrottsfri elkraft och stabil internetuppkoppling är en grundförutsättning för specialiserad mobil vård, hemmonitorering och säker informationshantering. Delar av dessa behov lyfts också på sid 122-123 samt sid 127.

Det ställer också krav på anpassad utbildning/fortbildning av vård- och omsorgspersonal för att möta de nya arbetssätten och tekniken. Även patient-/brukarutbildning och support kommer att bli en nödvändighet för regioner och kommuner att resurssätta.

3.2.6 Samordnad styrning av kompetensförsörjning, s.121

Det är viktigt att det finns en strukturerad planering och uppföljning av kompetensförsörjningen, inklusive chefsförsörjningen, inom regionerna. Strukturen för detta kan gärna samordnas nationellt för att ge bättre underlag för regional och nationell planering av kompetensförsörjning inklusive rätt använd kompetens, kompetens- och uppgiftsväxling, utbildnings- och rekryteringsbehov. Kompetensförsörjnings- och utbildningsfrågor bör vara en integrerad del i all planering och utveckling, samt i beslut med påverkan på arbetssätt, bemanning och tillhörande kostnader.

Chefer bör i högre grad samarbeta i bemanningsfrågor över organisationsgränser och medarbetarna bör kunna arbeta mer flexibelt inom och mellan verksamheter för att optimera resursanvändningen och sprida kompetensen. Även mellan huvudmän bör ett ökat samarbete ske. Kompetens och systemstöd inom områdena bemanning, schemaläggning och produktionsplanering bör säkras för att ge kvalificerat stöd till chefer och uppnå en mer hållbar kompetensförsörjning.

Hälso- och sjukvård bör bredda rekryteringsbasen och i högre grad ta tillvara tillgängliga resurser genom att öppna upp för nya kompetenser och yrkesroller. Den digitala kompetensen bör öka och spridas till fler yrkesgrupper och digitala lösningar bör användas i högre grad för att överbrygga geografiska avstånd. Automatiseringar ska prioriteras för att spara på resurser och upprätthålla rätt kvalitet. Mångfald bör främjas genom att öppna upp för andra kompetenser och yrkesroller, utanför de traditionellt förekommande inom hälso- och sjukvård, som kan bidra till att lösa kompetensförsörjningen. Då

det inte går att fullt ut förutse hur olika arbeten kommer att utföras framöver och därmed inte heller regioners och kommuners behov av specialistkompetens, är det viktigt att även se till drivkrafter och personliga kompetenser hos medarbetare.

3.2.7 Logistiklösningar och infrastruktur som understödjer omställningen, s.123

Mycket viktigt och bör vara del av den gemensamma plan som utredningen föreslår (4.3.2 En gemensam plan för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå).

3.2.8 Forskning, utveckling och utbildning som följer med och understödjer omställningen, s.125

Detta kräver i sin tur en bättre styrning av hur forskningsmedel och forskningstid fördelas mellan olika professioner.

3.3.2 Bristande helhetsperspektiv och systemkunskap

Vi saknar system för att fånga helheten, s.133

Regionen saknar förslag på åtgärder från utredningen.

3.3.5 Bristande inkludering av medarbetarna, s.137-138

Mycket viktigt med kunskapsutbyte mellan olika vårdgivare för att skapa en lärande organisation över gränserna. De stora penseldragen bör regleras att vara del av den gemensamma plan som utredningen föreslår (4.3.2 En gemensam plan för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå).

Den interna delaktigheten i förändringsarbetet måste respektive arbetsgivare ta ansvar för genom en transparent process och ständig dialog med arbetstagarer och fackliga organisationer.

3.3.6 Utmaningar med kompetensförsörjning och kompetensutveckling, s.138

För att tillgodose möjlighet till fortbildning för anställd personal inom hälso- och sjukvården bör krav finnas på att regioner och kommuner har en upprättad strategi och planering för detta med krav på uppföljning av relevanta målvärden. Utveckling av kompetens- och karriärmodeller bör ske i samverkan mellan arbetsgivare och fackliga förbund. Viktigt att detta gäller både för kliniskt verksamma men även för t.ex. disputerade i andra typer av tjänster. Det regiongemensamma arbetet med strukturer för karriärvägar för olika yrkesgrupper bör stärkas. Detta för att bli mer attraktiv som arbetsgivare, för att öka möjligheter till kompetens- och uppgiftsväxling samt rätt använd kompetens.

Förutsättningar för ett hållbart arbetsliv för chefer och medarbetare är grunden till en hållbar kompetensförsörjning. Nuvarande arbetssätt är starkt kopplad till en traditionell kultur som försvårar arbetet med förändring och förnyelse. I nuläget nyttjas inte potentialen i förnyade arbetssätt och digitalisering t.ex. genom att samordna digitala utbildningar inom arbetsgivarrollen,

medarbetarrollen, arbetsrätt och introduktion för nya chefer och medarbetare.

3.3.9 Bristande arbete med ledarskapsfrågor, s.142-143

Då omställningen till nära vård är en gemensam angelägenhet som måste ske i nära samverkan mellan region och kommun bör de stödjande insatser som planeras nationellt, t.ex. ledarskapsutbildningar, också rikta sig till samverkansaktörer (inom region, kommun och privata utförare) och att de med fördel genomför utbildningen tillsammans. Det öppnar upp för bättre dialog, underlättar för en gemensam målbild och färdväg genom att förvärva ett gemensamt språk och styrmodell.

Traditionella organisationskulturer som försvårar införandet av nya arbetsätt behöver förändras. En fortsatt satsning på förändrings- och förbättringsledning är därför viktig, där större förståelse för och engagemang i förändringsarbetet uppnås hos chefer och sprids till lednings- och arbetsgrupper.

Satsningar på utbildning av chefer som leder chefer är viktig för ökad trygghet och dynamik i ledningsgrupperna och ett mer närvarande och hållbart ledarskap. I dagsläget finns ett större fokus på och kompetens inom operativ ledning, men brister inom det strategiska ledarskapet. Detta medför bland annat ett för stort fokus på förbättringsledning istället för förändring, utveckling och förnyelse av verksamheten. Det är även viktigt med en gemensam syn på och följsamhet i arbetsgivarrollen där man med fördel kan samordna utbildningar regionalt och nationellt.

3.3.10 Regelverk och arbetssätt som utestänger de mest behövande, s.144-147

För att inte skapa olika typer av utestängande situationer lyfter utredningen fram tre olika strategier som Funktionsrätt Stockholm framhållit. Dessa strategier är bra, men de är dock på frivillig basis för huvudmännen att anamma. Regionen anser att det bör utredas om det inte också ska vara ett reglerat ansvar för myndigheter att använda dessa.

Regionen instämmer med utrednings bedömning att en lösning som möjliggör att ge ett ombud åtkomst till patientjournalen kommer att vara ett centralt verktyg i omställningsarbetet. Forskningsintervjuer utförda i Norrbotten med patienter och närstående visar att man idag löser detta genom att den närstående får ta del av patientens Bank-id och inloggningsuppgifter och därigenom ha åtkomst till t.ex. den enskildes journal och SIP på 1177.se.

Regionen vill lyfta problematiken i att ungdomar och deras vårdnadshavare ibland saknar tillgång till patientjournal via 1177 då samtliga banker inte tillåter BankId för ungdomar under 16 år. Regionen vill därför att frågeställningen ses över.

Kap 4 Samverkansstrukturer för hälso- och sjukvården

4.2.3 Begreppet hemsjukvård ersätts i lagstiftning med ”hälso- och sjukvård i hemmet”, s.153-154

Regionen instämmer i den förslagna ändringen till ”hälso- och sjukvård i hemmet”.

Utredningen bedömer att det inte finns något i lagstiftningen som hindrar att kommunalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal kan medverka och i vissa fall utföra insatser som den regionfinansierade hälso- och sjukvården ansvarar för, om regionen och kommunen enas om förutsättningarna för detta. Regionen anser att detta bör förtydligas i lagstiftningen så att det framgår att det är karaktären eller svårighetsgraden i en uppgift som ska avgöra gränsdragningar mellan huvudmännen, inte vem som ordinerat uppgiften. Det blir annars ofta en tolkningsfråga om vilken typ av åtgärder som är på primärvårdsnivå, framförallt om de är ordinerade av en specialistmottagning. Exempel på problemområden är ordination från en hudspecialist gällande förbandsmaterial vid omläggning av bensår i hemmet. Kommunen tolkar då att åtgärden inte är på primärvårdsnivå varvid den kommunala hälso- och sjukvården inte utför detta i det ordinära boendet. Om samma ordination kommer från primärvårdsläkaren utförs åtgärden däremot av den kommunala hälso- och sjukvården i det ordinära boendet.

4.3.1 Regionen och kommuner ska samverka vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården, s.160

Regionen instämmer i förslagen om att förtydliga kravet på samverkan i lagen.

4.3.2 En gemensam plan för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå, s.162

Regionen instämmer i förslaget att region och kommuner ska upprätta en gemensam plan för primärvården. Det övergripande innehållet i planen bör dock regleras, till exempel att planen ska omfatta frågor såsom kompetensförsörjning, lokalfrågor, utbudspunkter och beredskap. Detta dels för att kunna göra nationella jämförelser över tid men också för att bidra till jämlik vård över landet.

4.4.2 Fler patienter ska ges möjlighet till en individuell plan, s.168-170

Regionen instämmer i förslaget att harmonisera lagstiftningarna LUS, HSL och SoL så att den kommunala hälso- och sjukvården omfattas i samtliga. Detsamma gäller utökningen att en individuell plan kan aktualiseras då behov finns att samordna insatser/åtgärder från olika vårdgivare men med samma huvudman. Viktigt att den utökade skrivningen inte begränsas till enbart samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser som ges av samma huvudman utan även tar höjd för att gälla samordning av social insatser från olika vårdgivare men med samma huvudman.

Regionen reserverar sig mot förslaget att olika vårdgivare var för sig upprättar en individuell plan i samråd med den enskilde då detta inte stödjer ett personcentrerat förhållningssätt utan snarare cementerar en organisatorisk

syn på människan. Därav bör benämningen snarare vara samordnad individuell plan än individuell plan för att trycka på en holistisk människosyn. Benämningen (samordnad alt) individuell plan indikerar också att det inte bara rör sig om en plan för vården utan att det är en plan som utgår från den enskildes resurser och behov oavsett om dessa rör hälso- och sjukvård, rehabilitering/habilitering och/eller socialtjänst. Detta till skillnad från Patientkontrakt som beskrivs av utredningen som en övergripande vårdplan för patientens samtliga vårdinsatser oavsett aktör eller huvudman.

4.4.4 En fast vårdkontakt ska ansvara för att den individuella planen är aktuell, s.172-173

Regionen instämmer delvis i utredningens förslag om att den fasta vårdkontakten ska ansvara för den individuella planen. Här har dock utredningen utgått från att samordningen alltid gäller hälso- och sjukvård. Viktigt att ta höjd för att samordning även kan bli aktuell vid komplexa sociala insatser som ges av flera vårdgivare men under samma huvudman.

Regionen anser också att det behöver förtydligas hur förhållandena ser ut mellan fast vårdkontakt, samordningsansvarig vård, samordningsansvarig för samordnad individuell plan, föreslagen fast omsorgskontakt i hemtjänsten (S 2019:02).

4.4.5 Personcentrerat innehåll i den individuella planen, s.175-176

Regionen instämmer i utredningens förslag om krav på att den enskildes mål ska framgå i den individuella planen och utgå från den enskildes egen berättelse och vad som är viktigt för denne. Regionen ser dock behov av ytterligare tillägg med krav på att det även ska framgå uppföljning och utvärdering av insatser/åtgärder i förhållande till det satta målet. När i tid uppföljning och utvärdering ska ske planeras i överenskommelse med den enskilde.

4.4.6 Den individuella planen ska även innehålla förebyggande och rehabiliterande insatser, s.177-178

Regionen instämmer i utredningens förslag. Detta stödjer ett personcentrerat förhållningssätt och en holistisk människosyn.

4.4.7 Informationsdelningsfrågor, s.179

Som utredningen beskrivit i tidigare delbetänkande är möjligheterna att dela information mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst mycket begränsade. Regionen anser att det utgör ett tydligt hinder för ett personcentrerat förhållningssätt och begränsar möjligheten för den enskilde att få stöd för att samordna de insatser/åtgärder denne är i behov av. Det är högst väsentligt att detta hinder tas bort.

4.4.8 Elevhälsa, s.181

Regionen instämmer med utredningens förslag. Av stor vikt för den enskilde i skolåldern att även elevhälsan inkluderas.

4.5.7 Konsekvenser för en jämlik vård, s.196

Regionen anser att det är först när hänsyn tas till hela människan, dess resurser och behov som vi når ett personcentrerat förhållningssätt fullt ut. Här måste därför även socialtjänsten ingå.

Generella kommentarer avseende Folk tandvårdens roll

Regionen saknar en diskussion om tandvårdens roll i samverkansstrukturerna mellan vård och omsorg. Tandvårdens roll för en god och nära vård bör tydliggöras och dess del i Patientkontrakt och i de individuella planerna bör beskrivas.

Tandvårdens roll bör tydliggöras som medspelare inom folkhälsoarbetet och i de personcentrerade sammanhållna vårdförloppen där tandvårdens insats kan ge mervärde för patienten.

Kap 5 Patientkontrakt – patientens stöd för en sammanhållen vård

5.1.1 Nuläge i arbetet med patientkontrakt, s.205-206

Termen ”patientkontrakt”

Regionen reserverar sig mot utredningens förslag att fortsätta benämna den övergripande vårdplanen som Patientkontrakt. Dels frångås ett personcentrerat förhållningssätt då den enskilde inte ses eller benämns som en person utan etiketteras som patient, dels blir kontrakt missvisande då det snarare rör sig om en översikt av överenskommelser mellan hälso- och sjukvården och patienten/den enskilde som innehåller information och kontaktoppgifter till fast(a) vårdkontakt(er), en sammanhållen vårdplan och att tiderna i planen är bokade i samråd med patienten.

Med ett personcentrerat förhållningssätt vore benämningen *individuell vård- och omsorgsöversikt* eller *individuell vård- och omsorgsöverenskommelse* mer lämpat. Patientkontrakt som begrepp är ännu inte etablerat bland medborgarna och finns inte omnämnt på t.ex. 1177, varför ändring till ett annat begrepp än *patientkontrakt* inte bör orsaka några större problem i detta skede.

Inera AB:s förstudie om patientkontrakt, s.207-211

Regionen poängterar att den sammanställda vyn även måste vara tillgänglig i pappersform när den enskilde önskar det eller inte har möjlighet att ta del av den digitalt. Vem som ska ansvara för att delge den enskilde denna sammanställning var gång den uppdateras bör regleras liknande det utpekade ansvaret för den individuella planen som den fasta vårdkontakten föreslås ha.

Regionen påtalar vikten av att arbetet med att utforma lagstöd för en gemensam digital plan för insatser som utförs av både hälso- och sjukvård och socialtjänst fortgår för att öka den enskildes delaktighet i sin vård och omsorg, kunna samordna insatser/åtgärder samt samnyttja personalresurser.

Regionen instämmer i utredningens förslag om reglering i Patientlagen men reserverar sig mot begreppet Patientkontrakt, se tidigare kommentar. Dialog

med patienter och närstående i Norrbotten i samband med utvecklingsprojekt där tjänstedesignmetodik använts har visat att dessa önskar att journalanteckningar, SIP och översikt av överenskommelser bör finnas tillgängliga dels på papper dels digitalt. I den digitala utformningen önskas *en* inloggning till samtlig information och det ska vara enkelt att manövrera mellan dokumenten.

Regionen reserverar sig mot utredningens förslag om att i Patientlagen reglera en skyldighet att upprätta en sammanställning av uppgifter om patientens fasta vårdkontakt(er) och de aktiviteter eller insatser som är planerade för patienten i den individuella planen, om patienten begär det. Regionen föreslår att detta istället regleras i lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (LUS), HSL och Socialtjänstlagen (SoL) kopplat till reglering av den individuella planen och dess utformning. Detta för att hålla ihop regelverket kring individuell plan på ett tydligt och begripligt sätt.

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

6.1.3 Utbildningsrelaterade utmaningar för god kompetensförsörjning, s.245-

Regionen instämmer i vikten av att hälso- och sjukvårdsutbildningar följer och anpassas till de förändringar som sker i hälso- och sjukvårdsverksamheterna. Detta bör främst ske genom dialog mellan regioner och lärosäten.

6.2.1 Regioners och kommuners ansvar för medverkan i utbildning ska tydliggöras, s.251

Gällande den verksamhetsförlagda delen av utbildningen instämmer regionen i utredningens förslag om att i den nya bestämmelsen 18 kap. 4 § HSL ska anges att regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för.

För att tillgodose möjlighet till fortbildning för anställd personal inom hälso- och sjukvården bör krav finnas på att regioner och kommuner har en upprättad strategi och planering för detta med krav på uppföljning av relevanta målvärden. Utveckling av kompetens- och karriärsmodeller bör ske i samverkan mellan arbetsgivare och fackliga förbund. Viktigt att detta gäller både för kliniskt verksamma men även för t.ex. disputerade i andra typer av tjänster. Flera goda exempel finns. Region Norrbotten bedriver t.ex. kliniskt basårprogram för nyanställda sjuksköterskor med syfte att stärka dem i sin yrkesroll. Det sker genom förstärkt arbetsplats introduktion, mentorsamtal, föreläsningar och praktiska övningar.

6.2.2 Att medverka till utbildning ska vara en del av primärvårdens grunduppdrag, s.254

Regionen instämmer i utredningens förslag att reglera att det i primärvårdens uppdrag ingår att medverka till utbildning. Primärvårdens vårdgivare, i såväl regioner som kommuner, behöver upplåta utbildningsplatser åt studerande inom professioner som förekommer i primärvården. Denna utökning av VFU

inom primärvård kommer dock att ta tid att genomföra fullt ut och bör därför ske i etapper.

6.5.1 Inspel på dialogfrågor, s.266-267

Regionen ser ett behov av att tydliggöra nationella och regionala strategier för prioriterade forskningsområden. Idag ligger största fokus på klinisk forskning, vilket också visas i de anslag som funnits att söka. Forskning om personcentrering samt användandet av metoder där personer med patientbrukar- och närståendeerfarenhet involveras i forskningen hamnar lätt längre ned i prioriteringslistan när ekonomiska och personella resurser ska fördelas inom hälso- och sjukvården. Insatser att stödja och öka kunskapen hos politiker men även chefer på olika nivåer krävs för det fortsatta forskningsarbetet.

Kap 7 Verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvård ersättning och lagen om ersättning för fysioterapi

Norrboten är det län sett till sin befolkning som har flest besök hos privata vårdgivare på nationella taxan. Vi har fjärde flest antal vårdgivare totalt efter Stockholm, Skåne och VGR. Ca 81 procent av vårdgivarna har sina etableringar i Luleå, Boden eller Piteå, och 48 av 84 vårdgivare har sina etableringar i Luleå, där det finns det 29 privata fysioterapeuter och 19 privata läkare.

7.2.1 Dagens system står inte i samklang med ett modernt hälso- och sjukvårdssystem, s.274

Regionen instämmer med utredningens mening att dagens system med LOL och LOF inte är förenligt med ett modernt hälso- och sjukvårdssystem. Regionerna har planeringsansvaret men kan inte styra varken innehåll eller lokalisering. Systemet har inneburit att många vårdgivare är lokaliserade i större städer och nästan inga i glesbygden, där behovet i vissa fall är större. Regionen instämmer också i att dagens system inte är utformat utifrån patientens behov.

Utredaren nämner här att det är hälso- och sjukvårdshuvudmannen, d.v.s. regionen, som har det grundläggande ansvaret för att god hälsa och vård på lika villkor ska finnas för hela regionens befolkning. Detta ska gälla oavsett var i länet man bor. De nuvarande lagstiftningarna LOL och LOF hindrar effektivt regionen från att fullt ut styra tillgängligheten.

Som ansvarig sjukvårdshuvudman måste regionen ha möjlighet att styra och planera vårdutbudet inom sitt ansvarsområde med det bästa för patienter och medborgare som huvudmål. För Region Norrbotten är detta extra viktigt med tanke på den geografiska spridning som finns i länet och de svårigheter med kompetensförsörjning som finns i våra glesbygdskommuner.

7.3 Två alternativa scenarier, s.279-

Regionen vill i första hand understryka vikten av att dagens system med nationella taxan under LOL och LOF avskaffas. Situationen idag med ca 80 pri-

vata vårdgivare som verkar utanför regionens styre är långt ifrån bra. Regionen kan inte styra utbudet vilket medför att vissa områden har en kraftig överrepresentation av framförallt fysioterapeuter, medan det i andra områden råder brist.

Regionen ser både för- och nackdelar i de två alternativa förslag som utredningen presenterar gällande ett nytt system. Dessa kommenteras nedan.

Scenario 1

Eftersom regionen har planeringsansvaret och måste kunna styra och planera vården är scenario 1 med obligatoriskt vårdval inom fysioterapi och psykiatri inte helt optimalt. I det förslag som utredningen presenterar finns det dock många möjligheter att påverka utformningen av detta vårdval, vilket regionen ser som en viktig förutsättning. Likheten med nuvarande vårdvalssystem gör det lätt att administrera och förstå systemet.

Scenario 2

Detta scenario är inriktat mot att förbättra förutsättningarna att arbeta och verka i glesbygd, vilket är positivt. Den stora nackdelen med scenariot är att det innebär ett nytt system och en ny lag, vilket ökar den administrativa bördan för regionerna. Regionen instämmer i att scenario två, om det införs, ska vara frivilligt för regionerna att använda.

Kap 8 En ändamålsenlig struktur för styrningen av hälso- och sjukvården

8.1.1 Utgångspunkter och avgränsningar

Kommunal hälso- och sjukvård utgör primärvård, s.350

Tydliga definitioner och uppdrag behövs mellan de olika vårdformerna. När det gäller primärvård även avseende primärvårdens basuppdrag vad gäller region- och kommunalverksamhet. Dagens avtal om hemsjukvård (trots växling) är förlegade med anledning av den utveckling som skett. När vård flyttar ut till hemmen är en tydlig överföring av kompetenser och resurser till primärvården nödvändigt. Krav behöver ställas på gemensam tillgång till nödvändiga journaluppgifter och på att vara producent i NPÖ.

8.2.2 Beskrivningssystemen behöver utredas och förändras, s.359

Regionen instämmer i utredningens förslag om en utredning av beskrivningssystemen. Krav bör ställas på att statistik levereras från primärvård till Patientregistret (PAR). Även kommunernas hälso- och sjukvård bör leverera omfattning och vad man gör till PAR för att få ett sammanhållet system. I detta sammanhang bör även utredas hur KPP-måtten påverkas.

8.2.3 Begreppet slutenvård behöver omdefinieras, s.362

Regionen instämmer i utredningens bedömning om att på sikt ersätta begreppet slutenvård med särskild vård.

Kap 9 Att skapa förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet

9.3.2 Medskick i fortsatta arbetet med att utveckla ett nationellt system för uppföljning, s.386

Utvecklad uppföljning behövs av patientens resa. Framförallt för primärvården, både vad gäller regionens del och kommundriven vård.

9.4 Omfördelning av resurser i systemet och resurser för omställningen, s.387

Viktigt att omställningen av resurser inte medför neddragningar på hälsofrämjande områden då det är lätt att dra in aktiviteter som kortsiktigt inte märks.

9.4.4 Det behövs en långsiktig, övergripande överenskommelse för omställningen, s.394

Långsiktiga planeringsförutsättningar behövs för både regioner och kommuner – det behöver vara tydligt vad som gäller för nationella medel. Riktade bidrag med specifika krav bör tas bort. Det är viktigt att statliga medel för god och nära vård även ges till kommuner. När det gäller utformning av bidrag till kommuner så bör hänsyn tas till att små kommuner med mindre kapacitet kan få svårt att ställa om med hjälp av generella bidrag som utgår från befolkningsstorlek, då deras andel blir så liten.

Skickas till:

s.remissvar@regeringskansliet.se

med kopia till: s.fs@regeringskansliet.se