

2023-11-09

Handläggare: Åke Nilsson

S2023/002208

[s.remissvar@regeringskansliet.se](mailto:s.remissvar@regeringskansliet.se)

Regeringen  
Socialdepartementet  
103 33 Stockholm

## RSMH:s yttrande över promemorian Uppdrag att möjliggöra bättre tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet genom främjande av etablering i glesbygd (Ds 2023:23)

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, (bild. 1967) har genom remiss (S2023/002208) daterad 2023-07-05 inbjudits att avge ett yttrande över ovan refererade PM och vill med anledning av detta framföra nedanstående synpunkter.

### Yttrandets innehåll

RSMH:s yttrande över promemorian Uppdrag att möjliggöra bättre tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet genom främjande av etablering i glesbygd (Ds 2023:23).....	1
1. Bakgrund.....	3
2. Inledning.....	3
2. Generella synpunkter.....	5
3. Specifika synpunkter.....	8
Kap. 1.4.1 Förslagen avseende mindre vårdföretag i hela landet.....	9
Kap. 1.4.2 Förslag och bedömningar avseende jämlik vård.....	9
Kap. 2.1 Förslag till lag om ändring i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling.....	9
Kap. 2.3 Förslag till lag om upphävande av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, samt kap. 2.4 Förslag till lag om upphävande av lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.....	10

Kap. 2.8 Förslag till förordning om statsbidrag till vissa vårdgivare som utför hälso- och sjukvårdsverksamhet av allmänt ekonomiskt intresse .....	10
Kap. 3.1.2 Regionernas ansvar för hälso- och sjukvården och möjligheten att lämna över driften till privata utförare .....	11
Kap. 3.3.1 Möjlighet att verka inom ramen för lagen om valfrihetssystem.....	11
Kap. 3.3.2 Möjlighet att verka inom ramen för lagen om offentlig upphandling - Möjligheter att reservera upphandlingen för idéburna organisationer .....	11
Kap. 4.1 Mindre företags möjligheter att delta, och tilldelas kontrakt, i offentliga upphandlingar.....	12
Kap. 5.1 Upphandlande myndigheter ska beakta mindre företags möjligheter att delta i upphandlingar av hälso- och sjukvårdstjänster .....	12
Kap. 5.2 Vårdgivare som etablerar sig i glest befolkade områden ska ha möjlighet att ansöka om statsbidrag .....	13
Kap. 5.3 Det behövs fler åtgärder för att säkerställa tillgång till jämlik vård i hela landet, i synnerhet i glest befolkade områden .....	14
Kap. 5.3.1 Det råder särskilda förutsättningar i glest befolkade områden .....	15
Kap. 5.4 LOL och LOF med tillhörande förordningar ska upphävas .....	15
Kap. 6 Konsekvenser av promemorians förslag och bedömningar.....	16
4. Avslutande kommentarer: .....	18

## 1. Bakgrund

**RSMH organiserar sedan 1967**, på demokratisk grund, människor med olika former av psykisk ohälsa. Många av våra medlemmar är personer som har eller har haft en långvarig och allvarlig psykisk ohälsa, inte sällan i kombination med olika psykiska funktionsnedsättningar eller skadligt bruk och beroende. RSMH är religiöst och partipolitiskt neutralt, men verkar aktivt för att motverka utanförskap och diskriminering.

**RSMH, verkar på** föreningsdemokratisk grund, är en del av Funktionsrätt Sverige och är aktivt inom Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH). RSMH har deltagit i beredningen av gemensamma yttranden från dessa paraplyorganisationer och stödjer dessa, men vill särskilt påtala och belysa nedanstående frågor med anledning av den remitterade promemorian.

**RSMH är en** rättighetsrörelse som vill förbättra livsvillkoren för personer med psykisk och social ohälsa och hur vård, omsorg och samhällsservice bäst utformas för att möta våra medlemmars behov. Målet är att de ska ha samma rättigheter, möjligheter och skyldigheter som andra. Grunden för vårt opinionsarbete är att påverka så att fler får möjlighet till återhämtning från psykisk ohälsa och sina behov av god vård och samhällsinsatser tillgodosedda. I denna utveckling spelar de egnerfarnas kunskap, levda erfarenhet och kompetens en central roll, såväl som ett nödvändigt bidrag till den evidensbaserade praktiken.

**RSMH:s verksamhet utgår** från tre områden:

- Stöd och gemenskap
- Opinion och samhällspåverkan
- Kunskap och utveckling

**RSMH representerar människor** vars behov av skydd, vård, stöd och service inte alltid möts på samma sätt som för andra medborgare och vars alternativ och ekonomiska förutsättningar ofta är ytterst beskurna. Vår styrka och grunden för allt vi gör är våra medlemmars egna erfarenheter av social och psykisk ohälsa, därtill kopplade samhällsinsatser, vård, hjälp, stöd och återhämtning. Det innebär att vi har stora erfarenheter av hur sjukvårdssystemet fungerar för människor med psykisk ohälsa, inte minst med avseende på tillgänglighet, möjligheterna till ett mer eller mindre fritt val eller utrymme att som patient/vårdtagare påverka vårdens innehåll.

**RSMH:s grundläggande uppfattning** är nu som tidigare att det absolut viktigaste är att alla insatser från vård och omsorg måste utgå från den enskildes behov, villkor och önskemål.

## 2. Inledning

**Hälso- och sjukvårdshuvudmännen** och vårdgivarna har ett grundläggande ansvar för att bidra till uppfyllelsen av målet för hälso- och sjukvården om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Alla som bor i Sverige ska ha samma möjlighet att vid behov få tillgång till god hälso- och sjukvård. Förutsättningarna att kunna vända sig till hälso- och sjukvårdens verksamheter måste så långt det är möjligt utjämnas, då endast vårdbehoven ska avgöra insatsernas omfattning och karaktär och inte var i landet man bor eller vem man är. Även andra

hinder mot att den enskilde ska få del av vården såsom, ekonomiska, sociala och kulturella måste från samhällets sida undanröjas men också då geografiska hinder. Vårdresurserna ska med andra ord vara geografiskt rättvist fördelade. RSMH välkomnar därmed föreliggande utredning där en sedan länge förbisedd patientgrupps utsatthet inte i tillräcklig grad tidigare adresserats.

**Som utgångspunkt för** korrekta prioriteringar i hälso- och sjukvård önskar RSMH lyfta att det finns även flertalet etiska värden som ska tas hänsyn till samt att vården grundas i humanistiska värden, i enlighet med riksdagens kommittédirektiv. Här betonas att varje människa ses som unik och att alla människor är lika mycket värda. Att göra gott och inte skada anses centralt inom vården, en annan viktig etisk aspekt är fördelningen av resurser som bör spegla likavärdesprincipen såväl som att resurser bör utdelas efter de som är i störst behov av dem. En etisk kompass bör vägleda utvecklingen av hälso- och sjukvården i Sverige i ännu högre grad än idag enligt RSMH.

**För RSMH är** det självklara målet för vården och omsorgen i Sverige att resultatet för medborgarna ska vara likvärdigt oavsett var man bor. Förutsättningarna för att åstadkomma detta ser dock mycket olika ut i olika delar av vårt land och varierar också kraftigt inom länen framför allt i norra Sverige. Förutom de uppenbart långa avstånden så är också den demografiska profilen utanför städerna starkt förskjuten mot en åldrad befolkning. Slutsatsen blir därför att vården och omsorgen i större utsträckning måste organiseras och utföras på ett sätt som också är anpassat för de förhållanden som gäller i glesbygd och landsbygd.

**Då den moderna** hälso- och sjukvården ska utgå från den unika individens behov, är även ett personcentrerat förhållningsätt en del i utformandet av RSMH:s remissvar. Våra förslag sätter således patientperspektivet i främsta rummet. Det innebär inte att andra perspektiv inte kommer att diskuteras, såsom exempelvis möjligheten att bedriva privat verksamhet, eller professionsperspektivet och den hänsyn som behöver tas till vårdens medarbetare då det i hög grad berör aktuell utredning med konsekvenser som spiller över på patienterna.

**I en personcentrerad** hälso- och sjukvård är ett holistiskt förhållningssätt en grundbult. Den personcentrerade vården där personen ses som en aktiv medskapare av sin egen hälsa och vård är en ofta förbisedd resurs som i högre utsträckning behöver tillvaratas och stödjas. Det handlar om ett skifte från att se patienter som en passiv mottagare av vårdtjänster till ett gemensamt partnerskap där patienterna snarare är personer med individuella och unika behov, resurser, förväntningar och mål. Detta innebär såväl ett kultur- som maktskifte och innebär också att vi skapar möjlighet för patienter att ta större ansvar för sin egen vård, för de som vill och kan. För personer vars behov kanske är mer sammansatta än för det stora flertalet blir personcentreringen och förmågan att kunna möta varje unik person där just den är än viktigare, vilket ofta är fallet gällande RSMH:s målgrupp.

**För att skapa** en verkligt personcentrerad hälso- och sjukvård är det vidare centralt att säkerställa beaktande av jämställdhets-, jämlikhets-, barnrätts- och funktionshinderperspektiv i utformningen av hälso- och sjukvården. I detta sammanhang vill RSMH speciellt uppmärksamma FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som Sverige ratificerat som tungt vägande.

**Den personcentrerade vården** är också en viktig del i omställningen till en modern, individanpassad, etiskt välförankrad och mer jämlik hälso- och sjukvård och står även i förgrunden i

utredningen om ”En god och nära vård - En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav”, en reform som bör beaktas i sammanhanget då den på flera sätt tangerar föreliggande utredningsförslag.

**Hälso- och sjukvården** upplevs av många av RSMH:s medlemmar som fragmentiserad och svårtillgänglig och många uppfattar hälso- och sjukvården som organiserad utifrån verksamheten snarare än utifrån patienten. Detta är något som drabbar vår målgrupp särskilt hårt som ofta har en komplex och mångfasetterad problematik och medför försämrade möjligheter för dem att uppnå en god psykisk såväl som fysisk hälsa. Detta är dock något som borde kunna åtgärdas med rätt insatser och väl värt att begrunda och fördjupa resonemangen kring och skapa bättre förutsättningar kring även i föreliggande utrednings vidare beredning.

**Olika former av psykisk ohälsa** orsakar både stort mänskligt lidande och med omfattande individuella och samhällsekonomiska konsekvenser. Psykisk hälsa är en av samhällets stora framtidsutmaningar och måste därför vara en högt prioriterad fråga på nationell nivå såväl som i högre utsträckning kunde ha adresserats i föreliggande utredning enligt RSMH.

**Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten** har tillsammans med 24 samverkande organisationer och myndigheter nyligen tagit fram en strategi för psykisk hälsa 2023–2030, ”Det handlar om livet”, i syfte att skapa förutsättningar för ett brett, långsiktigt och hållbart utvecklingsarbete inom området psykisk hälsa. Strategin innehåller fyra övergripande målsättningar:

- En förbättrad psykisk hälsa i hela befolkningen
- Färre liv förlorade i suicid
- Minskad ojämlikhet i psykisk hälsa
- Minskade negativa konsekvenser på grund av psykiatriska tillstånd

**RSMH skulle gärna** se att denna strategi integreras i kommande arbete med utredningen och att en fördjupad analys specifikt gällande psykisk ohälsa i glesbygd görs. Inte minst utifrån att primärvården kommer att bära ett stort ansvar i det väsentliga förebyggande arbetet och främjande av psykisk hälsa som betonas i strategin.

**Utöver svensk lagstiftning** på området stadgas i FN:s deklARATION av mänskliga rättigheter i artikel 25 alla människors rätt till hälsa och sjukvård. I sammanhanget kan även nämnas WHO:s definition av hälsa som lyder ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning”. Därmed torde ribban vara lagd gällande ambitionerna för hela Sveriges befolkning att uppnå hälsa och det är mot detta som klangbotten som RSMH vilar och formar detta remissvar.

## 2. Generella synpunkter

**I sammanhanget blir** det svårt att undvika en första diskussion kring hälso- och sjukvårdens styrning, ersättningssystem och frågor kring privatisering relaterat till att det kan återfinnas både skäl till att situationen ser ut som den gör och frågor som behöver beaktas för att reell skillnad ska uppnås. RSMH önskar inledande framföra några ståndpunkter i frågorna.

**Både globalt och** nationellt har den offentliga sektorn successivt kommit att ställas inför nya utmaningar och problem med en ökande åldrande befolkning, bristande resurser, kompetensflykt och inte minst under pandemin av covid-19. Hälso- och sjukvården i Sverige står inför både många och stora utmaningar där den kanske största utmaningen är en åldrande befolkning vilket också gör att behovet av vård ökar.

**Över tid har** olika koncept lanserats för att lösa problemen inom den offentliga sektorn. New Public Management, NPM, var ett försök att hitta nya sätt att lösa problemen med styrning och ledning av den offentliga sektorn i takt med ökade krav på effektivitet och sparsamhet. NPM är omdiskuterad och ett omfattande antal rapporter och forskning har författats som diskuterar problematiken kring att ha ett marknadssynsätt som styrningsideal. Många kritiker anser att sjukvården fungerar dåligt beroende på att kompetensstyrd sjukvård ersatts av ett ekonomiskt styrsystem. Vad NPM också brukar kritiseras för är hur väl företags- och marknadstänket kan applicerats på sjukvården, och hur detta egentligen ska ses på ur en demokratisk och etisk synvinkel. Det marknadsideal som eftersträvas har lett till att patienter blir något av produkter med pris på en marknad enligt kritikerna.

**RSMH är av** den åsikten att det visserligen finns en del positiva aspekter i NPM utifrån att hälso- och sjukvård är en skattefinansierad verksamhet som bör bedrivas effektivt och utnyttjas på ett sådant sätt att varje krona skapar maximal nytta för patienterna. RSMH har överlag dock sett de negativa konsekvenserna av att systemet över lag inte gynnar patienterna där riskerna finns att ekonomi prioriteras framför kvalitet. Det finns också en uppenbar utmaning i att de ”mjukare” värdena som är svåra att mäta prioriteras bort. Vården har genom NPM blivit effektivare genom att tiden per patient minskat och att vårdpersonal tack vare detta kan träffa fler patienter. Dock kan detta innebära att patientens behov och säkerhet blir bristfälliga då dessa mått ej säger någonting om vårdens faktiska kvalitet och om patientens behov säkerställs. Detta är aspekter som enligt RSMH noggrant behöver bevakas och kompletterande incitament till ekonomistyrning framarbetas och användas.

**RSMH lutar sig** här mot vårt offentliga etos som beskriver hur samhället bör styras med utgångspunkt i olika värden, etik och idéer och hur dessa bör genomsyra den offentliga förvaltningen. Detta etos handlar om att agera etiskt korrekt, följa föreskrivna lagar, verka för ett jämlikt handlande, lyssna på kritik och se till att människors rättigheter tas i beaktande. Den offentliga förvaltningen bör styras med både etik, demokrativärden och ekonomivärden i beaktande, där en balans bör råda mellan dessa och det går därmed inte att välja att endast fokusera på det ena värdet.

**Ett sätta att** möta kraven om sparsamhet inom offentlig sektor är konkurrensutsättning benämnt som privatisering. Ett tydligt svenskt exempel är vårdvalsreformen som gjorde det fritt för medborgarna att själva välja utförare av vård vilket öppnade upp även för privata utförare. Privatisering anses skapa incitament för verksamheter att tävla om att utföra olika tjänster med tanken att detta ska leda till bättre kvalitet och effektivitet. Undersökningar visar dock att så långt ifrån blivit resultatet.

**RSMH ställer sig** inte i grunden på något sätt kritiska till privatiseringar men önskar ett mycket tydligare fokus på kvalitet snarare än ekonomi vid upphandlingar framöver samt frekventa utvärderingar ur ett patientperspektiv. RSMH skulle uppskatta en dialog om faktiska utfall för patienter, vårdtagare och ”välfärdsconsumenterna” hellre än en alltför vanligt förekommande verklighetsfrämmande ideologisk tuffäktning.

**Något som medföljde** NPM är ersättningssystemet DRG (diagnosrelaterade grupper) där man med koder på diagnoser fastställt prislistor som utgår från olika diagnoser patienter får, och vad som är ekonomiskt lönsamt och icke lönsamt. En central del inom DRG är det starka fokuset på produktionen och på kostnaderna. Att allt för mycket fokus läggs på att se till att mål uppfylls och att sjukvården fyller de produktionskrav som finns uppsatta är en risk med DRG-poängen

såväl som att det leder till att en ständig jakt på poäng och produktion ställs överordnat andra värden inom verksamheten. Sjukvårdsapparaten utgår därmed inte längre till fullo från vårdbehov och ansvar vilket RSMH ser som ytterst problematiskt.

**Vidare främjas inte** innovation och utvecklingsarbete inom NPM eller DRG vilket på lång sikt kan leda till att organisationen inte utvecklar nya metoder för bemötande och omhändertagande av patienter i syfte att se till att patienternas problem blir bättre att lösa och att utvecklingen går framåt. Att resultat endast visar på en ökad produktivitet och inget om att kvaliteten är en uppenbar risk som RSMH önskar påtala.

**Hälso- och sjukvårdslagen** statuerar att vård ska ges utifrån behov och vara rättvis. DRG har visat sig resultera i att patienter inte får en rättvis vård då patienter med lättare åkommor prioriteras framför de med svårare åkommor. Detta riskerar att resultera i en slussning av patienter som ingen vill ha då de anses olönsamma. RSMH har erfarenheter av att detta faktiskt är fallet och att vår målgrupp bortprioriteras vilket får anses flagrant bryta både mot lagar, rättigheter och etik. Undersökningar visar också hur resultatet efter införandet av DRG inte lett till någon förbättring i den patientupplevda kvaliteten utan att denna försämrats. Såväl forskare som SKR och Socialstyrelsen har lyft problematiken, såväl som anpassningar för mindre utförare och de särskilda förutsättningar som råder i glest befolkade områden men hitintills utan lösningar i sikte. I betänkandet God och nära vård – en primärvårdsreform rekommenderades regionerna att samverka för att skapa en mer enhetlig utformning av ersättningsmodeller för sina respektive vårdval i primärvården. Sedan 2021 sker ett omfattande arbete inom SKR med dessa frågor. Inom ramen för arbetet samverkar SKR med regionerna i syfte att utveckla den finansiella styrningen av, och ersättningsmodellerna för, hälso- och sjukvården i allmänhet och att bidra till omställningen mot god och nära vård i synnerhet. Detta arbete bör enligt RSMH i sammanhanget beaktas såväl som intensifieras.

**Vad gäller primärvårdens** utformning är en utgångspunkt att primärvårdens grunduppdrag omfattar såväl somatiskt som psykisk hälsa. I det sammanhanget blir den ökande upplevelsen av nedsatt psykiskt välbefinnande i befolkningen, inte minst hos unga, ett viktigt område att belysa. Likaså utifrån de många rapporter om somatisk ohälsa hos människor med samtidig psykiatrisk diagnos som nedsatt och att jämlik vård inte tillgodoses för denna patientgrupp. RSMH betonar här vikten av att inom primärvården förstärka, resurssätta och kompetensbesätta primärvården inom området psykisk ohälsa. Här blir det självklart att knyta an till tidigare nämnd strategi "Det gäller livet" som betonar vikten av förebyggande insatser och hälsofrämjande arbete.

**RSMH ser även** ett stort behov av att utreda förutsättningarna för att utveckla nya former av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bland annat förebygga svårare ohälsa, långa sjukskrivningar och ett stort lidande. Lättare psykisk ohälsa ökar i befolkningen och är idag den vanligaste orsaken till sjukskrivning. I undersökningar angav 46 procent av kvinnorna besvär av ångslan, oro eller ångest. Motsvarande andel bland männen var 32 procent. Av detta gör RSMH bedömningen att det finns ett behov av att skyndsamt inneha kompetens för att kunna erbjuda stöd till personer med lättare psykisk ohälsa.

**Eftersom ansvaret för** den primära vården är uppdelad på två huvudmän resonerar RSMH vidare att det inte kommer att vara tillräckligt med en förstärkning till respektive huvudman och en fördjupad samverkan utan det som krävs kommer även att behöva innebära ett samskapande.

**Utgångspunkten måste därför** vara en gemensam planering, genomförande och kontinuerlig uppföljning av den samlande verksamheten inklusive en systemledning oberoende av huvudmannskapet. I ett av våra nordliga län genomförs nu en sådan gemensam planering av den primära vården och andra exempel återfinns på verksamheter som är gemensamma mellan huvudmännen. RSMH ser att för att möta de komplexa behov och förutsättningar som finns i glesbygd behövs en mer långtgående gemensam planering och uppföljning där nya organisatoriska lösningar som bättre svarar mot de lokala behoven bäst utformas.

**RSMH anser vidare** att ur ett glesbygdsperspektiv behöver även länsövergripande samverkan utvecklas ytterligare för att öka tillgängligheten och optimera resursanvändningen.

**Sjukhus är och måste** vara en plats för att koncentrera kompetens och avancerad utrustning som inte är möjlig att placera i den primära vården. Däremot kan sannolikt delar av själva diagnostiken, behandlingen, omvårdnaden och rehabiliteringen med fördel bedrivs mer distribuerat. Delar av detta arbetssätt finns redan men är långt ifrån fullt utnyttjad. Nya arbetssätt kräver såväl tekniska lösningar som nya arbetssätt anpassade efter glesbygdens behov. Inte minst inom den psykiatriska vården för såväl barn och unga som vuxna förefaller det finnas en stor potential. Det finns redan i dag exempel som går att bygga vidare på. I två av länen finns mobila omvårdnadsteam inom specialistpsykiatrin som verkar i glesbygd och landsbygd. Erfarenheterna är goda och sprids nu. För att hjälpa och stötta barn och ungdomar med psykiska besvär har på flera håll i norra Sveriges inland skapats former för samordnade insatser mellan socialtjänst, regionens primärvård, skola och i vissa fall polis. Även här är erfarenheterna mycket goda och former för utveckling och spridning av arbetssätten är enligt RSMH angeläget.

**En snabb utveckling** av digitala arbetssätt med såväl distansbesök mellan hemmet och primärvården liksom mellan hemmet och specialistvården sker. Införande av digital utrustning för hemmonitorering av kroniska sjukdomar och kontinuerlig kontakt med vården har också skett på bred front. Vidare finns exempel på gemensamma utförarorganisationer mellan kommuner och regioner för hemsjukvård och hemrehabilitering. RSMH ser att fördelarna för patienterna är uppenbara med kortare avstånd och en mer sammanhållen vård men för att garantera kvalitet och effektivt resursutnyttjande krävs ett nära samarbete mellan vårdnivåerna och med utvärderingar ur patientperspektivet.

### 3. Specifika synpunkter

**Syftet med föreliggande** uppdrag har varit att utreda och ge förslag på hur småskalig hälso- och sjukvårdsverksamhet kan anslutas till offentligt finansierad öppen vård på ett sätt som skapar långsiktighet och bättre förutsättningar för tillgång till en jämlik vård i hela landet. Förslagen ska stimulera mindre hälso- och sjukvårdsaktörers etablering i glesbygd samt skapa förutsättningar för att kunna upphäva lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF.

**Vidare är syftet** med de ändringar och tillägg som föreslås i de upphandlingsrättsliga lagarna att skapa bättre villkor för småföretagande inom vården och därmed också ta tillvara all befintlig kompetens. Fler vårdföretag beskrivs skapa fler vårdtillfällen, vilket kan bidra till bättre tillgång till vård såväl som större kontinuitet för patienterna.

**För att sätta** detta i sitt sammanhang önskar RSMH påtala att enligt Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, ska vården vara lättillgänglig, bygga på respekt gentemot patientens självbestämmande



och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och även tillgodose patientens behov av säkerhet och kontinuitet inom vården. God vård innebär enligt Socialstyrelsen en säker, individanpassad, effektiv, tillgänglig, kunskapsanpassad och ändamålsenlig vård. RSMH välkomnar att föreliggande utredning avser skapa förutsättningar för att detta givetvis ska genomsyra vården även i glesbygd och utifrån att alla har rätt till hälsa och detta utifrån samma oinskränkbara människovärde.

**RSMH är av** åsikten att även de centralt fastställda allmänna riktlinjerna om prioriteringar i sjukvård, den etiska plattformen också måste beaktas i sammanhanget. Det finns ett behov av att prioritera inte bara enskilda medicinska åtgärder och insatser utan också mer horisontellt i systemet. Med hänsyn till att primärvården ska utgöra basen i hälso- och sjukvårdssystemet bör planeringen också utgå från denna. Det numera lagreglerade kravet på att vården ska ges nära befolkningen måste också beaktas

#### Kap. 1.4.1 Förslagen avseende mindre vårdföretag i hela landet

**Utredningen föreslår** att regeringen ska besluta om en tillfällig förordning om statsbidrag, som vissa vårdgivare som är verksamma i glest befolkade områden ska kunna ansöka om. Syftet med bidraget är att uppfylla målet om vård på lika villkor i hela landet. Detta välkomnas av RSMH.

**Utredningen föreslår vidare** att Socialstyrelsen tre år efter det att den föreslagna förordningen trätt ikraft ska utvärdera dess effekter i fråga om målsättningen om jämlik vård i hela landet. Detta anser RSMH vara av yttersta vikt.

#### Kap. 1.4.2 Förslag och bedömningar avseende jämlik vård

**RSMH stödjer utredningens** förslag att regeringen bör ge en statlig myndighet i uppdrag att se över utformningen av olika ersättningssystem inom primärvården och övrig öppen vård och deras effekter på hälso- och sjukvårdens resultat, konsekvenser för patienterna och arbetsmiljön för vårdens medarbetare.

**Det råder stora** utmaningar med kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Mycket arbete sker på området, men det är inte alltid koordinerat eller ändamålsenligt och har inte haft avsedd effekt RSMH instämmer därmed i att regeringen bör ta ett helhetsgrepp på problematiken genom att ge en statlig myndighet ett permanent uppdrag att studera och följa upp utvecklingen på området. Uppdraget bör inkludera att beakta omställningsarbetet mot god och nära vård och förutsättningarna att erbjuda vård i glest befolkade områden.

**För att uppnå** målsättningen om jämlik vård i glest befolkade områden krävs enligt RSMH en mängd ytterligare åtgärder. Exempelvis måste socioekonomiska konsekvenser med emellanåt katastrofala följder åtgärdas. Kunskap om glesbygdsmedicin bör ingå i relevanta vårdutbildningar och i fortbildningsinsatser för hälso- och sjukvårdens medarbetare. Förutsättningarna för forskning rörande primärvård i allmänhet, och i glest befolkade områden i synnerhet, bör stärkas. Det finns även behov av att främja förutsättningarna för landsbygdsutvecklingen utifrån ett bredare, näringspolitiskt och socioekonomiskt perspektiv.

#### Kap. 2.1 Förslag till lag om ändring i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling

**Endast ett fåtal** regioner har vårdval för fysioterapi och psykiatri vilket enligt RSMH riskerar att utmana de rättigheter som patienter innehar relaterat till HSL och Patientlagen. Vidare är det på de flesta håll i landet inte möjligt för en eller flera psykiatriker att gå samman och leverera primärvårdsuppdraget i sin helhet, utan för det krävs även andra kompetenser. Mot bakgrund av detta ser RSMH att en reglering om mindre företags möjligheter att verka inom ramen för LOV på de håll i landet där det saknas vårdval i exempelvis fysioterapi eller psykiatri innebär risker och kan bli tandlös i förhållande till dessa professioner.

**Av de företag** i Sverige som lämnade anbud i upphandlingar 2019 var hela 36 procent mikroföretag och endast 4 procent utgjordes av stora företag. Samtidigt stod de stora företagen för i genomsnitt 10,3 kontrakterade anbud var, medan motsvarande siffra för mikroföretagen var 0,9. Enligt RSMH behöver här tillämpningen av LOV ses över.

### Kap. 2.3 Förslag till lag om upphävande av lagen (1993:1651) om läkarvårdserättning, samt kap. 2.4 Förslag till lag om upphävande av lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi

**Av information RSMH** kunnat ta del av framgår att det finns en kritik från samtliga ingående aktörer mot det befintliga system i vilket läkarna och fysioterapeuterna i fråga i dag verkar. Kritiken består bland annat i svårigheter för regionerna att planera sin hälso- och sjukvård, då de upplever att de i liten utsträckning kan påverka läkarnas och fysioterapeuternas möjligheter att etablera sig och den utförda vårdens innehåll. Regionerna har ansett sig sakna verktyg för att kunna säkerställa att den vård som bedrivs inom ramen för LOL och LOF är säker och kostnadseffektiv. Regionerna saknar även möjlighet att påverka vilken specialistkompetens som vårdgivaren ska besitta.

**Kritiken består också** i att befintligt ersättningssystem inte är utformat och anpassat efter dagens vårdbehov eller till hur vården i dag bedrivs. Inspel om att systemet inte möjliggör insyn i och kontroll av vårdverksamheterna i tillräcklig utsträckning finns också. Det framgår att flera tidigare förslag till förändringar har lämnats, däribland förslag om att upphäva de lagstiftningar som systemet bygger på och förslag om att behålla systemet men att förändra det i valda delar.

**Regionen kan varken** styra över vårdens innehåll eller över var verksamheten ska vara etablerad rent geografiskt. Rättspraxis har också utvecklats så att regionerna har små möjligheter att i stället för ersättningsetablering hänvisa till verksamhetsbedrivande inom ett befintligt vårdval. Samverkansavtalen som ger rätt till offentlig finansiering av den vård som vårdgivaren utför omprövas således inte. Det innebär att behovet av och kvaliteten på vården inte utvärderas på samma sätt. RSMH anser i linje med utredningen att nuvarande lagstiftning behöver ifrågasättas.

### Kap. 2.8 Förslag till förordning om statsbidrag till vissa vårdgivare som utför hälso- och sjukvårdsverksamhet av allmänt ekonomiskt intresse

**När dagens system** konstruerades gjordes detta, såvitt RSMH kan bedöma, inte främst utifrån patientens behov och det är RSMH:s bedömning att det idag rådande systemet inte är utformat så att patientens väg i vården stöds i tillräcklig utsträckning.

**Ersättningssystemets utformning** bygger idag på ersättning per patientbesök. I ett modernt hälso- och sjukvårdssystem behöver även andra faktorer beaktas än antalet besök. Ersättningssystem behöver enligt RSMH i väsentligen högre grad utformas så att de främjar personcentrering, samverkan aktörer emellan, tillgodose patienter med komplexa behov en god vård och ett fördjupat förebyggande hälso- och sjukvårdsarbete. I ersättningssystemets utformning bör också finnas incitament att erbjuda medarbetarna fortbildning samt att ett kontinuerligt utvecklingsarbete främjas. Vidare anser RSMH att utifrån att vårdbehoven ser annorlunda ut i dag än tidigare att ersättningen behöver utformas för att spegla dessa nya behov.

### Kap. 3.1.2 Regionernas ansvar för hälso- och sjukvården och möjligheten att lämna över driften till privata utförare

**RSMH önskar fortsatt** se att regionen och kommunen behåller huvudmannaskapet när en verksamhet överlämnas till privata utförare. För att fullgöra det ansvar som följer av huvudmannaskapet måste regionen kontrollera och följa upp verksamhet som bedrivs av privata utförare.

### Kap. 3.3.1 Möjlighet att verka inom ramen för lagen om valfrihetssystem

**Ett viktigt syfte** med valfrihetssystem är att skapa en mångfald av utförare som den enskilde kan välja mellan, vilket i sig kan antas leda till ökad konkurrens och förbättrad kvalitet. Det förutsätter dock att det finns tillräckligt många utförare, så att det blir möjligt för enskilda att välja. Detta är enligt RSMH:s erfarenhet inte fallet idag.

### Kap. 3.3.2 Möjlighet att verka inom ramen för lagen om offentlig upphandling - Möjligheter att reservera upphandlingen för idéburna organisationer

**Enligt 19 kap. 25 a § LOU** får en upphandlande myndighet reservera deltagandet i en upphandling av vissa tjänster till idéburna organisationer som har ett allmännyttigt syfte, om det bidrar till att uppnå ändamålet med den tjänst som ska tillhandahållas. RSMH:s erfarenhet är att de idéburna organisationerna gjort ett kvalitativt gott arbete såväl som patientnöjdhet och att möjligheter till reservationer skulle kunna öka.

**Utgångspunkten för ett IOP-avtal**, som är tänkt att utgöra ett komplement till upphandling och bidrag, är att en eller flera idéburna respektive offentliga aktörer gemensamt tar sig an en samhällsutmaning. I grunden är alltså IOP tänkt att fungera som en samverkansform som bygger på ömsesidighet och inte på marknadsmekanismer och kommersiella kontrakt.

**RSMH är av den åsikten** att ännu bättre möjligheter och förutsättningar än dessa måste skapas för idéburna organisationer att möta de samhällsutmaningar vi står inför. Värdet av omständliga processer och formaliabyråkrati som gör det svårt för ideell sektor att bidra, men ändå inte stoppar organiserad brottslighets rovdrift i välfärden måste någon gång konstruktivt komma att utvärderas utifrån vårt samhälles utmaningar och behov.

## Kap. 4.1 Mindre företags möjligheter att delta, och tilldelas kontrakt, i offentliga upphandlingar

**En av grundbultarna** i upphandlingslagstiftningen är ett effektivt nyttjande av offentliga medel vilket får ses som ett gott syfte. En annan är att gynna konkurrensen och förbättrad kvalitet. RSMH anser dock att man i större utsträckning borde använda sig av kvalitet som ett avgörande tilldelningskriterium snarare än enkom lägsta pris.

**RSMH har inte** i sig någon ideologisk preferens vad gäller privat eller offentlig utförare. Men, om det inte blir billigare för det offentliga och bättre för vårdtagarna finns det för RSMH inget incitament för privatiseringar. Tyvärr är vår erfarenhet att de privatiseringsinitiativ som praktiserats i närtid sällan i praktiken har blivit billigare och tyvärr ofta av sämre kvalitet för vårdtagarna. RSMH är för en effektiv, säker, samordnad och personcentrerad vård som är tillgänglig och klarar av ett bra bemötande. Strukturer som motverkar detta, men drivs på av ideologiska skäl för att främja privat tillträde till ”vårdmarknaden” är för RSMH ett farligt och inkompetent sätt att axla ansvar för människors liv och hälsa.

**Enligt LOU-direktivet** finns det möjlighet för upphandlande myndigheter att använda sig av ett fast pris i upphandlingar. Det innebär att potentiella leverantörer i dessa fall enbart ska konkurrera i fråga om kvalitetskriterier. Detta anser RSMH vara ett högst önskvärt och förhoppningsvis framöver ett mer frekvent använt förfarande.

**Då en förutsättning** för att kunna starta och driva ett företag är att det går med vinst eller åtminstone jämnt ut, är ett begränsat patientunderlag en viktig ledtråd till varför så få vårdföretag väljer att bedriva verksamhet i glest befolkade områden. En annan omständighet som bidrar till denna utveckling är kompetensförsörjningen inom vården, där läget är ansträngt för hela landet men i synnerhet i glest befolkade områden. Här handlar det inte enbart om tillgänglighet utan, i värsta fall, kan även vårdens kvalitet komma att äventyras.

**Utöver ovanstående finns** även andra faktorer som påverkar kompetensförsörjningen i hela landet och i glest befolkade områden i synnerhet. En central faktor som ofta återkommer i sammanhanget är en ansträngd arbetsmiljö inom primärvården med etisk stress, bristande möjligheter till fortbildning och resursbrist. Brister i arbetsmiljön kopplas i sin tur av vissa aktörer starkt till de principer som styr ersättningssystemen. Dessa brister måste enligt RSMH adresseras och funktionella lösningar finnas. Det har varit svårt att hitta en kombination av åtgärder som kan tänkas ha en positiv påverkan på kompetensförsörjningsproblematiken, i synnerhet i glest befolkade områden. I glest befolkade områden kompliceras läget ytterligare av andra faktorer, som egentligen ligger utanför hälso- och sjukvårdssektorn. Det kan till exempel handla om näringspolitiska frågor, som stöd till företag samt om kvaliteten på infrastrukturen såsom vägar, mobiltäckning och olika typer av samhällsservice.

## Kap. 5.1 Upphandlande myndigheter ska beakta mindre företags möjligheter att delta i upphandlingar av hälso- och sjukvårdstjänster

**Det är möjligt** att inom ramen för LOU att använda kvalitet som ett tilldelningskriterium. Det är även i andra fall möjligt att ange ett fast pris i upphandlingsdokumenten och låta potentiella leverantörer konkurrera utifrån kvalitetskriterier, något som RSMH borde vara snarare regel än undantag framöver.

**För det andra**, har de så kallade ersättningslagarna under en lång tid varit föremål för återkommande utredningar och kritik, senast så nyligen som 2020. Några förändringar har, de återkommande utredningarna till trots, inte genomförts. RSMH bedömer att tiden nu är mogen för detta.

**Det rör sig** också om, särskilt i ljuset av problematiken med kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården, att ta tillvara all befintlig och framtida kompetens på området. Det innebär att det ska finnas förutsättningar att bedriva småskalig verksamhet inom hälso- och sjukvården.

**Vad gäller glest** befolkade områden påtalas ofta att etableringen av småskaliga hälso- och sjukvårdsverksamheter inte bör ses isolerat från nyetableringen av verksamheter generellt. Goda villkor för företagande borgar för fler nyetableringar av företag, vilket i sin tur skapar en levande landsbygd.

Kap. 5.2 Vårdgivare som etablerar sig i glest befolkade områden ska ha möjlighet att ansöka om statsbidrag

**En förordning om** statsbidrag till vårdgivare i glest befolkade områden ska beslutas. Det föreslås att regeringen beslutar att införa ett särskilt ekonomiskt bidrag som den som driver en vårdverksamhet belägen i glest befolkade områden ska kunna ansöka om. Målet med bidraget är att upprätthålla en vård på lika villkor i hela landet och detta förslag tillstyrks av RSMH.

**RSMH tror dock** att det behövs ytterligare åtgärder för att få vårdgivare att etablera sig i glest befolkade områden. För att uppnå detta mål måste det finnas ekonomiska förutsättningar för vårdgivare att etablera sig i glest befolkade områden, där det finns ett begränsat patientunderlag. Ett bidrag kan såklart utgöra ett sådant incitament. Ett annat mer långsiktigt syfte med, eller möjlig effekt av, bidraget, är att det skapas bättre infrastruktur i glest befolkade områden, vilket i sin tur kan bidra till att fler väljer att bosätta sig på dessa platser.

**Det rör sig** om ett komplext område, där flera olika angreppssätt kan behövas för att påverka utvecklingen i rätt riktning. Det innebär dock inte att vissa incitament för att främja etablering av vårdgivare i glest befolkade områden inte ska genomföras. Även om dessa åtgärder kan förefalla som förhållandevis små i ett större sammanhang kan ett litet steg ändå innebära början på en längre resa, där en vårdgivarens etablering på sikt kan leda till att en levande landsbygd skapas.

**Bidraget som föreslås** i utredningen är begränsat till privata utförare av hälso- och sjukvård.

**En befogad fråga** som RSMH då ställer sig är varför staten ska stödja just fristående aktörer.

**En annan, angränsande** fråga är om det inte vore lämpligare att fördela medel till regioner och kommuner med glest befolkade områden, som huvudmännen sedan kan använda för att etablera egna vårdcentraler eller för att ge ökad ersättning till fristående vårdcentraler i glest befolkade områden. Frågan tål enligt RSMH att föra en vidare dialog kring. Förreträdesvis en pragmatisk sådan utan gälla ideologiska övertoner med en mer omedelbar konsekvensanalys.

## Kap. 5.3 Det behövs fler åtgärder för att säkerställa tillgång till jämlik vård i hela landet, i synnerhet i glest befolkade områden

**När det kommer** till hälso- och sjukvård har regioner och kommuner huvudmannansvaret och ska se till att det finns möjligheter för hela befolkningen inom deras respektive områden att få tillgång till god vård.

**RSMH instämmer i** att för att säkerställa tillgång till jämlik vård i hela landet bör regeringen ge Socialstyrelsen i uppdrag att se över principerna för de olika ersättningssystemen. Regeringen bör vidare överväga att ge en statlig myndighet ett permanent uppdrag att bidra med kunskapsstöd om, och följa upp, kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården med särskilt fokus på omställningen mot god och nära vård samt förhållanden i glest befolkade områden. Vidare bör regeringen överväga att införa ökad statlig styrning inom en rad för kompetensförsörjningen centrala områden. Denna styrning bör stödja utvecklingen mot god och nära vård. För att uppnå målsättningen om jämlik vård i glest befolkade områden krävs ytterligare åtgärder. Det bedöms att kunskap om glesbygdsmedicin bör ingå i relevanta vårdutbildningar och i fortbildningsinsatser för hälso- och sjukvårdens medarbetare. Förutsättningarna för forskning rörande primärvård i allmänhet och i glest befolkade områden i synnerhet, bör stärkas. Det finns även behov av att främja förutsättningarna för landsbygdsutvecklingen utifrån ett bredare och politiskt perspektiv

**RSMH ser mycket** allvarligt på utmaningarna med kompetensförsörjning och bedömer att krafttag måste tas för att förbättra arbetsmiljön och höja lönerna om vi ens ska kunna närma oss att kunna lösa kompetensbristen inom hälso- och sjukvården. Problematiken kring kompetensförsörjningen är dock mer långtgående och komplex än så och behöver angripas samordnat, koordinerat och effektivt. Bristerna i arbetsmiljön kopplas i sin tur till ersättningssystemens utformning, arbetsbelastning, bristande nyttjande av vårdens olika kompetenser och få möjligheter till fortbildning och kompetensutveckling.

**Ökad statlig styrning** bör enligt RSMH övervägas inom ett antal för kompetensförsörjningen centrala områden. Regeringen bör överväga att ta ett helhetsgrepp på problematiken genom att ge en statlig myndighet ett permanent uppdrag att studera och följa upp utvecklingen på området. Uppdraget bör också fokusera på omställningsarbetet mot god och nära vård samt vård i glest befolkade områden.

**Undersökningar visar att** nuvarande arbetssituation bidrar till etisk stress, där nästan hälften av medarbetarna övervägt att helt lämna primärvården. En viktig orsak till den ansträngda arbetsmiljön som återigen nämns är ersättningssystemens principer. Kritiken som riktats mot ersättningssystemen av medarbetarna och professionsföreningarna gäller främst funktionen att en vårdgivare behöver komma upp i ett visst antal vårdbesök om dagen för att uppfylla ett på förhand fastställt produktionskrav. I verkligheten är många fall dock bilden mer komplex än så.

**Det kan till exempel** vara fråga om en eller flera patienter som av någon anledning kräver längre tid än vad som gäller enligt genomsnittsberäkningen eller som är i behov av interprofessionell samverkan. Detta är ofta fallet gällande RSMH:s målgrupp av patienter. I värsta fall kan vissa patientgrupper prioriteras bort till förmån för ”lättare” patienter som gör det enklare att uppfylla produktionskraven. Hur den finansiella styrningen utformas är av vikt för den övergripande resurssättningen av primärvården och således även för målsättningen att uppnå en god och jämlik vård i hela landet. RSMH anser att nuvarande ersättningssystem måste ses över och

hur de bästa kan styra mot vård efter behov, vård av kvalitet, jämlik vård och personcentrerad vård.

### Kap. 5.3.1 Det råder särskilda förutsättningar i glest befolkade områden

**RSMH anser att** regeringen även bör överväga att avsätta extra medel till forskning om glesbygdsmedicin och primärvård i glest befolkade områden.

**Många personer uppger** att de gärna skulle flytta till landsbygdskommuner, men att det måste finnas rätt förutsättningar för detta, så som god infrastruktur. Vidare nämns möjligheten att ta med sig sin familj som en viktig faktor. Det senare förutsätter att det finns arbete till medföljande partner, förskole- och eller skolplats till barnen, goda kommunikationer och övrig samhällsservice. Ytterligare faktorer som mer kan ses som extra incitament är som tidigare nämnt grundläggande förutsättningar såsom lön, arbetsförhållanden samt möjligheten till fortbildning och en god karriärutveckling. Här kan man enligt RSMH behöva ta ett extra krafttag just gällande glesbygd för att öka attraktionskraften.

### Kap. 5.4 LOL och LOF med tillhörande förordningar ska upphävas

**LOL och LOF** har varit föremål för återkommande utredningar, som dock inte har lett till några större förändringar. Lagarna kritiserar av snart sagt alla aktörer, inklusive huvudmännen och de taxeanslutna vårdgivarna. Tidigare utredningar har genomförts och några av dessa har fokuserat på att revidera de aktuella lagarna, medan andra har studerat alternativa lösningar, som ny lagstiftning. En gemensam nämnare har dock varit en intention att i högre utsträckning än vad som är fallet i dag integrera de taxeanslutna vårdgivarna i den offentligt finansierade vården

**RSMH tillstyrker att** de aktörer som i dag verkar med stöd av LOL eller LOF i stället ska ges förutsättningar att verka inom ramen för bland annat LOU.

**Syftet med de** samlade förslagen är att det ska finnas reella möjligheter för mindre privata utförare att bedriva verksamhet inom hälso- och sjukvården.

**Enligt RSMH finns** det två alternativa förslag på hur det befintliga systemet för legitimerade fysioterapeuters och läkares anslutning till den offentligt finansierade vården skulle kunna utvecklas specifikt gällande vår målgrupp. Vilket av de två förslagen som bör förespråkas beror på vilka perspektiv, värdegrunder och mål för hälso- och sjukvården som prioriteras. Det ena förslaget innebär att det ska vara obligatoriskt för regionen att inrätta valfrietssystem även inom psykiatri och fysioterapi. Den närmare utformningen av valfrietssystemen lämnas åt regionen utifrån det egna planeringsansvaret, dvs. det föreslås inte obligatoriskt omfatta all psykiatri eller all fysioterapi i en region. Det andra förslaget består i att vidareutveckla befintligt system till ett omarbetat kompletterande nationellt utformat system som syftar till att skapa långsiktighet och förutsättningar för mindre vårdetableringar i geografiska områden där tillgången till vård är mindre. Båda förslagen inkluderar att gällande lagstiftning för LOL och LOF upphävs. RSMH är därmed ense i utredningens förslag att LOL och LOF upphävs.

**Införande av obligatoriska** valfrietssystem kan såklart ifrågasättas utifrån regionernas redan befintliga möjligheter att inrätta sådana, och det stora intrång i den kommunala självstyrelsen som detta medför. Ett alternativt förslag om obligatoriska valfrietssystem riskerar att försvåra

i en nuvarande tillitsproblematik mellan regionerna och utförarna på dagens nationella taxa. I RSMH:s mening är det därför inte tillräckligt att upphäva befintliga lagstiftningar (LOL och LOF) utan att säkerställa ett alternativt sätt att verka som möjliggör småföretagande inom vården.

## Kap. 6 Konsekvenser av promemorians förslag och bedömningar

**Utredningens samlade förslag** och bedömningar syftar till att förbättra villkoren för de mindre företagen. RSMH instämmer i stort i att genom att göra det lättare att driva vårdföretag och integreras i de offentligt finansierade systemen skapas också fler vårdtillfällen. Detta kan möjliggöra en bättre upplevelse av vården med tillgänglighet, kontinuitet och närhet. Dessa faktorer bedöms i sin tur leda till bättre medicinska resultat. RSMH anser att utredningens förslag och bedömningar som avser glest befolkade områden också torde bidra till att målet om jämlik vård över hela landet uppfylls i högre grad än vad som är fallet i dag, vilket är av stor betydelse för patienter.

**RSMH upplever dock** en avsaknad i utredningen av ett mer patientorienterat perspektiv. Det finns ett uppenbart verksamhetsperspektiv i utredningen som med stor behållning och ökad tillförlitlighet kunnat tydliggöra patientperspektivet.

**Det finns flertalet** omständigheter som ligger i vägen för framgång, några som vi tidigare påpekat i detta remissvar men också en mängd organisatoriska såväl som den utsatthet och sårbarhet våra medlemmar innehar i olika utsträckning idag och hur vår målgrupp kan värnas. RSMH ser hur centralt det blir att följa upp om vårdens kvalitet i glesbygd reellt kommer att förbättras för patienterna utifrån denna utrednings förslag. Att andra samhällsinstanser och åtgärder måste bidra i utvecklingen såväl som socioekonomiska utmaningar åtgärdas kommer att komma som en nödvändig följd.

**Kompetensförsörjningen inom vård** och omsorg är ett nationellt problem men för lands- och glesbygd en helt avgörande fråga för att kunna upprätthålla fortsatt verksamhet. Vi vet att utvecklat arbete i team med bättre nyttjande av den samlade resursen liksom nya och kompletterande kompetenser till exempel avancerade kliniska sjuksköterskor i glesbygd liksom allmänläkare med glesbygdsmedicinsk profil ökar attraktionen för att arbeta i dessa miljöer, vilket RSMH instämmer i vore värt att titta närmare på. Regioner, kommuner och verksamheterna bör vidare verka för att behålla och utveckla den personal som anställs. Insatserna skulle även kunna omfatta uppgiftsväxling eller utveckling av nya roller samt ökad digitalisering. Andra viktiga insatser är att skapa goda förutsättningar för ledarskap och att säkerställa möjligheter för personalen att utvecklas i sin arbetsroll.

**En ökad digitalisering** kräver liknande insatser i landsbygden som i andra delar av landet, bland annat en gemensam digital infrastruktur. De digitala lösningarna måste ha en tydlig funktion och anpassas utifrån verksamhetens och individens förutsättningar och behov.

**Privata vårdgivare upplever** att det är svårare att etablera sig i landsbygden. Det handlar om svårigheter i kompetensförsörjning, hur avtalen utformas och förutsättningar för planering. Flera regioner använder olika former av glesbygdsersättning för att kompensera ett ökat resursbehov, men RSMH bedömer att regionerna skulle även kunna använda andra metoder för att stimulera privata vårdgivare att etablera sig. Behovet av insatser för att utveckla vården finns på alla nivåer och i hela landet men insatserna måste anpassas utifrån lokala förutsättningar.



Det finns behov av forskning och utvärdering för att identifiera kostnadseffektiva insatser för att utveckla vården i landsbygden. I sammanhanget bedömer vidare RSMH att omställningen till en god och nära vård har förutsättningar att vara framgångsrik i landsbygden.

**Det finns som** ovan beskrivits många faktorer som påverkar primärvården i landsbygden. Därför är det svårt att identifiera en unik insats som leder till en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen och huruvida föreslagna förändringar i föreliggande utredning har potential att göra skillnad. Vad RSMH är övertygade om är att de förändringar som utredningen föreslår dock långt ifrån kommer att vara tillräckliga. Komplexa problem kräver ofta komplexa lösningar och det kommer att behövas en kombination av insatser för att möjliggöra vård på lika villkor och en god vård i glesbygd. RSMH ser att det även är viktigt att insatser för att utveckla primärvården i landsbygden genomförs på både lokal, regional, och nationell nivå. Insatserna gäller utbildning av vårdpersonal, en förbättrad arbetsmiljö och förutsättningar att leva i landsbygden. RSMH önskar betona att de insatser som genomförs måste utvärderas för att säkerställa att insatserna får önskvärd effekt för i slutändan patienterna och arbetet behöver genomföras kontinuerligt och som en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

**Några indikatorer vid** utvärderingar skulle, enligt RSMH, exempelvis kunna vara:

- Vården sätter patientens vård och säkerhet i första hand
- En jämlik och rättvis vård
- Patientens rättigheter uppfylls och tas i beaktning
- Patientens behov säkerställs och tillgodoses
- Resurser fördelas efter nöd och behov och ej av andra incitament
- En personcentrerad, samordnat vård med kontinuitet garanteras de med komplex problematik

**RSMH anser vidare** att regeringen behöver se över och stärka högskoleutbildningarnas koppling till landsbygden och relevanta utbildningar anpassade utifrån landsbygdens specifika behov, som kurser inom glesbygdsmedicin utvecklas. Regeringen måste också säkerställa vårdutbildningarnas dimensionering utifrån befolkningens långsiktiga behov och det behövs ett ökat fokus på breda medicinska specialiteter inom allmänmedicin, distriktssköterskor och psykiatrisk kompetens. Av vikt är även att regionerna bör ha en fortsatt och stärkt samverkan på huvudmannanivå. Regeringen har även en viktig roll i att skapa bättre förutsättningar för att leva i landsbygden. Även så att regeringen, regionerna och kommunerna genomför insatser för att många olika digitala lösningar ska kunna användas inom primärvården i landsbygden. De möjligheter som digitala verktyg erbjuder måste tas tillvara för att skapa bättre förutsättningar för en god hälsa och en vård på lika villkor i alla delar av landet. Dessutom behöver faktorer som kan bidra till ett digitalt utanförskap minska där regionerna bör se till att digitala vårdtjänster kan användas utifrån individens digitala förutsättningar och medicinska behov. Regeringen, regionerna och kommunerna bör också verka för att vårdgivare ska kunna dela patientinformation på ett säkert sätt, för att stärka förmågan att samordna insatser.

**RSMH rekommenderar att** regeringen, regionerna och kommunerna säkerställer kontinuerliga insatser för att förbättra förutsättningarna för kompetensförsörjningen, förutsättningarna för en vård av hög kvalitet och resursfördelningen till landsbygden, Vidare behöver man skapa förutsättningar för att en bredd av digitala verktyg ska kunna användas och utvecklas samt att noga följa hur omställningen till en god och nära vård påverkar kvaliteten på vården i landsbygden. Här behöver man kontinuerligt följa kvaliteten på vården och vårdkonsumtionen, för

att säkerställa att omställningen inte bidrar till ökade kvalitetskillnader, skillnader i hälsa eller risker i patientsäkerheten.

**Vissa aspekter av tillgänglighet och kvalitet** skiljer sig åt i olika delar av landet. Exempelvis är långa avstånd, brister i kontinuiteten och sämre resultat för medicinska utfallsmått mer uttalade i glesbygden. Ändå framstår inte skillnader mellan kommuntyperna som den viktigaste utmaningen för en god hälsa och vård på lika villkor. Skillnader mellan personer med olika hälsa och socioekonomi framstår istället som mer centrala. Samtidigt är dessa utmaningar större i landsbygden som en konsekvens av de demografiska förhållandena. Denna kunskap behöver enligt RSMH fördjupas.

#### 4. Avslutande kommentarer:

**Frågor om vård** och omsorg är viktiga för många i glesbygd och landsbygd. Draget till sin spets kan det bli en fråga om man vågar bo kvar. Möjligheten för medborgarna att påverka och vara en del av utformandet av vården blir därför helt nödvändig i detta sammanhang. Medborgarnas tankar om vad som behövs och hur det kan lösas behöver enligt RSMH lyftas fram i högre grad liksom att ledning tillmäter medborgarnas röst en signifikant betydelse.

**För att säkerställa** en god och nära vård i glesbygd och landsbygd utan avkall på kvalitet krävs delvis andra lösningar än i tätbefolkade områden. Detta utmanar såväl medborgarnas som organisationernas och professionernas föreställning av hur en god och nära vård ska vara. Därför krävs ett uthålligt och tålmodigt arbete där vården och omsorgen i glesbygd och landsbygd kan hämta kunskap och kraft från likande miljöer men framför allt krävs en proaktiv och kontinuerlig dialog med medborgarna för att säkerställa att vården och omsorgen ger den trygghet som gör det möjligt att bo kvar.

**För att skapa** den moderna vård som möter dagens behov och förväntningar behöver vi lära av patienter och deras närstående och låta deras behov, preferenser, mål, värderingar och resurser vara en utgångspunkt i utformningen och utvecklingen av hälso- och sjukvården.

**”Det händer något** i rummet när man sätter patienten vid bordet, diskussionerna utgår naturligt mer från de vi är till för”. Så beskrev en hälso- och sjukvårdsdirektör sin positiva upplevelse av att ha med patientrepresentanter även i strategiska diskussioner om utvecklingen av hälso- och sjukvården. RSMH vill i detta sammanhang framhålla just behovet av patientdelaktighet på alla nivåer. Från det enskilda patientmötet till styrning och utveckling av vården och på såväl verksamhets- som organisatorisk nivå.

**RSMH ser gärna** att man i föreliggande sammanhang fördjupar och breddar samskapandet med medborgarna för att finna de optimala lösningarna sprungna ur patienter och närståendes behov. Vidare ser vi att ett fördjupat samarbete mellan regioner och kommuner med gemensam planering, genomförande och uppföljning av vården kommer att vara viktigt. Här kommer man även behöva undersöka och utveckla organisatoriska lösningar för vården som är anpassade utifrån de lokala behoven. Essentiellt blir även att säkra kompetensförsörjningen samt konceptualisera och sprida kunskaper och erfarenheter utifrån de goda exempel som finns under utveckling redan idag.

**Utredningen tangerar elefanten** i rummet i form av de stora utmaningar med kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. När färre förmår ta examen av de som antas och många

i legitimationsyrken väljer att jobba med annat måste man våga ta itu med strukturella problem i arbetsmiljö och erbarmlig erkänsla i lönekuverten för den som engagerar sig i sin egen kompetensutveckling inom hälso- och sjukvården. Inte bara i glesbygd utan i hela Sverige.

**Det är med** vården i glesbygd som med vården i stort. Det finns inte en enkel åtgärd utan man måste jobba kontinuerligt med många typer av insatser. Föreliggande utredning har försökt adressera några och RSMH när en förhoppning att denna utredning kan öppna upp för den vidare komplexiteten och tillsätta resurser såväl som att fortsatt utreda problembilder för att hitta lösningar som gagnar patienterna och uppfyller de behov och rättigheter som de innehar.

**RSMH har lokalföreningar** i hela landet och är troligtvis den enda föreningen som organiserar personer med psykisk ohälsa i glesbygd. Vi välkomnar därmed ett fortsatt samarbete och dialog för utvecklingen av vården i glesbygd i allmänhet och för personer med psykisk ohälsa i synnerhet.

## Riksförbundet för Social och Mental hälsa

**Jenny Wetterling**  
Intressepolitisk talesperson RSMH

**Tore Hansson**  
Förbundsordförande

**Selene Cortes**  
Kanslichef

CC: **Funktionsrätt Sverige**  
**NSPH**  
**SKR**