

2016-05-27

Socialdepartementet
s.registrator@regeringskansliet.se
s.fs@regeringskansliet.se

Remiss: Effektiv vård (SOU 2016:2) Gem 2016/0100

Sveriges läkarförbund har fått rubricerade betänkande på remiss och vill lämna följande synpunkter.

Läkarförbundet anser att utredningen gjort ett förtjänstfullt arbete. Vad vi främst saknar är skarpa förslag för att stärka medarbetarnas möjligheter till adekvat och kontinuerlig fortbildning, för att för att stärka läkarkontinuiteten i vården och för att komma till rätta med de närmast kroniska överbeläggningarna på många sjukhus i landet.

Läkarförbundet instämmer i utredningens uppfattning om att

- utvecklingen mot allt mer detaljerade ersättningsystem bör brytas
- det behövs intensifierade insatser för att öka primärvårdens andel av sjukvårdens samlade resurser
- det behövs en sammanhållen vård och omsorg för sköra äldre med komplexa behov
- förbättringsarbete i vården i ökad utsträckning bör fångas upp och spridas
- staten bör initiera ett brett samarbete med professionerna för att stärka kunskapsstyrningen
- det behövs ett nationellt omtag för att åstadkomma långsiktiga förbättringar av informationssystemen.

Allmänt om betänkandet

Läkarförbundet anser att Effektiv vård är en av de absolut viktigaste statliga utredningarna inom sjukvårdsområdet under senare år. I betänkandet lyfter utredningen många av de problem och utmaningar som förbundets medlemmar ser och upplever dagligen. Vi delar också utredningens utgångspunkt att professionernas resurser kan användas på ett mer ändamålsenligt sätt i vården. Betänkandet innehåller många tänkvärda analyser och slutsatser som Läkarförbundet i stor utsträckning ställer sig bakom. Det gäller inte minst synen på behovet av en mer sammanhållen vård och omsorg kring multisjuka äldre, att kapacitetsbrist inom primärvården och den höga beläggingsgraden inom akut somatisk vård utgör sjukvårdens stora effektivitetsproblem, att ersättningsystemen bör bygga på tillit till vårdens professioner istället för detaljstyrning och att utrymmet för att förbättra det administrativa stödet till professionerna i vården är stort.

Vad Läkarförbundet främst saknar är analys och förslag för att hantera den bristande strukturen när det gäller kompetensutveckling för professionerna, som i dag får stå tillbaka för allt hårdare produktionskrav inom vården. Kontinuerlig fortbildningen är nyckeln till att nya arbetsätt, kunskaper och forskningsrön sprids och att vi får en evidensbaserad och patientsäker vård som ges med hög kvalitet. Det behövs en mängd åtgärder för att stärka medarbetarnas kompetensutveckling. En grundläggande åtgärd menar vi är att reglera formerna för vårdpersonalens fortbildning i en föreskrift. Vi saknar också tydliga förslag för att stärka läkarkontinuiteten, som är ett område där svensk sjukvård verkligen brister i dag. Möjligheten att välja en ansvarig läkare borgar för kontinuitet, trygghet och säkerhet för patienten. En utpekad ansvarig läkare är också garanten för en jämlik vård – inte minst gentemot patienter med sämre förmåga att tillgodose sina vårdbehov. Förbundets egna utredningar pekar på att det här krävs en kombination av skarpare reglering och uppföljning, bättre rutiner i verksamheten och ett återinförande av begreppet Patientansvarig läkare.

Det saknas också åtgärdsförslag för att komma till rätta med problem med anledning av vårdplatssituationen. För Läkarförbundet är det uppenbart att minskningen av vårdplatser gått alldeles för långt på många sjukhus i landet och att den höga beläggningsgraden riskerar både patienternas hälsa och vårdpersonalens arbetsmiljö. Många av förbundets medlemmar vittnar ständigt om att så är fallet. Att huvudmännen bör styra mot en beläggningsgrad i akut somatisk vård på cirka 85 procent mot som ofta gäller i dag 90-105 procent menar vi är rimligt. Sedan finns det självklart utrymme för effektiviseringar i vården som kan förbättra vårdplatssituationen. Ett exempel på åtgärdsområde är att utöka antalet rehabiliteringsplatser inom exempelvis neurologi, ortopedi och stroke. Ett annat viktigt exempel är att stärka samarbetet med kommunerna och på andra sätt förbättra processen kring utskrivningsklara patienter med behov av kommunal omsorg. Ett tredje åtgärdsområde är att premiera erfarenhet och se till att erfaren personal inom alla yrkesgrupper stannar kvar inom vården. Det kräver strukturer och systematiskt arbete kring arbetsmiljö, fortbildning, handledning och arbetstider. Vi vill starkt plädera för begreppet ”Human Vård”.

Vi delar utredningens uppfattning om att en högkvalitativ forskning och utbildning är avgörande för kvaliteten och effektiviteten inom sjukvården. Forskning och utbildning ska ses som en del av sjukvårdsproduktionen och måste prioriteras. Dessvärre saknas åtgärdsförslag i betänkandet kring förutsättningarna. Vad förbundet framför allt här skulle sett är förslag som stärker möjligheterna till kombinationsanställningar för läkare och andra medarbetare i vården. God medicinsk utbildning och forskning kräver en läkarkår som är väl förankrad i både forskning och kliniskt arbete.

Förbundet anser att ett samlat ledarskap där verksamhetschefen även måste kunna ta det medicinska ledningsansvaret är av stor betydelse. Läkare har en unik kompetens med sin medicinska utbildning att ta ett samlat ledningsansvar. Förutsättningar måste ges till tidig utbildning i ledarskap i utbildningen. Därefter behövs kontinuerlig fortbildning. Möjlighet till chefskap och ledarskap måste också finnas tidigt i karriären. Det är angeläget att den medicinska kompetensen finns på alla nivåer där beslut fattas som påverkar vårdkvaliteten, därför är det viktigt att läkare finns som chefer även på högre positioner. I den mån det är möjligt förordar vi att läkare ska ha möjlighet till fortsatt kliniskt arbete under pågående chefskap.

Läkarförbundet saknar slutligen riktigt skarpa förslag kring många av de åtgärdsområden som tas upp i förslagsdelen i betänkandet. Risken är uppenbar att önskvärda förändringsprocesser aldrig tar fart om man inte pekar på en fortsatt tydlig väg framåt. Ett sätt att säkra en fortsatt konstruktiv hantering kan vara att inrätta ett stående nationellt forum där regeringen, myndigheter, landsting/regioner och professionerna naturligt kan mötas och fortsatt diskutera frågorna och hur man lämpligen går vidare.

Kapitel 7 Nya styrande principer för hälso- och sjukvården

Läkarförbundet tillstyrker huvudinriktningen i förslaget om att rejält bygga ut primärvården så att den kan ansvara för förebyggande arbete, diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta vårdbehov.

Läkarförbundet är principiellt positivt till att man i lagstiftning tydliggör förändrade styrprinciper i vården, som innebär att utgångspunkten är att vården ska ges nära invånarna om det inte är motiverat att koncentrera av kvalitets- eller effektivitetsskäl. Att i lag peka ut att vården ska ges som öppen vård i första hand kommer inte per automatik innebära att resurser omfördelas från sjukhusvården men ger ändå en viktig plattform för andra förändringsprocesser som måste till.

Däremot anser vi att själva lagstiftningens utformning och terminologi är ofärdig och måste utredas i särskild ordning. Av det skälet avstår vi från att kommentera delförslagen i detta kapitel.

Kapitel 8

8.2 Ett nationellt utformat uppdrag för primärvården

Förbundet saknar att utredningen inte nämner någonting om driftsformer. Resultat från läkarförbundets nyligen genomförda primärvårdsenkät framkommer tydliga skillnader i resultat mellan olika driftsformer. Både läkare och patienter är eniga om att småskaliga personalägda vårdcentraler ger bättre vård och service än de som drivs i andra former.

Primärvårdens framtida uppdrag måste också relateras till vårdplatsituationen. Överbeläggning och utlokalisering är kanske den allvarligaste arbetsmiljöfrågan i hälso- och sjukvården idag. Primärvården, sjukhusvården och den kommunala vården och omsorgen är beroende av varandra och blir kommunicerande kärn. Vi hade önskat att utredningen resonerat mer ingående om detta. Läkarförbundet ser också att bristande vårdkontinuitet och bristande informationsöverföring skapar ökat lidande och dåligt resursutnyttjande. Mycket av den vård som nu ges på sjukhus skulle med fördel kunna ges i hemmen eller på vårdboenden om läkartillgängligheten var god dygnet runt och personalen i hemtjänsten och på boendena var adekvat dimensionerad och hade tillräcklig kompetens. Kontinuitet på läkarsidan skulle minska behovet av akuta läkarinsatser. Att vården blivit alltför fragmentiserad kan inte nog framhållas.

Läkarförbundet välkomnar att utredningen försöker hitta en definition som bättre lämpar sig för det uppdrag som primärvården ska utföra. Lagförslaget behöver dock ses över och

förtydligas. Det står t ex olika i rutan i kapitel 8.2 och i själva lagförslaget. Läkarförbundets hållning är att primärvården ska vara den naturliga första kontakten när invånare har problem med sin hälsa. Befolkningen ska känna ett högt förtroende för primärvården, då den står för kompetens, kontinuitet och tillgänglighet för varje patient. Inom primärvården ska invånare få snabbt och professionellt omhändertagande. Förbundets syn är att svensk primärvård ska representeras av hög kvalitet med god tillgänglighet och kontinuitet som tillhandahåller jämlik vård över hela landet. Primärvården ska klara av att ta hand om och färdigbehandla en betydande majoritet av de patienter som söker sig dit. En avgörande faktor för att uppnå en effektivare primärvård är att listningen i primärvården sker på läkare eftersom det stödjer patienternas möjlighet till en fast läkarkontakt, en PAL. Primärvården ska ha en mångfald av utförare och präglas av stark utvecklingskraft.

Förutsättningarna måste ges för att samordna för de patienter som behöver hjälp av många vårdgivare och aktörer inom kommun och landsting. Ett, för förbundet, viktigt utvecklingsområde för att stärka primärvården är att utveckla samverkan med övriga aktörer i vården av patienten. En starkare svensk primärvård kräver närhet både kompetensmässigt och tillgänglighetsmässigt till diagnostik, specialister inom andra områden samt så väl kommunal vård och omsorg som slutenvård. Vi förordar också en större möjlighet för sjukhusläkare att verka inom den specialiserade öppenvården.

8.2.1 Primärvården har akutuppdraget – remisskrav till akutsjukhus

Utredningen anser att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver ställa om till ett mer primärvårdsbaserat system och däri ligger även ett tydligt akutuppdrag som inte ska begränsas till kontorstid utan ska gälla dygnet runt. Läkarförbundet är för en mycket långgående valfrihet för patienten i vården. Vi anser att med en väl fungerande primärvård, med förutsättningar att vara den primära vårdkontakten när behov uppstår, behövs inget remisstvång till akutsjukvården.

För att ens kunna överväga ett remisstvång till akutsjukvården förutsätts att det finns en väl fungerande primärvård. Därutöver anser vi att den stora bristen på allmänläkare måste lösas innan ett patientansvar dygnet runt kan genomföras.

8.2.2 Ett nytt rättsligt ramverk för primärvårdens organisation

Läkarförbundet delar helt utredningens beskrivning att den bristande kapaciteten i primärvården starkt påverkar sjukvårdens effektivitet. Trots åtskilliga ansträngningar har inte primärvården lyckats uppbära den roll inom svensk hälso- och sjukvården som statsmakterna uttalat att den ska ha. Utredningen anser att med anledning av detta att det är befogat att från statens sida ta till det kraftfullaste styrmedlet genom att lagstifta om ramar för primärvårdens uppdrag.

Läkarförbundet välkomnar att utredningen föreslår en ny lagstiftning och ändringar i författningar om primärvårdens uppdrag, men vill understryka att det inte räcker för att få till stånd de förändringar som krävs. Förbundet menar att regeringen behöver initiera en nationell primärvårdsreform som innebär ett nationellt grunduppdrag och en nationell finansierings-/ersättningsmodell.

Primärvården bör ges ett nationellt utvidgat uppdrag och tydligare roll som den primära vårdkontakten i hälso- och sjukvården. En tydlig definition av primärvårdens uppdrag bör innefatta att primärvården är den primära vårdkontakten för invånarna och ska klara av att bedöma, utreda och behandla en majoritet av de som söker sig till dit. Primärvården bör ansvara för patienten även andra tider än under kontorstid och även ha ett ansvar för hälsofrämjande insatser i samverkan med lokalsamhället. I vården av de mest behövande har primärvården ett samverkansansvar med kommun och övrig vård. Utveckling av digitala hjälpmedel måste ske skyndsamt och är centrala för ett utökat uppdrag. Därutöver kan enskilda regioner avtala om tilläggsuppdrag baserade på lokala behov och organisatoriska förutsättningar.

En nationellt samordnad finansiering med ersättningssystem som är generella och förutsägbara och som utgår från vissa premisser bör ingå i en reform. Ersättningssystemen måste vara enhetliga över landet och resurserna kopplas och dimensionerade till uppdraget samt följa kostnadsutvecklingen. Systemen ska vara enkla och inte möjliga att manipulera samt avspela vårdtyngd. Systemen ska stimulera till hög kontinuitet, goda möjligheter till vidare- och fortbildning och till ett gott omhändertagande inom primärvård.

Utredningens förslag om en allmän primärvård som på många sätt motsvarar dagens primärvård och riktad primärvård för vissa målgrupper, då i första hand äldre, är ett intressant förslag. I utredningens förslag om en ny 5b § i HSL regleras möjlighet att få fast läkarkontakt enbart i den allmänna primärvården. Läkarförbundet anser att det är en självklarhet att det ska vara en lagreglerad skyldighet att erbjuda fast läkarkontakt till äldre med omfattande behov, dvs. det måste regleras även i den del som avser riktad primärvård. Närmare synpunkter på den riktade primärvården framgår nedan under kapitel 9.

Det krävs ett nationellt ansvarstagande för sjukvårdens kompetensförsörjning och antalet ST-läkare i allmänmedicin måste ökas. Det kan ske bland annat genom att utbilda för det nationella behovet där förutsättningarna finns lokalt. För att nuvarande utveckling ska vändas kräver det att dimensionering och planering av ST i allmänmedicin inte styrs och hindras av landstings eller regions geografiska, utbildningsmässiga eller finansiella begränsningar. Läkaren ska erbjudas en god arbetsmiljö med goda förutsättningar att utvecklas på arbetsplatsen, såsom åtgärder som garanterad fortbildning, ökat mandat och förbättrade möjligheter till samverkan. All erfarenhet visar att arbetsmiljön i primärvården spelar en avgörande roll för möjligheten att attrahera den arbetskraft man behöver. Att läkarna har tillgång till kollegor, fortbildning, stödjande personal och kompletterande kompetenser samt möjlighet att påverka arbetstider och arbetssätt är centrala. Det skapar en arbetsmiljö med ökad kvalitet och kontinuitet som ger en bättre vård för patienterna. Primärvården måste erbjuda en attraktiv arbetsplats.

Kapitel 9 Sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst

Utredningen föreslår ett gemensamt ansvar för kommun och landsting att *utföra* verksamhet för äldre med omfattande behov. Vi ser stora fördelar med en utförare där alla professioner samlas på det sätt utredningen föreslår och tillstyrker förslag om lagstiftning som ställer krav på att landsting och kommun ska utföra verksamhet gemensamt. Förslaget behöver dock förtydligas.

Vilka patienter ska omfattas, hur definieras äldre med omfattande behov? Hur ska patientens valfrihet tillgodoses i den riktade primärvården, en möjlighet som patienten har i dag och som riskeras inskränkas med förslaget (kap 9.4 och 5b § HSL). Utredningen föreslår att obligatoriskt vårdvalssystem med LOV som i dag gäller i primärvården, inte ska gälla för den riktade primärvården. Vi menar att det ska finnas en mångfald utförare, som patienten kan välja mellan, och den allmänna och riktade primärvården måste kunna utföras på samma enheter. Läkarförbundet anser också att det måste vara en självklarhet och en lagreglerad skyldighet att erbjuda fast läkarkontakt till äldre med omfattande behov. De tillhör de patienter som har behov av en fast läkarkontakt. Utredningen har i sitt förslag tagit bort möjligheten att välja fast läkarkontakt i den riktade primärvården.

Förbundet har också utrett hur läkarinsatser i äldrevården kan förstärkas. Läkarförbundet föreslår att en ”Anpassad äldresjukvård” införs som innebär ett samlat åtagande, ett ”program”, med systematisk samordning, överblick och uppföljning av den sköra äldre patientens situation, sjukdomsbild och läkemedelsanvändning. Det är primärvården, med fast läkarkontakt, som i en central och samordnande roll ska ansvara för den anpassade äldresjukvården. Patienterna ska erbjudas anpassad äldresjukvård efter en individuell bedömning av skörhet. Vi föreslår att Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram en modell för bedömning av skörhet och att denna modell tillämpas i hela landet för att definiera patienter som ska erbjudas det förbundet kallar ”anpassad äldresjukvård.” Socialstyrelsen bör även få i uppdrag att ta fram närmare riktlinjer för den ”Anpassade äldresjukvården”.

I en eventuell fortsatt utredning utifrån betänkandets förslag om en riktad primärvård, bör det även beaktas att det är fler än äldre som har stora behov av insatser från många olika håll. Det är således inte ett ålderskriterium som bör styra. Detta gäller inte minst barn med olika svårigheter och där en väl fungerande samverkan mellan bland annat skolläkare, som ligger utanför landstingens ansvar, primärvården och barn- och ungdomspsykiatri är mycket viktig. Förbundets berörda delföreningar bidrar gärna i en fortsatt utredning.

9.8 Kommunen ska få överenskomma med landsting om att ta över ansvar för läkarvård i vissa fall

Läkarförbundet anser att det ska vara möjligt för kommunen att tillhandahålla läkarinsatser i vissa fall.

Kapitel 10 gemensamt beslutsfattande mellan landsting

10.1 Samtliga landsting ska gemensamt planera och utföra vissa uppgifter

Läkarförbundet tillstyrker att det i hälso- och sjukvårdslagen införs en skyldighet för samtliga landsting att när det är motiverat av kvalitets- och effektivitetsskäl gemensamt planera och utföra uppgifter. Vi har länge påtalat hur bristande samverkan mellan huvudmännen leder till stora effektivitetsförluster och suboptimeringar i sjukvården.

Liksom förslagen under kapitel 7 anser vi här att utformningen av lagstiftningen bör utredas i särskild ordning.

10.2 Om den föreslagna skyldigheten att samverka inte får effekt bör regeringen överväga ytterligare åtgärder

Läkarförbundet tillstyrker utredningens rekommendation att regeringen bör överväga ytterligare åtgärder om den föreslagna skyldigheten i HSL att samverka inte får avsedd effekt.

10.3 Utredningens rekommendation avseende uppgifter som bör utföras av samtliga landsting gemensamt

Utredningen rekommenderar några uppgifter där landstingen redan i dag bör överväga ett gemensamt agerande eller ett gemensamt ägande. Det finns fler uppgifter/områden som bör läggas till den här listan. Ett tydligt exempel är ST-utbildningen inom bristspecialiteter där landsting/regioner som i dag är attraktiva för ST-läkare och har fungerande utbildningssystem kan överutbilda för att bidra till läkarförsörjningen i ett nationellt perspektiv.

10.4 Stärkta förutsättningar för mer koordinerad styrning (en nationell konsultationsordning för hälso- och sjukvården

Läkarförbundet tillstyrker att en nationell konsultationsordning för sjukvården införs som består av fasta möten på politisk toppnivå mellan regeringen och samtliga landsting/regioner. Förbundet anser dock att denna konsultationsordning bör vidgas till att även omfatta representanter för professionerna i vården. Vi menar att professionerna måste involveras i diskussioner om vårdens organisation och styrningen på alla nivåer om devisen ”låt proffsen vara proffs” ska kunna bli verklighet.

Kapitel 11 Minskad detaljstyrning

11.1 Detaljstyrningen behöver minska

Läkarförbundet delar utredningens bedömning och rekommendationer att styrningen med detaljerade ersättningssystem behöver omprövas. Vi vill understryka vikten av att ersättningssystemen stödjer och stimulerar kontinuitet för patienten, och om styrningen möjliggör nya arbetssätt. Det är i mötet mellan patient och läkare och annan vårdpersonal som vårdens värde skapas. Det är också i mötet som vårdens kostnader genereras. Därför måste sjukvårdens organisation, ledning och styrning ta sin utgångspunkt i det mötet och ge det så goda förutsättningar som möjligt.

Läkarförbundet delar uppfattningen att staten ska använda riktade bidrag med större försiktighet. Staten behöver renodla sin styrning mot de områden som kräver nationell samordning. Exempel är kompetensförsörjning och IT-infrastruktur. Den svenska sjukvården har svårt att lösa problem som kräver samordning mellan huvudmännen.

Läkarförbundet delar utredningens bedömning att staten inte med lagstiftning ska styra vården i detalj då det handlar om sådant som verksamheterna och vårdens professioner själva är bäst på att bedöma och besluta om. Däremot delar vi inte att ”professionsneutrala” bestämmelser är att föredra i alla lägen.

Läkarförbundet anser att vårdens styr- och ersättningsystem måste vara mer generella och övergripande, bygga på tillit till det professionella ansvaret och fortlöpande uppföljning. Det handlar också om långsiktighet. Kortsiktiga satsningar riskerar öka antalet indikatorer och även skapa onödiga målkonflikter i vården, som när satsningar på tillgänglighet sätter gällande prioriteringsprinciper ur spel och skapar undanträngningseffekter av patienter som har behov av kontinuitet och samordning. Resultatet blir en spretig och mycket detaljerad styrning som lämnar lite utrymme för professionernas egna bedömningar och beslut. Politikens roll ska vara att fatta beslut om ”vad”, det vill säga inriktning, kvalitetskrav, mål och budget för verksamheten och följa upp att den önskvärda utvecklingen sker. Samverkan med läkarprofessionen och annan hälso- och sjukvårdspersonal är grundläggande. Beslut om ”hur”, det vill säga innehållet i vården, ska överlämnas till professionen tillsammans med patienterna. I läkarprofessionens ansvar ligger att utforma verksamheten och dess mål på ett ändamålsenligt sätt.

11.2 Vårdgarantin ska vara professionsneutral

Inledningsvis vill förbundet påpeka att vi inte är positiva till att systemet fjärrmat sig från att knyta patienten till läkare. Läkarförbundet anser till exempel att listning ska ske på läkare och att fast vårdkontakt ska benämnas patientansvarig läkare (PAL) när en läkare utses. Men vi är försiktigt positiva till förslaget om en ”professionsneutral” vårdgaranti. Vi delar uppfattningen att staten inte bör styra i detalj vem patienten ska träffa. Patienten ska få träffa den kompetens som är mest adekvat för det problem patienten behöver hjälp med. Den bedömningen gör verksamheterna och professionerna bättre. Skälen för förändringen måste alltså vara att verksamheterna och professionerna är bäst på att bedöma vem patienten bör träffa, inte bristen på specialister i allmänmedicin. Läkarförbundet anser dock att yrkeslegitimation ska vara ett krav.

Utredningen anser att den nuvarande utformningen av vårdgarantin ska ändras så att ”besöksgarantin” ändras till att en ”bedömningsgaranti”. Även här vill utredningen komma bort ifrån att med lag styra för hårt. Utredningen vill öppna för fler förmedlingsformer än fysiska besök, som videokonferens, mail, sms, mms, osv. Läkarförbundet delar uppfattningen att digitaliseringen öppnar för nya möjligheter. Det bör vara helt klart vad som avses med en ”bedömningsgaranti”. Läkarförbundet har själv föreslagit en ny vårdgaranti som är mer flexibel än dagens 0-7-90-90-reglering. I förbundets modell ersätts besöksgarantin i den specialiserade vården (90) av en ”bedömningsgaranti”. Med det menar vi att utredningar och allt som leder fram till en bedömning ingår.

Läkarförbundet anser i grunden att hela vårdgarantin behöver ses över. De förändringar som nu föreslås omfattar enbart primärvården. Om förslaget genomförs måste det noggrant följas och utvärderas.

11.3 Kraven på intyg från hälso- och sjukvården ska vara professionsneutrala

Läkarförbundet instämmer rent allmänt i resonemanget om behovet av att inventera och reducera den allmänna intygsfloran. Vi kan i huvudsak ställa oss bakom tankarna om en ”professionsneutral” hantering gällande intyg. Läkare ska skriva intyg där läkares kompetens och bedömning behövs och där informationen inte kan tillgodoses på annat sätt. Förbundet

vill betona att den som intygar inom vården måste ha erforderlig kompetens och samhällets förtroende att göra så.

I frågan om intyg till Försäkringskassan gällande sjukskrivning och andra generella försäkringsmedicinska utlåtanden eller intyg, är det dock helt avgörande för kvaliteten att intygandet görs av läkaren. Sjukförsäkringsarbetet ställer krav på högkvalitativa bedömningar gällande orsaken till sjukskrivningen redan från första dagen och där man ska värdera medicinska, psykiatriska och andra faktorer som kan påverka sjukskrivningens förlopp och som utgår från en god kunskap inom försäkringsmedicin. Det finns ingen annan kompetens inom vården som har den bredd och kunskap inom alla dessa områden som läkaren.

Även för intyg som rör barn bör i många fall legitimerad läkarkompetens kvarstå som regel, men undantag kan göras för enklare intyg som exempelvis endast bekräftar genomförda vårdåtgärder. Att intyga en psykiatrisk diagnos, medföljande grad av funktionsnedsättning, prognos etc. hos barn och ungdomar anser vi kräver läkarkompetens.

När det gäller sjukskrivning vill vi också se en fortsatt utveckling vad gäller digitaliseringen, differentierade intyg och framtagande av beslutsstöd utifrån den sjukskrivande läkarens situation och behov. De utvecklingsarbeten som pågår på detta område på Försäkringskassan och i samråd med SKL måste intensifieras! Sist vill vi påtala vikten av att hälso- och sjukvården får adekvat ersättning för intyg.

11.5 Regeringen behöver klargöra förutsättningarna för att fördela arbetsuppgifter i vården

Det finns, som påpekas i betänkandet, relativt få arbetsuppgifter i vården som är förbehållna en viss yrkesgrupp. Läkarförbundet anser att Socialstyrelsen behöver vara tydlig i sin information att vårdgivarna har ett övergripande ansvar att erbjuda en god och patientsäker vård. I detta ingår naturligtvis att se till att ha den personal som behövs och att arbetsuppgifterna fördelas på yrkesutövare med tillräcklig kompetens.

11.6 Signeringskravet bör avskaffas

Frågan om huruvida signeringskravet ska tas bort är inte enkel. Ett slopande av kravet skulle å ena sidan innebära en välkommen minskad administrativ arbetsbörda. Å andra sidan kan signeringen fylla en viktig funktion som bekräftelse på att den som är ansvarig för en journalanteckning har kontrollerat och går i god för att uppgifterna stämmer.

Läkarförbundet bedömer att signeringskravet kan tas bort, under förutsättning att det görs mycket tydligt att vårdgivarnas övergripande ansvar för korrektheten i journalen innebär att de måste ta fram goda rutiner som garanterar en säker hantering och som säkerställer att personalen ges goda förutsättningar, bland annat i fråga om tid och rätt verktyg, att på ett ändamålsenligt sätt dokumentera korrekta och relevanta uppgifter. Det är viktigt att poängtera att detta inte innebär ett förbud mot att signera. Professionen måste även i fortsättningen ha möjlighet att besluta om vad som ska signeras.

Kapitel 12 Arbetsättet

Läkarförbundet kan ställa sig bakom de generella principer som föreslås vara vägledande för ändrade arbetsätt i vården.

Vi vill dock betona ledarskapets betydelse och att det är viktigt att peka ut läkarna som ledare i vardagsverksamheten. Läkare, som har den bredaste kunskapsbasen och det medicinska ansvaret, har de bästa förutsättningarna att kunna genomföra ändrade arbetsätt utifrån de principer som utredningen föreslår.

Stöd i form av ersättningssystem som skapar förutsättningar för och belönar utvecklingsarbeten och premierar kontinuitet är också viktigt.

Mycket av det som utredningen föreslår är sådant som redan idag kan och bör göras på verksamhetsnivå. Arbetsfördelning är en ledningsfråga och inte en lagstiftningsfråga.

Ett samlat ledarskap där verksamhetschefen även måste kunna ta det medicinska ansvaret är av stor betydelse.

När det gäller förekomsten av hyrläkare beror det oftast på att vårdgivaren väljer denna lösning i alltför stor utsträckning istället för att satsa på bra arbetsvillkor och inflytande i arbetet. Med bra arbetsvillkor och möjlighet att påverka i viktiga frågor skapar man en stabil verksamhet och bra kontinuitet i vården.

Utredningen föreslår att staten initierar en studie av planering, bemanning, schemaläggning mm för att få ökad kunskap om vad som påverkar effektiviteten vid sjukhusen. Om samtliga verksamheter arbetar utifrån de vägledande principerna med läkare som ledare kommer sannolikt en sådan studie inte behövas. Kontinuitet i patient-läkarrelationen talar dock för fördelarna med dagens joursystems flexibla konstruktion som möjliggör planering av arbetet efter olika verksamheters skilda behov.

Kapitel 13 Särskilt om kontinuitet

Läkarförbundet delar utredningens rekommendation att kontinuiteten som bärande princip behöver genomsyra styrning, organisation och arbetsätt. Detsamma gäller i kommunens vård och omsorg. Kontinuitet är mycket viktig för de mest sköra äldre och patienter i palliativ vård.

Läkarförbundet anser att alla patienter ska ges rätt till en namngiven *PAL som fast vårdkontakt*, för att skapa bättre läkarkontinuitet. När PAL-regleringen ersattes av funktionen fast vårdkontakt i HSL framhöll regeringen i förarbetena att det är patientens medicinska behov och önskemål som ska styra vem som ska utses till fast vårdkontakt, till exempel om det ska vara en läkare. Det är enbart för patienter med livshotande tillstånd det är föreskrivet att den fasta vårdkontakten ska vara läkare.

Läkarförbundet anser att det är fler än patienter med livshotande tillstånd som behöver en läkare som fast vårdkontakt. Det kan vara patienter med kroniska sjukdomstillstånd, sköra och multisjuka äldre och patienter med nedsatt autonomi. Det är verksamhetschefens ansvar att ta fram rutiner för när fast vårdkontakt bör utses, när det behöver vara en läkare samt vilken typ

av uppgifter, ansvar och befogenheter som ingår i uppdraget. Detta måste göras i samråd med läkarprofessionen. För att tydliggöra för patient och vårdpersonal vad som ligger i uppgifter, ansvar och befogenheter anser Läkarförbundet att fast vårdkontakt ska benämnas PAL när en läkare utses.

Att bestämmelsen fungerar i enlighet med lagstiftarens intentioner måste följas upp och utvärderas! Läkarförbundet anser att IVO måste skärpa tillsynen av hur vårdgivarna lever upp till de krav som redan finns i lag, särskilt kontinuitetskraven. Läkarförbundet anser vidare att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp tillämpningen av fast vårdkontakt, särskilt om verksamheternas behovsbedömning säkerställer att de som behöver det får en läkare som fast vårdkontakt. Socialstyrelsen, i samråd med professionen, måste även utreda om föreskriften om ”livsuppehållande behandling” som reglerar att patienter med livshotande tillstånd ska ha en läkare som fast vårdkontakt ska utvidgas till att omfatta fler patientgrupper.

Därutöver krävs goda förutsättningar för arbetssättet. PAL-funktionen måste organiseras utifrån lokala förutsättningar för största möjliga kontinuitet även vid PAL:s frånvaro som semester eller sjukdom. En grundläggande förutsättning är att vårdgivare tar ansvar för tillräcklig bemanning. Läkarförbundet anser att huvudmännen behöver samarbeta kring långsiktiga, nationella analyser av det framtida behovet av läkare och specialistläkare.

Staten och huvudmännen måste ta ett gemensamt ansvar för att informationsöverföringen fungerar mellan verksamheter och över organisatoriska gränser samt att det finns användarvänliga verksamhetsstöd. Huvudmännen och staten måste även ta ansvar för att styr- och ersättningssystem stödjer läkarkontinuitet och samordning. Systemen måste bli mer generella och övergripande och bygga på tillit till det professionella ansvaret och fortlöpande uppföljning.

Kapitel 14 Verksamhetsstöden

14.2 En nationell vision för verksamhetsstöd

Utredningen efterlyser en nationell vision för verksamhetsstöd. Regeringen och SKL presenterade i mars en gemensam vision, ”Visionen e-hälsa 2025”. Läkarförbundet välkomnar visionen och det högt ställda målet, att Sverige ska vara världsledande på att tillvarata digitaliseringens möjligheter inom hälso- och sjukvården för att främja jämlik hälsa, delaktighet och ta tillvara på enskildas resurser. Förhoppningsvis innebär detta att regeringen och SKL nu är beredda att gå från ord till handling, att fatta de beslut och göra de ekonomiska satsningar som krävs för att lyckas.

För att realisera »Visionen e-hälsa 2025« ska nu konkreta handlingsplaner tas fram. Dessa måste vara förankrade i verkligheten och kunna ge en realistisk bild av hur vi ska kunna gå från dagens situation till världsledande på nio år. Såväl sjukvårdshuvudmän som professions- och patientföreträdare, myndigheter och andra intressenter måste skyndsamt göras delaktiga i arbetet med handlingsplanerna. De nationella strukturerna måste ses över för att möjliggöra professionernas delaktighet. Tid och resurser för utvecklingsarbetet måste avsättas och kan inte vara beroende av lokala förutsättningar.

14.3 och 14.4 Gemensam satsning på utveckling av verksamhetsstöd

Som utredningen anför behöver verksamhetsstöden i hälso- och sjukvården ges en högre prioritet än i dag och det behövs gemensamma och långsiktiga investeringar av både regering och huvudmän. Gemensamma beslut om investeringar i informationssystem som möjliggör utbyte av information mellan vårdgivare över huvudmannagränser bör som utredningen rekommenderar hanteras inom ramen för den beslutsordning som föreslås i kap 10.

14.5.1 Ändrad lagstiftning som möjliggör informationsutbyte

Läkarförbundet delar utredningens bedömning att de förslag till ny hälso- och sjukvårdsdatalag och socialtjänstdatalag som lämnades av Utredningen rätt information i vård och omsorg (SOU 2014:23) bör genomföras skyndsamt. Vi måste ha en lagstiftning som gör det möjligt att utbyta information, som tillåter att informationen följer patienten och inte hindras av fiktiva gränser mellan olika vårdgivare och mellan landsting. Samtidigt som patienten ges större inflytande över att tillgängliggöra informationen till de vårdkontakter hen har.

14.5.2 Nationella standarder för informationshantering

Som utredningen beskriver är den bristande interoperabiliteten i vårdens informationssystem en tungt vägande orsak till ineffektiviteten i vården. Läkarförbundet har varit en av många aktörer som krävt nationell standardisering och att staten måste fatta beslut om regler och krav för att informationssystemen ska kunna utbyta information. Vi har också i flera sammanhang lyft fram vikten av att börja med sådan information som är särskilt kritiskt t.ex. information kring läkemedelsordinationer.

Utredningen föreslår att E-hälsokommitténs förslag om att ge E-hälsomyndigheten ansvar för att fatta beslut om krav på interoperabilitet bör genomföras skyndsamt. Läkarförbundet delar utredningens bedömning att ett sådant mandat för myndigheten skulle innebära ett avgörande steg för staten i riktning mot att ta ansvar för infrastrukturen när det gäller information i vården. Vi vill också framhålla vikten av att beredningen av besluten sker med en bred representation av olika aktörer, där givetvis också vårdens professioner ska finnas med.

14.5.3 Nationell informationsstruktur

Läkarförbundet delar utredningens bedömning att E-hälsokommitténs förslag att ge Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans med E-hälsomyndigheten utveckla och förvalta en gemensam informationsstruktur ska genomföras. Därutöver krävs metodstöd för införande i både i nationella IT-lösningar, i informationsutbyte via Nationella Tjänsteplattformen samt stöd för lokala och regionala lösningar. Läkarförbundet har sitt remissvar till E-hälsokommitténs betänkande Nästa fas i E-hälsoarbetet (SOU 2015:32) ställt sig positivt till förslaget och även understrukt vikten av att detta arbete påskyndas och att man börjar med information som behövs i ordinationsprocessen samt gemensamma lösningar för varnings- och uppmärksamhetsinformation.

14.5.4 Socialstyrelsen ska ge stöd till arbetet med dokumentation

Läkarförbundet har inga invändningar mot utredningens förslag när det gäller Socialstyrelsens stöd till arbete som syftar till att minska dubbeldokumentationen. För att minska dubbeldokumentationen krävs dock bättre struktur i journalsystemen och att uppgifter som

behövs på andra ställen i journalen, i andra system eller i olika typer av register överförs automatiskt.

14.5.5 Ett center för informationsstruktur och informatik

Läkarförbundet ställer sig bakom förslaget att bilda ett nationellt center för informationsstruktur och informatik. Vi vill särskilt understryka vikten av att professionerna involveras. Det krävs ekonomisk ersättning till de som deltar i arbetet och arbetsgivare måste se till att kliniskt verksamma läkare kan avsätta tid och delta fullt ut.

14.6 Kunskapsstöd som en del av verksamhetsstöden - Nationellt hälsobibliotek

Läkarförbundet är bekymrat över utvecklingen och tillgången till viktiga beslutstöd i vården på en nationell nivå. Professionernas behov av beslutstöd inom hälso- och sjukvården är stort, i synnerhet beslutstöd vid läkemedelsbehandling. Det är därför angeläget att staten och huvudmännen gemensamt tar ett ansvar för att se till att viktiga beslut- och kunskapsstöd görs nationellt tillgängliga för professionerna i vården. Som ett lyckat och viktigt projekt kan nämnas ePed (kunskapsstöd för läkemedelsbehandling av barn), som utvecklats av Astrid Lindgrens barnsjukhus. Regeringen avsatte under 2014 15 miljoner för att göra ePed tillgängligt för hela Sveriges barnsjukvård. Från och med hösten 2015 finns ePed tillgängligt för alla landsting via SIL. Ett uppföljningsarbete pågår för att säkerställa att alla landsting faktiskt implementerar ePed i sina respektive journalsystem. Det behövs flera sådana projekt och en organisation som stödjer arbetet med att göra beslutstöden nationellt tillgängliga.

Utredningen föreslår att ett nationellt hälsobibliotek ska införas och göras tillgängligt för alla som verkar inom hälso- och sjukvården. Läkarförbundet ser många fördelar med att skapa ett nationellt hälsobibliotek för fördjupning och fortbildning och tillstyrker förslaget. Det är en god idé att samla bästa tillgängliga kunskap som är sökbar på ett ställe och som är tillgängligt för alla som arbetar inom hälso- och sjukvård. Vi vill dock betona att det är ett komplement till integrerade beslutstöd och att båda behövs. Vi vill också lyfta fram vikten av att informationen i kunskapsstöden/hälsobibliotek är strukturerade enligt Öppna data, PSI-direktivets krav om vidareutnyttjandeprincipen. Detta är en förutsättning för att informationen ska kunna återanvändas vidare där den behövs.

Kapitel 15 Åtgärder för att minska den administrativa bördan

Läkarförbundet välkomnar utredningens förslag till åtgärder för att minska den administrativa arbetsbördan. Utredningens rekommendation att staten och huvudmännen på alla nivåer ska verka för att belysa och begränsa de administrativa konsekvenserna som följer av beslut eller andra åtgärder, är vällovlig och stödjer därigenom samma mål som Läkarförbundet. För att uppnå mål är dock vår erfarenhet att fler behöver förbinda sig ett åtagande, en rekommendation är troligen för svag åtgärd för att nå förändring. Vi vill i detta sammanhang lyfta fram behovet av att fokusera kärnuppgifter för vårdens olika yrkesuppgifter samt hur dessa ska fungera i relation till varandra. Läkares arbetstid behöver prioriteras till arbetsuppgifter vilka andra yrkeskategorier inte kan omhänderta. De arbetsuppgifter som andra yrkesgrupper kan göra bättre ska omhändertas på annat sätt.

Detta förutsätter ett verksamhets- och organisationsperspektiv utifrån en arbetsplatsnära kontext med starkt inflytande av de som arbetar i verksamheten. Ett sådant synsätt saknas i utredningen.

15.4 Ett samordnat arbete med hälso- och sjukvårdens intyg

Läkarförbundet välkomnar förslag om att myndigheter ska samordna och begränsa krav på intyg som begärs av hälso- och sjukvården. Vi välkomnar särskilt att myndigheter i samverkan med landsting ska skapa förutsättningar för att samtliga intyg kan hanteras på ett likartat sätt tekniskt och informatiskt. Det är viktigt ur både patientsäkerhets- och hanteringsperspektiv. Intygen måste vara en integrerad del av vårdens dokumentation och utvecklingen måste matcha den utveckling som pågår av journal- och dokumentationssystem. Vi delar utredningens förslag att en aktör bör leda arbetet, det skulle kunna vara regeringskansliet, det viktiga är att arbetet fortgår utan onödiga stopp och att alla aktörer är ”på samma bana”.

För att poängtera vikten av utvecklingsarbetet kring framtidens intyg arrangerade Läkarförbundet ett rundabordsamtal under förra året där alla aktörer som driver utvecklingsarbeten medverkade. Sammanfattningsvis fanns en stor samsyn om att

- floran av intyg som utfärdas av läkare behöver rensas och ensas
- en dokumentationsbas bör eftersträvas
- det behövs en sammanhållande kraft som ser till att utvecklingsprojekten drar åt samma håll.

Utvecklingsprojekt på området har dessvärre avstannat eller går på sparlåga. De projekt som Läkarförbundet anser måste fortsätta är digitaliseringen av intygen (Inera och Försäkringskassan), Stöd för rätt sjukskrivning (SRS) och Differentierat intygande.

Kapitel 16 Kompetensförsörjning

16.1 Nationell samordning

Läkarförbundet välkomnar förslaget att regeringen bör besluta om en stående kommitté för samverkan mellan staten och huvudmännen i frågan om kompetensförsörjning och hur den befintliga kompetensen kan användas mer effektivt. Vi tror precis som utredningen att en dylik samverkansfunktion bör få en starkare anknytning till regeringen än vad som är möjligt för en myndighet.

I ett avsnitt som behandlar kompetensförsörjning saknar vi en diskussion om brister i strukturer för vårdens kompetensförsörjning. Här tänker vi främst på system för att tillgodose kontinuerlig kompetensutveckling för professionerna. I hela utredningen om 793 sidor avhandlas fortbildning i tre meningar. Fortbildningen är nyckeln till att nya arbetssätt, kunskaper och forskningsrön sprids och att vi får en evidensbaserad patientsäker vård på lika villkor som ges med hög kvalitet. Vi menar att det är uppenbart att det inte räcker med att som i dag reglera fortbildningen genom lokala avtal mellan arbetsmarknadens parter. Därför är,

enligt vår mening, den nu viktigaste vägen till att stärka kompetensutvecklingen i vården att regeringen ger Socialstyrelsen mandat att reglera läkares fortbildning i en föreskrift.

16.3 Utred tjänstgöringen inom primärvården i ST-utbildningen för organspecialister

Läkarförbundet avstyrker förslaget. Förbundet konstaterar att det är svårt att komma till rätta med rekryteringen till primärvården och samverkan mellan verksamheter. Det finns alltså många goda skäl till att uppmuntra tjänstgöring inom primärvård för måluppfyllelse redan idag då fler ST-läkare borde få större kännedom om primärvård. Läkarförbundet anser dock att det inte är tillämpligt för alla specialiteter och att det är olämpligt med ett skarpt tidskrav för denna tjänstgöring samt att den bör utformas som en rekommendation och inte som ett krav. Läkarförbundet vill också betona att det är viktigt att vara varsam med förändringar i den nyss beslutade ST-föreskriften då denna måste få tid att implementeras ute i verksamheterna innan det föreslås nya förändringar. Att bara utreda en del av föreskriften och målbeskrivningarna riskerar att hacka sönder dem. Vidareutbildningen måste ses i en helhet. Dessutom finns inte några hinder i dagens reglering för att göra sidotjänstgöring i primärvården.

Läkarförbundet vill också betona vikten av att ST är välfinansierad och att sidotjänstgöringarna fungerar vad avser volym och tillgänglighet. Lika viktigt är det naturligtvis att specialistläkare ges möjlighet att fortbilda sig i den omfattning som krävs för att de ska kunna leva upp till förändrade krav och ges goda förutsättningar att klarar det uppdrag de är satta att sköta.

16.4 Nationella kompetenskrav för vårdens yrkesutbildningar

Läkarförbundet välkomnar utredningens förslag att regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att fastställa nationella kompetenskrav för undersköterskor och vårdadministratörer. Vi vill dock betona att det är lika viktigt att undersköterskor och medicinska sekreterare ökar i antal som att man samordnar deras utbildning. Läkarförbundet anser att det finns ett behov av att i större utsträckning fördela arbetsuppgifter på olika yrkesgrupper beroende på kompetens. Det är viktigt att läkare kan delegera arbetsuppgifter som inte kräver läkarkompetens. Fördelning av arbetsuppgifter måste därför ske av och tillsammans med berörda professioner, utifrån vårdens behov och att patienten ska mötas av erforderlig kompetens. Även patientens delaktighet har här betydelse. Fördelning av arbetsuppgifter får inte ske på grund av personalbrist. Det är viktigt att läkares kompetens används rätt, att läkare får stöd i sitt arbete och att det finns möjlighet att delegera arbetsuppgifter.

Kapitel 17 Forskning

17.1 Ett tydligt ansvar för forskning

Läkarförbundet avstyrker den föreslagna förändringen av 26 b § HSL. Den skrivning som föreslås är inte tillräckligt omfattande och utförlig och förändringen riskerar att försvaga landstingens ansvar för klinisk forskning istället för att förstärka det.

17.2 Försök med akademisk hemsjukvård

Läkarförbundet tillstyrker en satsning på forskningsresurser riktade mot kommunal hälso- och sjukvård och primärvård.

Såväl primärvården som den kommunala hälso- och sjukvården är idag för lite beforskad och den akademiska närvaron är låg. En särskild satsning på en långsiktig uppbyggnad av forskning inom dessa områden är därför önskvärd. En sådan satsning måste dock för att nå framgång vara långsiktig och ske i nära samarbete med universitet, högskolor och universitetssjukvården.

Med vänlig hälsning

Heidi Stensmyren
Ordförande

Per Johansson
Avdelnings- och utredningschef