



Remissvar God och nära vård – En primärvårdsreform, SOU 2018:39 (dnr S2018/03436/FS)

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

SLS har getts tillfälle att lämna synpunkter på *God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39)*. I beredningen av SLS svar har vi fått in synpunkter från SLS sektioner för akutsjukvård, allmänmedicin, infektionssjukdomar, neurokirurgi, njurmedicin, otorhinolaryngologi, huvud- och halskirurgi, psykiatri, rehabiliteringsmedicin, reumatologi och rättspsykiatri samt SLS delegation för medicinsk etik. Då dessa yttranden innehåller värdefulla synpunkter, inte minst specialiteternas perspektiv, bifogas de.

Kap. 8 Nationell plan för en god och nära vård

8.1 Vart är vi på väg?

Utredningen föreslår att målbilden och färdplanen fördjupas, jämfört med förra betänkandet. Målet är att patienten får en god, nära och samordnad vård och omsorg, som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser. Primärvården är navet i vården och omsorgen och samspelar både med annan specialistvård på och utanför sjukhusen, med övrig kommunal hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. I färdplanen lyfts patientperspektivet fram tydligare, liksom medarbetarperspektivet. För att nå målbilden betonas kompetensförsörjning och utvecklingen av digitalisering kopplat till Vision E-hälsa 2025. Så även beslut i landsting/regioner och kommuner som förankrar omstruktureringen i den egna kontexten.

SLS har inte någon invändning mot de nya delarna av målet eller färdplanen. Samverkan mellan huvudmän och vårdnivåer är väsentlig inte minst för sköra äldre med många olika sjukdomar, och måste kunna hanteras utan att patienten skickas runt i vårdsystemet. Primärvården och allmänmedicinen utgör den naturliga basen och navet för att detta ska fungera. Samverkan förutsätter utvecklade digitala system, men även ersättningsprinciper som stödjer detta. *SLS anser* att fokus i färdplanen bör vara att förstärka allmänmedicinen så att de allmänmedicinska specialisterna ska kunna ta huvudansvaret i den nära vården. Det handlar om att det finns tillräckligt många specialister i allmänmedicin och om en rad andra åtgärder för att göra allmänmedicinen till ett attraktivt karriärval. Förutom arbetsförhållanden och arbetsmiljö behövs det möjligheter och förutsättningar för forskning och utvecklingsarbete.

8.3 Att följa färdplanen

Utredningen föreslår att fyra storheter följs för att följa omställningen enligt färdplanen: *förtroende* för hälso- och sjukvården, oplanerade *återinskrivningar* inom 30 dagar, *andel utfärdade specialistbevis i allmänmedicin* av totalt antal utfärdade specialistbevis och *kostnadsandel* för det som definieras som

landsting/regioners *primärvård* i relation till samtlig hälso- och sjukvård i landsting/region. Vidare föreslås nationella samråd om genomförandet av färdplanen, vid tre tillfällen fram t.o.m. år 2027 som samlar representanter för såväl lokal som regional och statlig nivå för att gemensamt stämma av status för omställningen och vid behov föreslå justeringar i inriktningen av färdplanen. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys föreslås följa omställningen på övergripande nivå och bistå med underlag för sådana gemensamma dialoger.

SLS delar uppfattningen om vikten av att följa färdplanens utveckling. Många åtgärder har vidtagits genom åren för att åstadkomma en strukturomvandling och utbyggnad av primärvården utan att det har lett till någon påtaglig förändring ur ett nationellt perspektiv. Nationella samråd där staten går in och stödjer kan hjälpa till att driva fram en omstrukturering. *SLS anser* att det är viktigt att inkludera företrädare för professionerna, både från den nära vården och sjukhusvården. Detta gäller genomgående för arbetet med en strukturomvandling, på alla nivåer. Den medicinska professionen ska delta i hela processen, lokalt och på övergripande nivå, för en gemensam grundsyn om vad som är god vård.

SLS ser fördelarna med att använda indikatorer som är etablerade. Vi vill lägga till FOUU som indikator. Vi konstaterar också att det är svårt att välja indikatorer som säger något om kvalitetsutvecklingen, och att det är viktigt att även följa hur en omstrukturering påverkar sjukhusvården. Se närmare om kvalitetsuppföljning nedan under kap. 8.4!

8.4 Systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå

Utredningen föreslår att landstingen ska rapportera in uppgifter från utförare inom primärvård till en nationell databas. För att omstruktureringen ska komma till stånd bedöms det som avgörande att en systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå brådskande börjar byggas upp. Utan en sådan saknas möjligheter att på ett ändamålsenligt sätt följa och utvärdera omställningen mot en god och nära vård. De uppgifter som föreslås omfattas är uppgifter som ingår i den utvidgade modellen för nationell uppföljning av tillgänglighet i primärvård som tagits fram för Väntetidsdatabasen på SKL.

SLS vill framhålla det utredningen påtalar; att Väntetidsdatabasen inte kan i samma utsträckning som en utökning av patientregistret, ge underlag till ändamål som kvalitetsuppföljning, utvärdering, analys, epidemiologiska studier och forskning.

Enligt SLS räcker det heller inte med att följa upp primärvården på aggregerad nivå för att på ett ändamålsenligt sätt följa och utvärdera omställningen mot en nära vård. Det måste även ske systematiska externa medicinska revisioner på verksamhetsnivå inom hela hälso- och sjukvården för att man ska kunna följa hur omställningen påverkar kvaliteten i vården som bedrivs. Vi menar också att den externa kvalitetsgranskning som i regel görs i dag med resultatredovisningar och dokumentering har svårt att värdera komplexiteten i den professionella verksamheten. Ofta används mätbara men irrelevanta kvalitetsmått som riktar uppmärksamheten fel och påverkar prioriteringar i verksamheten. En arbetsgrupp inom SLS håller därför på att utveckla en modell för professionsbaserad medicinsk kvalitetsrevision, som bygger på att läkare med flera regelbundet granskar kliniker och vårdcentraler runt om i landet enligt en förutbestämd metodik. Granskningen ska omfatta medicinska resultat, patientsäkerhet, forskning, fortbildning och etik (hur man lever upp till vård efter behov). Men det är även viktigt att granskningen belyser om det finns rimlig balans mellan befogenheter och ansvar. Ett negativt utfall när det gäller medicinska resultat kan ju bero på ogynnsamma förutsättningar.

SLS kommer gärna till Socialdepartementet för en dialog om hur en modell för professionsbaserad medicinsk kvalitetsrevision skulle kunna utgöra den huvudsakliga kvalitetsuppföljningen inom hälso- och sjukvården och bidra i den omställningsprocess vi nu står inför.

Se även *sektionen för allmänmedicin* som lyfter fram uppföljningsmått som kan vara av intresse till exempel kontinuitetsmått, andel personer i befolkningen med namngiven fast läkarkontakt, uppföljning av fortbildning och forskning samt arbetsmiljömått.

8.5 Överföring av resurser

Utredningen lägger inte några förslag, men framhåller att överföringen av resurser bl a kommer handla om kompetenser för att bedriva verksamhet, utbildning och forskning och om förändrade regelverk för digitala lösningar för att tillgängliggöra kompetenser, tjänstgöring hos flera olika huvudmän/vårdgivare/utförare och översyn av vårdens och omsorgens utbildningar till såväl innehåll som volym. Därtill framhålls mer generella behov av överföring av resurser. Utredningen påpekar att överföringen av resurser ligger i en omfördelning av resp. landstings/regioners egna budget för hälso- och sjukvården. Det är utredningens uppfattning att en sådan överföring blir en naturlig effekt av den omställning mot en stark primärvård och en nära vård som flertal regioner/landsting är på väg mot.

Utredningen menar att en resursförstärkning på kort sikt skulle kunna ske med en riktad satsning på primärvården i form av en bredare överenskommelse mellan staten och SKL/huvudmännen. En jämförelse görs med den s.k. Patientmiljarden. Utredningen anser att en överenskommelse med fördel kan kopplas till de föreslagna insatserna för att följa färdplanen.

SLS delar helt uppfattning om inriktningen att en utbyggnad av hälso- och sjukvården nära befolkningen är nödvändig för att kunna möta de behov som följer av den demografiska utvecklingen och det ökade utbudet av medicinska åtgärder. *SLS anser* att allmänmedicinen, som är geografiskt nära, kostnadseffektiv och bidrar till jämlik vård, utgör den naturliga basen. Resursöverföringen är en knäckfråga. Det kommunala självstyret innebär att omstruktureringen är beroende av beslut i resp. landsting vilket skulle kunna leda till en fördröjning.

SLS anser att det är viktigt att en resursöverföring genomförs utan att riskera försämringar av kvaliteten i vården i sin helhet. Hur kan vi föra över resurser och samtidigt utveckla det område som resurser ska föras över ifrån? *SLS anser* att det kommer att krävas en nationell strategi och omställningsresurser samt en tydlig handlingsplan på lokal nivå som alla inblandade parter kan ställa sig bakom. Företrädare för den medicinska professionen måste involveras. Detta gäller genomgående för arbetet med en strukturomvandling. Den medicinska professionen ska delta både lokalt och på övergripande nivå, för en gemensam grundsyn om vad som är god vård. Det handlar, förutom om fler specialister i allmänmedicin, om kompetensöverföring som måste ske successivt och utifrån regionala och lokala förutsättningar samt om vilka andra medicinska specialistkompetenser som ska omfattas av den nära vården. Det handlar om samverkan mellan den nära vården och sjukhusvården, om frågor och konsultationer som måste kunna hanteras utan att patienterna flyttas. För bättre samverkan behövs en utveckling av de digitala systemen och ersättningssystem som stödjer. En omstrukturering kräver också att förutsättningarna för utbildning och forskning beaktas, inte enbart i primärvården utan för att säkra den långsiktiga kompetensförsörjningen i hela hälso- och sjukvården.

Här vill vi även hänvisa till svaret från **sektionen för reumatologi** som lyfter fram öppenvård på sjukhus och varnar för en ensidig syn på sjukhusvården som slutet vård.

Det bör övervägas hur andra specialister i öppen vård kan vara en resurs för den nära vården, se närmare bifogade remissvar från **sektionen från otorhinolaryngologi, huvud- och halskirurgi**.

SLS avstyrker tillfälliga satsningar med överenskommelser. Statens styrning genom överenskommelser och ekonomiska incitament har under senare år varit starkt kritiserad. Tillfälliga satsningar är ofta lovvärda och innebär resurstillskott som är välkomna och i många fall helt nödvändiga, men de skapar en ryckighet i verksamheten och bidrar till mängden, ibland motstidiga, styrsignaler. Även om utredningen menar att överenskommelsen ska vara bred och inte gå in på hurfrågor och att den ska stödja tillitsbaserad förändring ser SLS en stor risk för detaljstyrning som medför ökad administration.

Kap 8.6 Det traditionella sjukhusets roll i framtiden

Utredningen lägger inte några förslag i denna del utan för ett resonemang i löptext.

SLS vill här hänvisa till bifogade remissvar från *sektionen för akutsjukvård* som påtalar att det tas upp beröringspunkter gentemot akutsjukvården men saknas resonemang om den utveckling som sker i Sverige med specialiseringstjänstgöring och specialister i akutsjukvård.

Kap. 9 En stark primärvård som utgångspunkt för ökad närhet till patienten

9.1 Definitionen av primärvård behöver moderniseras

Utredningen föreslår att det ska framgå av definitionen att primärvården ska svara för behovet av sådan medicinsk bedömning och behandling, förebyggande arbete, omvårdnad och rehabilitering som inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl kräver andra medicinska eller särskilda tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Syftet är att tydligt markera att primärvården är första vårdnivån och dit individer i första hand ska vända sig med sina hälso- och sjukvårdsbehov.

SLS delar uppfattningen om att utgångspunkten bör vara att vård i första hand ges inom primärvården. Det är dock vårdbehovet som avgör, och det finns definitivt lägen då patienten inte i första hand ska vända sig till primärvård. Det är svårt att bedöma om utredningens förslag kommer att leda till att patienten i första hand vänder sig till primärvård. *SLS anser* att det kommer att handla om tillgänglighet, kontinuitet och om att stärka och utveckla primärvården så att den kan spela en huvudroll i den framtida hälso- och sjukvården. Men samtidigt är det så att styrande principer (tidigare lagda förslag av utredningen) och tydligare definition samt ett nationellt reglerat grunduppdrag kan bidra till att primärvården prioriteras i resurstilldelningen.

SLS saknar en djupare analys av det dynamiska förhållandet mellan vilka vårdbehov som av kvalitets- och effektivitetsskäl kräver andra medicinska eller särskilda tekniska resurser än de som primärvården kan tillgodose. T.ex. omhändertagande vid misstänkt stroke - utvecklingen från huvudsakligen basal omvårdnad och expektans har gått till rädda-hjärnan-larm och högintensivt omhändertagande.

Vi vill även hänvisa till remissvar från *sektionen för allmänmedicin* som påtalar att förslaget ger begränsad praktisk vägledning i avgränsningen av arbetsuppgifterna för primärvårdens medarbetare.

9.2 Nationellt utformat grunduppdrag för primärvården

Utredningen föreslår en ökad nationell styrning med ett nationellt reglerat grunduppdrag. I grunduppdraget föreslås följande. Primärvården ska tillhandahålla de *kompetenser* och hälso- och sjukvårdstjänster som behövs för att svara för primärvårdens grunduppdrag. Primärvården ska svara för sådan *brådskande hälso- och sjukvård* som ligger inom primärvårdens uppdrag. Primärvården ska organiseras så att *tillgängligheten* gällande de insatser som omfattas av uppdraget är *mycket god*. Primärvården ska ge sakkunnig *information, rådgivning och stöd* utifrån individuella behov, förutsättningar och preferenser till patienter som själv eller med hjälp av närstående kan vidta åtgärder. Vidare ska primärvården *samordna* patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården i de fall primärvården är involverad i patientens vård. Vidare skrivs in att det ska bedrivas *forskning* i primärvården. Av primärvårdens grunduppdrag ska också framgå att primärvården ska tillhandahålla *förebyggande insatser* utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och *rehabiliterande åtgärder*.

Utredningen bedömer att landstingen bör ställa krav på att utförare i primärvård ska bidra vid genomförande av *utbildning* såväl på grundnivå som avancerad nivå.

SLS anser att allmänmedicinen är basen i den nära vården. Även andra specialister kan vara en resurs i den nära vården. *SLS stödjer* uppfattningen om att det blir alltför oflexibelt om kompetenser skulle räknas upp i förordningstexten.

När det gäller akutuppdraget *vill SLS hänvisa* till bifogade remissvaren från sektionen för allmänmedicin och sektionen för akutsjukvård. *Sektionen för allmänmedicin* menar att förslaget om primärvårdens akutuppdrag är en rimlig avvägning, om än öppen för viss tolkning. Sektionen anser att en absolut förutsättning för att nödvändig omställning ska kunna ske är att den vårdnivå som förväntas ta ansvar också tillerkänns medicinskt tolkningsföreträde i fråga om lämplig vårdnivå, eller vid behov av stöd eller konsultation. *Sektionen för akutsjukvård* anser att beskrivningen av primärvårdens

akutuppdrag är otydlig och att denna fråga inte har besvarats samt att frågan borde utredas inom ramen för en ny utredning om akut omhändertagande både prehospitalt och på akutmottagning.

SLS delar uppfattning om att det inte ska regleras att primärvården ska vara lätt tillgänglig dygnet runt. Det finns för närvarande inte förutsättningar för det, och kanske inte heller ett sådant behov. Vi stödjer uppfattningen om att den detaljreglering det skulle innebära att i förordning reglera när primärvårdsenheterna ska hålla öppet är helt olämplig. Det bör kunna anpassas lokalt och utgå från behov och förutsättningar. Utredningen föreslår i stället för ”lätt tillgänglig” som är ett begrepp som redan finns i HSL, ett nytt begrepp ”mycket god tillgänglighet”. *SLS* anser att det är att eftersträva, men begreppet kan lämna utrymme för tolkning. *SLS saknar* en grundläggande analys av tillgänglighetsbegreppet. Grundfrågan är av prioriteringsetisk principiell karaktär. En variant av tillgänglighet är att patienten själv prioriterar sitt vårdbehov och får omedelbart omhändertagande oavsett akutgrad utifrån medicinsk bedömning (t.ex. av läkare via nätkontakter). En annan variant är att utifrån prioriteringsbeslut medge tillgänglighet utifrån medicinskt bedömda vårdbehov på adekvat vårdnivå/specialiseringsgrad. Denna kärnfråga diskuteras inte alls i betänkandet.

SLS är positivt till att primärvårdens samordningsuppdrag uttryckligen föreslås framgå av grunduppdraget. Även här kommer det att handla om förutsättningar. *SLS* anser att samordning bör återinföras i HSL:s bestämmelse om kraven på ”god vård” för att tydliggöra att samordning är en del av god vård.

SLS välkomnar att utredningen lyfter fram att forskning ingår i primärvårdens uppdrag. Medicinsk forskning är en grundbult i en välfungerande hälso- och sjukvård. Genom forskning och utveckling kan patienterna dra nytta av effektiva metoder för diagnostik och behandling. Det behövs fler forskande läkare. Meritvärdet av forskarutbildning måste öka och fler tydliga karriärvägar för forskande läkare behöver utvecklas. I både Sverige och internationellt sker vården alltmer i miljöer nära patienterna och deras anhöriga, med allmänmedicinen och andra generalistkompetenser som bas, samtidigt är det på universitetssjukhusen som de största forskningsresurserna finns. Ett område som behöver mer och bättre forskning är vård, behandling och uppföljning av sköra äldre med många olika sjukdomar. Forskning som går över vårdnivåer och vårdorganisationer bör därför lämpligen utgå från primärvården, som är den centrala noden i vårdsystemet. Det är också hos primärvården som samordningsansvaret ligger. Forskningsfälten inom allmänmedicin måste ges bättre förutsättningar för att utvecklas. Se närmare remissvaret från *sektionen för allmänmedicin* om sambandet mellan möjligheter till forskning och utveckling och en hårt pressad primärvård.

SLS anser att beslutsfattare måste inför alla större förändringar i hälso- och sjukvården säkra verksamhetens förutsättningar att bedriva utbildning och forskning samt tillgodose framtida kompetensförsörjning. När strukturreformer genomförs i hälso- och sjukvården glöms ofta forskning och utbildning bort med stora negativa konsekvenser som följd. De förslag som under 2018 arbetats fram för ett mer sammanhållet system för läkares lärande, med ny sexårig läkarutbildning och bastjänstgöring (BT) som inledning på ST, talar för att mer av den kliniska tjänstgöringen för läkare under utbildning i framtiden kommer att förläggas inom primärvården. Det finns goda förutsättningar för att primärvården i större utsträckning ska kunna användas i läkares grundutbildning, AT och ST, men det kommer att kräva omfattande investeringar i inte minst handledarresurser för att utbildningen på olika nivåer ska kunna hålla rimlig kvalitet.

SLS vill avslutningsvis kommentera förslaget om ett nationellt reglerat uppdrag med att det grundläggande är att uppdraget resurssätts så att det kan fullföljas i praktiken.

9.3 Vårdval i primärvården

Utredningen föreslår att landstinget ska organisera Vårdval primärvård så att utförare ensam eller i samverkan med andra särskilt tillhandahåller de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att primärvårdens grunduppdrag ska fullgöras.

Enligt SLS är det svårt att bedöma hur detta förslag skiljer sig mot hur sjukvårdshuvudmännen i dag kan utforma vårdvalet i primärvården och vad det egentligen innebär.

9.4 Framgångsfaktorer för huvudmännen i utformningen av sin primärvård

Utredningen lägger inte några förslag, utan lyfter fram framgångsfaktorer och ett antal viktiga områden, bl a arbetsförhållanden, kunskapsstyrning, fast läkarkontakt i SÄBO, forskning och utbildning, minska beroende av inhyrd personal, digitalisering, ersättningssystem, förfrågningsunderlagen osv.

SLS anser att det behövs en rad åtgärder för att göra allmänmedicinen till ett attraktivt karriärval, förutom arbetsförhållanden handlar det om utvecklingsmöjligheter och förutsättningar för att bedriva forskning och utvecklingsarbete samt utbildning. Det finns goda exempel t.ex. med den nationella forskarskolan för primärvård som visat goda resultat.

SLS anser att det måste finnas ett ordnat system för fortbildning. Till skillnad från grund- och vidareutbildningen saknas i dag formell reglering av fortbildningen för färdiga specialister. Situationen i primärvården gör det svårt för läkare att delta i aktiviteter för kompetensutveckling. Kompetensförsörjning och kompetensutveckling är en nödvändig förutsättning för att hälso- och sjukvården ska kunna fortsätta att leverera resultat. Kompetensutveckling ska vara en självklarhet under hela yrkeslivet. Produktivitetskraven får inte leda till att vi nöjer oss med dagens kunskapsnivå. Det krävs även ett ledarskap som vågar prioritera kunskapsutveckling.

SLS delar utredningens bedömning att patientens behov och förutsättningar bör vara vägledande för den fortsatta utveckling av digitala vårdtjänster och att digitaliseringen bör vara en integrerad del i den löpande verksamhetsutvecklingen.

Utredningen lägger inte några förslag om ersättningssystemen utan hänvisar till den statliga utredningen Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08). *SLS vill framhålla* vikten av generella ersättningssystem som stödjer medicinska prioriteringar, kontinuitet och tillgänglighet samt ger utrymme för kompetensutveckling, handledning och forskning.

Kap. 10 Kontinuitet i primärvården

10.1 Vikten av kontinuitet

Utredningen bedömer att kontinuitet i relationer mellan patienten och vårdens medarbetare samt mellan olika professioner och olika vårdkontakter är centralt för såväl vårdens kvalitet och patientens upplevelse som medarbetarnas arbetsmiljö och effektiviteten i hälso- och sjukvården.

SLS delar uppfattningen om vikten av kontinuitet. Det är särskilt viktigt för personer med stora behov av hälso- och sjukvård. Samtidigt är det viktigt att inte underskatta betydelsen av kontinuitet också vid mera sporadiska kontakter, t ex kan förebyggande åtgärder underlättas. Se även remissvaret från *sektionen för allmänmedicin*.

10.2 Möjligheten till fast läkarkontakt i primärvården ska förtydligas

Utredningen föreslår att det förtydligas i patientlagen att patienten ska få *tillgång till och* möjlighet att välja en fast läkarkontakt i primärvården *hos den utförare i Vårdval primärvård som patienten valt*. Motsvarande förtydligande föreslås i bestämmelsen om vilken information som ska lämnas till patienten.

Utredningen föreslår att det ska införas krav på att fast läkarkontakt i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin, specialist i geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin eller ha annan likvärdig kompetens eller vara läkare under specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin.

Utredningen föreslår att det ska förtydligas att möjligheten att välja en fast läkarkontakt i primärvården är kopplad till den utförare som patienten har valt inom "Vårdval primärvård". Socialstyrelsen ska få meddela de föreskrifter om patientansvar för fast läkarkontakt som behövs för att garantera en god och säker vård.

SLS saknar en prioriteringsetisk diskussion när det gäller tillgängligheten. SLS anser att en utbyggnad av hälso- och sjukvården nära befolkningen med allmänmedicin som bas är nödvändig för

att möta behovet hos en åldrande befolkning och allt fler patienter med komplexa vårdbehov. Till dess primärvården är fullt utbyggd är det de med störst behov som ska ges kontinuitet och fast läkarkontakt.

SLS har inte någon invändning mot tydligare formuleringar i patientlagen, men har inte tidigare uppfattat att det är en otydlighet i lagstiftningen som bidragit till att andelen som har en fast läkarkontakt är förhållandevis låg i Sverige. SLS har inte heller uppfattat att det har varit ett problem att det inte klart framgår att den fasta läkarkontakten ska finnas hos den utförare som patienten har valt, det får väl närmast betraktas som självklart. Av utredningens författningskommentarer till patientlagen framgår att patienter som inte själva frågar efter en fast läkarkontakt ska erbjudas en sådan på initiativ från vårdpersonalen. I kommentarerna till HSL där motsvarande bestämmelse finns som vänder sig till huvudmannen, står emellertid att endast en språklig ändring har gjorts. Om dessa förtydliganden ska få någon reell betydelse för patienterna så måste huvudmannen och vårdgivarna förstå innebörden av dem och ta dem till sig.

SLS har inte någon invändning mot införandet av ett krav på att den fasta läkarkontakten i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin, specialist i geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin eller ha annan likvärdig kompetens eller vara läkare under specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin.

SLS har inte någon invändning mot att Socialstyrelsen bemyndigas meddela föreskrifter om patientansvar för fast läkarkontakt som behövs för att garantera en god och säker vård. I denna del vill vi hänvisa till remissvar från SLS *sektion för allmänmedicin* som närmare utvecklar motiven för ett listningstak för läkare och vikten av balans mellan arbetsuppgifter och förutsättningar för dem, samt listningsbegränsning för utförare. Även *sektionen för njurmedicin* skulle ha önskat ett tydligare ställningstagande från utredningen när det gäller hur många patienter en läkare kan vara fast vårdkontakt för.

10.3 Steg mot säkrad bemanning

Utredningen föreslår, för att säkra den tillgång på specialister i allmänmedicin som behövs för att tillgodose målet om en fast läkarkontakt i primärvården till hela befolkningen, att staten under en omställningsperiod ska stimulera adekvat tillgång till allmänläkare i primärvården genom finansiering av 1 250 specialiseringstjänster i allmänmedicin under åren 2019–2027.

SLS delar uppfattningen om att staten måste ta ett större ansvar för kompetensförsörjningen under en övergångsperiod. *SLS tillstyrker* en statlig finansiering av ST, men det räcker inte med att finansiera ST om det inte finns tillräckligt med handledare och vårdcentraler som fungerar väl ur ett utbildningsperspektiv. *Sektionen för allmänmedicin* framhåller också att frågan om geografisk fördelning av dessa öronmärkta pengar behöver problematiseras ytterligare. Tillgången på ST-läkare är ojämn i landet, och varierar mellan mycket god och ingen tillgång alls i olika områden även inom samma region. Goda villkor för dubbelspecialisering är en annan rekryteringsgrund.

Kap. 11 Ändamålsenlig administration

11.1 Utfärdande av intyg

Utredningen bedömer att det kan finnas anledning se över om förutsättningarna för en mer professionsneutral reglering finns på förordningsnivå i vissa fall. Vidare bör kommuner se över i vilken utsträckning kompetenskrav vid utfärdande av intyg i lokala tillämpningsföreskrifter kan göras mer professionsneutrala. Utredningen bedömer att verksamhetschefer inom vården bör säkerställa att det finns tydliga riktlinjer om intygshantering.

Utredningen bedömer att regeringen bör ge berörda myndigheter i uppdrag att se över om deras krav på intyg är ändamålsenliga samt att de vidtar nödvändiga åtgärder för att underlätta vårdens hantering av intyg. Vidare att kommunerna bör se över sitt behov av intyg från vården.

Slutligen bedömer utredningen att landsting och kommun bör samordna sin intygshantering i syfte att skapa en god och jämlik intygshantering i hela landet.

SLS delar utredningens bedömningar. SLS vill framhålla vikten av att läkare ges tid och förutsättningar för arbete med intyg, att administrationen av intyg underlättas av IT-system och att professionen involveras då systemen tas fram, liksom i översynen av intygen. **Sektionen för allmänmedicin** och **sektionen för rättspsykiatri** lyfter särskilt fram intygen till Försäkringskassan som betungande.

För Svenska Läkaresällskapet

Britt Skogseid
ordförande

Ingmarie Skoglund
ledamot SLS nämnd

Susann Asplund Johansson
organisationssekreterare/utredningsansvarig

Bilagor:
SLS sektioner för

akutsjukvård
allmänmedicin
infektionssjukdomar
neurokirurgi
njurmedicin
otorhinolaryngologi, huvud- och halskirurgi
psykiatri
rehabiliteringsmedicin
reumatologi
rättspsykiatri



Remissvar från Svensk Förening för Akutsjukvård till SLF, SLS och socialdepartementet

Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård SOU 2018:39

Svensk Förening för Akutsjukvård, SWESEM, välkomnar utredningens syn på primärvården som navet i sjukvården och förslaget om en enhetlig definition och ett nationell grunduppdrag för primärvården. Vi instämmer i bedömningen att remisskrav till akutmottagningen inte bör införas och att en välfungerande primärvård är den bästa garanten för att få patienter att vända sig dit när de inte har behov av akutmottagningens resurser.

Även om utredningens huvudsakliga fokus varit primärvården, finns flera beröringspunkter gentemot akutsjukvården beskrivna. Liksom primärvård saknar akutsjukvård en gemensam definition och det framstår som att man i utredningen utöver den akuta vårdkedjan från SOS-alarm och den prehospitala vården in på akutmottagningen, även inkluderar akut slutenvård. Man nämner att den ”danska akutvården håller på att omorganiseras med avsikt att lägga större tyngd på den prehospitala vården samt utbyggda akutmottagningar med seniora specialister”, men inte någonstans finns ett resonemang kring att samtliga universitetssjukhus och flertalet övriga sjukhus i Sverige successivt håller på att bemannas av ST-läkare och specialister i akutsjukvård. Det är lätt att få intrycket att den utvecklingen är okänd för utredningen. Vi som arbetar som akutläkare prehospitalt och på akutmottagningar i Sverige, känner inte igen oss i de beskrivningar som ges:

”På samma sätt som man inom akutsjukvården regelbundet övas i ATLS (Advanced Trauma Life Support) finns sannolikt behov av att skapa strukturerade former för att träna och vidmakthålla interprofessionellt team-arbete, reflektera över roller i teamet vid olika situationer och förståelse för teamteknik inom olika former av öppen vård”

Kommentar: Akutrumsövningar för alla typer av akuta tillstånd är en del av vår verksamhet på akutmottagningarna. ATLS är en konceptkurs för akut omhändertagande vid trauma, men i konceptet ingår inte teamarbete, även om det i senaste versionen av kursen uppmärksammas som viktigt.

”Utredningens uppfattning är att den omstrukturering av sjukvårdssystemet till en hälso- och sjukvård där första linjens sjukvård har en starkare roll än i dag, inte får ske på bekostnad av

kvaliteten inom den akuta sjukvården. Utredningen delar uppfattningen att när omstruktureringen genomförs på såväl statlig som huvudmannanivå måste vederbörliga konsekvensanalyser göras av hur akutsjukvården påverkas avseende inte minst möjligheten att upprätthålla jourlinjer, en ändamålsenlig balans mellan akut och elektiv verksamhet, och forskning- och utbildningsfrågor.”

Kommentar: Med akutläkarspecialister på akutmottagningen sker en avlastning av jourlinjer från andra specialiteter. Om primärvården tar en större andel av patienterna från akutmottagningarna kommer detta knappast att påverka jourlinjer för slutenvården eller opererande specialiteter.

Det framstår här som att man förväntar sig att en betydande del av den vård som sker på akutmottagning i stället skulle kunna ske på vårdcentral. SWESEM menar att akutmottagningen är första linjens sjukvård för akuta, potentiellt tidskritiska tillstånd. Föreställningen att en stor andel av patienterna skulle ha kunnat söka primärvården har inte bekräftats av några vetenskapliga studier. Ann-Sofie Backman visade i sin avhandling *Emergency care seeking behaviour: in relation to patients' and providers' perceptions and attitudes* att de flesta patienter på akutmottagningen sökte på rätt nivå och att de ofta varit i kontakt med sjukvården innan de sökte. Det senare bekräftades i en studie från Örebro som publicerades i *Läkartidningen* (Helmrot och Ziegler, 2016). Där inkom 80% av patienterna till akutmottagningen efter någon typ av kontakt med vården.

Det ligger i akuta åkommors natur att man behöver ett visst övertriage för att inte missa tidskritiska tillstånd. Utredningen påtalar att ”Det är naturligt att akuta livshotande hälsotillstånd omhändertas vid akutsjukhusen.” SWESEM menar att akutmottagningarnas uppdrag måste vara vidare än de rent uppenbart livshotande tillstånden, eftersom många tidskritiska tillstånd fordrar en tidig, kvalificerad bedömning för att inte patienten ska riskera att försämras eller lida men.

Om en större andel av patienter med akuta symtom ska kunna tas omhand i primärvården, fordras en kompetenshöjning bland läkare och sjuksköterskor för att kunna hantera de patienter som är mer kritiskt sjuka än man först trott och de som försämras under tiden på vårdcentralen. Det krävs också regelbunden utbildning och träning för att kompetensen ska upprätthållas och utvecklas. Detta resonemang saknas helt i utredningen, som fokuserar på tillgänglighet framför kvalitet i det akuta omhändertagandet. Frågan ”hur bör regleringen om primärvårdens uppdrag avseende brådskande hälso- och sjukvårdsinsatser utformas?” besvaras med ”För att tydliggöra vad som förväntas av primärvården föreslår vi att tillgängligheten till primärvården regleras som en del av grunduppdraget.” Enligt direktiven ska utredningen särskilt beakta förslaget om ett tydligare akutuppdrag för primärvården från betänkandet *Effektiv vård*. Det stycke som diskuterar detta är för oss obegripligt:

”För att skilja den akuta vård som primärvården kan fullgöra från annan akutvård väljer utredningen att använda begreppet brådskande vårdbehov i stället för uttrycket omedelbart. Vad

som är brådskande vårdbehov får avgöras av vården utifrån medicinsk prioritering. Den yttre ramen för primärvårdens akuta uppdrag styrs av primärvårdens definition. Inte heller i detta fall går att dra någon exakt gräns för vilken vård som är så brådskande att den inte kan anstå. Utredningen föreslår därför att det av en nationell reglering framgår att primärvården ska svara för brådskande hälso- och sjukvård som av kvalitets- eller effektivitetsskäl inte kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens. Regleringen är avsedd att bidra till att tydliggöra omfattningen av det uppdrag som primärvården har redan i dag.”

Sammanfattningsvis är SWESEM positiv till den förstärkning av primärvården som utredningen föreslår. Vi anser dock att frågan om primärvårdens akutuppdrag inte har besvarats och att denna fråga borde utredas inom ramen för en ny utredning om akut omhändertagande prehospitalt och på akutmottagning.

För Svensk Förening för Akutsjukvård:

Katrin Hruska
2018-10-15

REMISSVAR

2018-10-31

Svenska Läkaresällskapet

susann.asplund@sls.se

Remissvar: God och nära vård - En primärvårdsreform (SOU 2018:39)

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) vill härmed lämna sina synpunkter på delbetänkandet i utredningen God och nära vård – en primärvårdsreform (SOU-2018:39).

Sammanfattning

Utredningen har gjort en gedigen genomgång och analys av den svenska sjukvårdens utveckling, nuläge och utmaningar. SFAM delar i allt väsentligt utredningens bedömning av sjukvårdens förändringsbehov, målbild och färdriktning. De konkreta åtgärder och rekommendationer som förs fram är genomtänkta och bra och kan, om de genomförs, förväntas bidra till en nödvändig omställning av svensk sjukvård.

Utredningen har begränsats av sina direktiv, vilka utgjort hinder för mer genomgripande systemöversyn som t ex förändrad ansvarsfördelning mellan stat, landsting och kommun.

SFAM saknar i vissa delar konkreta ställningstaganden, i synnerhet gäller det de centrala frågorna om fast listning, begränsning av uppdragets omfattning på individ- och utförarnivå (listtak) och primärvårdens tolkningsföreträde, som utgör en nödvändig förutsättning för samordning och övergripande patientansvar.

Vi bedömer också att utredningens förslag i nuvarande form medför otillräckligt förändringstryck för den resursöverföring mellan primär- och sekundärvård som alla är överens om är nödvändig för att omställningen skall kunna genomföras på ett patientsäkert sätt och med acceptabel arbetsmiljö. SFAM bedömer att en nationell primärvårdsreform och resursförstärkning till primärvården inte kan vänta utan är nödvändig inom en nära framtid för att sjukvården som helhet ska kunna tillgodose befolkningens behov.

Övergripande kommentarer

Målbild och färdriktning

SFAM delar utredningens bedömning av sjukvårdens förändringsbehov, målbild och färdriktning. Vi vill särskilt lyfta fram frågorna om primärvårdens uppdrag på makro- och mikronivå, behovet av samordning mellan olika delar av sjukvården, att överbrygga mellanrummen i vården, samt frågorna om kompetensförsörjning och resursfördelning generellt och mer specifikt vad avser generalistyrkesgrupper inom primärvården som distriktssköterskor och allmänläkare. Sistnämnda fråga bedömer vi vara intimt

förknippad med frågor om arbetsmiljö och möjlighet till patientsäkert arbetssätt, och därmed med frågor om möjliga avgränsningar av åtaganden på enhets- och individnivå (listtak) och listningssystemens konstruktion. SFAM vill i detta sammanhang lyfta **vikten av att resurser i form av bemanning och kompetens säkras innan uppdraget utökas och inte tvärtom**, särskilt i ljuset av den underkapacitet och underfinansiering som föreligger redan med nuvarande uppdragsbeskrivning.

Åtgärdsförslag och rekommendationer

De konkreta åtgärdsförslag som läggs fram i utredningen är goda utifrån utredningens förutsättningar och kan, om de genomförs, förväntas bidra till en nödvändig omställning. Vi ser med förhoppning fram emot hur förslagen kommer att tas emot och förvaltas av, i första hand, respektive landsting, samtidigt som **vår farhåga är att de åtgärder som vidtas är otillräckliga** för den omställning som kommer behöva ske.

Vi beklagar att utredningsdirektiven och därmed förknippade begränsningar har stått i vägen för sådan mer genomgripande systemöversyn som kommit till stånd i andra länder, med hänvisning bl a till det kommunala självstyret. Även möjligheten till nationell samordning har därmed begränsats och de principiellt intressanta frågorna om till exempel förändrad ansvarsfördelning mellan stat, landsting och kommun, ett nationellt listningssystem, och fortlöpande kompetensuppföljning (t ex recertifiering/revalidering) i stort sett lämnats utan egentligt övervägande. **SFAM saknar en problematisering av det delade huvudmannskapet för den del av primärvården som idag kallas hemsjukvård.** Större ansträngningar bör göras för att riva de kommunikationsbarriärer som idag finns inom denna högprioriterade verksamhet, och förutsättningarna för samverkan mellan läkare och övrig personal inom hemsjukvården skulle kunna förbättras om de hade samma huvudman.

Vi saknar, med respekt för svårigheter att lämna exakta beräkningar, ett konkret resonemang om, och beräkning av, **måttal för kompetens- och resursfördelning** mellan olika delar av sjukvården vid genomförd omställning. Det finns gott om internationella exempel och förebilder att ta intryck av, och måttal utan målvärden riskerar bli svårutvärderade.

Tidsplan

Vi vill särskilt kommentera den avvägning utredningen gjort mellan långsiktighet och nödvändig hastighet i omställningsarbetet. Många medlemmar har via våra lokalföreningar påtalat den svåra bemanningssituationen som föreligger på en stor del av landets vårdcentraler. Nyckelfrågorna om tillgänglighet, kontinuitet, kvalitet och arbetsmiljö, och svårigheter att tillgodose dessa till följd av bland annat underkapacitet, undermåliga styrsystem och tekniska stöd, behöver börja lösas här och nu. Ett särskilt problem med den långsamma omställningsplanen som föreslås är att många bärare av ovärderlig erfarenhet inom nuvarande primärvård är i nära förestående pensionsålder och det finns en uppenbar risk för förlust av handledningskompetens i förtid om inte förändringarna sker med tillräcklig hastighet. Frågorna är senast lyfta i samband med allmänläkaruppropet för en nationell primärvårdsreform (DN debatt 180928) som fått ett massivt stöd. **SFAM bedömer att en nationell primärvårdsreform och resursförstärkning till primärvården inte kan vänta utan är nödvändig inom en nära framtid för att sjukvården som helhet ska kunna tillgodose befolkningens behov.**

Specifika kommentarer

Nedan lämnas kommentarer inom specifika delar av betänkandet, där vi bedömer det motiverat.

Kapitel 1 Författningsförslag

Föreslagna förändringar i hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen, patientdatalagen och hälso- och sjukvårdsförordningen är väl avvägda och kongruenta med förslagen i delbetänkandet.

Vi har inga invändningar mot att regeringen får meddela föreskrifter om vilken kompetens och erfarenhet en fast läkarkontakt inom primärvården ska ha. Vi instämmer i delbetänkandets **tonvikt på den breda generalistens (distriktssköterskan och specialisten i allmänmedicin) centrala roll**, och vill särskilt framhålla vikten av att tillräcklig såväl formell kompetens som erfarenhetsbaserad förtrogenhetskunskap garanteras i primärvårdens breda verksamhetsområde.

Vi ser i grunden positivt på landstingens utökade rapporteringsskyldighet, under förutsättning att patientintegriteten skyddas.

Avseende hälso- och sjukvårdsförordningen 3 a kap 4§ och frågan om "likvärdig kompetens" vill vi betona skillnaden mellan formell och reell kompetens, och att det kan finnas anledning att överväga koppling till system för kompetensvärdering.

Bakgrundskapitel 2–7

Vi vill uttrycka vår uppskattning för utredningens gedigna genomgång och analys av den svenska sjukvårdens utveckling, nuläge och utmaningar, såväl som det internationella perspektivet. **Vi delar i allt väsentligt utredningens bedömning av sjukvårdens förändringsbehov, målbild och färdriktning.** Ett sjukvårdssystem med en tillgänglig, bred, nära och resursstark första linjes sjukvård som bas är med befintligt kunskapsläge och tekniska möjligheter det enda alternativ som har en realistisk chans att klara befolkningens hälso- och sjukvårdsbehov nu och under överskådlig tid.

Vi uppskattar den problematisering och karakteristik av begreppet "nära vård" som framkommer i kapitel 2.3.1 och i synnerhet idéerna om närhetens olika dimensioner och inkluderandet av egenvård i diskussionen om sjukvårdens roll (s 55).

Kapitel 8 Nationell plan för en god och nära vård

SFAM delar utredningens målbild för de nödvändiga komponenterna i och egenskaperna hos en hållbar sjukvård.

Vi ser positivt på principen om årlig uppföljning av konkreta mätetal för att följa förändringsarbetet och bedömer att utredningen gjort en svår men bra avvägning av inledande storheter att följa inom områdena befolkning, process, medarbetare och ekonomi. Måtten bör sammantaget ge en fingervisning om den pågående omställningen, men är förstås inte heltäckande. SFAM bedömer att uppföljningsmått av intresse innefattar till exempel kontinuitetsmått, befolkning med namngiven fast läkarkontakt,

uppföljning av fortbildning och forskning och arbetsmiljömått. Avseende punkt 3 (medarbetare) är det något oklart om måttet avser nyutfärdade specialistbevis eller den absoluta kvoten mellan allmänläkare och övriga specialister.

Frågan om resursöverföring är kritisk och diskuteras i avsnitt 8.5, liksom den utbredda uppfattningen av nuvarande primärvård redan idag befinner sig ett underfinansierat läge. Vi uppfattar att tanken är att målbilden i sig, och de framlagda förslagen på uppföljning av färdplanen, skall leda till en naturlig resursomfördelning mellan specialiserade vårdnivåer och den nära vården. SFAM bedömer denna förhoppning som alltför defensiv och ser ett behov av nationella beslut för att skapa tillräckligt förändringstryck i detta avseende, och att **en nationell finansieringsstrategi är nödvändig** för att inte upprepa misslyckandena från tidigare reformförsök. Vår bedömning är att konsekvenserna för det kommunala självstyret skulle vara proportionerliga.

Kapitel 9 En stark primärvård som utgångspunkt för ökad närhet till patienten

Utredningens förslag på definition av primärvårdens uppdrag stämmer med SFAMs uppfattning.

Definitionen innebär såväl vissa förtydliganden som en utökning av nuvarande uppdrag, men det är **väl motiverade förändringar under förutsättning att kapacitet i den nära vården kan garanteras**. Förslaget ger dock **begränsad praktisk vägledning** i avgränsningen av arbetsuppgifterna för primärvårdens medarbetare, något som efterfrågats av många kliniskt verksamma. Vi efterlyser också en större tydlighet i behovet av lokal anpassning av uppdraget och att **vården kan och bör organiseras olika** beroende på de demografiska och geografiska förutsättningarna, det vill säga befolkningens sammansättning och behov.

Vi har inga invändningar mot att primärvårdens uppdrag regleras i förordning.

Den breda generalistens särskilda roll inom första linjens sjukvård är en viktig, grundläggande princip för att undvika fragmentisering och, bedömer vi, en absolut förutsättning för den effektivitet och de samordningsvinster som är förknippade med väl utbyggd primärvård internationellt. Principen gäller **inte bara läkarprofessionen** utan även andra generalister, t ex distriktssköterskorna. Sfam uppskattar dock särskilt att utredningen i tillägg till behovet av generalistläkare och distriktssköterskor även lyfter de andra professionerna som är nödvändiga för att primärvårdens uppdrag skall kunna fullgöras.

Betänkandets förslag om vilka generalistspecialiteter som kan lämpa sig för rollen som fast läkare inom den nära vården bedöms på många sätt vara en rimlig kompromiss. Det krävs dock en djupare **analys av konsekvenserna** av att låta åldersdefinierade generalister ta rollen som fast läkarkontakt i primärvården. SFAM anser att **förutsättningarna för samordning, flexibilitet och långsiktig kontinuitet torde vara bäst om primärvården strävar efter läkarbemanning med i första hand blivande och färdiga specialister i allmänmedicin**. Även andra specialister kan komma ifråga, men strävan bör i första hand vara att dessa på sikt skall tillägna sig bredare generalistkompetens, till exempel genom dubbelspecialisering.

Leading Health Cares modell för beskrivning av olika behovsgrupper (s 324) är intressant som underlag för diskussioner. Vår invändning mot att tillmäta kategorisering av patienter alltför stor betydelse vid organisationsplanering är att såväl individer som individers olika enskilda behov kan både befinna sig i och röra sig mellan de olika behovsgrupperna, såsom även antyds i betänkandet. Risken är stor att parallella organisationer ("stuprör") bildas, med oklar ansvarsfördelning, brister i effektivitet och patientsäkerhet till följd av att fler gränssnitt och ökat behov av informationsöverföring och samordning uppstår.

Vi vill särskilt kommentera nackdelarna med att i teoretiska modeller **underskatta betydelsen av informations- och relationskontinuitet även i akuta eller enkla ärenden**. Enkla ärenden, särskilt om återkommande, kan inte sällan dölja underliggande kronisk eller komplex problematik där kontinuitet och förtroende har stor betydelse för såväl identifiering som handläggning. Även i de situationer där hög tillgänglighet prioriteras av patienter och/eller sjukvården, kan alltså bibehållen kontinuitet, när så är möjligt, bidra till tidseffektivitet och ökat förtroende.

Vi anser att den nära vården, oavsett komplexitet, huvudsakligen bör ske med bred generalistkunskap, i geografisk närhet när så är möjligt, och i nära samarbete med vårdgrannar och övriga samhällsinstanser, snarare än i parallella utrednings- och behandlingsspår. Sistnämnda kan utgöra ett bra komplement t ex jourtid eller i geografiskt svårtillgängliga områden.

SKL:s modell för kategorisering av patientegenskaper från projektet Flippen i primärvården (s 326) illustrerar behovet av individanpassning, men utgör också en kraftig förenkling och bör precis som ovan nämnda modell för behovskategorisering framför allt tjäna som inspirationskälla för att bygga in flexibilitet i den nära vården.

Vi stödjer ställningstagandet, att inte förorda uppdelning av primärvården i en allmän och en riktad primärvård, och vi instämmer i argumenten som förs fram.

Under punkt 9.2.3 förs ett bra resonemang om tillgänglighet till olika tjänster under olika tidpunkter på dygnet och under veckan, och här understryks det faktum att **majoriteten av insatser som behöver ske inom ramen för primärvårdens uppdrag kan ske i anslutning till kontorstid**. Vi instämmer i att det finns uppenbara effektivitets- och samordningsvinster med detta förhållningssätt och att rekommendationerna utgör en rimligt kompromiss. Risk finns för undanträngningseffekter med tillgänglighet alltför långt utöver vad som är medicinskt motiverat. Olika grupper har dock olika behov och därför behövs särskilda lösningar för att t ex sköra äldre ska garanteras god tillgänglighet. Vi vill också framhålla **vikten av lokala och regionala avsteg från ovan nämnda huvudprincip** t ex i glesbygd där de geografiska avstånden kan vara mycket stora och det finns välfungerande system med primärvårdsberedskap dygnet runt och där sjukstugemodellen utgöra ett bra exempel på god och nära vård. Om inte tillräcklig hänsyn tas till lokala och regionala förutsättningar finns bland annat risk för ökad geografisk koncentration av sjukvården på ett sätt som inte är ändamålsenligt ur befolkningsperspektiv.

Avgränsningen av primärvårdens akutuppdrag med hänvisning till sjukhus när dessas tekniska resurser och/eller speciella kompetens krävs av **kvalitets- och effektivitetsskäl utgör en rimlig avvägning**, om än öppen för viss tolkning. Vi vill i detta sammanhang framhäva att en absolut förutsättning för att nödvändig omställning skall kunna ske är att den vårdnivå som förväntas ta ansvar också tillerkänns **medicinskt tolkningsföreträde i fråga om lämplig vårdnivå**, eller vid behov av stöd eller konsultation. En effektiv nära vård kräver mycket god tillgänglighet till utredningsresurser såsom medicinsk service och konsultation av djupare specialistkunskap inom sekundärvården. SFAM bedömer att den specialiserade vårdens konsultativa roll kommer att öka i betydelse efter en omställning, och att stora vinster finns att göra om **den nära vården ges ökade möjligheter och befogenheter**, att få tillgång till akuta/subakuta specialistkonsultationer eller besluta om direktinläggning på sjukhus och/eller genom möjlighet till heldygnsvård inom primärvården, jämför sjukstugemodellen.

SFAM delar utredningens slutsats att remisskrav inte bör införas. Vi ser visserligen möjliga positiva effekter, till exempel på flödena till sjukhusens akutmottagningar, men även nackdelar, inte minst den inskränkning i befolkningens möjlighet att fritt söka sjukvård, som ett sådant krav skulle innebära. Ett

införande bidrar inte heller säkert till en effektiv resursanvändning. Den resursförstärkta primärvård som utredningen föreslår bedöms dessutom ge förutsättningar för förbättrat inre arbete inom primärvården, så att remisser till sekundärvården bör kunna bli bättre underbyggda och troligen färre.

Vi ser mycket positivt på att utredningen i primärvårdens uppdrag inkluderar stöd till patient och anhöriga och på detta sätt **lyfter upp egenvården**. Vi anser även att det är **bra att kravet på samordning lyfts fram**, något som utgör ett stort problem idag.

Utredningen konstaterar i avsnittet 9.2.6 att forskningskulturen inom primärvården av många uppfattas som svag och koncentrerad till enstaka enheter. Vi instämmer i detta men **saknar en analys kring sambandet mellan möjligheter till forskning, verksamhets- och kompetensutveckling, kollegial dialog samt tid för reflektion å ena sidan, och den upplevda arbetsmiljön i en hårt pressad primärvård å andra sidan**. Safu (Samordnad allmänmedicinsk forskning och utveckling) som är en samverkan mellan Läkarförbundet, Distriktläkarföreningen, SFAM och de allmänmedicinska institutionerna, föreslår omfattande åtgärder för att förstärka forskning och utbildning i primärvården.

SFAM stödjer förslagen under avsnitt 9.3.1 och beskrivningen av **generalistkompetenserna, i första hand distriktsköterska och allmänläkare, som navet i primärvården**. Geografiskt ojämlik tillgång på grundläggande sjukvård utgör ett stort problem i vårt glesbefolkade land. **Avgränsningen av Vårdval Primärvård till en miniminivå**, med flexibilitet i möjligheterna att knyta till sig övriga nödvändiga kompetenser, bör bidra till sänkt etableringströskel i till exempel glesbygd, där rekryteringssvårigheter ofta föreligger. Även **andra förbättringar av förutsättningarna för småskaligt företagande** bör övervägas: förenklade avtal och förfrågningsunderlag och ersättningsmodeller som möjliggör avknoppning från befintliga enheter respektive nystart utan mycket stort riskkapital.

SFAM stödjer utredningens bedömning om behovet av **höjt utvecklingstempo avseende kvalitets-, service- och effektivitetsförbättrande teknik** (digitalisering) under avsnitt 9.4.6. Vi delar också inställningen att **en integrerad strategi för digitalisering, snarare än köp av isolerade tjänster, ger bättre möjligheter till prioritering och vård efter behov**.

Kapitel 10 Kontinuitet

I inledningen av kapitel 10 diskuteras förtjänstfullt såväl bevisade som förväntade positiva effekter av ökad personkontinuitet. Även kontinuitetens baksidor och begränsningar lyfts. Vi instämmer i utredningens bedömning avseende dessa, men menar att **kontinuitet som bärande arbetsprincip i primärvården är av huvudsakligen positiv och väsentlig betydelse för många patienter och för hela sjukvårdens effektivitet**.

I internationellt perspektiv är personkontinuitet ett område där Sverige utmärker sig i negativ bemärkelse. De konkreta förslag som läggs fram för att komma till rätta med detta är förtydligad informationsskyldighet, specifikation av kompetenskrav för att kunna utgöra fast läkarkontakt i primärvården, och förtydligande att funktionerna vårdval primärvård och fast läkarkontakt följs åt.

Utredningen gör bedömningen att dess förslag kommer "att leda till att merparten av Sveriges medborgare framöver kommer att ha en fast läkarkontakt i primärvården", men tar samtidigt ställning emot ett fastläkarsystem med hänvisning till teamsamverkan. **SFAM anser dock inte att fastläkarsystem och multiprofessionellt arbetssätt på något sätt är ömsesidigt uteslutande**. Internationella exempel

finns, t ex i Alaskas primärvård, där en mycket väl utbyggd teamsamverkan förenas med ett fastlistningssystem till en "primary care provider", i praktiken listning på vårdlag/team.

Den helt centrala frågan om listbegränsning lämnar utredningen till Socialstyrelsen att avgöra genom föreskrifter. SFAM hade önskat ett tydligare ställningstagande. Vi håller med om att beslut om listtak i absoluta siffror riskerar låsa diskussionen, eftersom lämplig liststorlek på individnivå avgörs av så många faktorer. En fungerande primärvård med tillgänglighet, medicinsk kvalitet och långsiktigt hållbara arbetsförhållanden för professionerna kräver dock att det finns en balans mellan arbetsuppgifter och förutsättningar att utföra dem. **Det innebär att ett allmänmedicinskt uppdrag måste vara begränsat till sin storlek, både på den enskilde läkarens nivå och på utförarnivån (vårdcentralsnivån).** Utredningen använder på annan plats (avsnitt 10.3) siffran 1500 listade per heltid fast läkare som underlag för planering. Med de utökade uppgifter som föreslås, inklusive ett kraftigt utvidgat ansvar för samordning och ökat behov av handledning och forskning, bedömer vi att **ett betydligt lägre antal genomsnittligt listade per heltidsläkare är nödvändigt** om primärvårdsreformen ska uppfylla sina mål.

Frågorna om listbegränsning per läkare respektive listningsbegränsning per utförare tenderar blandas ihop, men det är två separata frågor med bara delvis överlappande argument. Den sistnämnda frågan handlar om **möjlighet för utförare att planera för sin verksamhet och garantera tillgänglighet, kvalitet och säkerhet för sin listade befolkning.** Frågan har varit politiskt känslig på grund av att möjligheten till listningsbegränsning skulle synliggöra underkapaciteten i primärvården som helhet. Frågan är dock av stor betydelse, inte minst för möjligheten att starta nya vårdcentraler utan orimliga affärsmässiga eller personliga risker. Frågan lämnas till utredningen "Styrning för en mer jämlik vård" att se över. **SFAM saknar ett tydligare ställningstagande från utredningen i denna avgörande fråga.**

I avsnitt 10.3 förs ett resonemang om orsaker till och strategier för att säkra tillräcklig bemanning, med särskild tonvikt på tillräckligt antal specialister i allmänmedicin. **SFAM stödjer förslaget om statlig tilläggsfinansiering av ST-tjänster.** Frågan om geografisk fördelning av dessa örönmärkta pengar behöver problematiseras ytterligare. Tillgången på ST-läkare är ojämn i landet, och varierar mellan mycket god och nära noll i olika områden även inom samma region.

Vi efterlyser ett resonemang om hur man på ett effektivare sätt kan möjliggöra för läkare med annan specialitet tillgodogöra sig specialistkompetens i allmänmedicin, som led i omställningen. Två möjliga komponenter i en sådan strategi skulle kunna vara en förenklad utbildningsprocess och statliga medel för örönmärkt finansiering av tjänster för dubbelspecialisering.

Vår bedömning är, att även om idén om statliga resurstillskott för finansiering av ST-tjänster är god och nödvändig, så är den i sig en otillräcklig åtgärd för att säkra läkarförsörjningen. **Kärnfrågan är inte utbildningsvolymen utan allmänläkaruppdragets attraktion i form av meningsfullhet, hållbar arbetsmiljö och förutsättningar för att utföra ett kvalificerat arbete med hög kvalitet och god patientsäkerhet.** Samma resonemang gäller övriga yrkesgrupper. Vi saknar en mer djupgående analys och problematisering av sambandet mellan upplevd arbetsmiljö och arbetstillfredsställelse, avgränsat uppdrag och förutsägbarhet, tid och möjlighet till reflektion, kollegial dialog, fortbildning, forskning och utveckling.

Kapitel 11 Ändamålsenlig administration

Administration och intygsverksamhet tar idag en betydande andel av primärvårdens kapacitet i anspråk. **SFAM stödjer principiellt tanken om översyn av kraven på intyg och konsekvensanalys av ett mer professionsneutralt regelverk.** Översyn av regelverket för intyg är angelägen, men kommunernas intygsönskemål är sannolikt ett betydligt mindre problem än de intyg som har med sjukförsäkringen att göra. **Frågan om primärvårdens uppdrag i förhållande till sjukförsäkringen bör vara en central del i en primärvårdsreform** och olika möjligheter bör belysas närmare, inklusive ändamålsenligheten med att, som i vissa andra länder, helt lyfta delar av rehabiliteringskedjan från primärvården till andra aktörer.

Endast de intyg som har tydligt berättigande bör över huvud taget skrivas, och företrädesvis av den yrkesgrupp som har bäst förutsättningar att ensam eller i samråd med andra genomföra bedömningen som ligger till grund för intygandet. Vi anser att kraven på intyg från läkare och läkarintygens utformning mycket tydligare än idag ska fokuseras på medicinsk nytta för att inte minska resurserna för direktkontakt med patienterna.

En fråga av helt avgörande betydelse för ändamålsenlig administration och för möjligheten till effektiv vård är den om **undermålig informationsteknologi**, en av de största utmaningarna för sjukvården, och som berörs kort i betänkandet.

SFAM bedömer att nytänkande och strategier för såväl förbättring och ersättning av befintliga system för dokumentation och patientdata, som framtagande av tekniska lösningar för diagnostik, behandling och uppföljning, bör ges stort utrymme så tidigt som möjligt i en primärvårdsreform. Redan idag existerande tekniska lösningar för exempelvis strukturering och presentation av information, informationsdelning och kommunikation skulle bidra till att avhjälpa många problem om de tillämpades systematiskt och konsekvent som led i en övergripande och tillräckligt finansierad nationell strategi.

För Svensk förening för allmänmedicin

Annika Larsson
Ordförande

Svenska Infektionsläkarföreningens yttrande om God och nära vård - en primärvårdreform: Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2018:39).

SILFs styrelse har tagit del av delbetänkandet som fokuserar på behovet av en förändrad struktur för att uppnå ökad kvalitet, patientdelaktighet och förbättrat resursutnyttjande.

Vi uppskattar det föreslagna skiftet från en hälso- och sjukvård centrerad kring sjukdomar och institutioner, till ett system designat för människor. Utredningen föreslår ett tydliggörande avseende ett personcentrerat arbetssätt, ett arbetssätt som i hög grad redan präglar svensk infektionsmedicin, varför vi välkomnar detta.

Såväl i analys som förslag fokuserar delbetänkandet på primärvården och hur den kan stärkas och föreslår ett mycket omfattande och kraftigt ökat uppdrag för primärvården. Med tanke på rådande brist på specialister inom allmänmedicin bedömer SILFs styrelse att tidsplanen gällande förslaget om att samtliga lagändringar ska träda i kraft den 1 juli 2020 alltför optimistisk och snäv.

181101

För SILFs styrelse

Mia Furebring
Vetenskaplig sekreterare

Från: Magnus Tisell
Till: [Susann Asplund](#)
Ärende: SV: Remiss fr SLS
Datum: den 30 augusti 2018 11:05:02

Tack för remissen. Svensk Neurokirurgisk Förenings styrelse har diskuterat remissen och har inget att tillägga.

m v h Magnus

YTTRANDE
18-10-03

Svensk Njurmedicinsk Förening
Njurmottagningen, Akademiska Sjukhuset, ing 30, plan 5
75185 Uppsala

Delbetänkandet God och nära vård - En primärvårdsreform SOU 2018:39

Vad gäller den fördjupning av målbild och färdplan som föreslås samt de grundläggande författningsförändringarna kring primärvårdens uppdrag har vi inga invändningar.

Vad gäller inrapportering från utförare inom primärvård till en nationell databas har vi inget att invända.

Vad gäller förtydligandet om vilken kompetens som krävs för att få vara fast läkarkontakt i primärvården har vi inget att invända. Däremot är det en svaghet i utredningen att frågan om hur många patienter en läkare kan vara fast vårdkontakt för inte besvaras. Istället hänvisas till framtida beslut av Socialstyrelsen. Här skulle vi ha önskat ett tydligare ställningstagande av utredaren.

Vad gäller förslaget om statlig finansiering av ST-tjänster i allmänmedicin har vi inget att invända.

Vad gäller utredningens förslag kring intyg ser vi positivt på en översyn om vilka intyg som behövs och vem som lämpligen kan utfärda dem. Detta då vår upplevelse är att vissa intyg saknar relevans och att den information som efterfrågas bättre kan besvaras av annan personalkategori än läkare.

Vad gäller förslagen kring signering av journalanteckningar har vi inget att invända.

En diskussion om konsekvenserna av överflyttning av resurser från specialistsjukvård till primärvård inleds i utredningen men hålls på en allmän nivå. Vi hoppas att framtida delarbeten och slutbetänkanden fördjupar konsekvensanalysen av denna överflyttning. Inom njurmedicinområdet ser vi framöver ökande behov av resurser inom *både* primärvård och specialistsjukvård. En förstärkning av resurserna i primärvården på bekostnad av den njurmedicinska specialistvården kommer därför att innebära sämre omhändertagande av gruppen njursjuka patienter.

Vi saknar i delarbetet en diskussion om förutsättningarna för primärvårdens samarbete med specialistvården. Idag försvåras i många landsting och regioner detta av icke kompatibla IT-system och svårnavigerade kontaktvägar. En framtida överflyttning av vård från specialistvård till primärvård kommer att kräva mer kontakter för tex konsultationer än vad som idag sker. Informationsöverföringen måste då underlättas av kompatibla IT-system

För styrelsen för Svensk Njurmedicinsk förening
Anders Persson



Svensk förening för Otorhinolaryngologi, Huvud- och Halskirurgi

Swedish Association of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery

Remissvar SFOHH "En God och Nära Vård" SOU 2018:3

SFOHH har tagit del av ovanstående betänkande och önskar härmed lämna följande remissvar.

Betänkandets **målbild** är korrekt utifrån antagandet att **en förstärkt primärvård är nödvändig**. Vad som tyvärr saknas är dock en realistisk och mer genomtänkt analys i hur detta kan ske. Viss överföring av resurser från sjukhusen kan vara möjlig men samtidigt finns behov och önskemål från medborgarna, att **bibehålla en hög kvalitet och tillgänglighet även inom den specialiserade och mer sjukhusbundna vården**. Att flytta ut verksamhet från sjukhusen i form av resurser riskerar på många håll att ge en otillräcklig samlad kompetens för att tillmötesgå verksamhetens krav på subspecialisering, utbildning och jourverksamhet. Den framtida kompetensförsörjningen måste ligga i fokus och till detta bör understrykas att behovet av ST-utbildning av specialister är stort inom många specialiteter knutna till sjukhusen och tjänstgöringen här kan inte utlokaliseras.

Betänkandets tydliga fokus mot primärvården ligger inom dess uppdrag men är samtidigt dess största svaghet. Att skapa en helhetssyn och konsekvensbeskrivning tillsammans mot den specialiserade vården hade givit en betydligt mer realistisk och nyanserad bild kring den möjliga förändring som krävs för att uppnå önskad målbild.

Möjligheten att via en utökad **privat verksamhet** inom specialiserad vård skapa en mer nära vård för patienten bör bättre belysas i betänkandet, något som i så fall endast kan ske utan att det påverkar utbildning, forskning och jourverksamhet. Inom de flesta andra länder har man inom ÖNH-sjukvården sin grundanställning vid ett sjukhus (i syfte att bidra till utbildnings och jourverksamhet) men att man på sena eftermiddagar och kvällar har sin egen, privata mottagningsverksamhet. **Delade tjänstgöringar** nämns ytterst kortfattat i betänkandet och här hade man vunnit på ett större fokus i denna fråga.

Avslutningsvis borde en mer omfattande översyn av primärvården även inkludera **sjukvårdens grundläggande organisation** med dess tydligt decentraliserade styrning och finansiering, i syfte att som målbild även inkludera önskan om en jämlik vård över landet. Det är kanske för att man undviker denna centrala fråga som betänkandet trots många skrivna sidor samtidigt upplevs som innehållslöst.

För SFOHH, 2018-10-28

Per von Hofsten, ordförande SFOHH

2018-09-20

Remissvar: Utredningen God och Nära vård -En Primärvårdsreform SOU 2018:39

Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) är tacksam för att ha erbjudits möjligheten att yttra sig i rubricerade ärende.

Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) ställer sig positiv till förslaget om en reform av den svenska primärvården i flera steg och den omstrukturering som behövs. SPF instämmer vidare om vikten av samverkan mellan olika huvudmän (ex. äldreomsorgen och barnomsorgen).

SPF anser dock att de långsiktiga konsekvenserna av en sådan reform är svåröverskådliga och inte nödvändigtvis enbart positiva. En stärkt primärvård kan förväntas avlasta, men inte på lång sikt ersätta betydande delar av annan specialiserad vård. Det gäller inte minst den sjukhusbundna vården och dess dimensionering, med konsekvenser för tillgängligheten ur patientens perspektiv.

För Svenska Psykiatriska Föreningen

Maher Khaldi, Överläkare
Styrelseledamot i SPF styrelse
Remissansvarig



Svensk Förening för Rehabiliteringsmedicin

*Sektion i Svenska Läkaresällskapet
Specialistförening i Sveriges Läkarförbund*

Datum: 2018-10-01

God och nära vård - En primärvårdsreform

Generellt sett är det positivt med stöd för en fungerande primärvård men också viktigt att utveckla bra samarbete mellan sjukhus/specialistvård och primärvård. Rehabiliteringsmedicin är en specialitet som samverkar nära med Primärvården och som har gemensamma patientgrupper som har komplex och många gånger omfattande problematik, t ex långvarig smärta, sviter efter ryggmärgsskada eller hjärnskada. Samarbete mellan oss som specialistvård och Primärvården är essentiellt för att patienterna ska få den hjälp och de insatser de långsiktigt behöver.

Några specifika kommentarer:

- Utredningen talar om utbildningsbehov i allmänna ordalag. Det man verkar sakna i primärvården är strategiska utbildningar utifrån aktuella behov vilket blir en utmaning då de hela tiden ändras. Man behöver utveckla en bra modell för uppdatering av för primärvården viktig information.
- Läkare får inte alltid den tid som behövs för att möta t.ex. ökade krav på fördjupade bedömningar i olika intyg. Det verkar som om även patienter med t ex komplexa smärtproblem får samma tidsutrymme som patienter med enklare frågeställningar. En större möjlighet till individualiserade mottagningstider vore önskvärt.
- Man talar om samordning av primärvårds och kommunala insatser men mindre om krav på akutsjukvården att presentera adekvata behandlingsstrategier och ge möjlighet till kompletterande konsultationer när frågor uppstår – vilket också skulle förbättra kvaliteten på vården för patienten.
- Återkommande synpunkter från patienter med stort vårdbehov är att man "får träffa olika läkare och dra sin sjukhistoria om och om igen...". Det måste finnas en personrelaterad kontinuitet i vården. Utredningen föreslår färre listade patienter per läkare. Vi vill pålysa att det kan finnas en vinst i att utnyttja samarbetsmöjligheter mellan läkare och paramedicinare, genom t ex gemensamma mottagningsbesök läkare – paramedicinare, där den senare kan stå för kontinuiteten om det är ont om läkartider.

Primärvården skulle kunna överföra både metoder och erfarenheter från Rehabiliteringsmedicin där detta "teamarbete" är välutvecklat och en självklarhet i arbetet. Att låta paramedicinare ensamma ta över traditionella läkaruppgifter (utan nära samarbete med läkare) är sannolikt ett sämre alternativ.

För Svensk Förening för Rehabiliterings Medicin (SFRM)

Hans Westergren
Marianne Lannsjö, ordförande

Till Svenska Läkaresällskapet

Svar på remissen angående delbetänkandet "En god och nära vård – En primärvårdsreform" SOU 2018:39

Svensk reumatologisk förening välkomnar syftet med utredningen och ställer sig bakom de övergripande slutsatserna kring betydelsen av en primärvårdsreform. Vi delar uppfattningen att primärvården har bäst förutsättningar att se till personers hela vårdbehov. En väl fungerande primärvård skulle underlätta vår verksamhet som då i alla lägen skulle kunna begränsas till det specifikt reumatologiska.

Vi har yttrat oss beträffande föregående betänkande SOU 2017:53 "En god och nära vård – En gemensam färdplan och målbild".

Vi framhöll då att öppen vård inte endast sker inom primärvård i bemärkelsen allmän- eller familjemedicin. Vi noterar med tillfredsställelse att man i föreliggande betänkande ger uttryck för att detta hör sammats.

Vi vill påminna om att man i vår specialitet bedriver den huvudsakliga vården polikliniskt, genom mottagningsverksamhet och dagvård. Det rör sig således främst om öppenvård. Inom offentlig vård sker detta så gott som undantagslöst på eller knutet till sjukhus. Den reumatologiska öppenvården bör också ske på sjukhusen för att vara så effektiv och högkvalitativ som möjligt, och för att möjliggöra forskning och utveckling på ett optimalt sätt. Denna vård av kroniska tillstånd, förebygger på samma sätt som primärvården besök på akutmottagningen och inläggningar på vårdavdelningar.

Vi vill därför återigen varna för en ensidig syn på sjukhusvården som slutet vård. Den resursöverföring som föreslås i syfte att stärka primärvården, får inte ske på bekostnad av den öppna specialistvården inom vårt fält, eftersom behandling av de flesta kroniska reumatologiska sjukdomarna, de sk inflammatoriska reumatiska sjukdomarna, inte kan skötas av allmänläkare i primärvård, utan måste tillgodoses av just reumatologer.

Beträffande arbetet kring förändringar av vårdgarantin, vill vi att man särskilt beaktar risken för prioritering av nybesök framför återbesök. I en specialitet som vår där symtomvärdering och undersökningsfynd är avgörande vid diagnostik, finns det risk att resurserna snedfördelas för att tillgodose behovet

av att snabbt träffa många patienter med godartade symtom från rörelseapparaten, till förfång för de faktiskt sjuka som har större nytta av våra insatser. I syfte att stävja detta skulle vi gärna se att vårdgarantin omfattade även återbesök.

Sundsvall 181028

För Svensk reumatologisk förening

John Svensson

Facklig sekreterare

Från: Per-Axel Karlsson
Till: [Susann Asplund](mailto:Susann.Asplund)
Kopia: hannibal.olund-alonso@sll.se
Ärende: Re: Remiss fr SLS
Datum: den 29 september 2018 20:49:28

Hej

Skickar svaret från svenska rättspsykiatriska föreningen: infogade kommentarer med symbol i texten

Sammanfattningsvis

SOU 2018:39 God och nära vård

Bakgrund

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att utse en särskild utredare med uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landsting, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredningen har valt namnet

Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).

Utredningen överlämnade i juni 2017 sitt första delbetänkande God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild. Utifrån förslagen i delbetänkandet förväntas riksdagen i slutet av maj 2018 fatta beslut om proposition 2017/18:83, Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.

Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av satsningar på akutsjukhus och annan specialiserad vård än primärvård. I internationella jämförelser har svensk vård goda resultat när det gäller medicinsk kvalitet, men faller sämre ut i jämförelser när det gäller kontinuitet, patientdelaktighet och tillgänglighet. Det finns en insikt om resursernas begränsning och vikten av att i möjligaste mån effektivisera hälso- och sjukvårdens insatser. Om vi ska bibehålla eller öka kvaliteten i hälso- och sjukvården, möta de demografiska förändringarna och samtidigt ha kontroll på kostnaderna kan vård och omsorg inte organiseras på samma sätt som i dag. Det krävs en förändring av strukturen och sättet att organisera för att åstadkomma såväl ökad kvalitet och patientdelaktighet som bättre tillgänglighet och effektivare resursutnyttjande. Primärvården har en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Forskning visar att en stärkt primärvård har goda förutsättningar att bidra till en jämlik hälsa i befolkningen.

Sammanfattning SOU 2018:39

En central strategi för att uppnå Agenda 2030 och en grundläggande prioritering för Världshälsoorganisationen (WHO) är arbetet med att åstadkomma allmän hälso- och sjukvård (Universal Health Coverage, UHC) runtom i världen. WHO fastslår att om det målet ska kunna uppnås så krävs också ett skifte från dagens hälsosystem, som i hög grad är uppbyggda kring sjukdomar och institutioner, till ett system som är designat för människor. Med utgångspunkt i detta förespråkar WHO en integrerad och personcentrerad ansats när våra hälsotjänster och system utvecklas. WHO framhåller specifikt att en sådan ansats är avgörande för att säkerställa att även marginaliserade/sårbara grupper nås och ingen lämnas utanför.

SRPF: tydligtvis skulle man här kunna skriva de med psykisk sjukdom, missbruk, våld- och kriminalitetsproblem och sociala problem och jag undrar hur primärvården ska kunna ta större del av av ansvaret för dessa grupper??
SOU beskriver inte tydligt hur planen ser ut här.

Primärvården framhålls tydligt som basen vilken behövs för att kunna tillhandahålla integrerade och personcentrerade hälso- och sjukvårdstjänster på det önskade sättet.

Om Sverige ska leva upp till Agenda 2030:s mål vad gäller såväl hälsa som den övergripande målsättningen om hållbar utveckling så krävs insatser på alla nivåer i samhället för att skapa ett modernt, jämlikt, tillgängligt och effektivt hälsosystem. För att klara att möta de nya behov som kommer med förändrade demografiska och epidemiologiska förhållanden, och det stora behovet av ett intensifierat och brett förebyggande arbete, måste ett sådant hälsosystem ha en stark första linje/primärvård som bas. Utredningen bedömer därmed att vårt uppdrag även är att se som en central del av arbetet med att skapa förutsättningar för att uppnå målen i Agenda 2030 i Sverige. Primärvården är även i Sverige den del av hälso- och sjukvården som har bäst förutsättningar att se till personers hela vårdbehov. Det är därför dit patienterna i första hand förväntas vända sig för att få en bedömning. I dag vänder sig dock en stor andel av patienterna till andra vårdnivåer, t.ex. akutmottagningar, bl.a. på grund av bristande möjlighet att tillräckligt snabbt få en tid i primärvården. Bristen på kontinuitet och avsaknad av långvariga väl fungerande relationer gör också att det inte är självklart, så som i många andra länder och sjukvårdssystem, att vända sig dit med sina vardagliga hälso- och sjukvårdsbehov. Utifrån detta blir också det förebyggande arbetet, som har bäst förutsättningar att äga rum nära befolkningen och i samspel med civilsamhället, lidande. Vård på sjukhus, eller inom akutsjukvården, som hade kunnat undvikas resulterar, förutom i icke optimal vård för patienten, i höga kostnader och risk för vårdskador.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet måste därför reformeras så att mer resurser styrs till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienter och komplexiteten i sjukdomstillstånd och förebyggande arbete. En förstärkning av primärvården, såväl den del som har region/landsting som huvudman som den del som har kommunen som huvudman, är nödvändig. Särskilt viktigt är det att förbättra vården och omsorgen för dem med större behov.

Utgångspunkter

Utredningen ska i enlighet med direktiven ta avstamp i förslagen från betänkandet Effektiv vård. Utredningen har också valt att särskilt vinnlägga sig om omställningen till den personcentrerade vården och omsorgen.

Förslagen i Effektiv vård tog sikte på ett antal olika aspekter och riktade sig till en rad olika aktörer och nivåer i hälso- och sjukvården.

SRPF: det torde vara svårt att förutsäga effekterna av förslagen nedan, men många är intressanta och känns utmanande

Denna utredning ska enligt direktiven särskilt beakta följande förslag:

- förändring av grundläggande styrande principer för vårdens organisering
- att slutenvård kan ges på annan plats än vårdinrättning
- ett nationellt utformat uppdrag för primärvården
- ett tydligare akutuppdrag för primärvården
- en professionsneutral vårdgaranti och en ändrad tidsfrist för en medicinsk bedömning
- resursöverföring från sjukhusvård till primärvård

I enlighet med tilläggsdirektiv ska utredningen också

- analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen vård och slutenvård i relation till utredningens övriga förslag samt redogöra för vilka konsekvenser en förändring respektive borttagning av dessa begrepp skulle kunna få samt
- utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa

verksamheter bör se ut.

SRPF: språklig anm **Gränssnitt** är utformningen av en viss förbindelse mellan olika objekt. Inom informationsteknologi avser det hur man kommunicerar mellan olika mjukvarumoduler och/eller hårdvarumoduler, eller interaktionen mellan människa och maskin (användargränssnitt).

Sammanfattning SOU 2018:39

Sedan Effektiv vård överlämnades i januari 2016, och sedan utredningens första delbetänkande lämnades till regeringen i juni 2017, har olika administrativa nivåer, organisationer och verksamheter runtom i Sverige arbetat vidare i linje med analysen och förslagen i Effektiv vård samt vår utrednings första betänkande God och nära vård – en gemensam färdplan och målbild. Andra beslut, som också påverkar strukturen i svensk hälso- och sjukvård i grunden, har också fattats, såsom beslutet om den högspecialiserade vårdens organisering och huvudmännens sammanhållna struktur för kunskapsstyrning. Såväl i analys som förslag fokuserar detta delbetänkande på primärvården och hur den kan stärkas. Det innehåller såväl författnings- förslag som exempel på framgångsfaktorer i arbetet med att stärka primärvården, ämnade som inspiration för huvudmännen. En omstrukturering av hälso- och sjukvårdssystemet har tagit sin början. Tillsammans utgör utredningens förslag i föreliggande betänkande grunden för en primärvårdsreform.

Betänkandets inledande kapitel

Detta delbetänkande inleds med utredningens uppdrag och arbets- sätt, utredningens syn på behovet av förändring och internationella utgångspunkter. Behovet av omställning sätts i ett sammanhang av pågående förändringar och åtagandet i Agenda 2030. Vi ger en demografisk beskrivning av de svenska förhållanden som ligger bakom behovet av en större förändring av hälso- och sjukvårdssystemet.

Härefter följer ett avsnitt som ur omvärldsperspektiv beskriver såväl begreppet primärvård som ger exempel på ett antal hälso- och sjukvårdssystem som ofta framhålls som intressanta ur svensk syn- vinkel, med exempel inte minst från våra nordiska grannländer. Efter detta följer, på liknande sätt som i utredningens första delbetänkandet, en översikt över nationella arbeten som direkt eller indirekt knyter an till förslagen i Effektiv vård och/eller vårt utredningsuppdrag. Översikten fokuserar på utvecklingen sedan vi lämnade vårt första delbetänkande.

Härefter följer beskrivande texter och analyser av nuvarande situation som bakgrund till utredningens förslag. Vi beskriver aktuell situation vad gäller reglering och organisering av svensk hälso- och sjukvård, med fokus på primärvården. Vi belyser den förvirring som i dag finns kring begreppet svensk primärvård, som i många sammanhang har kommit att bli synonymt med den verksamhet som traditionellt bedrivs vid en vård- eller hälsocentral.

SRPF: instämmer i definitionsförtydligandet om ordet Primärvård

Primärvård är i lagstiftarens mening bredare än så, och omfattar hälso- och sjukvård och omsorg som har såväl landsting/region som kommun som huvudman.

I därpå följande avsnitt beskrivs på motsvarande sätt aktuell situation vad gäller reglering och hantering av vissa frågor kopplade till ändamålsenlig administration.

Den avslutande delen i bakgrundskapitlen ger en kort introduktion till utredningens tilläggsuppdrag rörande samverkan mellan huvudmännen och den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna vård.

Utredningens förslag i sammanfattning
Målbild och färdplan

Utredningen föreslår att den gemensamma färdplanen och målbilden för omstruktureringen av hälso- och sjukvårdssystemet fördjupas. Detta sker genom ett tydliggörande avseende ett personcentrerat arbetssätt, och tydligare inkludering av den kommunala verksamheten.

SRPF: oklart ännu vad detta kommer att betyda och kommunernas hållning i att man inte bedriver sjukvård kommer nog behöva ändras

Patientens delaktighet betonas. Det görs tydligare att primärvården är navet i vården och omsorgen och samspelar med övriga insatser från annan specialistvård på och utanför sjukhuset samt med övrig kommunal hälso- och sjukvård och omsorg. Även i färdplanen tydliggörs det personcentrerade arbetssättet och medarbetarperspektivet lyfts. Kompetensförsörjning betonas liksom digitalisering, kopplat till Vision e-hälsa 2025. Regionala och lokala analyser och beslut hos landsting/regioner och kommuner lyfts fram som förutsättningar för att omställningen ska kunna genomföras. För att följa omställningen i enlighet med den föreslagna färdplanen föreslår utredningen att fyra storheter följs med bestämda tidsintervall.

SRPF språklig anm: Storheter används inom främst naturvetenskaper för att beskriva kvantitativa egenskaper hos föremål eller fenomen. En storhet har både storlek och dimension, i vissa fall även riktning. Exempel på storheter är en resas längd, en persons kroppsvikt eller en bils hastighet.

Dessa storheter är avsedda att utgöra underlag för diskussion och dialog mellan och tillsammans med systemets olika berörda aktörer.

Utredningen föreslår också nationella samråd om genomförandet av färdplanen vid tre tillfällen fram t.o.m. år 2027. Dessa bör samla representanter för såväl lokal som regional och statlig nivå för att

gemensamt stämna av status för omställningen och vid behov föreslå justeringar i inriktningen av färdplanen. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys föreslås följa omställningen mot en god och nära vård på övergripande nivå och bistå med underlag för sådana gemensamma dialoger.

Behovet av ökade möjligheter till uppföljning på aggregerad nivå

Utredningen föreslår att landsting/regioner ska rapportera in uppgifter från utförare inom primärvården till en nationell databas.

Utredningens bedömning är att det i dagsläget i Sverige, liksom i många andra länder, saknas en systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå, utifrån gemensamma standarder. Därmed saknas i stor utsträckning solida underlag för statistik och forskning inom området, samt för att systematiskt följa upp, utvärdera, och på aggregerad nivå kvalitetssäkra majoriteten av den hälso- och sjukvård som bedrivs i Sverige. Den typen av aggregerade data är nödvändiga för att på ett ändamålsenligt sätt följa och utvärdera omställningen mot en god och nära vård.

Ett nationellt utformat uppdrag för primärvården

En modernisering av primärvårdens uppdrag i hälso- och sjukvårdslagen föreslås.

Utredningen föreslår att det ska framgå av definitionen att primärvården ska svara för behovet av sådan medicinsk bedömning och behandling, förebyggande arbete, omvårdnad och rehabilitering som inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl kräver andra medicinska eller särskilda tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Syftet med denna ändring är att tydligt markera att primärvården är första vårdnivån, och att det är dit befolkningen i första hand ska vända sig med sina hälso- och sjukvårdsbehov.

Vidare läggs förslag som syftar till att tydliggöra primärvårdens uppdrag och skapa förutsättningar för en stark och likvärdig primärvård i hela Sverige. Utredningen föreslår att primärvårdens grunduppdrag regleras i förordning. Skälen för utredningens förslag till att reglera uppdraget i förordning, och inte i lag, redovisas. Utredningen lämnar också

förslag på utformningen av en sådan förordning. Vi föreslår att det i hälso- och sjukvårdsförordningen ska regleras att det i primärvården ska tillhandahållas de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som behövs för att svara för primärvårdens grund- uppdrag. De erforderliga kompetenserna kan finnas inom ramen för ett eller flera vårdval inom landsting/regioners vårdvalssystem. En utmaning för dagens primärvård är tillgängligheten. Vi tydliggör i förslag att primärvården ska svara för sådan brådskande hälso- och sjukvård som ligger inom primärvårdens uppdrag. Primärvården ska organiseras så att tillgängligheten gällande de insatser som omfattas av uppdraget är mycket god.

I förslaget synliggörs också primärvårdens uppdrag att samordna och koordinera patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården i de fall primärvården är involverad i patientens vård. För en god och hållbar hälso- och sjukvård är utbildning och forskning av avgörande betydelse. Vi föreslår därför att det förtydligas att det ska bedrivas forskning i primärvården. Vår bedömning är också att landstingen bör ställa krav på att utförare i primärvården ska bidra vid genomförande av utbildning såväl på grundnivå som avancerad nivå. En nyckel till framtidens hälso- och sjukvård är förebyggande insatser. Vårt förslag är att det av primärvårdens grunduppdrag ska framgå att primärvården ska tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov. I primärvården ska också tillhandahållas rehabiliterande åtgärder.

Utredningen ser behov av att tydliggöra särställningen hos det av landstingets vårdval i primärvården som utgår från generalistkompetensen hos bl.a. specialister i allmänmedicin och distriktsköterskor, och fungerar som navet i den primärvård som bedrivs med landstinget som huvudman. Det bör benämnas Vårdval primärvård. Landstinget ska organisera Vårdval primärvård så att utförare ensam eller i samverkan med andra särskilt tillhandahåller de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att primärvårdens grund- uppdrag ska fullgöras.

Utifrån utredningens många dialoger runt om i landet presenteras också ett antal goda exempel på framgångsfaktorer i arbetet med att stärka primärvården, ämnade som inspiration för hur man som huvudman kan organisera primärvård.

Kontinuitet i primärvården

Utredningen bedömer att frågan om betydelsen av väl fungerande hållbara relationer i svensk hälso- och sjukvård under lång tid varit underskattad. Kontinuitet i relationen mellan patienten och vårdens medarbetare samt mellan olika professioner och olika vårdkontakter är central för såväl vårdens kvalitet och patientens upplevelse som medarbetarnas arbetsmiljö och effektiviteten i hälso- och sjukvården. Utredningen belyser att det inte finns någon motsättning mellan funktionerna fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården.

Utredningen föreslår ett förtydligande av patientens möjlighet att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården hos den utförare i Vårdval primärvård som patienten valt. Utredningen ser det som avgörande för det fortsatta förtroendet i befolkningen för primärvårdens insatser att verksamheten bedrivs med minst lika höga kvalitetskrav som i dag. Ett så brett uppdrag som primärvården har ställer särskilda krav på kompetens hos de som verkar där. Utredningen föreslår därför att det ska införas krav på att fast läkarkontakt i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin, specialist i geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin eller ha annan likvärdig kompetens eller vara läkare under specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin.

En hög patientsäkerhet förutsätter en god arbetsmiljö. Det är därför av betydelse att säkerställa att den som är fast läkarkontakt i primärvården har möjlighet att utföra uppdraget på ett säkert sätt. Utredningen föreslår därför att Socialstyrelsen ska få meddela de föreskrifter om patientansvar för fast läkarkontakt som behövs för att garantera en god och säker vård.

Utredningen bedömer också att det finns ett behov av att se över möjligheten att begränsa antal listade patienter hos utförare inom vårdvalssystem. Det finns även behov av att se över möjligheten att årsvis begränsa hur många gånger en patient kan välja att byta

utförare av Vårdval primärvård. Detta bör ske inom ramen för den pågående utredningen ”Styrning för en mer jämlik vård”, som bl.a. har i uppdrag att se över lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

För att säkra den tillgång på specialister i allmänmedicin som be- hövs för att tillgodose målet om en fast läkarkontakt i primärvården till hela befolkningen föreslås att staten under en omställningsperiod ska stimulera adekvat tillgång till allmänläkare i primärvården genom

finansiering av 1250 specialiseringstjänster i allmänmedicin under åren 2019–2027.

Ändamålsenlig administration

Om intyg

Utredningen bedömer att det kan finnas anledning att se över om förutsättningarna för en mer professionsneutral reglering finns på förordningsnivå i vissa fall. Kommuner bör se över i vilken utsträckning kompetenskrav vid utfärdande av intyg i lokala tillämpningsföreskrifter kan göras mer professionsneutrala.

Utredningen bedömer också att verksamhetschefer inom vården bör säkerställa att det finns tydliga riktlinjer om intygshantering. Regeringen bör ge berörda myndigheter i uppdrag att se över om deras krav på intyg är ändamålsenliga samt att de vidtar nödvändiga åtgärder för att underlätta vårdens hantering av intyg. Kommunerna bör se över sitt behov av intyg från vården.

SRPF anser att särskilt intygen till försäkringskassan är onödigt betungande numera och vi tycker att det behövs en särskild insats för att inte hamna i ”ordkrig” med försäkringskassan

Slutligen bedömer utredningen att landsting och kommun bör samordna sin intygshantering i syfte att skapa en god och jämlik intygshantering i hela landet.

Om signeringskrav

Utredningen föreslår att en journalanteckning ska signeras av den som är ansvarig för uppgiften, om det inte är obehövligt eller finns något synnerligt hinder. Regeringen eller den myndighet som reger- ingen bestämmer – lämpligen Socialstyrelsen – bör likt i dag få meddela föreskrift om när signering inte behövs.

Utredningen bedömer att signeringskravet som helhet inte orsakar någon onödig administrativ börda, men att vårdgivare bör besluta om när signering inte behövs i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. Det ingår i verksamhetschefens ansvar att säkerställa att det finns tydliga rutiner för signering, anpassade efter den egna verksamheten.

Socialstyrelsen bör i sina föreskrifter och vägledning tydligare skilja på signering av journalanteckningar och verifiering av vidtagna åtgärder.

Ikraftträdande

Utredningen föreslår att samtliga föreslagna lagändringar ska träda i kraft den 1 juli 2020.

Utredningens fortsatta arbete

Utredningen vill uppmärksamma att även om detta delbetänkande i mycket fokuserar på utformningen av en primärvårdsreform är ut- redningens hela uppdrag mer omfattande än primärvården. Det åter- speglas delvis i detta delbetänkande, och understryks särskilt i de delar som behandlar den fortsatta vägen framåt och de frågeställningar som kommer att hanteras i utredningens slutbetänkande.

Omfattningen på utredningens uppdrag är en särskild utmaning, i det att alla frågeområden inte är möjliga att beskriva vid samma tillfälle. Därför kommer ofrånkomligen vissa aktörer och intressen- ter att känna att deras fråga eller område inte är tillräckligt belyst i detta delbetänkande. Utredningen har full förståelse för det. Det be- tyder på inget sätt att de frågor som utredningen avser återkomma till i slutbetänkandet är av mindre betydelse. Ett urval av dessa fråge- områden är samverkan mellan kommun och landsting, mer om hälso- och sjukvårdens roll i det förebyggande arbetet, forskning, utveckling och utbildning (FoUU) samt ytterligare omfördelning av resurser, inte minst i förhållande till utredningens uppdrag att analysera ändamålsenligheten med definitionerna öppna och

sluten vård. Samtliga dessa har förstås mycket stor betydelse för det framtida systemets utformning. Dessa områden hanteras i utredningens arbete parallellt med arbetet med föreliggande delbetänkande vad gäller insamling av material, analyser och i pågående dialog med alla de olika aktörer utredningen löpande träffar.

Utredningen kommer också fortsatt följa utvecklingen inom några särskilt för utredningens uppdrag intressanta processer och projekt, såsom den fortsatta utvecklingen av den högspecialiserade vården, utvecklingen av den prehospitla vården, olika aktörers uppdrag och initiativ gällande bemanning och kompetensförsörjning gällande vårdens olika professioner, arbetet med Vision e-Hälsa 2025, det intensiva och pågående arbetet med omställningen till nära vård hos landets alla huvudmän och det fortsatta arbetet med avgiftsfri primärvård i Sörmland.

Förtroende och tillit

Framtidens hälso- och sjukvård ligger sannolikt i möjligheten till väl fungerande samverkan mellan olika inblandade aktörer. Framgångs- faktorer synes vara arbete i nätverk, mer än i traditionella linjestrukturer. Arbete i partnerskap med de vården är till för, mer än i hierarkiskt utformade system. En förändring till en personcentrerad vård. En god och jämlik hälso- och sjukvård, grundad i den av riksdagen beslutade etiska plattformen för prioriteringar.

Vi återknyter till resonemang i utredningens första delbetänkande om tillitens betydelse. Det är i våra dialoger fortsatt tydligt att svensk hälso- och sjukvård till dels präglas av en brist på tillit mellan olika aktörer och organisatoriska nivåer, och att det riskerar att påverka ett förändringsarbete negativt. Vår förhoppning är att den dialog som utredningen fått vara en del av att initiera och driva, tillsammans med andra pågående initiativ såsom Tillitsdelegationens arbete, gemensamma projekt mellan landstingen, den ökade samverkan mellan regioner/landsting och kommuner i olika landsdelar, ska bidra till ett mer förtroendefullt klimat mellan olika aktörer.

Glädjande nog urskiljer utredningen en i vissa delar större samstämmighet än i utredningens initiala skede. Att stärka primärvården, och skälen till varför det måste göras, lyfts av alltfler aktörer. Behovet av en ökad kontinuitet och betydelsen av väl fungerande relationer för en god och säker vård betonas av allt fler. Förståelsen för att det inte finns något motsatsförhållande mellan personcentrerad vård och strukturerade kunskapsbaserade arbetssätt, att det ena tvärtom är en förutsättning för det andra synes öka. Förståelsen för att vården och omsorgens medarbetare måste involveras i förändringsarbetet för att något ska hända på riktigt lyfts oftare än tidigare. Insikten om behovet av att använda alla vårdens och omsorgens kompetenser på ett klokt sätt med hjälp av interprofessionellt lärande och arbetssätt, och förståelsen för behovet av träning i dessa arbetssätt verkar få spridning.

Utredningen ser förtroendefulla dialoger, med utrymme för dynamiska åsiktsutbyten, och uthållighet på alla nivåer i systemet som en nödvändighet för en konstruktiv utveckling av den svenska hälso- och sjukvården. En utveckling till en personcentrerad god och nära vård, en högkvalitativ och kostnadseffektiv vård och omsorg och också en vård och omsorg som har förutsättningar att vara en attraktiv arbets- givare nu och i framtiden.

SRPF anser att ansatserna i utredningen är goda men det kommer behövas dels kontinuerlig utvärdering men även konsekvensanalyser - för att kunna se effekterna både ekonomiskt och organisatoriskt. Många av de formuleringar som skrivs kanske är vackra i skrift men blir tämligen meningslösa senare.

Med dessa förbehåll stöder vi ändå denna SOU då något kraftfullt behöver göras!

För styrelsen SRPF

Per-Axel Karlsson