

2020-01-09

*Mottagare:* Socialdepartementet  
s.remissvar@regeringskansliet.se  
s.fst@regeringskansliet.se

Diarienummer: S2019/04058/FS

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

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH, är en paraplyorganisation för patient-, brukar- och anhörigorganisationer som är verksamma inom området psykisk ohälsa. Vi arbetar för att förbättra tillgänglighet och kvalitet och för att brukare och anhöriga ska bli mer delaktiga i vård och omsorg. Vi ser oss patienter, brukare och anhöriga som en oumbärlig resurs för ökad kunskap i samhället om psykisk ohälsa. NSPH har bjudits in att lämna synpunkter på slutbetänkande från Utredningen för Styrning för en mer jämlik vård och vill härmed framföra följande synpunkter.

### **Vårdvalssystemet och digital vård och systemet för utomlänsvård**

Vårdvalssystemet – LOV, lagen om vårdval, i kombination med den fria etableringsrätten är viktiga orsaker bakom den ojämlika utveckling vi ser inom primärvården idag. Lagen om valfrihet är obligatorisk inom primärvården och innebär i praktiken att landstingen inte längre kan styra omfattningen och lokaliseringen av den privata skattefinansierade vården.

Enligt hälso- och sjukvårdens portalparagraf ska ”den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.” Det övergripande målet är att vården ska ges ”på lika villkor för hela befolkningen”.

*Dagens svenska sjukvård lever inte upp till dessa principer. De med små vårdbehov går före de med stora vårdbehov. Personer med psykisk ohälsa, stigma och låga inkomster hör till de som drabbats hårdast.*

Det låter på namnet LOV, Lagen om valfrihet, som att lagen möjliggör för patienten att välja vårdgivare. Men rätten att välja är inte kopplad till LOV. Rätten att välja fanns redan innan LOV infördes.

Det LOV istället innebär är att alla vårdgivare som uppfyller de uppställda grundkraven garanteras en evig offentlig finansiering av sin verksamhet. Det är en avgörande skillnad från det tidigare systemet, då offentliga upphandlingar användes. I det systemet fick privata vårdgivare konkurrera om ett specifikt uppdrag och gavs därefter ett tidsbestämt kontrakt, vanligtvis på 3-5 år.

När nätläkarföretagen började etablera sig ökade problemen genom att man utnyttjade systemet med så kallad utomlänsvård, det vill säga patientens rätt att söka vård i hela landet. Om företaget startade med en fysisk privat vårdcentral i ett landsting kunde man sedan via telefon och videosamtal ta emot patienter från hela landet.

Den ekonomiska situationen i landstingen har med tiden blivit alltmer ohållbar. De privata aktörerna har alla rättigheter och väldigt få skyldigheter. Den offentliga vården måste däremot göra svåra avväganden och prioriteringar baserade på att den som har störst behov ska gå först.



Sådana hänsyn behöver inte nätläkarföretagen ta. De tar bara samtalen i den ordning som de kommer in. Ofta går det snabbt och enkelt och patienterna är nöjda. Varje samtal kan debiteras hemlandstinget oavsett hur lång tid det tar. Den offentliga primärvården har fått allt mindre pengar att röra sig med samtidigt som man måste hantera de svåra och tidskrävande vårdfallen.

Digital vård är bra för att ta hand om de fall som lämpar sig för det, så att det blir mer tid och plats för dem som behöver mer omfattande vård. Men i det system vi har idag har samhället inte kunnat ställa några krav på de digitala vårdgivarna. De har under några år kunnat inrikta sig på den mest lönsamma vårdmarknaden utan att behöva ta ansvar för helheten. Kostnaden för den digitala vården ökar hela tiden och pengarna tas från den offentliga vården och därmed från dem med störst vårdbehov.

Nätläkarna kan i teorin avlasta den fysiska vården, men i praktiken har den ökade tillgängligheten inneburit att många med lindriga besvär ändå får göra ett skattesubventionerat besök hos en läkare.

Utredningen förslår att patienter på förhand och mer långsiktigt ska välja vårdcentral. Och att rätten att välja om begränsas till två gånger om året. Det ska ge vårdgivarna möjlighet att veta hur många patienter de har listade och att kunna planera. Det ska inte längre vara möjligt att, som idag, ringa till nätläkarbolagen utan att vara listad hos dem eller att de är etablerade i den region där patienten finns.

NSPH tillstyrker i huvudsak utredningens förslag till förändringar av vårdvals-systemet men vill tillföra några viktiga synpunkter. Vi vill också uppmärksamma några frågeställningar som vi anser att utredningen borde ha belyst och föra fram kompletterande förslag.

### Listning

Ett system med s.k. *listning* begränsar den enskildas valfrihet. Patienten ska inte själv kunna välja lämplig vårdgivare från fall till fall utan endast kunna göra val/omval två gånger per år.

Principiellt viktigt är förslaget att listning endast ska kunna ske hos en utförare som är godkänd och som har kontrakt enligt lagen om valfrihetsystem (LOV) eller lagen om offentlig upphandling (LOU).

Antalet patienter som är listade på en vårdcentral ska också kunna begränsas. Detta ska kunna skapa fler lediga tider för den som är listad, men riskerar också att försämra tillgängligheten i stort.

Patienter som inte gör ett aktivt vårdval ska tilldelas en utförare i närheten av bostaden. Men antalet patienter som inte listar sig kan förväntas vara ganska stort och det är oklart vad som händer om det är fullt på de närliggande vårdcentralerna.

Det är tveksamt om det är en bra metod att med hjälp av höjda avgifter försöka kontrollera inflödet av patienter som vill söka vård hos en vårdgivare där de inte är listade. Patienter med särskilda diagnoser/funktionsnedsättningar eller kombinationer av diagnoser/funktionsnedsättningar bör ha rätt att besöka andra vårdgivare än där de är listade utan förhöjd avgift om det finns behandlingsmässiga skäl för detta. De bör även ha rätt att lista om sig om de har särskilda vårdbehov som bättre kan tillgodoses hos en annan vårdgivare.

### Kapitering

Så kallad *kapitering*, en långsiktig ersättningsmodell för vårdkostnader är bra. Men det är oklart hur kapiteringen ska fungera. Vårdtyngd och socioekonomiska aspekter ska beaktas, men kapiteringen skulle också kunna innebära incitament till hur man kan hitta modeller för att förbättra tillgänglighet



och kvalitet och minska antalet vårdbesök. Vidare skulle kapitering kunna utbetalas baserat på hälso- och sjukvårdens patientnöjdhet och kompetens.

### **Begränsningar av vårdgarantin**

Utredningen föreslår förändringar som innebär att vårdgarantin undantas när patienten ges vård i en annan sjukvårdsregion. Det finns starka ekonomiska motiv för att göra en sådan begränsning samtidigt som det begränsar patientens möjlighet att söka vård för en viss diagnos eller problematik i en annan region som erbjuder bättre vårdkvalitet eller andra behandlingsmetoder. Skillnaderna kan vara stora mellan olika regioner och det borde utredas om det är möjligt att upprätta ett system som gör det möjligt att söka vård i andra sjukvårdsregioner när det kan motiveras av behandlingsskäl.

### **Fast läkarkontakt, fast kontakt med en vårdcentral eller fast kontakt med olika personalkategorier**

Utredningen ifrågasätter om det är just "fast läkarkontakt" som är den bästa lösningen för en väl utvecklad lokal vård. Den pekar på att styrkan i svensk primärvård är multiprofessionaliteten och teamarbetet. Därför bör patienter istället välja sin vårdcentral. Samtidigt ska vårdgivarna motiveras att etablera system för personliga kontakter.

Den främsta skillnaden mot idag är att samma krav på en godkänd utförare av vården, där en patient är listad, ska kunna ställas på samtliga vårdgivare som därmed får samma skyldigheter och rättigheter vid ingånget avtal.

Vi frågas oss dock hur utredningens förslag ska kunna förändra situationen. Precis som i den delvis parallella utredningen "God och nära vård" läggs starkt fokus på så kallad personkontinuitet, det vill säga möjligheten att få en fast läkarkontakt. Det är något som är uppskattat från patienthåll och höjer vårdkvaliteten. Men som också riskerar att förvärra långa väntetider ännu mer, eftersom vårdkontakten blir mer personberoende.

### **Primärvården och den psykiatriska specialistvården**

Utredningen belyser inte några aspekter på frågan om hur den första linjens vård till personer med psykisk ohälsa ska fungera bättre inom ramen för ett nytt sjukvårdssystem. Tanken kan vara att dettas ska ske inom ramen för den parallella utredningen "God och nära vård".

Ändå anser vi att en genomlysning behövs av vilka konsekvenser de förslag man lägger kan förväntas få när primärvården ska ta sig an den ökande grupp av personer som har problem med psykisk ohälsa.

Vi anser att styr- och ersättningssystemen behöver anpassas till de patientgrupper vårdcentralerna ska arbeta med i framtiden. Primärvården förväntas exempelvis framöver få ta ett större ansvar för vården av personer med lätt och medelsvår psykisk ohälsa. Detta kommer sannolikt att fordra fler samverkansformer och nya gränssnitt till vårdaktörer än de som primärvården har idag. Det gäller exempelvis frågor om fördelningen av ansvar och befogenheter och kostnader mellan primärvården och specialistpsykiatri.

Gruppen patienter med psykisk ohälsa kan också komma att öka behovet av samarbete med patienternas familjer och nätverk. Om ersättningssystemen inte ger kompensation för sådana arbetsuppgifter finns det risk för stuprörstänkande och bristande fokus på familj, nätverk och integration vilket kommer att hämma en sådan utveckling istället för att stimulera den.



Frågan om hur man ska få ersättning för planering och tidsödande samarbete med andra vårdgivare och med patienternas sociala nätverk skulle ha behövt belysas i utredningen.

### **Patientcentrerad primärvård**

Utredningen går raskt förbi frågan om hur primärvården ska kunna bli mer patientcentrerad och hur styr- och ersättningssystem och andra regelverk ska kunna befrämja en sådan utveckling. Den omfattande kritik som de senaste femton åren funnits mot att systemen styr bort och motverkar principer som patientcentrering, delaktighet och bättre samverkan mellan vårdgivare berörs väldigt lite i utredningen. Följande frågeställningar borde enligt vår uppfattning ha berörts:

- hur styrningen kan påverka vården och personalen på arbetsplatserna och patienternas förtroende för vården
- hur incitament skapas som stödjer kvalitetsutveckling i primärvården
- hur styrsystemen kan medverka och vara ett incitament till att stimulera vårdplanering tillsammans med patienterna och ge dem inflytande och delaktighet.
- hur styrsystemen påverkar situationen för patienter med långvariga och kroniska sjukdomar som har behov av insatser både från primärvården och specialistvården.
- hur incitament skapas för att förbättra samverkan mellan olika vård- och servicegivare samt samverkan med patienter, brukare och anhöriga och deras intresseorganisationer.

NSPH saknar konkreta förslag från utredningen om hur målsättningen om en patientcentrerad vård ska kunna förverkligas. Ett förslag som skulle kunna förbättra delaktighet och inflytande från brukare är om system upprättas för att, inom ramen för kapiteringen, mäta vårdens kompetens och kundnöjdhet – baserat på data rapporterad från patienter och anhöriga.

Genom att **etablera brukarråd** inom primärvårdens verksamheter skulle brukare och anhörigas organisationer kunna ges inflytande över hur vården organiseras, vilka insatser och hur vårdprocesserna utformas. I ett brukarråd med kontinuerliga möten och dialog mellan personal/chefer för en verksamhet och representanter för olika regionala patient- och brukarföreningar skulle verksamheterna kunna förbättras.

Ett annat viktigt verktyg för att nå utredningens mål är införandet av regelbundna **brukarrevisjoner**. Brukarrevisioner är en oberoende och systematisk undersökning av en verksamhet som utförs av personer som har varit brukare, patienter eller anhöriga i en likartad verksamhet. Brukarrevisioner kan göras genom samtal, intervjuer eller enkäter med anhöriga, brukare eller patienter i verksamheten och personalen som jobbar där.

### **Rusta inte ner specialistsjukvården innan primärvården är utbyggd**

En viktig fråga är om det går att förutse hur förändringarna i primärvården kommer att påverka patienternas benägenhet att söka akutsjukvård. Mot bakgrund av dålig timing i en rad tidigare reformer finns inom patient- brukar och anhörigorganisationer en oro för att huvudmännen ska rusta ner akutsjukvården och specialistvården innan man har byggt upp primärvården. Detta kan komma att innebära ett oförändrat eller till och med ökat tryck på specialistsjukvården som nu dimensioneras för att ta emot färre – och oftare svårare sjuka – patienter med minskad personalstyrka.

Det är bra att utredningen konstaterar att primärvården är underfinansierad och att staten behöver tillskjuta 5 miljarder kronor. Men med tanke på primärvårdens nya uppdrag att förbättra sina insatser inom området psykisk ohälsa bedömer vi att betydligt mer resurser kommer att behövas.



## Utredningens övriga förslag

Patientavgiften ska vara den samma i hela landet, 100 kronor, för att till exempel nätläkarföretag inte ska kunna utnyttja systemet och etablera sig där avgiften är lägst och på så sätt locka kunder från resten av landet. På sikt ska patientavgifterna i primärvården helt kunna slopas. En enhetlig vårdavgift på 100 kronor kan också leda till överkonsumtion av vård, längre vårdköer och ökade kostnader för hela samhället. En högre vårdkostnad kan motivera patienter att endast söka vård när man verkligen behöver den. Frågan är om lägre eller ingen vårdavgift är ett bra sätt att skapa jämlik vård eller om de lägre avgifterna leder till att resursstarka personer fortsätter söka vård för enklare åkommor.

NSPH finner det angeläget att genomföra fördjupade studier av hur vårdavgifternas storlek påverkar utnyttjandet av vården med tanke på undanträngningseffekter och att vården ska erbjudas utifrån patienternas behov. Effekterna av vilka avgifter tas ut av patienter som – utan giltiga skäl – uteblir från behandling bör också studeras.

NSPH stödjer också utredningens målsättning att patienten ska vända sig till samma aktör oavsett om det görs via digitalt besök eller fysiskt. Utredaren kallar det ett "integrerat digifysiskt vårdval". De olika vårdformerna (fysiskt och digitalt) ska integreras i ett gemensamt system. Varje vårdcentral ska utifrån den första kontakten med patienten bedöma om digital eller fysisk vård är lämplig. Varje vårdgivare måste därför kunna erbjuda båda vårdformaten, själva eller genom avtal med andra. Därmed får patienterna ett tydligt och tillgängligt alternativ när vård behövs.

## Statligt och/eller regionalt inflytande – var kommer patienterna, bukarerna och de anhörigas inflytandet in?

Nationell samordning är ledstjärnan i utredningen som hävdar att en tydligare nationell ram skulle kunna öka möjligheterna till lokal anpassning och minskad detaljstyrning – att det skulle kunna leda till ett framtida primärvårdssystem som är mer tillåtande för skillnader inom en och samma region än enbart mellan regioner.

*Patienternas rätt att ha inflytande och att vara delaktiga i sin vård behandlas inte i denna utredning. Den handlar mer om att underlätta för den politiska styrningen, huvudmännen, administratörerna av vårdssystemet.*

Många patienter lägger stor vikt vid att själva få styra över sin vård, och finner en obekväm maktlöshet i att överlämna ärendet till en ofta långsam primärvård. För att skapa balans i styrningen som hela tiden utgår från de nationella (statliga myndigheterna) och regionala (sjukvårdshuvudmännen) systemen anser NSPH att regionerna – i samråd med patient och anhörigrörelsen – bör ha mer inflytande och kunna beakta såväl den samlade patient- och brukarerfarenheten samt konsekvenser av demografiska, geografiska och socioekonomiska faktorer i planeringen av vården.



## Utvecklingen i Sverige jämfört med andra länders sjukvård – ett nytt sammanhållet system för primärvård behövs

Sverige har inte klarat av att skapa en stabil lösning för primärvården. Där andra länder skapat effektiva system, med distriktsläkare som har helhetsansvar för sina patienter, så har Sverige fastnat i en diskussion om styrmodeller, ersättningsmodeller och ideologiskt baserade valfrihetssystem.

Resultaten har blivit alltför få vårdcentraler, med alltför lite personal, ska hantera ett alltför stort behov. I många fall leder den dåliga tillgängligheten till att akutsjukvården belastas i onödan, med högre kostnader och mindre ändamålsenlig vård som följd. Akutsjukvården tvingas ta hand om många enklare sjukdomsfall eftersom primärvårdens tillgänglighet är låg.

Sverige har skapat generösa system för vårdval, och öppnat upp för digitala nätdoktorer, som förvisso har fördelar men också som riskerar såväl kvalitet som kontinuitet. Det är bra att utredningen gör ett försök att lyfta upp dessa viktiga frågor. Vi kan inte fortsätta ha ett system där privata vinstintressen ges möjlighet att expandera med digitala vårdformer och regionerna - som har svårt att klara att upprätthålla hälso- och sjukvården och måste permittera i hela landet - tvingas stå för kostnaderna.

NSPH saknar en samlad övergripande genomlysning av primärvården istället för lappande och lagande på ett dåligt sammanhållet system. Kopplat till utredningen *Styrning för en mer jämlik vård* skulle detta kunna innebära följande:

- Samhällets institutioner måste se till att politiker, huvudmän och vårdföretag följer existerande lagar och etiska regelverk.
- Samhällets institutioner måste återta den demokratiska makten.
- Ersätt LOV och den fria etableringsrätten med en etableringskontroll. Då kan man demokratiskt bestämma att man ska lokalisera verksamheten där den bäst behövs vilket man gör i nästan alla andra länder. Man bestämmer att det behövs ett visst antal mottagningar i ett område, sen är det fullt, så att offentliga vårdresurser sedan kan styras till de platser där de behövs bäst.
- Samtidigt som LOV och den helt fria etableringsrätten reformeras så behöver den offentligt finansierade vården byggas ut.
- Använd patienter, brukare och anhörigas samlade kunskap och erfarenhet vid den fortsatta utvecklingen av primärvården.

För Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa

**Ann-Kristin Sandberg**

Ordförande för NSPH