



2020-09-02

Socialdepartementet

s.remissvar@regeringskansliet.se

s.fs@regeringskansliet.se

Remissvar God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, SOU 2020:19 (dnr S2020/02841/FS)

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

SLS har getts tillfälle att lämna synpunkter på *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, SOU 2020:19*. I beredningen av SLS svar har vi fått in synpunkter från **SLS sektioner för akutsjukvård, allmänmedicin, gastroenterologi, infektionssjukdomar, internmedicin, kardiologi, kirurgi, neurokirurgi, njurmedicin, otorinolaryngologi, huvud- och halskirurgi och SLS delegation för medicinsk etik**. Då dessa yttranden innehåller värdefulla synpunkter, inte minst specialiteternas perspektiv, bifogas de.

Allmänt om betänkandet

Utredningen har arbetat under flera år och det fjärde betänkandet, huvudbetänkandet, beskriver förtjänstfullt problemen och utmaningarna, och SLS delar analyserna i stort. De förslag som läggs i huvudbetänkandet kommer dock sannolikt inte att lösa de problem primärvården brottas med, om än förslagen i delar både är viktiga och angelägna.

Resursfrågan, som hela tiden har varit den svåra knäckfrågan, är inte klarlagd (se närmare kap. 9 nedan). SLS saknar ekonomiska satsningar. SLS har i alla tidigare remissvar framhållit att resursoverföringen är knäckfrågan, och att en resursoverföring måste genomföras utan att riskera en försämring av sjukvården i sin helhet. En utbyggnad av primärvården kräver ett tillskott av resurser, men resurser behövs till hela hälso- och sjukvården för att klara förändringen.

Begreppet ”nära vård” som redan är infört i HSL, är otydligt. SLS har pekat på detta tidigare. Det finns en oro för att otydliga begrepp slätar över de reella problemen och skapar ännu mer otydlighet och det kan vara svårt att styra mot en nära vård om det är otydligt vad det innebär. Se närmare svaren från **SLS etikdelegation** och även **sektionen för kardiologi** som för längre resonemang om ”nära vård”. Utredningen lägger inte heller några förslag om definitioner av öppen och slutna vård, men bedömer att en uppdelning fortsatt behövs (se närmare kap. 8 nedan).

Förväntningarna på ökad *digitalisering* av vården, inbegripet användandet av olika självlärande system för diagnostik och behandling, överstiger i de flesta sammanhang evidensen för att ökad säkerhet, effektivitet och patienttillfredsställelse uppnås i storskalig rutinanvändning av sådana system (se närmare svaren från **SLS etikdelegation** och **sektionen för allmänmedicin**). SLS har också i tidigare remissvar framfört att vi saknar en *prioriteringsetisk* diskussion, här vill vi särskilt lyft fram det resonemang som förs av **SLS etikdelegation** i det bifogade svaret på s. 4.

När det gäller förslagen för ökad *samverkan* (se närmare kap. 4 och kap. 5 nedan) delar SLS utredningens analyser och skälen för förslagen. Ökad samordning och samverkan är nödvändig, men får inte skapa ytterligare byråkrati, administration och fragmentisering. SLS anser att utredningens förslag balanserar på gränsen. SLS har inga större invändningar, men anser att fokus främst måste vara på att förstärka allmänmedicinen så att de allmänmedicinska specialisterna ska kunna ta huvudansvaret i den ”nära vården”. Samverkan mellan huvudmän och vårdnivåer är väsentlig för bland annat sköra äldre med flera samtidiga sjukdomstillstånd, och måste kunna hanteras utan att patienten skickas runt i vårdsystemet. Primärvården och allmänmedicinen utgör den naturliga basen och navet för att detta ska fungera. Ett behov av ökad medicinsk kompetens inom detta område har tydligt belysts under den pågående pandemin.

När det gäller *utbildning och forskning* (se närmare kap. 6 nedan) är det välkommet att utbildningsansvaret föreslås att lagregleras. Det är också positivt att forskning i primärvården lyfts fram. SLS stöder idén med en dedikerad nyskapad finansieringsstruktur som kan utvecklas till en svensk motsvarighet för stöd för forskning och forskningstjänster i den ”nära vården”. SLS saknar dock ekonomiska satsningar på utbildning och forskning.

SLS avstår från synpunkter på kapitel 7. Flera av SLS sektioner har dock lämnat synpunkter och SLS hänvisar direkt till de svaren i bilaga (*sektionerna för allmänmedicin, gastroenterologi, kardiologi*).

Flera av SLS sektioner har kommenterat kapitel 3, och vi hänvisar här till de enskilda svaren för värdefull input. (Se svaren från *sektionerna för akutsjukvård, allmänmedicin, gastroenterologi, och njurmedicin*)

Kap. 4 Samverkanstrukturer för hälso- och sjukvården

4.2.3 Begreppet hemsjukvård ersätts i lagstiftning med ”hälso- och sjukvård i hemmet”.

Utredningen föreslår att begreppet hemsjukvård ska ersättas med begreppet hälso- och sjukvård i hemmet för att tydliggöra att den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet är likställd övrig vård och att det enda som särskiljer den är platsen vården utförs på.

SLS har inte någon invändning men är inte övertygat om att detta förtydligande får så stora effekter i praktiken. Läkarmedverkan i såväl kommunens hälso- och sjukvård som då kommunen övertagit regionens skyldighet för hälso- och sjukvård i ordinärt boende, har utretts många gånger. Området har kännetecknats av avtal, överenskommelser och tillfälliga satsningar samt en mängd planer. Totalt blir det en splittrad styrning som kan leda till att prioriterade grupper, ofta sköra äldre med många olika sjukdomar, till slut inte prioriteras. **SLS tror mer** på att det är förutsättningarna för tillgänglighet och kontinuitet i hälso- och sjukvården, även i det ordinära boendet, som behöver förbättras, t ex måste ersättningarna i vårdvalssystemen stödja att läkare (den fasta läkarkontakten) gör besök i patientens hem.

4.3.1 Regionen och kommuner ska samverka vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården

Utredningen föreslår att regioners och kommuners särskilda samverkansansvar med varandra vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården ska förtydligas i lagstiftning genom att de uttryckligen pekas ut som samverkanspart.

SLS tillstyrker förslaget om att förtydliga samverkansansvaret och delar utredningens bedömning att behovet av samverkan ökat och att mycket hänt sedan Ädelreformen – kommunerna har större ansvar och fler patienter, och det finns många fler utförare. Den medicinska kompetensen i kommunens hälso- och sjukvård behöver förstärkas.

En orsak till de problem svensk hälso- och sjukvård har då det gäller att samverka, att få till samordning och att arbeta enligt tydliga ansvarsgränser är uppdelningen på två huvudmän; kommun och region. Detta lyfts särskilt fram av *sektionerna för allmänmedicin, kirurgi och njurmedicin* och **SLS etikdelegation**. Det ingick dock inte i utredningens uppdrag att se över ansvarsfördelningen. I anslutning till ansvarsfördelningen mellan huvudmännen lyfter både Etikdelegationen och eHälsokommittén fram konsekvenser av pandemin 2020.

Sektionen för kirurgi befarar att "... utfallet kan bli att kommuner och regioner fortsatt kommer att ha olika åsikter kring hur vården ska utvecklas, och hur ansvaret för den vård som bedrivs ska fördelas. Rimligen kommer då tvister att i bästa fall lösas internt hos SKR, eller inte alls. Gränssnittet för vem av kommun eller region som ska utföra vissa delar av primärvården är inte tydligt beskrivet, och med endast samverkan som krav finns en fortsatt risk för att verksamhet bedrivs ineffektivt när den "hamnar mellan stolarna".

Etikdelegationen framför bl a "Pandemin 2020 har påvisat brister som måste ses som delvis sammanhängande med ett fragmentiserat hälso- och sjukvårdssystem och dess möjligheter att kunna leverera kompetent och utbildad personal med trygga anställningsformer, god lagerhållning och uthållighet av materiel och resurser samt god samverkan beträffande ledarskap, finansiering, organisering och digitalisering i hälso- och sjukvårdens och omsorgens praktik. Sveriges snabba, tidiga omställning möjliggjordes på vårdgolvet genom olika professioner som ställt upp med sin katastrofberedskap, erfarenhet, kunskap, professionella nätverk, tid, kreativitet samt ideella resurser. Dessa initiativ har kämpat tillsammans med en nationell samordning från expertmyndigheter och regering för att få till konkreta förändringar."

4.3.2 En gemensam plan för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå

Utredningen föreslår att regioner och kommuner för utformningen av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå ska upprätta en övergripande gemensam plan, en ny bestämmelse föreslås i HSL.

SLS är generellt tveksamt till ytterligare lagreglerade planer, även om vi delar uppfattning om vikten av gemensam strategisk planering. Området kännetecknas av en mängd planer och överenskommelser. Risk finns med reglerade krav på ytterligare planer att resurserna läggs på framtagandet av själva planen. **SLS anser** att det i första hand handlar om att stärka allmänmedicinen så att förutsättningar finns för att genomföra uppdraget, som bl a omfattar läkarinsatserna i kommunens hälso- och sjukvård. Se även svaret från **sektionen för allmänmedicin** om vikten av att involvera specialisterna i allmänmedicin i den strategiska planeringen.

Utredningen hänvisar i detta avsnitt till hur avtal om läkarmedverkan är strukturerat. SLS har till utredningen framfört att det är ytterligare ett avtal, som borde ses över. Bestämmelsen borde ses över i förhållande till vårdvalssystemen. Se även svaret från **sektionen för allmänmedicin** som påtalar att avtalet behöver ses över.

4.3.3 Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas de förutsättningar för samverkan som behövs

Utredningen föreslår att det i HSL regleras att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas de förutsättningar för samverkan som behövs för att en god vård ska kunna ges. På så sätt stärks kraven på samverkan även på utförarnivå.

SLS tillstyrker förslaget om att dagens krav på att det ska finnas personal, lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges, utökas med krav på att förutsättningar för samverkan finns. Kraven på utförarna hänger dock ihop med att utförarna i sin tur får förutsättningar, bl a att ersättningssystemen och informationssystem stödjer samverkan och att professionella i de aktuella organisationerna har tillräckligt med tid och nödvändiga praktiska resurser för att i praktiken genomföra denna samverkan.

Grundläggande för alla förslag om uppdraget och krav på vårdgivarna, är att tillräckliga resurser avsätts för uppdraget.

SLS passar samtidigt på att igen framföra att "samordning" bör återinföras i HSL:s bestämmelse om "god vård" för att tydliggöra att samordning är en del av god vård. Det framgår av Patientlagen men det är viktigt att det även framgår av definitionen av god vård i HSL.

4.4.2 Fler patienter ska ges möjlighet till en individuell plan

Utredningen föreslår att regleringen av individuell plan i HSL och SoL ska harmonieras med regleringen i LUS så att den kommunala hälso- och sjukvården inte bara omfattas när den individuella

planen initieras vid utskrivning från slutet vård. Dessutom ska patienter som inte får socialtjänst men har behov av stöd i samordningen i vårdprocesser som inbegriper flera olika vårdgivare omfattas av möjligheten att få en individuell plan.

SLS tillstyrker förslaget. SLS har inte någon invändning mot utredningens bedömning att det är den fasta vårdkontakten som ska ansvara för att planen är aktuell och uppdaterad, men även här handlar det om att tillräckliga resurser avsätts för uppdraget. SLS vill särskilt uppmärksamma på vikten av att det inte får leda till ökad administrativ belastning. Vi delar även *sektionen för allmänmedicins* synpunkt på att planer inte får ersätta den viktiga personliga kontinuitet mellan patient och läkare.

4.4.3 Den enskilde ska ges möjlighet att initiera en individuell plan

Utredningen föreslår att den enskildes möjlighet av stöd till samordning utifrån sina behov behöver stärkas. Det ska därför regleras i HSL och SoL att också den enskildes önskemål om att få en individuell plan upprättad ska beaktas.

SLS tillstyrker att den enskilde bör ges större inflytande och delaktighet vad avser hans vård och stöd. Vad som är rätt vektor för att förmedla denna stärkta delaktighet för den enskilde är dock en fråga värd att analysera ytterligare. Som sektionen för njurmedicin framhåller kan patientinitierade planeringssammanskomster (där det enligt vetenskap och beprövad erfarenhet inte föreligger ett behov av samordnad planering) motverka kravet på god och lika vård efter behov. Vi har även svårt bedöma den egentliga effekten av detta förslag i praktiken eftersom det fortsatt framgår att det är regionen eller kommunen som ska bedöma om samordnad planering "behövs".

4.4.5 Personcentrerat innehåll i den individuella planen

Utredningen föreslår att målet med insatserna för den enskilde ska framgå av den individuella planen. Målet ska formuleras utifrån den enskildes perspektiv

SLS tillstyrker förslaget.

4.4.6 Den individuella planen ska även innehålla förebyggande och rehabiliterande insatser

Utredningen föreslår att av den individuella planen ska det framgå vilka förebyggande och rehabiliterande insatser som behövs.

SLS tillstyrker förslaget. SLS anser att prevention/hälsofrämjande insatser, där det behövs, ska vara en integrerad del av läkares och andra vårdprofessioners arbete. Vi anser att preventionsarbete ska bygga på vetenskaplig grund och vill betona att tidiga insatser är särskilt viktiga. Läkare och annan vårdpersonal har i patientmötet en unik möjlighet att både identifiera och hitta individanpassade åtgärder för att stödja människor att ändra sina levnadsvanor och vidmakthålla dem över tid.

4.5.4-4.5.6 Ekonomiska konsekvenser

Ökade resurser för administration var kanske inte vad SLS hade förväntat sig, och vi är inte övertygade om att plan-åtgärderna är rätt väg att gå. Men SLS är positivt till förslagen om SIP och att resurser avsätts för dessa.

I resursfrågan hänvisar vi i övrigt till kap. 9 nedan.

5. Patientkontrakt – patientens stöd för en sammanhållen vård

5.2.1 Varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt

Utredningen föreslår att det i patientlagen regleras att varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt som på ett sammanhållet sätt, utifrån den enskildas behov och preferenser, presenterar patientens individuella plan med de aktiviteter och insatser som är planerade. Det ska också framgå vem/vilka som utgör patientens fasta vårdkontakt(er).

SLS är inte positivt till reglering av s.k. patientkontrakt, men kan se fördelarna med att samla planer och kontaktuppgifter i en sammanhållen information till patienten. Begreppet kontrakt är dock problematiskt och **SLS avstyrker att begreppet** används. Varför behövs en reglering? Utvecklingsarbete och piloter pågår redan.

SLS avstyrker således en ny reglering och namnet patientkontrakt, men **SLS är positivt till en sammanhållen presentation** av den individuella planen, ev. andra planer och kontaktuppgifter till nytta för patienten.

SLS vill här hänvisa till svaret från *SLS etikdelegation* som lyfter fram ett alternativt förslag för hur detta kan lösas, se även svaret från *sektionen för njurmedicin!*

6. Utbildningens och forskningens roll i omställningen till en god och nära vård

6.2.1 Regioners och kommuners ansvar för medverkan i utbildning ska tydliggöras

Utredningen föreslår att det uppdrag som genom överenskommelser och andra avtal åvilar regioner och kommuner att medverka i utbildningsfrågan och tillse att behovet av platser för verksamhetsförlagd utbildning tillgodoses, ska tydliggöras genom ett i lag reglerat ansvar. I HSL ska anges att regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för.

SLS anser att beslutsfattare inför alla större förändringar i hälso- och sjukvården måste säkra verksamhetens förutsättningar att bedriva utbildning och forskning samt tillgodose framtida kompetensförsörjning. När strukturreformer genomförs i hälso- och sjukvården glöms ofta forskning och utbildning bort med stora negativa konsekvenser som följd.

SLS tillstyrker förslaget om lagreglering av utbildningsansvaret. Men enbart en lagreglering är inte tillräckligt. Läkares AT och ST är lagreglerade, trots det räcker AT-platserna inte till och ST i allmänmedicin behöver öka. **SLS anser** att det är mycket angeläget med investeringar i handledarresurser för att utbildningen på olika nivåer ska kunna hålla en rimlig kvalitet och att vårdcentralerna fungerar väl ur ett utbildningsperspektiv.

Det saknas ekonomiska satsningar. **SLS var positivt** till utredningens tidigare förslag om att staten under en omställningsperiod skulle stimulera adekvat tillgång till allmänläkare i primärvården genom finansiering av 1 250 specialiseringstjänster i allmänmedicin under åren 2019–2027. Regeringen har dock bedömt att staten inte kan direktfinansiera enskilda tjänster för ST-läkare då dessa är tillsvidareanställningar som vårdgivarna som arbetsgivare ansvarar för. I stället har regeringen avsatt resurser inom ramen för överenskommelsen om god och nära vård. SLS vill ånyo framhålla vikten av att staten tar ett större ansvar för kompetensförsörjningen.

SLS anser att det behövs en rad åtgärder för att göra allmänmedicinen till ett attraktivt karriärval, förutom arbetsförhållanden handlar det om utvecklingsmöjligheter och förutsättningar för att bedriva forskning och utvecklingsarbete samt utbildning.

SLS vill också framhålla att det måste finnas ett ordnat system för fortbildning. Till skillnad från grund- och vidareutbildningen saknas i dag formell reglering av fortbildningen för färdiga specialister. Situationen i primärvården gör det svårt för läkare att delta i aktiviteter för kompetensutveckling. Kompetensförsörjning och kompetensutveckling är en nödvändig förutsättning för att hälso- och sjukvården ska kunna fortsätta att leverera resultat. Kompetensutveckling ska vara en självklarhet under hela yrkeslivet. Fortbildning utgående från ”continuing professional development” (CPD) bör göras obligatorisk och dokumenteras i portfölj.

6.2.2 Att medverka till utbildning ska vara en del av primärvårdens grunduppdrag

Utredningen föreslår att det ska ingå i primärvårdens grunduppdrag att medverka till utbildning av de professioner som förekommer i primärvården. Utredningen föreslår att en punkt läggs till i deras tidigare förslag om reglering av primärvårdens grunduppdrag i HSL.

SLS tillstyrker förslaget. Det grundläggande är att uppdraget resurssätts så att det kan fullgöras i praktiken. Utbildningsvårdcentraler nämns i texterna, det är även något som SLS lyft fram i sitt policydokument [Svenska Läkaresällskapet för en stark primärvård](#).

6.5 Forskningens roll i omställningen

Utredningen har belyst forskningsfrågorna i tidigare betänkande och SLS delar slutsatsen att stimulera forskning och utveckling är central för att säkerställa en högklassig modern hälso- och sjukvård. Forskning och utveckling är instrument som rätt använda leder till förbättrad och säkerställd

högkvalitativ vård. **SLS noterar** att det i utredningens direktiv inte fanns uppgifter om att komma med konkreta förslag för forskningen, vilket är beklagligt, och kommer att leda till försenat genomförande och implementering av reformen.

SLS uppmärksammar att dialogfrågor som diskuteras tas upp där synsätt med interprofessionell gränsöverskridande forskning i kring komplexa sjukdomar bör stimuleras genom att skapa kritiska miljöer med stöd från chefer för forskningens arbetsvillkor, ett synsätt som stöds och delas.

I miljöer som saknar akademisk tradition är rekrytering av utbildade forskare kritisk och nödvändig, för att säkra handledare, som kan leda forskningsgrupper för vilket det krävs ekonomiska riktade resurser. Finansieringsbehovet av forskning i den nära vården identifieras som en mycket viktig förutsättning i utredningen för forskningen och exemplifieras med redan etablerat stöd för allmänmedicinsk forskning i Norge, vilket ger en god insikt hur en sådan fond skulle kunna se ut. **SLS stöder iden** med en dedikerad nyskapad finansieringsstruktur som kan utvecklas till en svensk motsvarighet för stöd för forskning och forskningstjänster i den nära vården, ett uppdrag som skulle kunna ges till Vetenskapsrådet för att säkerställa hög vetenskaplig kvalitet efter utlysning i konkurrens. **SLS delar utredningens slutsats** att förutsättningarna för forskning bör stärkas inom kommunal hälso och sjukvård och anser att i forskningspropositionen 2020, senast, bör ett strukturellt och finansiellt helhetsgrepp läggas fram för att skapa starka forskningsmiljöer i den nära vården.

8. En ändamålsenlig struktur för styrning av hälso- och sjukvården

8.2.1 En uppdelning av vården är fortsatt ändamålsenlig

Utredningen bedömer en uppdelning i vårdformer fortsatt är ändamålsenlig. Begreppen, öppen och slutna vård, kan inte tas bort utan att ersättas med en annan reglering.

SLS konstaterar att utredningens förslag i delbetänkandet 1 om nya styrande principen om att hälso- och sjukvården ska ordnas nära befolkningen och som öppen vård i första hand, om det inte är motiverat att koncentrera den geografiskt av kvalitets- eller effektivitetsskäl, redan är införd i HSL, men inte i den del som anger att vården i första hand ska ordnas som öppen vård eftersom det låg i utredningens fortsatta uppdrag. SLS framförde att regeringen borde avvakta att införa principen till dess definitioner var på plats. SLS påtalade att om en omställning ska få genomslag så måste de styrande principerna vara tydliga. Men i det betänkande som nu föreligger har utredningen inte lagt några skarpa förslag, men bedömer att en uppdelning fortfarande är ändamålsenlig.

8.2.2 Beskrivningssystemen behöver utredas och förändras

Utredningen bedömer att de beskrivningssystem som används inte är ändamålsenliga för styrningen och uppföljningen av dagens och framtidens hälso- och sjukvård, och presenterar därför förslag om att de behöver utredas och anpassas. Utredningens uppfattning är att även om en sådan översyn genomförs, bör på sikt definitionen av slutna vård moderniseras till namn och innehåll. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ges i uppdrag att utreda på vilket sätt de beskrivningssystem som används inom hälso- och sjukvården behöver förändras för att underlätta och stimulera en överföring av mer vård till öppna vårdformer. genomföra en sådan utredning.

SLS välkomnar en fördjupad utredning och bidrar gärna till den genom deltagande från våra sektioner, kommittéer och delegationer.

SLS har ingen invändning mot ett uppdrag till Socialstyrelsen att utreda på vilket sätt de beskrivningssystem som används inom hälso- och sjukvården behöver förändras för att underlätta och stimulera en överföring av mer vård till öppna vårdformer.

I SLS remissvar 2017-10-02, framhöll vi att det är patienternas behov som bör styra hur vården organiseras och vi delade uppfattningen att det bör vara en huvudprincip att hälso- och sjukvården då patienternas framtida vårdbehov i första hand med adekvat kompetens, oavsett om den sker i öppen eller slutenvård. SLS menar att om en omställning ska få genomslag måste de styrande principerna även speglas i hur vård ersätts och följs upp.

8.2.3 Begreppet slutna vård behöver omdefinieras

Utredningen bedömer att det finns ett behov att byta ut begreppet slutna vård. Men lägger inget

skarpt förslag då en ändrad definition av slutna vård innebär stora förändringar. Utredningen presenterar ett möjligt sätt att utforma en sådan ny definition, benämnd särskild vård.

Utredningen har inte några skarpa förslag i dessa delar, även om det varit en del av utredningens uppdrag från början. Utredningen har enligt direktiven (dir. 2017:97) i uppdrag att analysera om vårdens uppdelning i öppen vård och slutna vård fortfarande är ändamålsenlig med utgångspunkten att vården ska organiseras och bedrivas effektivt med god kvalitet och utifrån den enskildes vårdbehov.

SLS anser att det är för tidigt att lämna synpunkter på utredningens bedömning att det finns ett behov att byta ut begreppet slutna vård till "särskild vård" men vill lyfta följande reflektioner med utgångspunkt från remissvar från våra sektioner.

Införandet av nya begrepp, såsom *särskild vård*, löser inte problemet med ekonomiska incitament som styr hur vård debiteras. Det finns inget som hindrar verksamheter att debitera för *särskild vård* om underlag för DRG tas fram på samma sätt som idag. SLS föreslår att ett arbete med beskrivningssystem sker parallellt med en utveckling av vårdens ersättningsystem som speglar såväl *vård* som gjorts och med vilka resurser och organisatoriska förutsättningar snarare än *var* vården skett.

Hur vården ges och med vilken kompetens är lika viktigt. Idag bidrar den kontext som vården sker i vid de högspecialiserade sjukhusen till korta avstånd mellan team av högspecialiserade utredningar, bedömningar och behandlingar. Ska man flytta ut en del av den kvalificerade inläggande vården till primärvården bör man se till att man även sörjer för en kvalificerad och närvarande läkarbemanning samt möjligheter till kontinuerlig fortbildning och erfarenhetsutbyte för medarbetare. Gamla, multisjuka och andra behövande personer har rätt till adekvat och anpassad högkvalitativ medicinsk vård och omvårdnad oavsett var vården sker. Det bör finnas rätt kompetens hos de team som vårdar patienter i den nära vården. Ur perspektivet allas rätt till jämlik vård, måste man borga för att alla har rätt till läkarbedömning och rätt att träffa en organspecialist vid behov. De ersättnings- och uppföljningssystem som tas fram behöver följa såväl strukturmått (såsom adekvat bemanningsnivå, närvaro av personer mer rätt kompetens, möjlighet till regelbunden fortbildning osv) såsom processmått (såsom följsamhet till behandlingsriktlinjer och vårdprogram) och utfallsmått (såsom hälsa och överlevnad).

9. Att skapa förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet

9.4 Omfördelning av resurser i systemet och resurser för omställningen

Utredningen bedömer att staten bör samla flera av de ekonomiska satsningar som regleras i överenskommelser mellan regeringen och SKR i en övergripande överenskommelse för omställningen till en God och nära vård.

SLS saknar ekonomiska satsningar. Utredningen föreslår finansiering av de förslag som läggs, men i övrigt förslås inte någon ekonomisk satsning. Utredningen bedömer att regeringen bör samla ihop alla de överenskommelser som för närvarande finns i en enda överenskommelse, men det framgår inte om resurserna ska öka. SLS delar uppfattningen att, om tillfälliga satsningar ska förekomma så bör de inte delas upp i en mängd olika överenskommelser. SLS är dock inte positivt till tillfälliga överenskommelser och s.k. "satsningar" då de tenderar att bli just tillfälliga och leda till en splittrad styrning samt mer administration. Primärvården behöver stabilitet och långsiktigt byggas ut för att kunna bli basen i hälso- och sjukvården.

SLS har i alla tidigare remissvar framhållit att resursoverföringen är den svåra knäckfrågan, och att en resursoverföring måste genomföras utan att riskera en försämring av sjukvården i sin helhet. En utbyggnad av primärvården kräver ett tillskott av resurser, men resurser behövs till hela hälso- och sjukvården för att klara förändringen. Flera sektioner lyfter fram resursfrågan, inte minst sektionen för allmänmedicin. Flera sektioner lyfter den oro som SLS har framfört i tidigare svar om överföringen, se bl a sektionerna för infektionssjukdomar, kardiologi, kirurgi, otorhinolaryngologi, huvud- och halskirurgi. Det kommunala självstyret innebär att en omstrukturering är beroende av beslut i respektive region, vilket skulle kunna leda till fördröjningar. SLS beklagar också att det förslag utredningen lade om statlig finansiering av ST-tjänster inte genomförs, kompetensförsörjningen är en viktig del. SLS har tidigare framfört att staten bör ta ett större ansvar. Se även svaret från *sektionen för gastroenterologi*.

Företrädare för den medicinska professionen måste involveras i omstruktureringen. Detta gäller genomgående för arbetet med en strukturomvandling både lokalt och på övergripande nivå, för en gemensam grundsyn om vad som är god vård. Lärdomar av förbättrade arbetsformer genom den pågående pandemin borde också kunna användas för att nå ”en god och nära vård”.

För Svenska Läkaresällskapet

Tobias Alfvén
ordförande

Ingmarie Skoglund
nämndledamot

Mikael Sandlund
ordförande delegationen för
medicinsk etik

Bilagor: Remissvar från

SLS sektioner för

akutsjukvård,
allmänmedicin,
gastroenterologi,
infektionssjukdomar,
internmedicin,
kardiologi,
kirurgi,
neurokirurgi,
njurmedicin,
otorhinolaryngologi, huvud- och halskirurgi

SLS delegation för medicinsk etik