

Sundbyberg 2018-11-15

Diarienummer: S2018/03436/FS

Vår referens: Sofia Karlsson

Mottagare:
s.remissvar@regeringskansliet.se

Remissvar: God och nära vård 2018:39

Funktionsrätt Sverige är en samarbetsorganisation för 41 funktionsrättsförbund som tillsammans representerar cirka 400 000 medlemmar. Vårt arbete grundar sig på mänskliga rättigheter. Vi driver medlemmarnas funktionsrätt, det vill säga rätten att fungera i samhällslivets alla delar på lika villkor. Vårt mål är ett samhälle för alla.

Flera av våra medlemmar har behov som kan vara komplexa och kräva vård och behandling från flera olika vårdprofessioner och specialiteter. Vi är därför positiva till att den personcentrerade vården lyfts fram av utredningen, liksom samverkan mellan olika huvudmän. Vi tror dock att det kommer att behövas än större insatser för att få dessa förslag att bli verklighet. Det vi saknar i utredningen är huvudsakligen förslag för att säkerställa kontinuerlig utbildning och kompetensutveckling inom primärvården. Inte minst kring samsjuklighet, komplexa tillstånd och funktionsnedsättningar, samt diagnostik.

Utredningen har i sina lagförslag varit mer tydliga med vem som ska ansvara för vad, än vad som tidigare varit fallet, vilket är bra. Den stora svagheten i vårdens lagar, det vill säga att patienterna saknar rätt att utkräva det som vårdgivarna och landstingen enligt lag ska ge, kvarstår dock.

Funktionsrätt Sveriges synpunkter på förslagen

8. Nationell plan för god och nära vård

8.1.1 Fördjupad målbild och färdplan: från akutsjukhus till nära vård

Funktionsrätt Sverige tycker att det är bra med en tydlig gemensam målbild och färdplan, positivt att den personcentrerade vården och patientperspektivet lyfts, liksom kompetensförsörjning och digitalisering. Vi välkomnar primärvårdens tänkta roll som nav i vård och omsorg, liksom att samspel ska ske även med övrig kommunal hälso- och sjukvård samt socialtjänst. För enskilda patienter kan det dock även fortsättningsvis vara mer lämpligt att en aktör utanför primärvården tar den samordnande rollen. Våra farhågor gäller främst genomförandet av planen.

8.3 Att följa färdplanen

Funktionsrätt Sverige tror att det är en mycket god idé att ha nationella samråd för att säkerställa att planen följs och om nödvändigt föreslå justeringar. Viktigt är dock att även patient- och funktionsrättsorganisationer involveras. Enligt funktionsrättskonventionen artikel 4.3 ska personer med funktionsnedsättning aktivt involveras i alla beslut som berör dem vilket ett större ansvar för primärvården kommer att göra. Det finns också ett värde i att även professionsförbund involveras. Det finns en risk att samlad och välbyggd kompetens och kunskap försvagas i en omorganisation av den här digniteten och då är det viktigt att även professionen är delaktig och kan föreslå nödvändiga justeringar.

Funktionsrätt Sverige har inga synpunkter på de indikatorer (storheter) som rör förtroende, återinskrivningar och ekonomi. Vi ställer oss dock lite frågande till om andel läkare med specialistbevis i allmänmedicin är en relevant kvalitetsindikator för en god primärvård. För många av våra medlemsförbund är andra kompetenser minst lika centrala. En av de största grupperna när det gäller sjukskrivningar (nära hälften) är personer med psykisk ohälsa. Var nionde svensk äter en antidepressiv medicin. En miljon svenskar tar sömnmedel. För denna grupp är en förstärkning av antalet kuratorer, psykologer och läkare med specialistkompetens inom psykiatri minst lika relevant för en god primärvård.

Funktionsrätt Sverige är positiva till att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys föreslås få ett övergripande uppdrag att bistå med underlag för att följa omställningen.

8.4 Systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå

Funktionsrätt Sverige är mycket positiva till en systematisk nationell uppföljning av primärvården, både på aggregerad nivå och uppdelat. **Funktionsrätt Sverige** anser dock att primärvårdens ansvar att lämna underlag för statistik och forskning bör tydliggöras, inte bara för den aggregerade uppföljningen utan även för kvalitetsregister, öppna jämförelser, forskning mm.

I en sådan nationell uppföljning utgår vi från att frågor om patientnöjdhet, delaktighet, information, trygghet, samordning och så vidare kommer att ställas till patienterna. Vi vill därför tydliggöra att för att fånga befolkningsperspektivet räcker det inte med bara enkäter. Många av våra medlemsgrupper svarar sällan eller aldrig på enkäter. Ett bra komplement skulle kunna vara brukarrevisioner eller riktade fokusgrupper.

Vi anser också att man i denna uppföljning bör använda sig av möjligheten att kombinera patientdata med annan befintlig statistik, för att identifiera effekten av reformen för olika grupper. Det kan till exempel handla om personer med psykisk ohälsa eller personer som omfattas av LSS. Sverige har i och med undertecknandet av FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, inte bara åtagit sig att ge en jämlik vård och erbjuda insatser som behövs speciellt på grund av funktionsnedsättning (artikel 25), utan även att genom statistik och forskning följa upp att så faktiskt sker (artikel 31).

9. En stark primärvård som utgångspunkt för ökad närhet till patienten

9.1 Definitionen av primärvård behöver moderniseras – HSL 2 kap.

Funktionsrätt Sverige tillstyrker förslaget att förtydliga att bedömningar ingår i primärvårdens uppdrag. **Funktionsrätt Sverige** hade dock önskat att utredningen fördjupat sig än mer kring bedömning och diagnosticering och återkommer med förslag under punkten om Hälso- och sjukvårdsföreskriften.

Funktionsrätt Sverige instämmer i att inte sjukhusen i sig är fundamentet för specialiserad vård, utan de medicinska och tekniska kvaliteterna. **Funktionsrätt Sverige** har dock svårt att avgöra vilka konsekvenser denna nya formulering av lagen skulle få för våra medlemsgrupper. Vad innebär egentligen begreppen "andra resurser" och "annan kompetens" när de frikopplas från begreppet "sjukhus"? Vilka effekter får denna ändring för patienter med komplexa tillstånd, samsjuklighet eller funktionsnedsättning? På vilket sätt skulle denna ändring påverka gränsdragningarna till psykiatris verksamheter? Vi ser redan idag att viss primärvård (tex. den som sker uteslutande på nätet) utestänger vissa av våra medlemsgrupper och känner en oro för att tillgången till vård för vissa grupper kommer att bli betydligt sämre än för andra. Denna oro gäller självklart även de grupper som redan idag slussas fram och tillbaka mellan olika vårdinstanser så som personer med samtidig neuropsykiatrisk diagnos, psykisk ohälsa, missbruk mm.

9.2.1 Primärvårdens grunduppdrag ska förtydligas i en Hälso- och sjukvårdsförordning

Funktionsrätt Sverige tillstyrker utredningens förslag att primärvårdens grunduppdrag ska regleras i förordning. Funktionsrätt skulle vilja lägga till en punkt under 3a kap 1 §, för att förtydliga primärvårdens uppdrag vid bedömning och diagnos

Bedömning och diagnos borde tas med i Hälso- och sjukvårdsförordningen 3a kap 1§

Det är oftast i primärvården man får sin första diagnos. Därför är primärvårdens kompetens kring diagnosticering helt avgörande för vårdens kvalitet. Flera av våra medlemsförbund vittnar om långa perioder av besök i primärvården utan diagnos. En undersökning visar att 40 procent av patienter med ankyloserande spondylit fått vänta mer än fem år på diagnos. En del så länge som tio år. En annan undersökning visar att det tar i snitt 3,5 år att få diagnosen psoriasisartrit. Även patienter med kronisk smärta eller fibromyalgi blir ofta långvariga besökare i primärvården utan att bli hjälpta. En liten, men sammantaget inte oväsentlig grupp, har dessutom en sällsynt åkomma, där det inte är ovanligt att man i primärvården aldrig ens har hört diagnosnamnet. I vissa fall kan bristande kunskap i diagnosticering få förödande konsekvenser. Ryggsmärta kan hos en patient med färdigbehandlad bröstcancer tyda på spridd cancer – då är såväl tillgång till sjukdomshistorik och diagnosticeringskompetens helt centrala.

Funktionsrätt Sverige vill därför - i linje med det föreslagna tillägget av begreppet "bedömning" i HSL 2 kap. (9.1) - att det även i den föreslagna Hälso- och sjukvårdsförordningen tas med en punkt rörande bedömning och diagnos. De två viktigaste faktorerna är kontinuerlig kompetensutveckling i diagnosticering, inte minst vid samsjuklighet, komplexa tillstånd och funktionsnedsättning, och tillgång till patientens hela sjukdomshistorik/journal eftersom det är en central ledtråd i diagnosticeringen. Man bör även överväga hur de nationella riktlinjerna och kvalitetsregistren kan användas för att förbättra diagnos och bedömning.

9.2.2 Vilka behov ska mötas? – Hälso- och sjukvårdsförordningen 3a kap 1§, punkt 1

Utredningens förslag till punkt 1 i Förordningen sammanfaller i stort med det förslag av definition av primärvård man föreslår i HSL kap 2 (9.1). Utöver de synpunkter vi redan lämnat under punkt 9.1 så anser vi att man i förordningen tydligare skulle kunna ange vilka kompetenser man kan förvänta sig ska finnas i primärvården. Det finns idag både en strömning mot en universellt utformad vård, som ska fungera för alla oavsett funktionsnedsättning och en strömning mot primärvårdsenheter som specialiserar sig kring en eller flera diagnosgrupper eller funktionsnedsättningar. Båda har sina fördelar, men det måste vara tydligt för medborgarna var de kompetenser man behöver finns.

9.2.3 Tillgängligheten i primärvården ska motsvara befolkningens behov – Hälso- och sjukvårdsförordningen 3a kap 1§, punkt 8

Funktionsrätt Sverige tillstyrker utredningens förslag men vill förtydliga vikten av att begreppet tillgänglighet inte bara omfattar tillgång till vård utan även att vården är tillgängligt för personer med funktionsnedsättning. Det kan till exempel handla om bemötande, tillgänglig information och kommunikation, digitala lösningar, öppettider och påminnelser. Insatser som gör stor skillnad för vissa grupper, och som ofta också är till gagn för övriga.

9.2.4 Primärvårdens stödjande uppdrag – Hälso- och sjukvårdsförordningen 3a kap 1§, punkt 3

Funktionsrätt Sverige tillstyrker förslaget då det är ett steg i riktning mot en mer personcentrerad vård. För att detta ska bli verklighet behövs en betydligt större kunskap om patienter med

funktionsnedsättning, som till exempel psykisk ohälsa och kognitiva funktionsnedsättningar.

9.2.5 Primärvårdens samordnande roll – Hälsa- och sjukvårdförordningen 3a kap 1§, punkt 5

Funktionsrätt Sverige är mycket positiva till förslaget att primärvården ska samordna patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården. Det är oerhört viktigt att primärvården får ett tydligt uppdrag att samordna insatserna, inte bara inom vården utan också med kommun och socialtjänst. Inte minst är detta viktigt för patienter med psykiatriska problem som ofta har behov av stöd från båda huvudmännen. Vi kan inte nog betona vikten av att vården och kommunerna följer den lagstiftning som redan idag finns om koordineringsinsatser och möjligheten att använda sig av Samordnad individuell plan, SIP. Med tanke på att det redan idag finns möjligheter för samordning i långt högre utsträckning än vad som sker, anser **Funktionsrätt Sverige** att det vore det bra om förändringen i förordningen kompletterades med en bred utbildningsinsats för att förankra vikten av att ta ett samordningsansvar i praktiken. **Funktionsrätt Sverige** anser också att även om primärvården har ett uttalat samordningsansvar så får det inte innebära att andra grupper som till exempel specialister utestängs från att på egen hand ta ett samordningsansvar.

9.2.6 Utbildning och forskning inom primärvårdens område – Hälsa- och sjukvårdförordningen 3a kap 1§, punkt 4

Funktionsrätt Sverige ställer sig bakom förslaget att det ska bedrivas forskning inom primärvården. Detta är särskilt viktigt för de av våra medlemsgrupper vars vård sker nästan uteslutande inom primärvården. I och med primärvårdens roll som nav i vården så blir inte bara diagnosspecifik forskning relevant, utan även sådan som rör samsjuklighet och funktionsnedsättning kopplat till hälsa. För att detta ska kunna ske i praktiken behöver sjukvårdshuvudmännen också säkerställa att den data som finns inom primärvården tillgängliggörs för forskningen. Det finns också anledning att Landstingen även bör ställa krav på att utförare i primärvården bidrar till forskarutbildningen.

9.2.7 Primärvårdens förebyggande arbete – Hälso- och sjukvårdsförordningen 3a kap 1§, punkt 6

Funktionsrätt Sverige ställer sig bakom förslaget om primärvårdens roll för förebyggande insatser. Inte minst ser vi stora möjligheter till förebyggande arbete med hjälp av digitala verktyg. Viktigt är dock att även dessa insatser kan följas upp och kvalitetssäkras liksom att särskilt fokus läggs på dem som behöver det mest, till exempel personer med funktionsnedsättning, men även andra grupper. **Funktionsrätt Sverige** hade dock önskat ett förtydligande om att även sekundär- och tertiärprevention ingår i primärvårdens förebyggande uppdrag, då detta är särskilt viktigt för personer med kronisk sjukdom och funktionsnedsättning.

9.2.8 Primärvårdens rehabiliterande arbete – Hälso- och sjukvårdsförordningen 3a kap 1§, punkt 7

Funktionsrätt Sverige tycker att det är mycket bra att rehabilitering tydliggörs i primärvårdens uppdrag.

9.3 Vårdval i primärvården

Funktionsrätt Sverige ställer sig bakom utredningens förslag till ändring i HSL 7 kap. 3 a § om att (...) utförare ensam eller i samverkan med andra särskilt tillhandahåller de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att primärvårdens grunduppdrag ska fullgöras (9.3.1). Utöver att tillhandahålla kompetenser anser vi att landstingens och utförarnas ansvar att tillhandahålla kompetensutveckling för personal i vården skulle behöva tydliggöras.

9.4 Framgångsfaktorer för huvudmännen i utformningen av sin primärvård

Funktionsrätt Sverige ställer sig bakom utredningens bedömningar om hur huvudmännen bör utforma primärvården framgångsrikt. Inte minst är det viktigt för våra grupper att det finns ett interprofessionellt arbetssätt och lärande i primärvården, att kunskapsstyrningen fungerar, att kommuner inkluderas osv. Om det vore möjligt skulle vi gärna se ett ännu tydligare uppdrag för primärvårdsutförare, såväl inom landsting som kommun, att delta i relevanta kvalitetsregister och att landsting och regioner ska ge samtliga utförare förutsättningar att ansluta sig till PrimärvårdsKvalitet (9.4.2). **Funktionsrätt Sverige** är också positiva till förslaget att kommuner bör införa funktionen medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR), men skulle gärna se att det var

lagstadgat på samma sätt som det idag är för medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) (9.4.3). Många av våra medlemsgrupper finns redan idag huvudsakligen inom primärvården och därför är det helt centralt för oss att forskningen inom primärvården stärks (9.4.4).

Funktionsrätt Sverige skulle dock vilja förtydliga vikten av att patienter och deras företrädare får en aktiv roll i utvecklingen av digitala tjänster (9.4.6), för att säkerställa att det är patienternas behov, förutsättningar och preferenser som styr och inte vårdens behov av effektivisering och kostnadsminimering. Och självklart ska såväl digitala tjänster som utvecklas av vården och upphandlas, utformas universellt så att de fungerar för alla, även personer med funktionsnedsättning. Vi vill också lyfta risken för undanträngnings-effekter för dem som inte kan använda sig av digitala verktyg, och vikten av att även dessa personers tillgång till vården ökar i samma utsträckning som för andra.

Funktionsrätt Sverige kan inte nog betona vikten av att ersättningssystemen är utformade på ett sådant sätt att de med störst behov verkligen prioriteras i vården och att samordning premieras. Inte minst är det viktigt att personer med stora och komplexa behov inte ska riskera att bollas fram och tillbaka mellan olika vårdinstanser (9.4.7).

10. Kontinuitet i primärvården

Funktionsrätt Sverige delar utredningens bedömning att kontinuitet är centralt (10.1), men behoven ser olika ut beroende på om man har flera kroniska sjukdomar, funktionsnedsättning mm. eller bara besöker vården sporadiskt. **Funktionsrätt Sverige** anser att det är viktigt med en fast vårdkontakt, inte minst behövs en person som fungerar som en koordinator och samordnar all vård och behandling. Den personen behöver dock inte vara läkare, den fasta kontakten kan till exempel vara fysioterapeut, arbetsterapeut eller specialistsjuksköterska (10.2, 10.2.1). För flera av våra medlemsgrupper är kontinuitet i dessa yrkesgrupper långt viktigare än en fast läkarkontakt.

Om en patient har både en fast läkarkontakt och en fast vårdkontakt är det viktigt att det finns en tydlig definition av uppdragen och en möjlighet att bilda ett team för att minska risken för organisatoriska stuprör och förvirrade patienter, oavsett vilken huvudman professionerna tillhör.

10.2.2 Antalet patienter per fast läkarkontakt i primärvården bör kunna begränsas

Utredningen föreslår att det i HSL 7 kap. tydliggörs att man hos den valda utföraren i Vårdval primärvård ska kunna välja en fast läkarkontakt. Tidigare stod det att man har rätt att välja utförare samt välja en fast läkarkontakt. **Funktionsrätt Sverige** anser att det stora problemet idag är att lagen inte följs och vi är tveksamma till om den föreslagna ändringen kommer att leda till någon ändring. Snarare funderar vi på vilka konsekvenser det nya förslaget får för patienter vars fasta läkare byter arbetsgivare och därmed utförare. Finns det risk att deras möjligheter att följa sin tidigare läkare försämras med den nya lagen?

11. Ändamålsenlig administration

Funktionsrätt Sverige ställer sig bakom utredningens bedömning att kommuner och Socialstyrelse bör se över i vilken utsträckning man behöver ställa kompetens- och professionskrav vid intyg (11.1.1) och att kommuner och myndigheter ser över om deras krav på intyg är ändamålsenliga (11.1.2). Funktionsrätt delar utredningens bedömning om att effektivitetsvinster finns att göras. Till exempel kan man ifrågasätta behovet av särskilda läkarintyg för att kunna bevilja färdtjänst till personer som omfattas av LSS-lagstiftningen och redan är berättigade till andra av kommunen beslutade insatser.

Funktionsrätt Sverige anser också att det bör utredas vidare i vilken mån intyg idag faktiskt är till skydd för den enskilde. Det är till exempel inte rimligt att läkare ska behöva agera som jurister för sina patienter i sitt intygsskrivande, där mer fokus läggs på hur ett intyg skrivs än vad som skrivs.

Funktionsrätt Sverige delar också utredningens bedömning om att intygshandlingen bör samordnas i kommuner och landsting för att skapa jämlikhet (11.1.3). I en sådan samordning bör man inte bara titta på reglering av intyg, utan även hur avgifterna kan bli mer jämlika.

Med vänlig hälsning
Funktionsrätt Sverige



Elisabeth Wallenius
Ordförande