



Rektor

Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Remissvar avseende Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42)

(Ert dnr S2019/04058/FS)

Karolinska Institutet har anmodats att lämna yttrande över betänkandet Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42). Bifogat yttrande har utarbetats av professor Claes Rehnberg vid Institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME). Professor Sabine Koch vid samma institution har bidragit med synpunkter om utbildning och digitala vårdtjänster.

Karolinska Institutet överlämnar härmed gruppens yttrande.

Beslut i detta ärende har fattats av tf. prorektor Anders Gustafsson efter föredragning av specialist Erik Forsse.



Anders Gustafsson



Erik Forsse

Bilaga

Yttrande över betänkandet Digifysiskt vårdval - Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42)

Övergripande kommentar

Utredningen har bidragit med värdefulla underlag för olika frågor och problem kring måluppfyllelse av hälso- och sjukvårdslagen med koppling till uppdragen att belysa ansvarsfördelning, Lagen om valfrihet, ersättnings- och finansieringsmodeller, användandet av hyrpersonal samt analys av digitala vårdtjänster. Även om flera av frågeställningar om måluppfyllelse och vård på lika villkor avser stora delar av hälso- och sjukvården, fokuserar utredningen på primärvården och vad som ofta benämns ”den nära vården”. Remissvaret baseras främst på de delar som berör primärvården och närliggande vårdområden. Vi instämmer i flertalet av de analyser och rekommendationer som ges i utredningen om en förstärkning av patient- och invånarperspektiven, förbättrad kontinuitet och transparens inom vården, en starkare primärvård, tydligare statlig styrning samt att digitala vårdtjänster behöver integreras med befintlig vård. Det finns dock brister i analysen kring effekterna av vårdvalsreformerna samt förslag som bygger på erfarenheter från primärvården i andra länder. Det gäller hur vårdvalet har påverkat fördelningen och principen om jämlik vård samt utformningen av ersättningssystem. Slutligen är flera förslag av generell karaktär och inte tillräckligt konkreta för att införas utan vidare utredning.

I betänkandet behandlas kompetensförsörjning och utbildning på olika nivåer från grundutbildning till VFU och s.k. livslångt lärande på ett par sidor. Denna fråga är systemkritisk och borde ha fått ett större genomslag i sammanfattningen. Likaså borde, i relation till en ökad digitalisering av hälso- och sjukvården samt vård och omsorg, behovet lyfts av visst grundläggande utbildningsinnehåll kring digitalisering och digitala verktyg i alla professionsutbildningar.

Synpunkter på valda delar i utredningen

Jämlik vård

En central fråga i utredningen är hur Lagen om valfrihet påverkat målsättningen om Vård på lika villkor. Lagen omfattar val av vårdgivare inom primärvården och har varit i kraft sedan år 2009. I utredningen konstateras att reformen lett till minskad jämlikhet i vården. I sammanställningen av studier är det emellertid oklart om man med jämlik vård avser skillnader mellan behovsgrupper och socioekonomiska grupper. Det förstnämnda innebär att utvecklingen av vårdutnyttjandet analyseras mellan individer med lågt eller stort behov av vård (vertikal jämlikhet, d.v.s. olika behov ska olika mängd resurser). I dessa studier finns ett visst – dock inte enhetligt mönster – som visar att individer med lägre vårdbehov ökat sitt vårdutnyttjande mer än individer med större behov. Individer med stort behov har dock fortfarande ett väsentligt högre vårdutnyttjande än individer med lägre behov. Utvecklingen visar även att båda grupperna ökat sitt vårdutnyttjande. Utvecklingen kan förklaras med att den tidigare bristen på tillgänglighet inom primärvården inneburit att individer med mindre

vårdbehov fått stå tillbaka, men nu fått en förbättrad tillgång. Socioekonomiska analyser av vårdutnyttjandet visar på skillnader mellan olika inkomstgrupper efter standardisering av vårdbehov (horisontell jämlikhet – d.v.s. lika behov ska medföra samma vårdutnyttjande). Även för dessa studier är resultaten inte enhetliga men visar en tendens till att vårdvalet gynnat låginkomsttagare (se även nästa avsnitt). Utredningens slutsats om att vårdvalet inom primärvården lett till minskad jämlikhet är mot bakgrund av ovanstående resonemang ottydligt och kan även ifrågasättas. I t.ex. avsnitt 5.6.1 (Jämlik och behovsbaserad vård) blandas resonemang och referenser om vertikal och horisontell jämlik vård. Jämlikhetsbegreppen definieras på sid. 74, men används sedan inte i analysen.

Ersättningssystem

Detta har även betydelse för utredningens diskussion av hur ersättningssystem påverkar jämlik vård. Den enda systematiska jämförelsen av vårdutnyttjandet (läkarbesök) mellan de tre största regionerna som genomförts visade att ökningen för låginkomsttagare var störst i Stockholm och minst i Skåne (Sveréus et al. 2018). I samtliga tre regioner finns en trend där låginkomsttagare ökat sitt vårdutnyttjande mer än höginkomsttagare. Även i andra uppföljningar av vårdvalet inom primärvården framgår att förändringarna av vårdutnyttjandet mellan socioekonomiska grupper antingen är oförändrat eller till viss del gynnar låginkomsttagare/lågutbildade (Agerholm et al. 2015, Vårdanalys 2015). Ett undantag är Region Skåne, där man tillämpat en renodlad kapiteringsersättning (Beckman & Anell 2013), vilket även motsäger rekommendationen om kapitering (se nedan). Stockholm är som bekant den region som har störst inslag av prestationsbaserad ersättning. Slutligen visar OECD:s senaste analys av jämlik vård att svensk primärvård uppvisar ett s.k. ”pro-poor” mönster under senare år (OECD 2019).

Primärvården är i Sverige som i flertalet andra länder mer ”pro-poor” än andra vårdformer, vilket kan tolkas som att en förskjutning av främst öppenvård från sjukhus till primärvård även har en fördelningsprofil som gynnar låginkomsttagare totalt sett. Rekommendationen i utredningen om att kapitering (sid 493) ska utgöra den huvudsakliga ersättningsformen saknar stöd i såväl vetenskaplig litteratur som erfarenheter från svensk och internationell primärvård (bl.a. saknas de tre ovan nämnda referenserna i utredningen). Utredningen är på denna punkt motsägelsefull då man hänvisar till goda erfarenheter i andra länder när det gäller listning och etableringskontroll (sid. 213 resp. 223), men samtidigt bortser från att ersättningsformerna i flertalet andra länder antingen är prestationsbaserade eller en mix av kapitering och prestationsersättning.

Kontinuitet

Ett annat centralt problem som diskuteras är brist på kontinuitet inom svensk sjukvård och behovet av god kontinuitet inom i synnerhet primärvården. Här redovisar utredningen ett tydligt kunskapsläge som visar att en bristande kontinuitet leder till problem som onödigt långa besökstider, dålig tillgänglighet, upprepning av tester samt dålig samordning. Detta är okontroversiellt och utredningen visar på såväl svenska som internationella studier som visar på ökad effektivitet med en god kontinuitet. Dock ställer man sig inte frågan vad som orsakar den dåliga kontinuiteten. Om kontinuiteten brister kan svaret sökas på antingen vårdgivarsidan (utbudet) eller patientsidan (efterfrågan). Agerande av vårdgivaren - patienten eller båda parter kan försämra/förbättra kontinuiteten. I utredningen fokuseras mest på patientsidan och förslaget om listning är en åtgärd för att förbättra kontinuiteten (ss. 215-216

och 457 ff.). Motsvarande diskussion och åtgärder på vårdgivarsidan för att uppnå en bättre kontinuitet saknas. Frågor om hur en stor personalomsättning och brister i den interna organisationen för att upprätthålla en god kontinuitet saknas och bör utredas vidare. Slutsatser och förslag är nu ensidigt riktade mot patienten och kan inskränka valfriheten. Detta kan vara ett slag i luften om problemen ligger på utbudssidan.

Digitala vårdtjänster

Beträffande utvecklingen av digitala vårdtjänster i form av nätläkare instämmer vi med utredningens bedömning att digitaliseringen kommer att påverka vårdens arbetssätt i framtiden samtidigt som den öppnar upp för potentiella förbättringar och förbättrad tillgänglighet. Det är dock som utredningen framhåller viktigt att dessa tjänster integreras i den befintliga vårdstrukturen. Den nuvarande formen där de digitala tjänsterna hanteras som utomlänsvård riskerar att fragmentisera främst första linjens vård – främst primärvården – och öppnar upp för ännu ett ”stuprör” inom hälso- och sjukvården. Utredningens förslag att nätläkarbolag (motsvarande) även ska behöva erbjuda fysisk vård i de regioner där de är aktiva (i egen regi eller genom kontraktering av underleverantörer) förbättrar sannolikt förutsättningarna för en integrerad vård och god kontinuitet.

Kostnadsansvar

I utredningen diskuteras problemet att primärvården har ett kostnadsansvar för medicinsk service (ex. lab. tester och röntgenundersökningar). Utredningen hävdar att detta kan leda till att vårdgivare avstår från vissa undersökningar av ekonomiska skäl (ss. 499-500). Det finns dock inget underlag eller referenser om att detta skulle vara ett problem för just primärvården. Att slopa det ekonomiska ansvaret för medicinsk service och acceptera s.k. fria nyttigheter som föreslås (s. 545) kan emellertid leda till onödigt utnyttjande, remisser m.m. samt ökade kostnader.

Referenser:

Agerholm J, Bruce D, Ponce de Leon A, Burström B. Equity impact of a choice reform and change in reimbursement system in primary care in Stockholm County Council. BMC Health Serv Res. 2015 Sep 26;15:420.

Beckman A, Anell A. Changes in health care utilisation following a reform involving choice and privatisation in Swedish primary care: a five-year follow-up of GP-visits. BMC Health Serv Res. 2013 Oct 31;13:452.

Sveréus S, Kjellsson G, Rehnberg C. Socioeconomic distribution of GP visits following patient choice reform and differences in reimbursement models: Evidence from Sweden. Health Policy. 2018 Sep;122(9):949-956.

Myndigheten för Vårdanalys. Vårdval och jämlik vård inom primärvården - En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande. Rapport 2015:6

OECD (2019). Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems. OECD, Paris.

