Nationell primärvårdsreform -

Distriktsläkares förslag för en tryggad och utvecklad nationell primärvård



|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

# Innehållsförteckning

1. Sammanfattning
2. Nuläge
3. Lagstiftning
4. Ekonomisk styrning
5. Informationshantering och kunskapsstöd
6. Kompetensutveckling och forskning
7. Åtgärdsförslag
8. Nationell styrning

12 Verksamhetsfrågor

14 Kvalitet och utveckling

1. Genomförande
2. Konsekvensanalys
3. Referenser

# Sammanfattning

Förtroendet för primärvården måste öka hos allmänheten för att den på allvar ska kunna fylla sin roll som hälso- och sjukvårdens bas, där alla ges möjlighet att lista sig på läkare och därmed få en fungerande fast läkarkontakt. Förtroende skapas genom god tillgänglighet, hög kontinuitet med patientansvarig läkare och hög kompetens. Det i sin tur kräver en tillräcklig läkarbemanning. Om invånarnas behov av kontinuitet och tillgänglighet inte kan uppfyllas, blir vården ineffektiv och patientsäkerheten riskeras.

Nationella och internationella analyser och utredningar inklusive regeringens utredning visar att Sveriges primärvård är i behov av utveckling strukturellt. Primärvården är i behov av ändrad lagstiftning, bättre politisk styrning, ökade resurser och kompetensförsörjning.

För att uppnå målet att vara den naturliga basen inom svensk sjukvård krävs åtgärder av den politiska styrningen i verksamheten, samt åtgärder för att säkerställa och utveckla kompetens, primärvårdsforskning och utbildningsansvar.

Med utgångspunkt i utredningen Effektiv vård SOU 2016:2 har därför Svenska Distriktsläkarföreningen och Svensk Förening för allmänmedicin tagit fram ett åtgärdspaket för att skynda på denna utveckling. Vi vill lämna förslag på vad som måste göras gällande politisk styrning, verksamhetsfrågor samt inom forskning, kompetensutveckling (fortbildning) och utbildningsansvar.

Vi anser att svensk primärvård behöver en nationell reform med ett nationellt politiskt ansvar. Utredningen uttrycker på ett bra sätt behov och i många fall konkreta åtgärder avseende minskad detaljstyrning, arbetssätt, verksamhetsstöd och åtgärder för att minska den administrativa bördan. Vi föreslår att dessa förslag genomförs. Vi specificerar några av frågorna nedan med tillägg om hur förslagen kan genomföras konkret.

De viktigaste målen som bör uppnås i en nationell reform är enligt vår bedömning:

* Att antalet specialister i allmänmedicin inom svensk primärvård måste öka till åtminstone en specialist per 1 500 invånare som ett nationellt mått.
* Att alla patienter ska ha rätt att välja sin egen läkare.
* Att allmänläkaren har en begränsad patientlista så att hen kan ta personligt ansvar för sina patienter och säkerställa kontinuitet i vården.
* Att ersättningssystemen stödjer effektiva och jämlika vårdvalssystem och bör utgå från nationellt definierade principer.
* Att det tas ett nationellt ansvar för sjukvårdens kompetensförsörjning och att antalet ST-läkare i allmänmedicin ökar.
* Att staten ska se till att informationshanteringen får bättre infrastruktur, att staten och vårdgivarna ska ansvara för bättre verktyg, att uppföljningsdata ska utgå från den journalinformation som genereras av dessa verktyg, att vi läkare ska utbilda oss i bättre sätt att dokumentera och hantera informationen.
* Att vården ska utvecklas av professionerna under större frihet, att staten (mindre lagar) och vårdgivare (färre mått) ska låta lokala verksamheter vara ifred för egen utformning, uppföljning och kvalitetsarbete mot att den lokala verksamheten ramas in med allmänna regelverk där mer generella kvalitetsmått (patientsäkerhet, jämlikhet) ska användas.
* Att möjliggöra för läkare att vara chefer och kunna ta det medicinska ansvaret för verksamheten.
* Att fler andra specialister/sjukhusläkare/ST-läkare i annan specialitet än allmänmedicin behöver integreras i primärvården och ges möjligheter till att också vidareutbildas till specialist i allmänmedicin.
* Att utreda och stärka forskning och utbildningsansvar inom primärvården.

Ovanstående sammantaget kan leda till en förbättrad arbetsmiljö så att fler allmänmedicinska specialister kan rekryteras och återrekryteras så att vi kan få en väl fungerande primärvård i framtiden.

## Nuläge

Den demografiska utvecklingen, urbaniseringen och utvecklingen av ny teknik kommer att bli och är redan i dag orsaker till samhällets krav på förändring av primärvården. Allt fler kommer att bli storkonsumenter av vård och en nyckelfaktor för att kunna ta hand om dessas vårdbehov är en utbyggd primärvård. Den enskilt viktigaste faktorn för att skapa effektivitet i primärvården är att kapaciteten är tillräcklig. Invånarnas behov av kontinuitet och att ha sin egen läkare uppfylls i dag i mycket liten utsträckning. Det stora och akuta problemet i primärvården i dag är bristen på allmänläkare. Detta går ut över patienterna i form av otillräcklig tillgänglighet och minskad möjlighet att träffa samma läkare. Personalen drabbas genom en stressigare arbetsmiljö, vilket riskerar att ytterligare minska primärvårdens attraktionskraft och öka problemet med bemanningen, då allt för få läkarstuderande väljer att specialisera sig inom allmänmedicin. Kvaliteten i omhändertagandet försämras då allt fler åtaganden hanteras av alldeles för få specialistkompetenta läkare. Slutenvården drabbas av hög anstormning av akutfall som borde ha kunnat tas om hand i primärvård.

Det råder brist på resurser vilket påverkar andra delar i vårdkedjan och skapar skillnader i olika delar av landet. Finansieringen av välfärden kommer framöver att vara ytterligare en utmaning och då är en väl utbyggd primärvård kostnadseffektiv. Det kan konstateras att den nuvarande strukturen för resurstilldelning inom hälso- och sjukvården inte gagnar ett effektivt resursutnyttjande.

### Lagstiftning

Lagstiftningen behöver ses över. Behovet av att stärka och utöka primärvården har funnits länge, men trots goda intentioner har någon omställning aldrig klarats av. Primärvården utgår från ett flertal lagliga fundament. Utredningen Effektiv vård föreslår en omfattande strukturreform där primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att en förstärkning av primärvården sannolikt är den enskilt viktigaste åtgärden som hälso- och sjukvården kan vidta för att minska ojämlikhet i hälsa bland befolkningen.

Först och främst regleras verksamheten i 5§ hälso- och sjukvårdslagen, HSL, där det framgår att landstingen har ansvar för sina invånare *– som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper* – och ska svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Det saknas alltså en tydlig definition av vad som utgör primärvård och vad som ska ingå i den framtida primärvården. Lagen definierar inte vad primärvården ska klara av, vilket skapar problem när man ska definiera och förtydliga uppdraget. Lagen anger inte heller primärvården som bas och första linjens sjukvård utan kan snarare tolkas som att primärvården är till för att stötta andra vårdnivåer och vårdgivare.

I patientlagen regleras patientens rätt att själv välja sin fasta läkare och vårdgivare. Lagen innehåller viktiga ställningstaganden och förtydligar patientens rättigheter, men har fortsatt svag genomslagskraft i vården.

### Ekonomisk styrning

Alla landsting tillhandahåller egna verktyg som de tror att ska förbättra vården och göra den billigare. Den ekonomiska styrningen sker inkonsekvent med minst 21 olika modeller. Vården tenderar att både innehållsmässigt och resursmässigt bli allt mer ojämlik. De senaste årens oerhört varierande ekonomiska förutsättningar mellan olika landsting har också förstärkt denna utveckling. Beslutsfattare har otillräcklig insyn i den totala mängd krav som åläggs verksamheterna och medarbetarna samt i vilken grad de verktyg man tillhandahåller bidrar till effektiv dokumentation.

De som arbetar närmast patienten diskvalificeras från att själva få utforma arbetet och bedriva förbättringsarbeten. I den mån åtgärder vidtas så är de mest av slaget att lägga på vården ytterligare krav som i praktiken bara ökar bördan ännu mer.

I primärvården noteras att både huvudmännen och staten detaljstyr vården i alltför hög grad. Utvecklingen mot allt mer detaljerade ersättningssystem måste brytas. Huvudmännen behöver ompröva och rensa i styrningen genom strategier, handlingsplaner, policydokument och liknande.

Staten behöver öronmärka och juridiskt detaljstyra mindre. Staten och SKL måste analysera, prioritera och fatta beslut gemensamt, men överlåta till lokala lösningar.

### Informationshantering och kunskapsstöd

Staten behöver ta ett övergripande ansvar för informationshanteringen sedd som en infrastruktur för vården. Journalsystemen i landet måste kunna kommunicera på ett enkelt sätt. Det mest optimala är naturligtvis ett och samma goda system i hela landet. Det är mycket viktigt för att vår dubbeldokumentation ska försvinna, för att patienternas ärenden ska hanteras på ett optimalt sätt och för att allmänläkarnas arbetsmiljö ska förbättras. Det ska vara lätt att få fram uppgifter ur systemen. Staten behöver också ta ett ansvar för att kunskapsproducerande myndigheter sammantaget tillhandahåller rätt kunskap och på ett sätt som gör att informationen och kunskapsstöd kan förmedlas mer automatiskt (med ett enkelt knapptryck) till användaren när användaren behöver det. I dagsläget är kunskapskällorna inte synkroniserade och man måste söka manuellt i dem för att hitta rätt information.

Många utredningar har gjorts gällande IT och verksamhetsstöd (Effektiv vård SOU 2016:2, Rätt information på rätt plats i rätt tid SOU 2014:23, Vårdanalys utredningar m.fl.) men de har av olika skäl inte lett vidare till åtgärder.Vi anser att man nu behöver börja arbeta med att konkret lösa de viktigaste IT-problemen inom sjukvården.

Vi och många andra noterar att den administrativa bördan har orsakats av lagstiftningar där utredningar successivt lagt på vården dokumentationskrav. Att ta bort dessa kräver utredningar för att verifiera varje enskilt krav som överflödigt. Ingen aktör har tagit ansvar för att skapa en god informationshantering och stöd för dokumentation. Överdokumentation (70 procent, ref. Socialstyrelsen, Carina Zetterberg) orsakas bland annat av att registerdata inte kan hämtas ur journalen automatiskt. Staten pekar på att grundverktygen finns där genom Socialstyrelsens verktyg för terminologier, begreppssystem och informationsstruktur, men att vårdgivarna måste tillämpa dessa. Vårdgivarna är dock spretiga och saknar synkronisering och till stora delar kompetens att göra det, varpå marknaden för IT-stöd och upphandling av dessa fortfarande fokuserar fel. Just nu tas det fram dellösningar inom området trots att det är informationsinfrastruktur som är lösningen.

Läkare och andra vårdprofessioner upplever överdokumentation och informationsbrist samtidigt. Systematiska sätt saknas för professionerna att få arbeta med verksamhetsutveckling. Det ryms sällan i uppdraget eller mandatet, det råder underbemanning etc.

Att kommunicera känsliga personuppgifter över organisationsgränser kräver lagstiftning som vid varje försök (senast SOU 2014:23 Rätt information på rätt plats i rätt tid) har stoppats av Datainspektionen med hänvisning till att den personliga integriteten riskerar att kränkas och att de beskrivna behoven inte kan påvisas övertrumfa skyddsbehovet. Att ta bort dessa murar kräver att vi lämnar beslutet i patientens händer. Patienten borde kunna styra av vem/vilka och under vilka omständigheter som informationen ska hanteras. Loggar över vad som sedan skett och möjlighet att ta tillbaka samtycke om en specifik informationshantering behövs.

Gällande kunskapsstöd så ser vi problem kring frågan om verksamhetsanpassning av kunskapsstöd. Juridiskt finns inga hinder för att staten med sina myndigheter ska ge rätt kunskap till verksamheten när den behöver det, men politiskt finns flera problem. Vår uppfattning är att man tror att detta ändå händer via olika nationella riktlinjer och Nationella rådet för kunskapsstyrning. Dock upptäcker inte den politiska nivån att myndigheterna inte lever efter kraven på strukturerade öppna data (enligt Edelegationens framtagna modell). Politiskt har man inte heller identifierat att IT-leverantörer inte får tillgång till strukturerade öppna data som de kan införliva i de verksamhetsstöd som vården behöver

I framtagandet av vårdprogram och till exempel vårdgarantier fokuserar man fortfarande på diagnoser när individen egentligen söker för att få kontakt för en upplevelse, ett symtom och att lösa sitt problem med hälsan.

### Kompetensutveckling och forskning

Läkare ska ha goda förutsättningar att ta till sig ny kunskap under hela sitt yrkesliv. För att detta ska bli verklighet behövs ett tydligare nationellt ansvarstagande för hälso- och sjukvårdens kompetensutveckling. För att tydliggöra både arbetsgivares och arbetstagares ansvar för läkarnas fortbildning krävs en föreskrift som tydligt reglerar en systematiserad fortbildning med en fortbildningsplan för varje läkare. En reglerad fortbildning ökar möjligheterna för en jämlik vård och hälsa då den säkerställer att alla läkare får fortbildning.

Läkare får i dag inte möjlighet att fortbilda sig i den utsträckning som krävs för att hålla sig uppdaterade och för att vidareutveckla vården. Fortbildningsenkäten som Läkarförbundet har utfört under året visar på att den genomsnittliga tiden för extern fortbildning för Läkarförbundets medlemmar minskade från 8,7 till 5,9 dagar per år under perioden 2007–2015. Allmänläkare på vårdcentraler har i genomsnitt mindre än en timmes intern fortbildning i veckan och var sjätte läkare har ingen intern fortbildning alls. För att primärvården ska bli en kompetent bas inom svensk sjukvård måste denna utveckling vändas.

Att sköta de stora folksjukdomarna med hög kvalitet kan bara göras inom ramen för en kunskapsintensiv och kontinuerligt lärande verksamhet. Redan i dag handläggs den absoluta majoriteten av patienter med de stora folksjukdomarna och multisjuka äldre i primärvården. Forskningstraditionen inom allmänmedicin är svag och mindre än 1 % av professorerna inom medicinsk forskning är professorer i allmänmedicin.

Det finns i Sverige två forskarskolor med inriktning mot allmänmedicin som bägge är tvärprofessionella. Den ena av dessa, Nationella forskarskolan i allmänmedicin, har i en ledare i The Lancet 2014 kommenterats som ett föredöme för allmänmedicinsk forskarutbildning och mer än 160 välutbildade unga forskare har hittills passerat skolorna.

Med alla dessa forskarutbildade specialister i allmänmedicin finns nu goda förutsättningar för en växande allmänmedicinsk forskningstradition med hög kvalitet i svensk primärvård. Det ökar förutsättningarna för att internationellt tränade primärvårdsforskare antar utmaningen att bli framtida garanter för högkvalitativa projekt som svarar upp mot de framtida utmaningar som primärvården står inför, där jämlik vård är en av de viktigaste. Men i dagsläget finns otillräckliga möjligheter att bereda nyutbildade forskare en fortsatt forskningskarriär.

Ett viktigt problem är att primärvården och allmänmedicinen inte tillräckligt finns representerade i den forskning som gäller sjukdomar och frågeställningar som praktiskt sköts främst i primärvården. I det nuvarande sjukhustunga sjukvårdssystemet ”låtsas” vi oftast att forskningsresultat från en sjukhuspopulation kan extraheras till primärvården medan vår största patientpopulation oftast inte ens har varit med i studien. Utformningen av SKL:s Nationella kliniska kunskapsstöd (NKS) för primärvården är baserad på närmare 350 kunskapsdokument. Vi anser att man behöver fundera över hur många av de kunskapsdokumenten som är baserade på riktig primärvårdsforskning och hur många som är baserade på material från forskning vid sjukhus och sjukhusläkares åsikter. När man pratar om stora grundsjukdomar under grundutbildningen borde alltid en allmänläkare med särskilt intresse för berört ämnesområde ha en betydande funktion och ansvar i utbildningen. Det behövs en kulturförändring inom universitetsvärlden.

Det nuvarande systemet för forskningsfinansiering via Vetenskapsrådet med uppdelning i ämnesområden missgynnar allmänmedicinsk forskning och utveckling. Allt fler (Stefan Lindgren et.al., debattartikel i Dagens Medicin m.fl.) lyfter fram att för att vi ska klara hälso- och sjukvårdens utmaningar behövs det inte enbart reformer för utbyggd primärvård, utan även en tydlig strategi för hur forskning, utveckling och utbildning – FoU – kan integreras i den dagliga sjukvårdsverksamheten och att primärvård kommer att bli allt viktigare för en stark klinisk forskning.

Ett flertal av primärvårdens FoU-enheter i landstingen har i dag inte någon tydlig roll när det gäller att stärka den allmänmedicinska forskningen. De erbjuder inga fungerande karriärvägar för forskare och kopplingarna till verksamheterna och de allmänmedicinska institutionerna är för svag. Utvecklingen är olika över landet vilket också styr mot allt mer ojämlika förutsättningar för kunskap, kompetensutveckling och forskning. Här behöver kopplingen mellan institutioner och vård bli starkare.

## Åtgärdsförslag

En nationell strukturell reform behövs för att nå en fullt utbyggd primärvård i hela landet. Att kunna erbjuda en jämlik vård med en allt starkare primärvård är en nationell uppgift. En grundförutsättning för jämlik sjukvård är att de ekonomiska resurserna för vården är likvärdiga över landet. Även om landstingen har olika förutsättningar behöver kraven och målen vara desamma för hela befolkningen: en enhetlig målbild och beting gentemot befolkningen och ett system som kan medge en lokal utformning och anpassning. Dialogen om primärvårdens bristande resurser måste drivas på nationell nivå. En omfördelning med ökade ekonomiska resurser till första linjens vård är nödvändig för en sådan utveckling.

För att primärvården ska kunna ta sitt ansvar fullt ut för patienterna, måste allmänläkarna ha en rimlig arbetsbelastning. Ett listningstak eller någon annan form av begränsning i åtagandet för den enskilda läkaren behövs, för att läkaren ska kunna ta personligt ansvar för sin patient och för att säkerställa kontinuitet i vården. För att detta ska bli möjligt behöver ersättningssystemet ses över och ekonomiska resurser måste tillskjutas. Primärvården är i dag underfinansierad vilket tillsammans med en allvarlig brist på allmänläkare orsakar de stora problem som primärvården dras med, vilket i sin tur belastar och verkar kostnadsdrivande i hela sjukvårdssystemet.

Den bristande kapaciteten i primärvården påverkar starkt sjukvårdens effektivitet. Den underdimensionerade primärvården behöver konkreta insatser för att få full kapacitet. Trots åtskilliga ansträngningar har inte primärvården fått förutsättningar att uppbära den roll inom svensk hälso- och sjukvård som statsmakterna uttalat att den ska ha. Läkare bör få ökat professionellt inflytande över hälso- och sjukvårdens utformning och verksamhetsutveckling. Detaljstyrningen av vården från politiker och tjänstemän måste minska. Inom primärvården behöver allmänläkarnas ledarskap och möjligheter till chefskap stärkas.

En bra vårdvalsmodell kan bidra till att lösa många av problemen i primärvården. Förutsättningarna påverkas av vilka spelregler och villkor huvudmännen ger inom ramen för ett vårdval, men tendensen till allt mer detaljerade ersättningssystem måste brytas. (Styrande faktorer är pengar och personal, uppdragens utformning, incitament i ersättningssystem och ledarskap.) Ersättningssystemet måste stimulera till forskning, fortbildning och handledning inom läkarkåren.

Tidigare nationella beslut om att förbättra förutsättningarna för primärvården har misslyckats då ansvaret genom det kommunala självbestämmandet ligger på det enskilda landstinget. Vi anser dock inte att en helt statlig sjukvård skapar bättre förutsättningar för en jämlik vård med likvärdiga villkor. Vår bedömning är att ett delat ansvar med en nationell samordning är den modell som har bäst förutsättningar att lyckas.

Svenska Distriktsläkarföreningen och Svensk Förening för Allmänmedicin vill lämna förslag på åtgärder som krävs för att uppnå målet med en stark primärvård – en primärvård som patienten känner tillit till och som karaktäriseras av god tillgänglighet, kompetens och hög kontinuitet. För att uppnå detta mål ser vi att det behövs åtgärder gällande styrningen av svensk primärvård, själva verksamheten samt också utvecklandet av kompetens, forskning och utbildningsansvar.

### Nationell styrning

Här ligger förslag kring övergripande styrning av hälso- och sjukvården, primärvårdens uppdrag och organisation samt former för beslutsfattande på övergripande nivå.

Ändringar i lagstiftningen krävs för att styra vården i alla delar av Sverige mot att primärvården uppdragsmässigt och resursmässigt kan leva upp till att bli den naturliga första vårdkontakten med hög tillgänglighet, kontinuitet och kompetens. Lagstiftningen behöver utformas så att vården utgår från ett uppdrag som första linjens sjukvård, den nära sjukvården. Lagstiftningen bör i så hög grad som möjligt definiera vad som ska vara primärvårdens ansvar. Detta är nödvändigt för att driva utvecklingen åt rätt håll. Lagstiftningen ska reglera vad landstingen är skyldiga att göra för att ansvaret uppfylls och tillgodose patientens rätt gällande tillgänglighet, kontinuitet samt kompetens.

#### Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

***1§*** *Med hälso- och sjukvård avses i denna lag åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna.*

*Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Lag (1997:142).*

***2a §*** *Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den ska särskilt*

*5. tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.*

*Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.*

***3a §*** *Landstinget ska ge patienten möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt vad som anges i 7 kap. 1 § patientlagen (2014:821).*

*Landstinget ska ge patienten möjlighet att få en ny medicinsk bedömning enligt vad som anges i 8*

*kap. 1 § patientlagen (2014:822).*

***3g §*** *Landstinget ska erbjuda vårdgaranti åt dem som omfattas av landstingets ansvar enligt 3 eller*

*3c §. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får*

1. *kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti),*
2. *en medicinsk bedömning inom primärvården (bedömningsgaranti),*
3. *besöka den specialiserade vården (besöksgaranti), och 4. planerad vård (behandlingsgaranti).*

*Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om de tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld samt föreskrifter i övrigt om vårdgarantins innehåll.*

***5 §*** *Landstingen ska, i form av primärvård, ordna hälso- och sjukvården nära befolkningen, om det inte är motiverat att koncentrera hälso- och sjukvården av kvalitets- eller effektivitetsskäl. Vård som inte kan ges i öppen vård ges som sluten vård. Sluten vård kan ges på vårdinrättning eller på annan plats.*

***5a §*** *Primärvården ska*

1. *vara befolkningens första kontakt med vården,*
2. *vara lätt tillgänglig för befolkningen under dygnets alla timmar,*
3. *ansvara för förebyggande arbete, diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta vårdbehov,*
4. *ansvara för akut hälso- och sjukvård som inte kräver vård på sjukhus,*
5. *remittera till annan vård vid behov samt koordinera och integrera den vård som erbjuds patienten, och*
6. *se till befolkningens samlade förutsättningar och medicinska behov.*

***5b §*** *Landstinget ska organisera primärvården i form av allmän och riktad primärvård.*

*Landstinget ska organisera den allmänna primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt ha rätt till en fast läkarkontakt (vårdvalssystem).*

*Landstinget ska organisera vården så att den erbjuder hög kontinuitet och kvalitet.*

*Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget. Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.*

*När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.*

*Landstinget ska organisera sin vård så att den stödjer primärvårdens uppdrag gällande förebyggande arbete, medicinsk utredning och behandling, rehabilitering och omvårdnad.*

*Landstinget ska organisera den riktade primärvården så att den för äldre med omfattande behov utförs gemensamt med kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänst. Den gemensamma verksamheten ska syfta till att ge individen en sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst. Bestämmelser om val av utförare av sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst finns i 26f §.*

**Kommentar**:

Vår samlade bedömning är att hälso- och sjukvårdslagen i ovanstående delar är för svag för att styra utvecklingen mot att säkerställa att primärvården är basen i svensk sjukvård. Nuvarande lagstiftning stadgar inte detta förhållande över huvud taget. Det är därför nödvändigt att det i hälso- och sjukvårdslagen tydligt nu förs in att vård ska ske i former utanför sjukhusen (primärvård) och landstingens ansvar att med andra resurser stödja primärvårdens uppdrag och behov. Det är också ur patientens perspektiv oerhört viktigt att det finns text om landstingens ansvar att tillgodose att det finns en fast läkarkontakt inom primärvården och annan vård samt att man också har ett ansvar att organisera vården så att den erbjuder hög kontinuitet.

För att stödja kontinuitet i patient-läkarrelationen behövs en fungerande fast läkarkontakt. I dag regleras i 5§ HSL att invånarna ska kunna välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till att välja en fast läkarkontakt. Detta är inte tillräckligt och kontinuiteten brister. Det är högprioriterat att patienter ges rätt till en läkare som fast vårdkontakt, en patientansvarig läkare (PAL), för att skapa bättre läkarkontinuitet. PAL förbättrar patientsäkerheten, ökar kvaliteten och ger ett effektivare resursutnyttjande. I dag är rätten till en PAL reglerad i föreskrift för patienter med livshotande tillstånd. Sverige har den lagstiftning som behövs för att ge alla patienter som behöver det rätt till en PAL. Problemet är att den inte följs och tillämpas på det sätt som vore önskvärt. Därför måste det tydliggöras i lagstiftningen.

#### Landstingens gemensamma ansvar för vissa uppgifter

***9c §*** *När det är motiverat av nationella jämlikhetsskäl gällande vårdens innehåll och förutsättningar eller lokala eller nationella kvalitets-eller effektivitetsskäl ska samtliga landsting gemensamt planera och utföra en uppgift. Samverkan skall ske med staten genom en nationell konsultationsordning.*

**Kommentar**:

Detta är en ny och nödvändig princip*.* Landstingen ska vara skyldiga att agera gemensamt i vissa fall. I skyldigheten ligger implicit att landstingen kontinuerligt behöver överväga om vissa uppgifter är bättre att lösa gemensamt än av varje landsting för sig. Skyldighet att samverka med andra landsting finns i dag för landstingen avseende sådan vård som berör flera landsting, länssjukvård, 9 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL). Landstingen är vidare skyldiga att samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare i planeringen och utvecklingen av vården (8 § HSL). Det kan också finnas frågor eller områden där olikheten över landet blir ett problem varför en skyldighet att samverka med regeringen är en nödvändighet för att säkerställa en utveckling mot en jämlik vård med jämlika förutsättningar nationellt.

Vi bedömer också att regeringen har ett ansvar att noga följa och stödja utvecklingen och att detta måste ske på ett formaliserat sätt, varför vi stödjer utredningens förslag på en nationell konsultationsordning. Med detta menar vi en i lagstiftning eller föreskrift reglerad ordning av fasta möten på politisk toppnivå mellan regeringen och samtliga landsting/regioner i hälso- och sjukvårdsfrågor. Konsultationernas huvudsakliga uppdrag är

* att skapa en ökad samstämmighet mellan nationell nivå och regional nivå om hur hälso- och sjukvården bör utvecklas och styras.
* att utgöra en arena för dialog om vilka uppgifter som bör utföras av landstingen gemensamt.
* att skapa enighet mellan staten och landstingen avseende investeringar i informationssystemen i hälso- och sjukvården.

Vi föreslår också, i enligt med utredningen Effektiv vård, att uppgifter som bör utföras och hanteras av samtliga landsting gemensamt och som bör hanteras inom ramen för den nationella konsultationsordningen behöver definieras i lag eller föreskrift.

Vi föreslår att dessa frågor bör hanteras inom ramen för den nationella konsultationsordningen:

* Investeringar i informationssystem som möjliggör utbyte av information över huvudmannagränser
* Nationella kvalitetsregister
* Nationell virtuell vård
* Nationellt hälsobibliotek
* Vårdens kompetensförsörjning
* Principer för ersättningssystem
* System för fortbildning

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

##### 2 kap. Tillgänglighet

***3 §*** *Enligt 3g § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. Den ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får*

1. *kontakt med primärvården,*
2. *en medicinsk bedömning inom primärvården,*
3. *besöka den specialiserade vården, och*
4. *planerad vård.*

##### 6 kap. Fast vårdkontakt och individuell planering

1. ***§*** *Patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.*
2. ***§*** *En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.* ***3 §*** *Patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården. Den fasta läkarkontakten ska erbjuda god kontinuitet.*

**Kommentar**:

Utredningen rekommenderar att kontinuiteten som bärande princip genomsyrar styrning, organisation och arbetssätt i vården.

Specialiteten allmänmedicin karaktäriseras av kompetent bedömning och behandling av patienter i alla åldrar med alla sorters hälsorelaterade problem, inklusive upplevelser och besvär som inte är orsakade av någon definierbar sjukdom. I kompetensen ingår att kunna följa en individs olika hälsoproblem över tid och i bedömningen av hälsoproblemen väga in personens hela livssituation. Hela grunden i vårt yrke är kontinuitet!

I motsats till utredningens slutsats att inte föreslå ett införande av patientansvarig läkare (PAL) i lagstiftningen ser vi det som en förutsättning för att kunna ge personlig kontinuitet att en PAL-funktion införs. En patient borde kunna ha flera olika PAL för de olika specialiteter som den har kontakt med (en PAL per specialitet) men det borde vara ett obligatorium för alla att ha en namngiven PAL inom primärvården. Vid deltidsarbete borde möjligheten finnas att kunna dela på ett PAL-skap.

Att PAL-funktionen historiskt sett inte uppfyllde sitt syfte tror vi beror till stor del på att förutsättningen till rätt information för att kunna agera som PAL (”spindel i vårdwebben”) inte fanns på den tiden.

För att kunna agera som PAL inom primärvården behövs en kulturförändring. För att kunna genomföra den behövs framför allt rätt information om patienten för att kunna ta an sig uppgiften – till exempel information om att ens patient är inlagd på lasarett och var, när hen skrivs ut (inklusive epikris), när hen får en ingripande diagnos via en slutenvårdsspecialist eller när hen dör.

Vi anser att patientens rättigheter behöver tydliggöras vad gäller tillgänglighet, fast läkare och kontinuitet. Kontinuitet innebär trygghet och en effektivare vård med bättre samordnings-möjligheter.

#### Uppdrag om principer för ersättningssystem

Ersättningssystemen i primärvården bör vara enhetliga i hög grad*.* Det kan inte finnas 21 modeller. Förutom att ta ställning till olika parametrar som kapitering och processbaserad ersättning, anser vi också att ersättning för kvalitet, kompetensutveckling och kontinuitet bör ingå, för att skapa incitament för vårdgivare att säkerställa god fortbildning och kontinuitet. Ersättningssystemen skall också vara enkla, inte manipulerbara och skapa långsiktig trygghet för vårdgivaren.

Vi anser också att ersättningssystemen inom de olika delarna av hälso- och sjukvården, inklusive andra vårdval och lagen om läkarersättning bör utgå från samma principer, så att likartad verksamhet med likartade åtaganden ersätts efter samma principer.

Vi föreslår därför att regeringen utser en samordnare för alla vårdens ersättningssystemmed uppgift att i nära samråd med SKL, företrädare för andra privata vårdgivare samt representanter för Sveriges Läkarförbund ta fram ett förslag för nationella principer för ersättningssystem med beaktande av ovanstående aspekter.

Verksamhetsfrågor

Verksamhetsfrågorna rör detaljstyrningen i vardagen, det administrativa arbetet, arbetssätt och verksamhetsstöd. Efter att ha gått igenom olika aspekter av verksamhetsfrågorna vill vi lämna dessa förslag.

#### Gällande arbetssätt

1. Befintlig lagstiftning avseende ändrade arbetssätt är tillräcklig. Utifrån minskad detaljstyrning bör alla verksamheter överlåtas ansvaret att utforma lämpligt arbetssätt utifrån bäst nytta för patienten, kontinuitet samt produktions- och kapacitetsplanering. För principer för sjukvårdens skyldigheter hänvisas till hälso-och sjukvårdslagen (1982:763; HSL), patientlagen (2014:821) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9).

#### Gällande kunskaps- och verksamhetsstöd

1. **Statens roll i förhållande till andra aktörer när det gäller kunskapsstöd i hälso- och sjukvården** och förutsättningarna att samordna kunskapsstöd från de statliga myndigheterna, Sveriges Kommuner och Landsting, landstingen, specialistföreningar och andra professionsföreningar **bör utredas**. I ett samlat kunskapsstöd bör tillgången till kunskap om förbättringsarbete och implementering övervägas.
2. **Skapa en nationell åtgärdsplan för verksamhetsstöd** som inbegriper ett medborgarperspektiv.
3. **Regeringen och huvudmännen bör i samverkan göra en bred satsning på verksamhetsstöden i hälso- och sjukvården**. De övergripande målen med satsningen bör vara att stärka patientsäkerheten och öka effektiviteten.
4. **Landstingen bör gemensamt fatta beslut om investeringar i verksamhetsstöd** som möjliggör utbyte av information över huvudmannagränser samt snabbare automatiskt utbyte av information kring enskilda patienter.
5. **Staten behöver ta ett övergripande ansvar för informationshanteringen sett som en infrastruktur för vården. Staten och huvudmännen behöver samarbeta.**
6. **Staten måste ta ett tydligare ledarskap för verksamhetsstöden** bland annat genom ny lagstiftning för informationsutbyte, standarder för interoperabilitet, långsiktigt ansvar för nationell informationsstruktur och praktiskt stöd för att informationsstrukturen ska få genomslag i den vardagliga informationshanteringen.

#### Gällande vårddokumentation

1. **Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården behöver ändras** så att det i föreskrifterna ställs krav på att huvudmännen anger övergripande principer för dokumentation i vården och tar ansvaret för att detta ska ske. Det innebär att huvudmännen behöver ange hur respektive verksamhet ska arbeta med dokumentationens innehåll och vem som ska dokumentera vad liksom vem som är ansvarig för arbetet.
2. **Socialstyrelsen ska förstärka det stödjande och vägledande arbetet avseende dokumentation i hälso- och sjukvården**. Det av utredningen föreslagna centret för informationsstruktur och informatik ska tillhandahålla metodstöd i arbetet.

I uppdraget ska ingå:

* + metod- och modellstöd vid tillämpningen av nationell informationsstruktur samt vid utvecklingsarbete med informatik och strukturerad information i hälso- och sjukvårdens informationssystem,
	+ projektstöd för professionsdriven utveckling av strukturerad dokumentation, bl.a. journalmallar, och
	+ modellstöd för arbete på verksamhetsnivå med effektiv och patientsäker dokumentation.

Centret ska organiseras med en nationell bas men med ett regionalt nätverk av experter och i alla delar med involvering av professionerna.

**Staten ska inventera författningskrav på dokumentation** och följa upp dem för att se om de verkligen fortfarande är motiverade.

#### Gällande administration

10. Minskad detaljstyrning, förbättringar av verksamhetsstöden, effektivare dokumentation, bättre kontinuitet och en rationell fördelning av arbetsuppgifter med rätt använd kompetens, kommer allt att minska den administrativa bördan. (s. 584)

#### Gällande intyg

Professionsneutrala intyg. **Regeringen ska skyndsamt utreda hur lagstiftningen kan ändras till förmån för professionsneutrala intyg**. Vi anser att beslut om vem som bör utfärda intyg kan tas på verksamhetsnivå utifrån aktuell kompetens och frågeställning.

Det behövs ett samordnat arbete kring att förbättra kvalitet och hantering av hälso- och sjukvårdens intyg.

Samordningen ska innebära att

1. varje myndighet eller annan som begär intyg omprövar vilken information om enskildas hälsotillstånd och behov eller förmåga etc., som myndigheten behöver, hur myndighetens behov kan tillgodoses och av vem,
2. myndigheterna och andra i samverkan identifierar och gör enhetlig den information i intyg som är gemensam
3. myndigheterna och andra i samverkan med vårdgivarna skapar förutsättningar för att samtliga intyg kan hanteras på ett likartat sätt tekniskt och informatiskt genom samma plattform.

**Regeringskansliet (genom Socialdepartementet) ska leda det myndighetsgemensamma arbetet.**

Staten ska komma överens med landstingen om förutsättningarna för det gemensamma arbetet. Överenskommelsen bör också omfatta förutsättningarna för att kommunerna som mottagare av intyg kan inkluderas i arbetet.

### Kvalitet och kompetens

I begreppen kvalitet och kompetensutveckling lägger vi frågor rörande forskning, kompetensutveckling och fortbildning samt frågan om primärvårdens utbildnings- och handledningsansvar. Att säkerställa att det finns tillräckligt med kompetent personal inom primärvården är en av de viktigaste åtgärderna för att bevara kvaliteten och tillgodose att primärvården får allt bättre förutsättningar att bli basen i svensk sjukvård. Tillräckligt antal specialister i allmänmedicin är därför en oerhört viktig kvalitetsdimension och oerhört viktig som åtgärd för att göra primärvården till en vård som patienten litar på för att den erbjuder god tillgänglighet, hög kompetens och god kontinuitet

Efter att ha gått igenom utredningen och analyserat dessa frågor vill vi lämna följande förslag:

#### Om kompetensförsörjning

Det krävs ett nationellt ansvarstagande för sjukvårdens kompetensförsörjning. En första nationell uppgift bör vara att ta fram en samlad strategi för en kraftfull ökning av antalet ST-tjänster inom primärvården. Det kan ske bland annat genom att utbilda för det nationella behovet där förutsättningarna finns lokalt. För att nuvarande utveckling ska vändas krävs att dimensionering och planering av ST i allmänmedicin inte styrs och hindras av landstingens eller regionens geografiska, utbildningsmässiga eller finansiella begränsningar.

Med en god bemanning finns en heltidsarbetande specialist i allmänmedicin per 1 500 invånare, i enlighet med riksdagens beslut, samt därutöver specialister inom andra områden verksamma i primärvården.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att förstärka det nationella planeringsstödet, NPS. Det, tillsammans med huvudmännen, möjliggör att bättre prognostisera och planera för att utöka antalet ST-tjänster inom allmänmedicin.

**Vi anser att regeringen behöver förtydliga uppdraget till Socialstyrelsen (NPS) och ST-rådet genom att upprätta prognoser utifrån en professionell och politisk värdering av framtida kompetensbehov.**

#### Om kompetensutveckling och fortbildning

Det behövs en kulturförändring, både inom huvudmannaorganisation och inom kåren, för att uppnå att alla läkare ska ha goda förutsättningar att under hela sitt yrkesliv ta till sig ny medicinsk kunskap. Det är ett faktum att denna förutsättning inte finns för närvarande.

Vårt förslag är att Socialstyrelsen i samråd med professionen utformar en nationell föreskrift för fortbildning för specialister. Stor vikt borde ligga på att definiera och lyfta fram varje specialitets särskilda krav vad gäller kompetensutveckling. Det som är specifikt för allmänmedicin – diffusa problem, osäkerhet mm – måste belysas. Det bör också inkludera kvalitetsutveckling och uppföljning av egna resultat.

Arbetsgivaren måste garantera att det finns förutsättningar, bland annat i form av tid och resurser, för fortbildning under arbetstid och läkaren har ett ansvar att delta i fortbildning utifrån verksamhetens och individuella behov. Det ska finnas tillräckliga budgeterade resurser till utbildningar och konferenser för alla specialistläkare, med möjlighet till motsvarande minst tio dagars extern fortbildning per läkare och år.

Varje läkare ska också ha en individuell fortbildningsplan som följs upp och revideras regelbundet. I fortbildningsplanen ska behovet av både extern och intern fortbildning framgå. En fortbildningsplan säkerställer att fortbildning ses som en naturlig del av hälso- och sjukvårdens systematiska kvalitetsutveckling och patientsäkerhetsarbete. Fortbildningen ska ha medicinskt fokus och inte rikta in sig på organisatoriska eller administrativa uppgifter. Läkare ska ha en god lärandemiljö med tid för kollegial dialog, eftertanke, kunskapsöverföring och sökande av information. Alla specialistläkare ska kunna avsätta minst en halv dag i veckan för internutbildning och egen fortbildning.

Kvaliteten i fortbildningen ska även granskas och utvärderas av en extern aktör som inte får ha ekonomiska, administrativa eller organisatoriska kopplingar till vårdgivaren. Om granskningen eller utvärderingen visar att det finns brister, ska vårdgivaren åtgärda dessa. Det finns redan en befintlig organisation för en sådan granskning av kvaliteten i specialiseringstjänstgöringen (SPUR inspektion) och det borde vara möjligt, utan alltför stora kostnader, att koppla en granskning av fortbildningen till denna.

Dimensionering och planering av fortbildning och kompetensutveckling får inte styras och hindras av landstings eller regioners geografiska, utbildningsmässiga eller finansiella begränsningar. Det ska finnas god tillgång på kurser och konferenser av hög kvalitet. Arbetsgivaren ska erbjuda fortbildning av hög kvalitet och i tillräcklig omfattning. Vid upphandling, oavsett driftsform, ska sjukvårdshuvudmannen ställa krav på att anbudsgivaren erbjuder medarbetarna kompetensutveckling i tillräcklig omfattning samt öppet redovisar tidsåtgång för läkarnas fortbildning. Därför måste det finnas ett nationellt ansvar och en nationell föreskrift.

Att vårdgivare och yrkesföreträdare uppfyller sina skyldigheter måste också vara föremål för extern uppföljning. Fortbildningen ska därför redovisas för att underlätta granskning. Tidigare erfarenheter visar tyvärr att risken annars är stor att efterlevnaden får stå tillbaka i verksamheter där den dagliga verksamheten av naturliga skäl alltid har en högre prioritet jämfört med mer långsiktiga åtgärder, som till exempel fortbildning. En extern uppföljning måste finnas som säkerställer att vårdgivarna följer fortbildningsföreskriften.

Vi föreslår därför:

* **Att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att reglera fortbildningen i en nationell föreskrift.**
* **Att Socialstyrelsen får i uppdrag att tillse att det tillskapas en granskning av kvaliteten på vårdgivarens fortbildning.**
* **Att kvaliteten i fortbildningen ska granskas och utvärderas av en extern aktör.**

#### Om forskning och utbildning

Forskning och utbildning är oerhört viktiga delar för att göra primärvården till en trygg första linjens sjukvård som också attraherar allt fler blivande kollegor. Ökad kvalitet inom utbildning och forskning kräver satsningar på allmänmedicinsk forskning och akademisk primärvård.

Goda förutsättningar finns för att primärvården i större utsträckning nyttjas för utbildning, på grundutbildningen av läkarstudenter, AT och ST. Detta kräver ingen ändring av dagens regelverk utan snarare praktiska förändringar. Man bör utreda hur primärvården mer kan komma till nytta under utbildningen, bl a hur vårdgivares incitament och förutsättningar ser ut.

Utbildningsansvariga på universitet och studierektorer inom landsting och regioner behöver överväga hur befintliga mål kan uppnås. Som ett sätt att stärka kompetensen i allmänmedicin och kunskapen om primärvården bör denna i större utsträckning nyttjas för utbildning. Vi föreslår därför

**att Utbildningsdepartementet utreder utbildnings- och forskningsförutsättningar inom primärvården och stärker allmänmedicinen i läkares utbildning som en del av en nationell primärvårdsreform.**

 16

# Genomförande

## **Staten**

Författningsändringar inom 2 år

* Hälso- och sjukvårdslagen
* Patientlagen
* Vårdgarantin
* Informationsutbyte i vård och omsorg

Utredningar inom 1 år om

* att minska den administrativa bördan (välj ut lagkrav på uppföljningsdata som ska tas bort)
* statens roll i förhållande till andra aktörer när det gäller kunskapsstöd
* ett primärvårdsuppdrag (åtagande och finansiering)
* att Utbildningsdepartementet utreder utbildnings- och forskningsförutsättningar inom primärvården och stärker allmänmedicinen i läkares utbildning som en del av en nationell primärvårdsreform

Instruera sina myndigheter inom snar framtid att

* ta långsiktigt ansvar för nationell informationsstruktur och praktiskt stöd för att informationsstrukturen ska få genomslag i den vardagliga informationshanteringen
* göra sina kunskapskällor synkroniserade och publicerade enligt öppna data-principen (Edelegationens handledning)
* tillse att det tillskapas en granskning av kvaliteten på vårdgivarens fortbildning
* tillse att kvaliteten i fortbildningen granskas och utvärderas av en extern aktör
* ge Socialstyrelsen i uppdrag att reglera fortbildningen i en nationell föreskrift
* förtydliga uppdraget till Socialstyrelsen NPS och ST-rådet genom att upprätta prognoser utifrån en professionell och politisk värdering av framtida kompetensbehov

Leda arbetet med att under det kommande året

* inventera sina intygsbehov kring syfte och informatik
* utse en samordnare med uppdrag att skapa nationellt enhetliga principer för ersättningssystem inom vården

Förhandla med vårdens huvudmän under det kommande året om

* mer enhetliga ersättningssystem
* strategi för vården för ökad frihet till vårdens utförare: låt proffsen vara proffs
* inramning av regler och ett begränsat antal uppföljningsparametrar
* ekonomisk konsekvensanalys över kostnader för en utvecklad primärvård med ovanstående förslag med ett uttalat mål på minst en specialist i allmänmedicin per 1500 invånare

## **Huvudmän**

Huvudmännen i samverkan bör inom det kommande året göra

● gemensam planering och investering avseende verksamhetsstöden

Varje huvudman ska inom det kommande året

• ange övergripande principer för sin dokumentation

## Konsekvensanalys

Dagens underdimensionerade primärvård innebär att en resursförstärkning behövs. En viktig utgångspunkt bland många är riksdagens mål om en läkare på 1 500 invånare. Regering och huvudmän bör därför tillsammans kostnadsberäkna vad som krävs för att uppnå detta mål och därefter upprätthålla den nivån, balans mellan ST-tjänster och pensionsavgång. Alternativkostnaden för en icke-fungerande primärvård, i form av vård på fel vårdnivå, köer och dylikt, ska också beräknas. Man måste i arbetet redovisa hur balansen mellan primärvård och sjukhusvård kan effektiviseras i förhållande till ett utökat uppdrag och hur det ska finansieras.

Om förslag lämnas som kan tänkas påverka kostnader eller intäkter för staten, landstingen, kommunerna eller enskilda ska man kartlägga och redovisa ekonomiska och andra konsekvenser av förslagen. Om förslagen förväntas få ekonomiska effekter på den offentliga ekonomin ska förslag också tas fram för hur dessa ska finansieras. Arbetet ska föreslå fullständiga författningsförslag. Vi föreslår därför att

**stat och huvudmän tillsammans gör en ekonomisk konsekvensanalys över kostnader för en utvecklad primärvård med ovanstående förslag samt med ett uttalat mål på minst en specialist i allmänmedicin per 1500 invånare.**

Många av åtgärderna handlar i övrigt om att aktörerna ska förstå och samordna sig. Det handlar om författningsarbete, uppföljning och synkronisering som inte kräver extraordinära medel.

Det som dock torde kosta är till exempel

* arbetet med utredningar
* skapandet av en informationsinfrastruktur
* upprättandet av ett center för informationsstruktur och informatik
* deltagandet i arbetet med kunskapskällor för representanter för professionerna

## Referenser

### Lagar och förordningar

Patientlagen

http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag2014821\_sfs-2014-821

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--ochsjukvardslag-1982763\_sfs-1982-763

Kommunallagen

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/kommunallag1991900\_sfs-1991-900

Lagen om valfrihetssystem (LOV)

http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2008962om-valfrihetssystem\_sfs-2008-962

Förordningen om vårdgaranti

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning2010349-om-vardgaranti\_sfs-2010-349

### Statliga utredningar

SOU 2014:23 Rätt information på rätt plats i rätt tid

http://www.regeringen.se/contentassets/909ca5e5ee2a48609b25824e228d6486/ratt-informationpa-ratt-plats-i-ratt-tid-sou-201423-bilaga-4

Effektiv vård SOU 2016:2

http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2016/01/SOU-2016\_2\_Hela4.pdf

Utredningen om Ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården. Dir 2015:127.

**Socialstyrelsen** https://www.slf.se/Pages/4316/Strukturerade%20journaler%2019%20okt%202012.ppt

### Myndigheten för vårdanalys

http://www.vardanalys.se/Rapporter/2016/Andamalsenliga-journalsystem-i-primarvarden/

http://www.vardanalys.se/Rapporter/2016/Varden-ur-befolkningens-perspektiv-2016--jamforelsermellan-Sverige-och-tio-andra-lander/ http://www.vardanalys.se/Rapporter/2015/Varden-ur-primarvardslakarnas-perspektiv/

http://www.vardanalys.se/Rapporter/2015/Vardval-och-jamlik-vard-inom-primarvarden-Enjamforande-studie-mellan-tre-landsting-fore-och-efter-vardvalets-inforande/ **Konkurrensverket**

http://www.konkurrensverket.se/publikationer/etablering-och-konkurrens-bland-vardcentraler--omkvalitetsdriven-konkurrens-och-ekonomiska-villkor/

Etablering och konkurrens bland vårdcentraler (bl a om etablering, ersättningssystem och finansiering) http://www.konkurrensverket.se/globalassets/publikationer/rapporter/rapport\_2014-2.pdf

### Riksrevisionen

http://www.riksrevisionen.se/sv/rapporter/Rapporter/EFF/2014/Primarvardens-styrning--efterbehov-eller-efterfragan/