

# Framtidens närsjukvård

Vård nära patienten som inte kräver den fullt utrustade sjukhusvårdens resurser

© SVERIGES LÄKARFÖRBUND, 2006  
TEXT: AVDELNINGEN FÖR POLITIK OCH PROFESSION  
TRYCK: INTELLECTA, SOLNA, 2006

# Innehåll

Förord .....	5
Sammanfattning .....	6
1. Inledning .....	8
1.2. Bakgrund .....	8
2. Framtidens sjukvård .....	9
3. Problem i den nära sjukvården .....	10
4. Läkarförbundets närsjukvårdsmodell .....	12
4.1. Begreppet närsjukvård .....	12
4.2. Närsjukvårdens olika delar .....	13
4.2.1. Primär närsjukvård .....	13
4.2.2. Specialiserad närsjukvård .....	14
4.2.3. Samverkansvård .....	14
4.3. Närsjukvårdens styrning och finansiering .....	15
4.3.1. Styrningen av den primära närsjukvården .....	16
4.3.2. Styrningen av den specialiserade närsjukvården .....	18
4.3.3. Styrningen av samverkansvården .....	20
5. Förutsättningar för genomförande .....	22
5.1. Forskning och utbildning .....	22
5.2. Arbets- och anställningsformer .....	24
5.3. Ekonomiska regleringar .....	24
5.4. Övriga strukturåtgärder .....	25
Litteratur .....	27
Bilaga 1: Förslagets konsekvenser för gällande lagstiftning ..	28



## Förord

Läkarförbundet representerar den medicinska professionen i Sverige. I vårt uppdrag ingår att främja en ändamålsenlig utveckling för svensk hälso- och sjukvård. Vi vill verka för bästa möjliga resursutnyttjande och vård för patienten. Som del i denna strävan presenterade vi år 2004 programmet *Framtidens sjukvård – finansiering, styrning och struktur*. I programmet beskriver vi de stora utmaningarna för svensk hälso- och sjukvård och lämnar förslag till en omfattande reformering av hela sjukvårdssystemet. Motivet är att behålla och vidareutveckla en god och likvärdig vård för alla.

I denna skrift beskriver vi den hälso- och sjukvård som behöver bedrivas nära invånarna. I framtidens närsjukvård skall ett familjeläkarsystem vara basen. Utbyggnaden av primärvården måste fullföljas så att riksdagens mål om en läkare på 1 500 invånare uppnås. Men även den övriga öppna specialistvården måste byggas ut då en utveckling av närsjukvården innebär att fler patienter kommer att tas om hand i den öppna specialistvården.

Patienten skall stå i centrum för framtidens närsjukvård. De flesta är ense om att närsjukvården borde tillgodose huvuddelen av vårdbehovet hos äldre patienter med flera olika diagnoser och patienter med psykiska problem eller andra allvarliga funktionshinder. Otydliga ansvarsgränser och bristande samverkan mellan olika huvudmän och yrkesgrupper har lett till att dessa patientgrupper ofta faller mellan stolarna. De senaste åren har inneburit en dramatisk minskning av antalet sjukvårdsplatser som inte balanserats av en tillräcklig utbyggnad av öppenvården. Många länsdelsjukhus har lagts ned och den vård som utfördes där har inte kompensrats med närsjukhus och utbyggd öppenvård. Att finna lösningar som både höjer kapaciteten och kvaliteten i den nära sjukvården framstår som en av våra mest angelägna sjukvårdspolitiska uppgifter.

Skriften är framtagen av en förtroendemannagrupp utsedd vid Läkarförbundets centralstyrelsesammanträde den 25 augusti 2005. I gruppen har ingått Thomas Flodin (ordförande), Christina Berntsson, Anders Dahlqvist, Nasim Farrokhnia, Torbjörn Karlsson, Anders Nilsson och Gunnar Welander. Från Läkarförbundets kansli har ingått Kåre Jansson, utredningschef, samt utredarna Per Johansson och Susann Asplund Johansson.

Läkarförbundet vill inbjuda till en bredare diskussion om programmets olika förslag. Vår förhoppning är att programmet skall bli en viktig inspirationskälla till de lösningar och reformer som dagens och framtidens sjukvård är i behov av.

Eva Nilsson Bågenholm  
Ordförande  
Sveriges läkarförbund

Thomas Flodin  
Ledamot  
Läkarförbundets centralstyrelsen

## Sammanfattning

Svensk hälso- och sjukvård står inför stora utmaningar. Den demografiska och medicinska utvecklingen gör att efterfrågan på vård ökar i snabbare takt än både skatteunderlag och produktivitet. Sjukvården har redan idag stor brist på resurser. Det måste lösas med en kombination av effektiviseringar, tillskott av nya resurser och bättre prioriteringar samt en omfördelning från andra samhällssektorer. Sammantaget kan dock inte alla resursbehov lösas utan en samtidig omstrukturering av sjukvården. De framtida behoven måste mötas med en kraftig utbyggnad av primärvården och den öppna specialistvården.

De stora förändringarna som skedde under 1990-talet, bl a ÄDEL-, psykiatri- och handikappreformerna i kombination med finansieringsproblemen, som påskyndade den omfattande omstruktureringen från slutet till öppen vård, har inneburit problem särskilt för äldre och andra patientgrupper med omfattande vårdbehov. Många länsdelsjukhus – där man naturligt utvecklade en allmän internmedicinsk kompetens för patienter med omfattande vårdbehov – har lagts ned varvid även fungerande nätverk för samverkan med kommunens och primärvårdens medarbetare brutits upp.

Sveriges läkarförbund föreslår här en närsjukvårdsmodell som uppfyller målen om en tillgänglig, säker och kostnadseffektiv vård baserad på hög professionell kompetens.

- Närsjukvården definieras som vård nära patienten som inte kräver den fullt utrustade sjukhusvårdens resurser.
- Närsjukvården består av tre delar: Primär närsjukvård, specialiserad närsjukvård och samverkansvård.

### Primär närsjukvård

- Den primära närsjukvården består av familjeläkarvården och vård i boendet.
- Alla invånare ges möjlighet att välja en egen familjeläkare med specialistkompetens i allmänmedicin. Ersättningen till familjeläkarna skall regleras nationellt.
- Den person som efter biståndsbedömning har rätt till särskilt boende skall med en vård- och omsorgspeng kunna välja sitt boende.

### Specialiserad närsjukvård

- Den specialiserade närsjukvården omfattar dels vård av dem som uppsöker specialistvård och som inte behöver den fullt utrustade sjukhusvårdens resurser, dels vård av dem som remitterats dit från sjukhus eller från primär närsjukvård. Förutom dagens öppna specialistvård omfattar den specialiserade närsjukvården även vård vid närsjukhus.
- Den specialiserade närsjukvården bygger på regional beställning där en mångfald av vårdgivare får konkurrera om rätten att få sköta specialistläkarvården inom ramen för den totala volym som efterfrågas. Även driften av närsjukhusens vårdplatser upphandlas i konkurrens mellan privata och offentliga vårdgivare.
- Specialistläkarens ersättningar regleras nationellt, motsvarande dagens nationella taxa (lagen om läkarvårdsersättning). Taxan kan vidareutvecklas i regionala tilläggsupdrag utifrån lokala förhållanden.
- Det skall vara möjligt för läkare att kombinera arbete i den fullt utrustade sjukhusvården och närsjukvården liksom arbete hos olika huvudmän. Denna möjlighet är viktig för att garantera och främja ömsesidig kunskapspridning, kvalitetsutveckling och patientnära klinisk forskning.

### Samverkansvård

- Samverkansvård omfattar de personer som behöver hälso- och sjukvård i boendet och som dessutom har ett varaktigt behov av läkarinsatser.
- Betalningsansvaret för samverkansvården överförs till kommunerna som får kompensation via statsbidragssystemet.
- Kommunerna (eller de företag som driver gruppboendet) ges möjlighet att anställa eller sluta avtal med läkare.

# 1. Inledning

## 1.1. Syfte

Syftet med denna skrift är att beskriva en modell för närsjukvård som på bästa sätt uppfyller målen om en tillgänglig, säker och kostnadseffektiv vård baserad på hög professionell kompetens.

## 1.2. Bakgrund

Svensk hälso- och sjukvård står inför stora utmaningar. Den demografiska och medicinska utvecklingen gör att efterfrågan på vård ökar i snabbare takt än både skatteunderlag och produktivitet. Demografins utveckling har stor betydelse för det samlade vårdbehovet. År 2005 var ungefär 1 550 000 personer eller 17 procent av befolkningen 65 år eller äldre; om 25 år uppgår denna grupp till cirka 2 277 000 personer eller 23 procent av befolkningen<sup>1</sup>. Till detta kommer stora pensionsavgångar bland framförallt läkare som måste lösas genom en omfattande nyrekrytering och kunskapsöverföring. Sjukvården har redan i dag stor brist på resurser som måste lösas med en kombination av effektiviseringar, tillskott av nya resurser och bättre prioriteringar samt en omfördelning från andra samhällssektorer. Sammantaget kan dock inte alla resursbehov lösas utan en samtidig omstrukturering av sjukvården. De framtida vårdbehoven måste mötas med en kraftigt utbyggd primärvård och öppen specialistvård. En hög tillgänglighet till primärvården och den öppna specialistvården innebär också att läkaren tidigt kan möta ohälsoproblem, få mer tid för patienterna och därmed kanske också bidra till kortare sjukskrivningstider.

Inom många landsting finns för närvarande ett stort intresse för att utveckla den så kallade närsjukvården. Genom att utveckla och förändra organisationen av den sjukvård som patienten behöver ofta tror man sig kunna förbättra resursanvändningen. Någon enhetlig definition av begreppet närsjukvård existerar emellertid inte. Det finns inte heller någon gemensam och samordnad utvecklingsprocess; en del landsting har hunnit genomföra strukturförändringar medan andra befinner sig på ett idé- eller planeringsstadium. Socialstyrelsen konstaterar i sin kartläggning av närsjukvården<sup>2</sup> år 2003 att flera landsting använder den definition som det s k Beställarnätverket tog fram år 2001<sup>3</sup>. Enligt denna definition är närsjukvårdens *uppgift* att erbjuda insatser för sjukvårdsbehov som är

- vanligt förekommande i befolkningen,
- ofta förekommande för individen,
- samhällsekonomiskt rimligt att bedriva lokalt.

<sup>1</sup> Sveriges framtida befolkning 2005-2050. Reviderad befolkningsprognos från SCB.

<sup>2</sup> Kartläggning av Närsjukvård – en underlagsrapport inom uppföljningen av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen 2003

<sup>3</sup> Beställarnätverkets handlingsprogram 1999-2000 – Närsjukvård, Beställarnätverket 2001

För den medicinska professionen är den här utvecklingen naturligtvis intressant. Det sätt på vilket man väljer att organisera närsjukvården kommer direkt och indirekt att påverka läkarnas möjligheter att ge en kvalitativ och effektiv vård till patienten. Om närsjukvårdskonceptet ska ha framgång är det således avgörande att utformningen sker med patientnytta i fokus och utifrån medicinska professionella villkor. Därför är det väsentligt att läkarkåren kan precisera sin idé om närsjukvården och hur den bör styras, finansieras och organiseras.

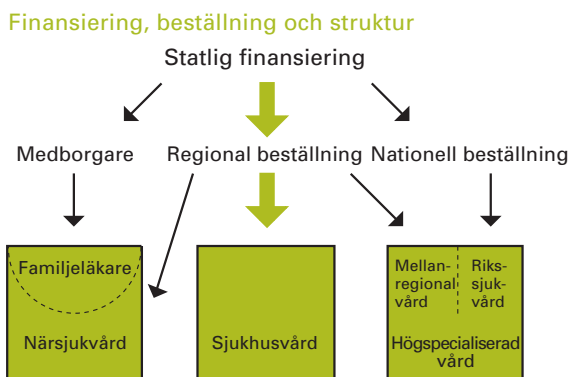
## 2. Framtidens sjukvård

Läkarförbundet konstaterar i sitt sjukvårdspolitiska program *Framtidens sjukvård – finansiering, styrning och struktur* att den svenska sjukvården står inför ett antal utmaningar. Hit räknas sjukvårdens samverkan med kommunerna, styrningen av den högspecialiserade vården, ökade krav på evidensbaserade metoder, medarbetarnas arbetsmiljö etc. Sammantaget motiverar dessa omfattande förändringar av hela den svenska sjukvårdens styrning och organisation. Vidare identifieras flera viktiga styrningsprinciper vilka en sådan reform bör vila på.

Särskilt kan nämnas principerna om

- *vård på lika villkor* – alla ska få ta del av den offentligt finansierade sjukvårdens tjänster utan hänsyn till individuella särförhållanden,
- *separata beställare och utförare* – beställning och produktion av hälso- och sjukvård ska utföras av skilda organisationer och juridiska personer,
- *kunskapsstyrning* – på både beställar- och utförarsidan ska beslutsfattandet utgå från aktuell evidens om behandlingsmetoder inom vårdens olika områden,
- *fritt val* – patienten skall ges stort inflytande över valet av vårdgivare,
- *öppen verksamhetsredovisning* – information om vårdens verksamhet från enhetsnivå till nationell nivå ska redovisas öppet och finnas lätt tillgängligt för alla som vill ta del av den.

Den hälso- och sjukvårdsmodell vi anser bäst överensstämmer med dessa principer åskådliggörs av följande bild.



I modellen är den grundläggande finansieringen av hälso- och sjukvård statlig. Dagens landsting har ersatts av särskilda beställarorganisationer som finansierar och upphandlar en stor del av hälso- och sjukvården. Undantaget är närsjukvårdens familjeläkare, rikssjukvården och den vård som kommunerna ansvarar för. Familjeläkarna verkar således inom ett nationellt reglerat kundvalssystem där etablering är möjlig så länge det finns tillräckligt patientunderlag. Ersättningarna utbetalas av Försäkringskassan. Rikssjukvården upphandlas av en särskild styrelse<sup>4</sup>.

### 3. Problem i den nära sjukvården

Under 1990-talet skedde flera stora förändringar i svensk hälso- och sjukvård. Det fanns en bred politisk samsyn bakom de omfattande strukturförändringarna från slutet till öppen vård som genomfördes. Övertygelsen om att vården skulle vinna i kvalitet på att stänga t ex mentalsjukhus och andra institutioner påskyndades av finansieringsproblemen. Huvudstrategin för att förbättra resursutnyttjandet var att öka genomströmningen i den slutna sjukhusvården – kortare vårdtider och färre vårdplatser – och att överföra vården till vård utanför sjukhus. Antalet vårdplatser på sjukhus minskade med 47 procent under perioden 1992–2002. Under samma period minskade även de särskilda boendena.<sup>5</sup>

Under 1990-talet fick kommunerna ett utökat ansvar för vård och omsorg om äldre och funktionshindrade personer. Kommunerna blev hälso- och sjukvårdshuvudmän när Ädelreformen genomfördes år 1992. Därefter vidgades ansvaret i och med handikappreformen år 1994 och psykiatrireformen år 1995. Med dessa reformer ville man både skapa bättre ansvarsförhållanden och nya organisatoriska förutsättningar för att utveckla samhällets service och vård till äldre och funktionshindrade. Ett viktigt syfte var att integrera medicinska och sociala insatser till en helhet. Flera utvärderingar av strukturreformerna visar dock att målen inte uppfyllts.<sup>6</sup> Stora problem kvarstår och en del har t o m förvärrats.

Utbyggnaden av primärvården har i stort sett uteblivit. Brist på ekonomiska resurser har bl a lett till rekryteringsproblem som varit hämmande. Primärvårdens uppdrag har varit otydligt och gränslöst vilket dels fått många intresserade läkare att avstå från att specialisera sig inom allmänmedicin, dels fått många yrkesverksamma att pensionera sig i förtid. I dag saknas ungefär 2 000 allmänläkare för att målet om 1 500 invånare per läkare ska uppnås och allmänläkarkåren är oroväckande ålderstigen.

<sup>4</sup> Framtidens sjukvård – finansiering, styrning och struktur, Sveriges läkarförbund 2004

<sup>5</sup> Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68)

<sup>6</sup> Vård och omsorg om äldre, Lägesrapport Socialstyrelsen 2002

Vård och omsorg för äldre, Riksrevisionsverket 2002:28

Ädelreformen, slutrapport, Socialstyrelsen 1996:2

Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform, Socialstyrelsen 1999.

Även utbyggnaden av den övriga öppna specialistvården har uteblivit. Till den offentligt finansierade öppna specialistvården har inflödet av nya läkare varit för litet eftersom landstingen sällan sluter nya avtal. Därtill har överlåtelse efter läkare som slutar och som verkar enligt lagen om läkarvårdsersättning (s k ersättningsetablering) inte tillåtits på drygt 10 år. Många av de läkare som arbetar med ersättning efter taxan, eller har vårdavtal med landstingen, har nu gått i pension. Bristen på geriatriker i den öppna vården belyser dessutom de rent kvalitativa bristerna avseende vården av äldre med flera olika diagnoser.

De kraftigt nedkortade vårdtiderna på sjukhus har inneburit att anspråken på kvalificerad vård och omsorg utanför sjukhus blivit betydligt större än beräknat när Ädel-, handikapp- och psykiatrireformerna planerades. Dessutom fördes ansvaret för att vårda allt fler svårt sjuka personer med stora omvårdnadsbehov över till kommunernas vård och omsorg samt landstingets primärvård. Detta skedde samtidigt som både kommunerna och primärvården blev tvungna att genomföra stora besparingar.

Den ofullgångna strukturomvandlingen i kombination med bristande samverkan mellan olika vårdnivåer och huvudmän har inneburit problem särskilt för äldre och andra patientgrupper med omfattande vårdbehov. Många länsdelssjukhus – där man naturligt utvecklade en hög allmän internmedicinsk kompetens lämplig för bl a patienter med omfattande vårdbehov – har lagts ned. Detta har även inneburit att fungerande nätverk mellan kommunens och primärvårdens medarbetare förlorats. Det har varit svårt att upprätthålla vårdkedjan för äldre med flera olika diagnoser när personalen hamnat på nya arbetsplatser eller lämnat sjukvården. Brist på allmänläkare och andra specialister är tydlig och de närmaste årens pensionsavgångar kommer att ytterligare förvärra bristen. Detta faktum försvårar utbyggnaden av en fungerande närsjukvård.

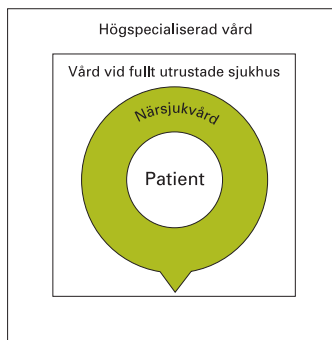
Det delade huvudmannskapet mellan landsting och kommun i kombination med dagens påtagliga läkarbrist i primärvården har lett till minskade reella möjligheter för läkare att påverka och delta i äldrevården. Bindande avtal med landsting avseende läkarmedverkan har inte slutits i den omfattning som krävts. Människor som bor i särskilda boenden eller vårdas i hemmet har därför inte fått sina behov av fast läkarkontakt tillgodosedda. När både kapacitet och kommunikation brister ökar sannolikheten för att dessa patientgrupper tvingas uppsöka sjukhusets specialister och akuttagningar trots att de inte behöver sjukhusets alla resurser. Då vårdtiden på akutkliniker är kort är återtagning dessutom vanligt. Bättre samverkan kring patienterna är en nyckelfråga för att höja vårdkvaliteten för många äldre och psykiskt sjuka.

## 4. Läkarförbundets närsjukvårdsmodell

Ofullgången strukturomvandling, brist på samverkan mellan olika vårdsektorer och det faktum att många patienter inte får sina vårdbehov tillgodosedda visar tydligt på behovet av förändringar i sjukvårdens styrning och struktur. Den pågående processen med att omvandla akutsjukhus till närsjukhus är ett led i detta. För att klara denna strukturomvandling måste också den öppna sjukvården utanför sjukhusen byggas ut och få en betydligt effektivare styrning och organisation.

### 4.1. Begreppet närsjukvård

För att fånga begreppet närsjukvård använder vi oss av en bild som visar tre vårdnivåer.



- Yttersta fältet beskriver högspecialiserad sjukvård. Denna vårdnivå hanterar mycket svåra och sällsynta sjukdomstillstånd eller tillstånd som kräver mycket specialiserad kompetens eller dyrbara anläggningar/utrustning. För denna vårdform krävs ett stort befolkningsunderlag. Avståndet mellan patientens hem och vårdgivaren kan därmed ofta bli långt.
- Nästa fält symboliserar den sjukvård som kräver det fullt utrustade sjukhusets resurser. Här bedrivs intensivvård och annan avancerad sjukvård vård som patienten skall kunna nå inom rimlig tid. Hit hör även ambulanssjukvården.
- Närmast patienten finns fältet för närsjukvård. Denna vård svarar för alla vanligt förekommande vårdinsatser där avståndet mellan patient och vårdgivare bör vara kort och tillgängligheten hög. Hit hör bl a familjeläkarvården, vård i boendet och den öppna specialistvården. Alltsammans vård som organiseras i mindre vårdenheter och små sjukhus nära patienten.

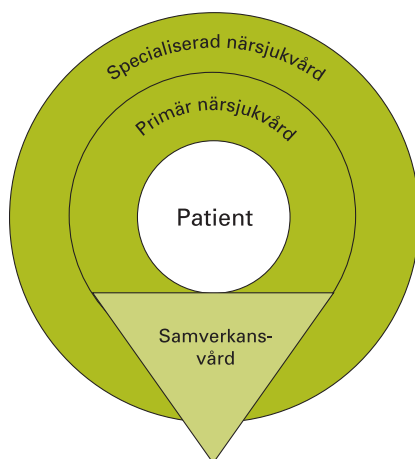
Till närsjukvårdsbegreppet hör alltså även de s k närsjukhusen. Dessa sjukhus innehåller lokalt anpassad akutverksamhet med vårdplatser för observation, diagnostik och behandling inom ett urval av vårdområden, exempelvis internmedicin och geriatrik.

Läkarförbundets definition av närsjukvård:

”Vård nära patienten som inte kräver den fullt utrustade sjukhusvårdens resurser.”

## 4.2. Närsjukvårdens olika delar

Inom närsjukvården kan vi urskilja tre delar; primär närsjukvård, specialiserad närsjukvård och samverkansvård. Varje del har sin speciella karaktär och tillgodoser olika behov inom närsjukvården.



### 4.2.1. Primär närsjukvård

Den primära närsjukvården består av familjeläkarvården och vård i boendet.

Familjeläkarvården utgör bas i svensk sjukvård och svarar för medborgarnas behov av kontinuerlig fast allmänmedicinsk vårdkontakt. Denna sjukvård omfattar diagnos och behandling av vanligt förekommande sjukdomstillstånd/skador och inkluderar även sammanhängande omvårdnad, samtals-terapi, sjukgymnastik m.m. Fullt utbyggd bör familjeläkarvården kunna färdigbehandla större delen av alla sjukdoms- eller skadetillfällen som kräver medicinsk kompetens.

Med vård i boendet menar vi all vård som utförs av andra yrkesgrupper än läkare i de särskilda boendena och i det ordinära boendet och som idag kommunen (i förekommande fall landstingen) har att tillgodose. Kännetecknade för denna vård är det täta samspelet med kommunernas omsorg/hemtjänst.

#### 4.2.2. Specialiserad närsjukvård

Den specialiserade närsjukvården omfattar dels vård av dem som uppsöker specialistvård och som inte behöver det fullt utrustade sjukhusets resurser, dels vård av dem som remitterats dit från sjukhus eller från primär närsjukvård.

Den specialiserade närsjukvården omfattar dels utredning, behandling och uppföljning av de patienter som själva uppsöker specialistvård som inte kräver den fullt utrustade sjukhusvårdens resurser, dels vård och behandling av patienter som remitterats vidare från den primära närsjukvården eller genomgått behandling/operation på sjukhus. Förutom dagens öppna specialistvård omfattar den specialiserade närsjukvården även vård vid närsjukhus. Geriatriker och psykiatriker har en viktig funktion för vården av äldre och psykiskt sjuka i deras boende.

#### 4.2.3. Samverkansvård

Samverkansvården omfattar de personer som idag behöver hälso- och sjukvård i boendet och som dessutom har ett varaktigt behov av läkarinsatser.

Vårdbehoven hos äldre och funktionshindrade patienter är ofta stora och sträcker sig över flera vårdnivåer och huvudmän vilket ställer stora krav på ett väl utvecklat samarbete. För att samarbetet skall fungera behöver denna vård få en egen definition i närsjukvården. Med detta följer också särskilda regler för finansiering och styrning. Vi har valt att kalla denna del av närsjukvården för samverkansvård.

Varaktigt behov av läkarinsatser i boendet syftar på vårdbehov som bedöms vara regelbundna och livsvariga hos personer och som inte själva kan ta sig till läkare utan ledsagning. Till samverkansvården hör t ex många äldre och kroniskt sjuka patienter med stora funktionshinder. Beslut om vilka personer som har behov av varaktiga läkarinsatser i boendet måste grundas på tydliga nationella riktlinjer och professionell bedömning. Besluten skall tas av ansvarig läkare efter samråd med kommunens biståndshandläggare. Även

patienten skall naturligtvis ge sitt samtycke. Vi bedömer att om *samverkansvården* funnits idag skulle den omfatta 50 000–100 000 personer. I samverkansvården sköts även personer med behov av palliativ hemsjukvård och hospicevård.

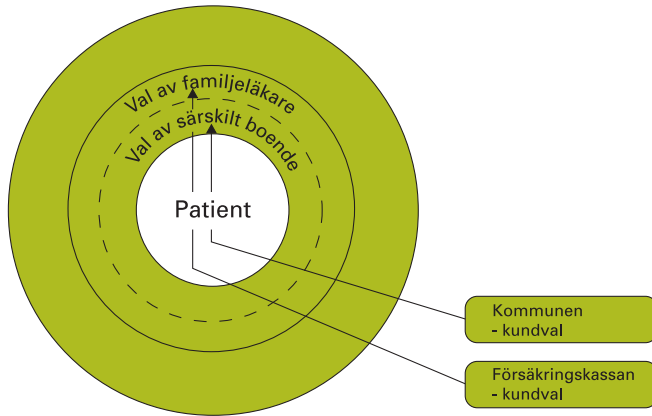
### 4.3. Närsjukvårdens styrning och finansiering

Alla offentligt finansierade sjukvårdssystem har i princip tre grundmodeller för styrningen att välja mellan. Den vanligaste modellen bygger på att vårdtjänsterna produceras i egen regi och att verksamheterna får begära anslag i en budgetdialog. Modell två bygger på offentlig beställning där en mångfald av vårdgivare konkurrerar om att få sköta produktionen. Lite tillspetsat kan man säga att första modellen innebär ett offentligt monopol utan tidsgräns och den andra att privata vårdgivare får ett tidsbegränsat monopol. Modell tre bygger på att upphandlingen överläts till hushållen och att dessa får en skattefinansierad öronmärkt ”vårdpeng” för köp av vård från godkända vårdgivare. Vi skiljer alltså på:

1. anslagsmodellen
2. anbudsupphandlingsmodellen
3. kundvalsmodellen

En viktig aspekt vid val av styrmodell för närsjukvården är om vårdtjänsterna är av individuell eller kollektiv natur. En kollektiv tjänst kännetecknas av att dess nytta delas av flera individer och att det är svårt att privatisera konsumtionen, exempel på detta är sjukvårdsupplysning på nätet. En annan aspekt att ta hänsyn till är om patienten kan förväntas ha tillräcklig information om olika alternativ för att själv välja vårdgivare och en tredje är om skalfördelarna är så stora att värdet av en samordnad upphandling och produktion överstiger värdet av småskalighet och alternativ.

### 4.3.1. Styrningen av den primära närsjukvården



#### Familjeläkarvården

Familjeläkarvården kan betraktas som invånarnas försäkring för behandling av vanliga sjukdomstillstånd/skador. Vi menar att invånaren har goda möjligheter att tillgodogöra sig den information som krävs för att själv välja vårdgivare för denna tjänst. Sett ur detta perspektiv kan man se familjeläkarvården som en försäkringstjänst av individuell natur. För denna vård finns begränsade fördelar med gemensam upphandling och produktion, dvs. verksamheten lämpar sig mer för småskalighet och alternativ i vårdutbudet. Sammantaget talar detta för att den huvudsakliga styrningen kan ske genom att alla invånarna erbjuds en "vårdpeng" som följer deras val av läkare. Familjeläkarvården inkluderar även sammanhängande vård av t ex sjuksköterska, psykolog, kurator och sjukgymnast.

Läkarförbundet har länge framhållit att både ersättningssystem och grunduppdrag för familjeläkarvården bör regleras nationellt. Därutöver åtar sig familjeläkarvården regionala tilläggsuppdrag. I det nationella grunduppdraget ingår rådgivning, undersökning, bedömning och behandling. Exempel på tilläggsuppdrag är handledning av personal i särskilda boenden. Samverkansvinster kan uppnås om familjeläkaren knyter till sig ett team bestående av t ex sjuksköterskor, psykologer, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Antalet invånare per heltidsarbetande familjeläkare bör uppgå till högst 1 500. På så vis säkras utrymme för en god och personlig service till patienten liksom en rimlig arbetsbörda för läkaren.

Samtliga läkare med specialistkompetens i allmänmedicin ska ha möjlighet att etablera sig inom systemet. Den konkurrenssituation som naturligt uppstår stimulerar familjeläkarna att finna nya lösningar och anpassa sin verksamhet efter hushållens önskemål och behov. Genom listningsförfarandet elimineras risken för överetableringar. När behovet är mättat inom ett visst område kan inte fler allmänläkare försörja sig på verksamheten. Sannolikt kommer många familjeläkare välja att etablera sig i områden där konkurrensen är mindre varför vi kan räkna med en jämn spridning av allmänläkare över landet.

Det är viktigt att familjeläkarvårdens ersättningssystem stimulerar både hög tillgänglighet och kvalitet i vården. Vårdpengen bör därför bestå av både kapitering och prestationsersättning som utbetalas av Försäkringskassan.

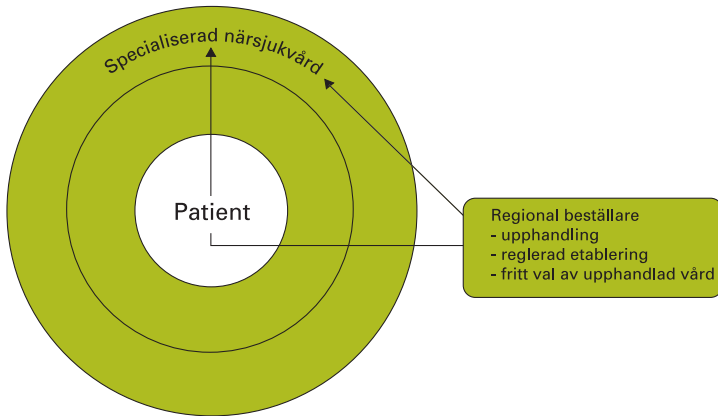
Ett av syftena med en utbyggd familjeläkarvård är att skapa förutsättningar för helhetssyn på patienten och en effektivare vård. Bättre samverkan med den specialiserade närsjukvården och sjukhusvården skulle resultera i att många patienter färdigbehandlades snabbare och med bättre slutresultat. Samordningen av patientens sjukvård är en viktig uppgift för familjeläkaren. Hos familjeläkaren tillgodoses också patientens behov av uppföljning och behandling av sjukdomar som primärt handlagts inom annan specialitet.

I framtidens närsjukvård måste ett ökat kompetensutbyte mellan vårdnivåerna stödjas av beställaren. Genom att skapa personliga nätverk ökar kunskapen om varandras kompetens. Ett ökat kompetensutbyte sker också genom att främja medicinska konsultbesök hos varandra. Med regelbunden kontakt mellan familjeläkare och övriga specialister i närsjukvården kommer patienterna inte att behöva slussas vidare lika ofta och om det ändå behövs blir beredskapen att överta varandras patienter större. Vidare måste den regionala beställaren stödja gemensamma fortbildningsaktiviteter.

### **Vård i boendet**

Vi anser att den vård och omsorg som tillhandahålls i särskilda boenden huvudsakligen är av individuell natur. Därför kan denna "upphandlas" av patienter och anhöriga själva. Valet av vårdgivare kräver vanligtvis inte professionell kompetens. Inga tydliga stordriftsfördelar gör heller att en centraliserad upphandling är att föredra. Många kommuner har också lyckats väl med att låta dem som behöver särskilt boende själva få välja och därmed påverka utbudet. I valet av boende inkluderas då den hälso- och sjukvård som anordnaren erbjuder. Efter biståndsbedömning bör man också erbjuda en vård- och omsorgspeng erbjudas patienten.

#### 4.3.2. Styrningen av den specialiserade närsjukvården



Allt mer specialiserad vård kan ske utanför sjukhusen. I valet mellan de tre styrmodellerna har vi resonerat på följande sätt. Medicinsk kompetens krävs för att fullt ut kunna värdera skicklighet och kompetens i det breda utbudet av specialister inom olika specialiteter. Det föreligger också ofta ekonomiska skalfördelar. Detta talar för en samordnad upphandling där en mångfald av vårdgivare får konkurrera om rätten att få sköta produktionen. Rätt utformad går denna modell (2) att kombinera med stor valfrihet för patienterna.

Förutom dagens öppna specialistvård omfattar den specialiserade närsjukvården även närsjukhus. På närsjukhusens vårdavdelningar läggs patienter in för längre eller kortare tid. Vi anser att vårdplatserna bör konkurransupphandlas av de regionala beställarorganisationerna. Utformning och finansiering av närsjukhusen kommer att variera. Anbudsfrågan – riktad till både landstingsdrivna och privata sjukhusföretag – kan även komma att omfatta vanligt förekommande medicinska behandlingar inom t.ex. akutmedicin, internmedicin, psykiatri, pediatrik, gynekologi, ortopedi, geriatrik och viss palliativ vård. Till syvende och sist blir det en fråga för regionen att bestämma vilka behandlingar inom vilka specialiteter som skall erbjudas på närsjukhusen. I vårdavtalen skall vårdens inriktning, innehåll, olika volymtal och kvalitetskrav anges, liksom omfattningen av ST-utbildning. Beställaren skall också precisera kraven på samverkan med den primära närsjukvården och den öppna specialistvården.

Den specialiserade närsjukvården är ett komplement till den primära närsjukvården och den fullt utrustade sjukhusvården. Det är viktigt att specialisterna regelbundet kan alternera mellan arbete i närsjukvården och den fullt utrustade sjukhusvården. Genom att alternera mellan sektorerna sker en ömsesidig kunskapsspridning. Detta främjar en god kvalitetsutveckling och ökar möjligheterna för patientnära klinisk forskning.

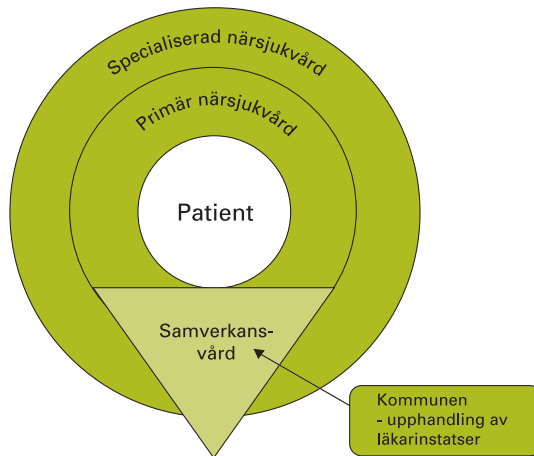
Specialistläkarens ersättningar skall regleras nationellt, motsvarande dagens nationella taxa (lagen om läkarvårdsersättning). Taxan kan vidareutvecklas i regionala tilläggsuppdrag utifrån lokala förhållanden. Uppdraget ordnas i ett baskontrakt där villkor för vårdproduktionens basala innehåll och ersättning framgår, motsvarar det som i dagens läkarvårdsstaxa kallas normalbesök. Genom att ersättningarna för olika typer av specialistvård är nationellt reglerade kommer kvaliteten bli det konkurrensmedel som avgör vilka företag/specialistläkare som får uppdraget. Ersättningarna (taxan) omförhandlas mellan staten och den medicinska professionen regelbundet.

Alla specialistutbildade läkare, oavsett driftsform, ska ha möjlighet att konkurrera om kontrakten på lika villkor. Den regionala beställarorganisationen beräknar totalvolymen för öppenvården i regionen – dvs i praktiken hur många kontrakt som ska utföras och inom vilka specialiteter. Därmed elimineras risken för överetablering. Kontrakten bör vara långvariga.

Till ett baskontrakt fogas tilläggsåtaganden vilka reglerar den mer avancerade sjukvård som läkaren och beställarorganisationen kommer överens om – dvs det som inte kan klaras inom ramen för en normalbesöksverksamhet. Vilka tilläggstjänster den enskilde läkaren de facto ska utföra i sin verksamhet är en förhandlingsfråga mellan läkaren och den regionala beställarorganisationen.

I den specialiserade närsjukvården måste utrymme skapas för läkare under specialiseringstjänstgöring (ST). För blivande allmänmedicinare kan en sådan tjänstgöring till delar ersätta utbildningsmoment som idag utförs inom sjukhusvården. För de blivande organspecialisternas del kommer de i den specialiserade närsjukvården att komma i kontakt med patienter som de idag träffar på sjukhuset. Tjänstgöringen inom den specialiserade närsjukvården kommer att utgöra bas för framtida rekrytering av läkare till densamma. Att handleda blivande specialister måste vara ett tilläggsuppdrag och de medel som krävs bör följa ST-läkaren.

### 4.3.3. Styrningen av samverkansvården



Vi anser att all vård av samverkansvårdens patienter bör finansieras av kommunen. När Ädel- och LSS-reformerna genomfördes fick landstingen behålla väsentliga delar av sjukvårdsansvaret. Hit hör bl a ansvaret för läkarinstatser och akutsjukvård. Vård- och finansieringsansvaret för dessa patienter blev därmed splittrat.

För att balansera de starka ekonomiska drivkrafterna att övervältra kostnadsansvaret har statsmakterna försökt att lagstiftningsvägen tvinga landsting och kommun att sluta särskilda samverkansavtal. Ett bättre sätt att skapa samverkan mellan de två huvudmännen är att uppnå situationer påminnande om förhållandet mellan köpare och säljare. I ett köp- och säljförhållande går de båda huvudmännen (eller dess vårdgivare) in i samarbetet frivilligt och får båda del av de samordningsvinster som en förbättrad samverkan förväntas ge. Om säljaren inte uppfyller avtalet riskerar ersättningen att gå förlorad, om köparen inte betalar slutar säljaren leverera. Vår slutsats är att hela betalningsansvaret för samverkansvårdens patientgrupper bör överföras på kommunerna. Vi menar att kommunens betalningsansvar ska upphöra först vid inläggning på sjukhus. När samverkansvårdens patienter är utskrivningsklara återgår – precis som idag – betalningsansvaret på berörd kommun. Det betyder att akutbesöken vare sig det är vid sjukhus eller i närsjukvården omfattas av kommunernas betalningsansvar.

Alla invånare skall ha en fast läkarkontakt, men det är bara om invånarna räknas till samverkansvårdens krets som läkarens tjänster skall finansieras av kommunen. Med vår modell finns det möjligheter för kommunen eller de företag som driver särskilda boenden för äldre och funktionshindrade att anställa eller träffa avtal med läkare inom den primära eller specialiserade närsjukvården. Personer som bor i särskilt boende skall dock alltid ha möjlighet att behålla sin familjeläkare. Ersättningen till familjeläkaren regleras i så fall i tilläggsuppdraget.

Samverkansvårdens särskilda patientgrupper behöver ofta medicinska insatser från flera olika håll. Detta ställer stora krav på god kommunikation inte bara med familjeläkarvården utan även med den specialiserade närsjukvården och sjukhusvården. Vid in- och utskrivning från sjukhus måste stor vikt läggas vid vårdplaneringen. Det måste också finnas möjligheter att kommunicera väsentlig medicinsk information i ett gemensamt journalsystem.

Sammanfattningsvis innebär vårt förslag att kommunerna kommer att få en mycket viktig roll för att samordna och upprätthålla en god och kostnads-effektiv vård till de patientgrupper som behöver varaktig vård och omsorg i sitt boende. De mindre kommunerna kommer säkert ha svårt att bygga upp en egen beställarkompetens på detta område och måste därför samarbeta med andra kommuner eller med statliga beställarkanslier på regional nivå (övergångsvis med landstingen).

### Närsjukvårdens styrning och finansiering

	Specialiserad närsjukvård	Primär närsjukvård	Samverkans- vård
Finansiär	Staten	Staten	Staten/ kommunerna
Beställning/ Kundval	Regional beställning <small>Med frihet för patienten att välja bland kontrakterade vårdgivare</small>	Kundval <small>Alla väljer sin egen familjeläkare</small>	Kundval <small>Patienten väljer sitt särskilda boende och sin fasta läkarkontakt</small>
Granskning och tillsyn	Riksrevisionen / Socialstyrelsen		
Utförare	Alla driftsformer: Landsting, privata företag, stiftelser och kooperativ		

## 5. Förutsättningar för genomförande

### 5.1. Forskning och utbildning

#### Forskning

En vanlig missuppfattning är att klinisk forskning främst är av intresse inom den högspecialiserade vården. Denna missuppfattning kan delvis förklaras av att vissa ovanliga syndrom och sjukdomstillstånd väcker särskilt intresse men kanske framför allt för att man inom den högspecialiserade vården ofta har god kontroll över hela patientgrupper. Klinisk forskning avseende folksjukdomar, d v s sjukdomar med hög prevalens i befolkningen, diabetes, kroniska inflammatoriska sjukdomar etc, har försvärats av vårt nuvarande sjukvårdssystem. Detta för att den kliniske forskaren har svårt att skapa ett rättvisande urval från hela patientgruppen.

Vår modell för framtidens närsjukvård kommer genom den planerade integrationen av familjeläkare, specialister i öppenvården och sjukhusvård att på ett helt nytt sätt ge möjlighet att skapa kunskap om naturalförlopp, etiologi och primärprevention för olika folksjukdomar. Därvid skapas utrymme för att pröva skilda studier såväl primärpreventiva som andra interventioner i stora oselekerade patientmaterial. Nya möjligheter öppnas att studera effekten av skilda organisationsstrukturer vad gäller omhändertagande av patienter. Både för hårda utfall såsom sekundär morbiditet, överlevnad och för livskvalitet. Man kommer vidare att kunna lägga upp populationsbaserade studier för att följa utvecklingen över tid såväl vad gäller incidens som förändringar i sjukdomsförlopp. Framtidens närsjukvård kommer därför – om den används på rätt sätt av forskarsamhället – att skapa bättre förutsättningar för klinisk patientnära forskning för både universitetskliniker och forskningsprojekt utanför de medicinska fakulteterna. För att uppnå en forskning av hög kvalitet i närsjukvården får projekten inte bedrivas som isolerade projekt av enstaka personer. Istället bör projekten bedrivas som processer och vara kopplade till fakulteten eller lokala FoU-enheter knutna till en fakultet.

I närsjukvården finns det särskilt goda möjligheter att förstärka den kliniska behandlingsforskningen för äldre patienter, såväl för akuta och elektiva hälsoproblem som för riskfaktorhantering. Utvärderingar har tidigare visat att det vetenskapliga underlaget avseende behandling är som sämst för äldre med många diagnoser, vilka är de som får mest behandling av olika slag<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Evidensbaserad äldrevård, SBU 2003

## Utbildning

Generellt är det av stor vikt att den framtida närsjukvårdens struktur och styrning blir attraktiv även ur utbildningssynpunkt. En väl definierad specialiseringstjänstgöring – med logiskt sammanhållna placeringar, tydliga utbildningsmål, kliniska handledare och förstärkt studierektorsroll – kommer till stor del att kunna förläggas till närsjukvården. Vad gäller grundutbildningen kommer det, med universitetssjukhuset som nav, att finnas goda möjligheter att föra ut en stor del av undervisningen i en sjukvård där läkarstudenterna exponeras för de stora folksjukdomarna. För ST-läkaren skulle även det fullt utrustade sjukhuset, jämte den högspecialiserade vården, utgöra utgångspunkt för utbildningen. Exempelvis skulle ST-läkare under senare delen av specialisttjänstgöringen kunna leda öppna mottagningar i nära samarbete med sjukhusvården. En förutsättning för detta är en kvalitetssäkrad handledarfunktion, exempelvis i form av handledarledda parallella mottagningar som ST-läkaren kan konsultera. Studierektorsrollen för ST-läkare behöver också tydliggöras med klarare definitioner på vederbörandes arbetsuppgifter, ansvar och befogenheter. I närsjukvården kommer det även finnas bättre möjligheter att bygga de sjukvårdsteam som behövs i framtidens sjukvård. Handledare och utbildande kliniker, oavsett om det gäller sjukhusvård, specialiserad eller primär närsjukvård, avses utvärderas bl a via obligatoriska SPUR-inspektioner. En annan viktig kvalitetsfråga är frågan om en strukturerad, kontinuerlig fortbildning för samtliga läkare och där ömsesidig konsultation utgör en naturlig grund i kompetensutvecklingen.

Ansvar för att dimensionera och budgetera för ST-utbildningen ligger i vår modell på de regionala beställarkontoren (övergångsvis landstingen). Dessa har att skatta det framtida behovet av läkare inom olika specialiteter. Idag skulle exempelvis dimensioneringen av utbildningen i allmänmedicin, psykiatri och geriatrik ha stått i fokus.

På utförarsidan måste även närsjukhusen, de fullt utrustade sjukhusen (inklusive universitetssjukhuset), budgetera för sina läkarstudenter, AT- och ST-tjänster och ta upp dessa utbildningsposter samt tjänster i prisförhandlingarna med beställarkontoren. Dessa medel skall sedan följa med läkarstudenten, AT- och ST-läkaren under de olika placeringarna utanför den fullt utrustade sjukhusvården och närsjukhusen. För ST-läkaren är tillsvidareanställning samt en organisatorisk hemvist (definierad arbetsplats/klinik) av stor vikt, inte minst ur ett arbetsmiljöperspektiv, även om en stor del av själva tjänstgöringen sker utanför denna.

## 5.2. Arbets- och anställningsformer

Läkarkompetensens rörlighet mellan nivåerna och huvudmännen blir ett viktigt inslag i närsjukvården.

Specialisterna i den specialiserade närsjukvården måste beredas möjlighet att deltidsarbeta inom sjukhusvården. Dels för att utföra åtgärder som kräver sjukhusens särskilda resurser, dels för att upprätthålla och förbättra kompetens inom områden som ännu sällan praktiseras inom öppenvården (den specialiserade närsjukvården). Detta bör kunna lösas inom tilläggskontraktets ramar.

Läkare med anställning på ett sjukhus bör likaledes, dels av samma skäl som ovan, dels för att möjliggöra en snabb utbyggnad av den öppna specialistvården, beredas möjlighet till viss tjänstgöring inom olika delar av närsjukvården. Detta bör kunna lösas inom anställningsavtalet eller med någon form av vårdavtal.

Av vårt förslag framgår att kommunen skall kunna anställa läkare. Men det bör också vara möjligt att kombinera en anställning hos de två huvudmännen. Kombinationstjänster förekommer i dag mellan landsting och stat. Därtill kan kommunerna med fördel sluta avtal direkt med familjeläkarna och specialisterna i den specialiserade närsjukvården om viss produktion på exempelvis äldreboende eller sjukhem.

Arbetstidslagens krav på rimliga arbetstidsförhållanden gäller givetvis för de föreslagna typerna av tjänster.

## 5.3. Ekonomiska regleringar

I *Framtidens sjukvård – finansiering, styrning och struktur* från år 2004 föreslår Läkarförbundet att landstingens hela finansieringsansvar övertas av staten genom en skatteväxling. Den föreslagna skatteväxlingen uppgår till ca 10 kr per skattekrona. En stor del av dessa resurser fördelar staten ut till regionala statliga beställarstyrelser som bland annat har att upphandla/finansiera behovet av specialiserad närsjukvård. En annan del av statens resurser kanaliseras till Försäkringskassan för att finansiera den primära närsjukvården, det vill säga det nationella familjeläkarsystemet.

Den modell för närsjukvårdens finansiering och styrning som presenterats i detta program involverar även kommunerna. Detta påverkar i viss mån ovanstående modell. Exempelvis innebär förslaget att ansvaret för hemsjukvården (upp till sjuksköterskenivå) övertas av kommunerna. En skatteväxling måste därför även göras med kommunerna. Den kommunala skatteväxlingen uppgår till ca 40 öre per skattekrona och kräver inga förändringar av

kostnadsutjämningsystemet. Denna skatteväxling berör dock bara de 146 kommuner som ännu inte, efter frivillig överenskommelse, övertagit ansvaret för hemsjukvården.

Förutom hemsjukvården föreslår vi att även samverkansvården skall finansieras av kommunerna. För denna vård krävs dock en modell baserad på statsbidrag. Det beror på att vården är kostsam och att kostnaden måste slås ut på alla skattebetalare och inte bara på den berörda kommunen. Skulle kommunen betala vårdkostnaden för dessa patienter på egen hand är risken stor att dessa skulle försöka övervältra kostnaderna på annan kommun eller på sjukhusvården. Hade samverkansvårdens resurskrav på ett rättvisande sätt kunnat speglas av opåverkbara strukturfaktorer, såsom ålderssammansättning eller könsfördelning, hade istället en kompensation kunnat ske via kostnadsutjämningsystemet. Ett varnande exempel utgör dagens dispyter om vilken kommun som har betalningsansvaret för personer med rätt till stöd enligt LSS och LASS. En kommun som bromsar utbyggnaden av särskilda boenden kan ganska lätt få denna grupp att flytta till kommuner där en utbyggnad redan skett. Allt utan att kostnadsutjämningsystemet påverkas.

Statsbidraget som vi föreslår ska införas bör baseras på schablonkostnader för olika vårdtyngd och utbetalas efter ansökan från kommun. Som tidigare framgått skall schablonbidraget finansiera de ”boendes” behov av läkarvård från både primär och specialiserad närsjukvård samt för akutbesöken vid de fullt utrustade sjukhusen. För att dämpa sjukhusens incitament att underbehandla dessa patienter och remittera tillbaka dem till den specialiserade närsjukvården (till exempel till närsjukhusen) måste sannolikt betalningsansvaret för alla behandlingar i den öppna specialistvården, vare sig det är på sjukhusen eller inom den specialiserade närsjukvården, delas mellan staten och berörd kommun.

## 5.4. Övriga strukturåtgärder

### Oberoende revision

I Sverige utförs den nuvarande landstingskommunala revisionen av förtroendevalda revisorer. En svaghet med detta är att revisorerna är en del av det system de granskar. Vi anser att en tillförlitlig revision av hälso- och sjukvården kräver en betydligt större grad av oberoende i förhållande till finansören. Det naturliga vore att uppdraget i stället ålades riksdagens revisionsorgan, Riksrevisionen, vars oberoende garanteras av regeringsformen och som på egen hand beslutar om de granskningar som skall genomföras och vilka slutsatser som skall dras.

Genomförs Läkarförbundets sjukvårdmodell i sin helhet sker emellertid en sådan förändring av revisionsuppdraget automatiskt. I vår modell är riksdagen – som folkets företrädare – den yttersta beställaren eller finansiären. Riksdagen kommer ha ett naturligt intresse av insyn i de regionala beställarorganisationernas verksamhet och därmed vidga Riksrevisionens uppdrag.

### **Öppen verksamhetsredovisning**

Det måste utvecklas bättre system för öppen verksamhetsredovisning. Alla verksamheter som bedriver vård bör åläggas att leverera enhetliga och jämförbara uppgifter som kan utgöra bas för värdering av vårdens kvalitet. Det gäller uppgifter om vad enheten levererar (typ av tjänst och omfattning) och de resultat man uppnår (tillgänglighet och utfallet av olika behandlingar). Sådan information är oundgänglig som verktyg för kontinuerlig uppföljning av verksamheten i olika avseenden, exempelvis för Riksrevisionen (se ovan) eller Socialstyrelsen som övervakar patientsäkerheten.

Informationen om vårdens kvalitet skall vidare publiceras öppet och lättillgängligt på ett sådant sätt att jämförelser mellan vårdgivare blir rättvisande. Stora ansträngningar måste läggas ned på att minska risken för missförstånd. För den enskilde är öppen redovisning av vårdens kvalitet både en medborgerlig rättighet och en förutsättning för att man skall kunna göra ett välgrundat val mellan olika vårdenheter. För vårdgivarna innebär den en möjlighet att jämföra sig med andra verksamheter, vilket bidrar till en spridning av goda exempel i form av nya behandlingsmetoder etc.

## Litteratur

Anell, Anders *Närsjukvård - nya revirstrider eller patientorienterad vård*, Läkartidningen nr 14 2004

*Framtidens sjukvård – finansiering, styrning och struktur*, Sveriges läkarförbund (2004)

*Förenklad kommunal utjämning* (SOU 2000:120)

*Gemensamt finansierad utjämning i kommunsektorn* (SOU 2003:88)

*God vård på lika villkor*, Socialstyrelsen, Ansvarskommittén, (okt 2005)

Häggroth, Sören *Staten och kommunerna*, Ansvarskommittén (dec 2005)

*Hälso- och sjukvården till 2030. Om sjukvårdens samlade resursbehov på längre sikt*, Sveriges kommuner och landsting, (2005)

*Kartläggning av närsjukvård – en underlagsrapport inom uppföljningen av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården*, Socialstyrelsen, (2003)

Sahlin, Jan *Hälso- och sjukvårdslagen Med kommentarer* (2000)

*Sammanhållen hemvård* (SOU 2004:68)

*Samverkansutredningen år 2000* (SOU 2000:114)

*Skånsk livskraft*, Region Skåne, (2004)

*Utveckling av närsjukvården i Göteborgsområdet*, Västra Götalandsregionen, (2005)

### Hälso- och sjukvårdslagen

Vårt förslag påverkar i hög grad gällande definitioner i hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Det gäller inte minst definitionerna av sjukvårdens olika nivåer och huvudmannskapet för de olika sjukvårdsinsatserna.

I 3 § andra stycket HSL sägs att landstingets ansvar inte omfattar sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 § första och tredje styckena. Hänvisning måste här göras till dels fjärde stycket om läkarmedverkan, dels ett eventuellt nytt stycke i 18 § om Samverkansvård.

I 5 § första stycket HSL definieras dagens vårdnivåer; slutenvård, öppenvård och primärvård. Paragrafen bör kompletteras med definition av närsjukvård. Av andra stycket framgår landstingens skyldighet att tillhandahålla en fast läkarkontakt till alla som är bosatta i landstinget. Denna skyldighet kommer inte att gälla de patienter som omfattas av samverkansvården.

I 18 § regleras kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar och definieras vilka patientgrupper som omfattas. Här är det mest naturligt att infoga ett nytt stycke om Samverkansvård. Andra och tredje styckena måste ersättas med ett stycke om att hemsjukvården överförs till kommunerna. Fjärde stycket bör också justeras så att det framgår att kommunens ansvar även omfattar läkarinsatser om behovet i boendet bedöms varaktigt. I denna paragraf måste man också förtydliga att de boende alltid skall ha rätt att välja sin egen familjeläkare.

I 24 § första stycket HSL regleras vilket ansvar som den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) har inom kommunens ansvarsområde. De medicinska ledningsuppgifter som MAS har är ledningsuppgifter som i andra sammanhang åligger verksamhetschefen. Ledningsuppgifter av medicinsk natur ska ligga hos den befattningshavare i kommunen som har den högsta medicinska kompetensen. Det stora flertalet av patientgrupperna i 18 § kommer även fortsättningsvis att endast ha tillfälliga behov av läkarinsatser. Alltså är ansvaret i denna del oförändrat, men eftersom ansvaret för samverkansvården nu ger kommunen möjlighet att anställa läkare krävs justeringar av 24 §.

### Kommunallagen

Av kommunallagens kompetensbestämmelser följer att kommunerna inte har någon befogenhet att anställa läkare/tillhandahålla läkarinsatser inom ramen för sin nuvarande hälso- och sjukvård, dvs. den sjukvård som bedrivs enligt 18 § i särskilda boendeformer, dagverksamheter och hemsjukvård. Med ändringar i HSL strider det inte längre mot kompetensbestämmelserna. Kompetensbestämmelserna är allmänt formulerade och någon justering behöver därför inte göras i kommunallagen.

Utöver de förändringar som vi berört ovan kommer det naturligtvis att behövas justeringar och följdändringar i andra lagar och förordningar på hälso- och sjukvårdens område och i föreskrifter från Socialstyrelsen. Våra förslag om ersättningsystemen i den primära och specialiserade närsjukvården kräver t ex lagstiftning som vi inte utvecklar närmare här.