



2020-06-12

Synpunkter från Svensk Förening för Akutsjukvård (SWESEM) angående slutbetänkandet från God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)

Till Svenska Läkaresällskapet

Vi tackar för möjligheten att lämna synpunkter till Svenska Läkaresällskapet på denna viktiga utredning. SWESEM är i grunden mycket positivt till den stärkning av primärvården som föreslås, där kommunerna får ett tydligare åtagande som huvudman för hälso- och sjukvård och där kraven på samverkan mellan kommunal och regional nivå ökar.

I kapitel 3.2.5 Prehospital och mobil vård – en integrerad del i vårdkedjan, diskuteras behovet om möjligheterna av att integrera den prehospitala vården i hälso- och sjukvårdssystemet. Utredningen menar att det ”medför ett behov av att skapa rätt förväntningar och kunskap kring vad det tex. innebär att arbeta i dessa verksamheter” och att ”Utbildning och utveckling måste syfta till möjlighet att verka i moderna, breda mobila och prehospitala insatser. Inte bara i akuta ”blåljussituationer”.

SWESEM instämmer i behovet av att se den prehospitala vården som vårdgivare och en del av hälso- och sjukvårdssystemet. Det finns stora vinster med att använda den kompetens som finns i organisationen till att stötta primärvården med akuta bedömningar. I första hand är emellertid den prehospitala vården en del av den akuta vårdkedjan och för att man ska kunna uppnå och upprätthålla den kompetensen, behövs en kontinuerlig exponering för allvarliga, akuta sjukdomstillstånd.

För Svensk Förening för Akutsjukvård (SWESEM)

Katrin Hruska, specialist i akutsjukvård
Arin Malkomian, ordförande SWESEM

REMISSVAR

2020-08-02

Svenska Läkaresällskapet
Att.: Susann Asplund
Box 738
101 35 Stockholm
susann.asplund@sls.se

SFAM:s remissvar:

SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem

Sammanfattning

Med reservation för nedanstående påpekanden uppfattar SFAM att detta huvudbetänkande, tillsammans med de tre tidigare delbetänkandena, utgör ett starkt officiellt erkännande av primärvårdens och allmänmedicinens betydelse för ett hållbart sjukvårdssystem.

De flesta författningsförslagen har främst symbolisk betydelse

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) delar utredningens problemformuleringar och instämmer i beskrivningen av framgångsfaktorer och hinder för den nödvändiga omställningen i svensk sjukvård. Vi har inga invändningar mot befintliga författningsförslag, men vi bedömer de flesta förslagen framför allt vara av symbolisk betydelse.

Åtgärder för att öka relationskontinuitet saknas

Vår viktigaste kritiska synpunkt är att även om utredningen på flera ställen förtjänstfullt lyfter betydelsen av relationskontinuitet i sjukvården så saknas i stort sett helt skarpa förslag med potential att uppnå tillräcklig sådan. I synnerhet saknar vi konkretion kring systematisk personlig listning inom primärvården och vi finner det anmärkningsvärt att det saknas förslag om listningstak eller andra handfasta sätt att skapa rimlig arbetssituation för primärvårdsteamet när man samtidigt beskriver problem med att rekrytera och behålla kompetent personal. Vi är tveksamma till att förslagen sammantaget kommer att ge ett tillräckligt förändringstryck för att uppnå förstärkning av kärnan i primärvården (generalistkapacitet) och resursöverföring mellan olika delar av sjukvårdssystemet.

Allmänläkares involvering i kommunal hälso- och sjukvård bör förtydligas

För att stärka den kommunala sjukvården är det av yttersta vikt att man på ett tydligare sätt involverar allmänläkare såväl i den strategiska planeringen, till exempel genom inrättande av MAL (medicinskt ansvarig läkare), som i den kliniska vardagen. I möjligaste mån bör den kommunala sjukvården knytas tätare till och integreras i den regiondrivna primärvården. Det förutsätter tid och en avgränsad patientlista för allmänläkarna. Vi vill även betona vikten av hög omvårdnadskompetens i den kommunala hälso- och sjukvården genom god bemanning med sjuksköterskor och undersköterskor.

Vårdplanssammanfattning bör införas, men benämningen "patientkontrakt" överges

SFAM instämmer i betydelsen av dels ökad delaktighet, dels förbättrade tekniska möjligheter att åskådliggöra och överblicka planeringen för vården för den enskilde. Även om vi inte tror att det förstnämnda kommer att ske genom ökad reglering eller formaliserade planverktyg tillstyrker vi förslaget om införande av en överblickbar vårdplanssammanfattning, men med tillägg att föreslagen benämning, patientkontrakt, bör överges för att undvika missförstånd.

Vi vill särskilt påtala att individuella planer utgör ett komplement till en fast, personlig, medicinskt ansvarig läkare. Rätt utformade kan dessa verktyg vara av godo men vi ser en betydande risk att de blir ytterligare en administrativ börda och kan komma att ses som en ersättning för den personliga kontinuiteten.

En ekonomisk satsning på forskning och utbildning inom primärvården saknas

SFAM instämmer i konstaterandet att det måste etableras en uthållig forsknings- och utbildningsverksamhet utanför de traditionella miljöerna, en slutsats som förstärks av den obetydliga andelen av forskningsmedel som idag går till primärvård och allmänmedicin. Fortsatt kompetensutveckling bör underkastas samma kvalitetskrav som grund- och vidareutbildningen. Fortbildning bör således göras obligatorisk och dokumenteras i portfölj.

Vi ser positivt på att SAFUs förslag om en nationell fond för primärvård och allmänmedicin fått en framträdande plats i utredningen men saknar ekonomisk satsning inom forskning och utbildning som står i rimlig proportion till den sjukvård som utförs i primärvården.

Övriga synpunkter

Vad gäller förslagen kring lagen om läkarvårdsersättning (LOL) respektive fysioterapiersättning (LOF) har vi inga särskilda synpunkter, förutom att vi vill understryka att det finns gott om andra situationer än just glesbygd, där den fria marknaden inte råder och där marknadskrafterna via lagen om vårdvalssystem inte förmått tillgodose befolkningens rätt till jämlik tillgång på sjukvård och rehabilitering.

Vi har inga särskilda synpunkter kring begreppen sluten respektive öppen vård, men föreslår att man byter ut begreppen primärvård – specialiserad vård – högspecialiserad vård till primärvård – sekundärvård – tertiärvård.

Nedan ges mer detaljerade kommenterar till specifika kapitel i betänkandet.

Kapitel 1

SFAM har inga bärande invändningar mot författningsförslagen.

Flera av ändringarna har i första hand symbolisk betydelse.

Avseende ändringsförslaget i HSL 16 kap. 4§ är det bra att det framgår att de verksamheter eller enheter som ansvarar för insatserna tillsammans ansvarar för upprättandet av en individuell plan. De innebär en rimlig avgränsning av den regionala respektive kommunala primärvårdens uppdrag till de fall då man faktiskt är involverade i den enskildes ärende.

Vad gäller författningsförslagen kopplade till ändringarna i lagen om läkarvård ersättning (LOL) respektive fysioterapiersättning (LOF) vill vi särskilt understryka att vi inte ser poängen med att särbehandla glesbygd i lagstiftningen. Syftet med ändringarna är ju att möjliggöra olika driftsformer. Det finns gott om andra situationer än just glesbygd, där den fria marknaden inte råder och där marknadskrafterna via lagen om vårdvalssystem inte förmått tillgodose befolkningens rätt till jämlik tillgång på sjukvård och rehabilitering.

Vi förstår att det utifrån förslaget rent tekniskt måste finnas en definition, men att utgå från befolkningstäthet och invånarantal kommer inte bidra till en god och nära vård i hela landet. Om olika typer av vård saknas i olika typer av områden, måste primärvården som försörjer dessa områden också försörjas med resurser för den kompetens som saknas för att en vårdcentral totalt sett skall kunna erbjuda det som anses vara en god och nära vård.

Avseende ändringsförslaget i HSF 3 a kap. 1§ saknar vi en skrivning om att regionerna och kommunerna säkerställer att primärvården särskilt tillgodoser behovet av relationskontinuitet i vården. Detta är en egenskap vars betydelse inte kan överskattas, väl i paritet med "mycket god tillgänglighet"

Kapitel 3

I kapitlet ges inga konkreta förslag att ta ställning till, men framställningen av möjliga framgångsfaktorer och hinder för omställningen har stora förtjänster. SFAM vill särskilt kommentera några punkter.

Utvecklingen från att se patienten som passiv mottagare till aktiv medskapare av sin egen hälsa och vård (3.2.1, s 106) är nödvändig. SFAM vill understryka att det finns en inbyggd motsättning mellan synen på medborgaren som kund, som med obegränsad valfrihet beställer tjänster, och som medskapare i ett partnerskap som bygger på ömsesidigt ansvarstagande mellan patient och sjukvårdsmedarbetare.

Vi håller inte med om att det saknas potentiella motsättningar mellan individualisering och standardisering, även om de kan (och bör) samexistera.

SFAM instämmer i att patientdelaktighet i utvecklingen av vården (s 108) är helt centralt. Resonemanget om delaktighet även på strategisk nivå gäller inte bara patientrepresentanter utan även kliniskt verksamma medarbetare. Idag fattas många strategiska beslut på betryggande avstånd och med bristfällig förankring i såväl de patientupplevda behoven som i klinikerns verklighet.

SFAM instämmer i behovet av ett salutogent förhållningssätt (3.2.3, s 113), men vill ifrågasätta hur en styrning som idag främst premierar tillgänglighet och valfrihet skall kunna främja identifiering av hälsorisker och ett långsiktigt förebyggande arbete, som båda bygger på relationskontinuitet över tid. Detta gäller alldeles särskilt för ”de ännu friska” medborgarna, som ofta undantas som målgrupp för kontinuitet, till exempel fast läkarkontakt och fast vårdkontakt. Vi saknar i utredningen skarpa förslag som kan bidra till att korrigera denna grundläggande obalans i styrningen.

SFAM välkomnar synen på digitalisering och digital teknik (3.2.9, s 127) som behovsstyrda verktyg för delaktighet, samordning och ändamålsenliga arbetssätt snarare än som företeelser med egenvärde eller primärt som medel för kostnads- och resursbesparingar. Vi instämmer i risken för exkludering och menar att en regeringsproposition bör innehålla förslag som särskilt motverkar detta. Vi ser också faran med att ta ut eventuella effektiviseringsvinster med AI i förskott, när tekniken ännu är i ett tidigt stadium och få applikationer har nått ordinarie drift.

Uthållighet hos såväl politiker som medarbetare framhålls i utredningen som ett potentiellt hinder för omställningen (3.3.1, s 131). SFAM bedömer att oenighet mellan politiker, tjänstemän, medarbetare och i viss mån medborgare om vilka konkreta förändringar målbilden faktiskt kräver utgör ett om möjligt ännu större hinder. Målbild för resursfördelning till olika delar av sjukvårdssystemet och system för att garantera kapacitet såväl på enhets- som individnivå inom primärvården är exempel på frågor där det saknas samsyn.

Även övriga potentiella hinder för omställningen tas upp på ett förtjänstfullt sätt; svensk hälso- och sjukvård är komplex och svåröverblickbar (3.3.2, s 132), uppgifter förs ofta över till primärvård utan plan för motsvarande resurs- och kompetensöverföring (s 133) och styrningen är osammanhängande, motsägelsefull och missgynnar samarbete (s 134). Det är djupt problematiskt att det på politisk och strategisk nivå i stort sett helt saknas aktiva prioriteringar kring vad som skall göras och inte i en offentlig sjukvård där kostnaderna ökar och där allt mer är möjligt (3.3.4, s 137).

Kapitel 4

Läkarbemanningen inom den kommunala primärvården bedöms vara en central del för att denna vård ska fungera (4.2.2, s 151). På vissa ställen fungerar det bra redan idag men som utredningen är inne på råder oklarheter kring dessa avtal och vad som är adekvat bemanning. Detta har visat sig inte minst genom coronapandemin.

SFAM instämmer i att läkarmedverkan i kommunal primärvård måste stärkas. Vi anser att den kommunala primärvården i möjligaste mån bör integreras med den regionala primärvården, i första hand genom att knytas till vårdcentralerna. Detta skulle underlätta personlig kontinuitet och nära samarbete mellan region och kommun.

Den primärvård som ges med kommunen som huvudman är idag så avancerad att den kräver hög medicinsk kompetens för att patientsäkerheten skall kunna tillgodoses. Vi föreslår en mycket tydligare involvering av allmänläkare i styrning och ledning av den kommunala primärvården, och att man skyndsamt utreder förutsättningarna för att inrätta MAL, medicinskt ansvariga läkare, inom kommunerna.

SFAM föreslår också att Socialstyrelsen åläggs uppdraget att i nära samarbete med SFAMs råd för sköra äldre ta fram nyckeltal för hur många SÄBO-patienter det är rimligt att en allmänläkare är ansvarig för.

Vi har inga invändningar mot att hemsjukvård döps om till hälso- och sjukvård i hemmet (4.2.3, s 153). Eventuellt kan detta leda till en större tydlighet.

SFAM instämmer i att samarbetet mellan kommun och region behöver förbättras (4.3, s 159). Gemensam plan och bättre samverkan tror vi kan vara en del i detta. Vi ser dock en avgränsad patientlista med personlig kontinuitet och personligt ansvar som en mycket viktigare komponent. Utan detta spelar samverkan ingen roll utan riskerar mest att bli en pappersprodukt där tillfälliga läkare tar medicinska beslut avseende patienter utan personlig kännedom och därmed blir det, oavsett hur bra planen är, sämre.

Vi instämmer i utredningens förhoppning om att planverktygen kan medföra initial tidsinvestering som ger avkastning på sikt, men har samtidigt farhågor kring att dessa planer kan bli en mycket tung administrativ börda om de införs på fel sätt. Den mer reglerade samverkan och de individuella planerna som beskrivs kommer förmodligen leda till att vi allmänläkare som jobbar med kommunal primärvård tvingas prioritera bort annat åtminstone under en period eller kanske permanent. Det är därför av yttersta vikt att systemen för informationsdelning är utbyggda och fungerar väl för att individuella planer och samverkan ska fungera.

SFAM instämmer i utredningens bedömning att det är bra att fler individer får möjlighet till individuella planer och att patientens rättigheter stärks (4.4, s 166) men har även här farhågor kring hur mycket tid och resurser som kommer att tas i anspråk. Om mängden formaliserade planer ska utökas kostar det pengar och personal.

Allmänmedicinens mål är att alltid försöka arbeta patientcentrerat och att se till hela människan. En individuell plan måste ses som ett komplement till detta synsätt och en förstärkning av, men aldrig ersättning för, relevant personlig kontinuitet.

Vi ser positivt på ett mer hälsofrämjande innehåll i planerna (4.4.6, s 177) men det får ej ske på bekostnad av det sjukvårdande innehållet och inte detaljregleras.

Det är intressant att utredningen påpekar att möjligheterna till informationsdelning inte utnyttjas fullt ut (4.4.7, s 179). Om så är fallet finns en outnyttjad potential om man börjar göra detta. Här krävs förmodligen utbildning och bra IT-stöd.

Konsekvensanalyserna (4.5, s 182) ger en fingervisning kring hur krävande förslagen är om de genomförs. Vårdanalys bedömer att 10 procent av den svenska befolkningen har komplexa samordningsbehov. SFAMs uppfattning är medverkan av allmänmedicinsk kompetens, dvs allmänläkare, är nödvändig för de absolut flesta inom den här gruppen. Givet att varje allmänläkare i dagsläget ansvarar för i genomsnitt drygt 2000 invånare innebär det alltså upp till 200 patienter med komplexa samordningsbehov per läkare. Det blir potentiellt stora mängder av individuella planer och samverkansmöten där risken för undanträngningseffekter måste beaktas.

Kapitel 5

SFAM instämmer i betydelsen av dels ökad delaktighet, dels förbättrade tekniska möjligheter att åskådliggöra och överblicka planeringen för vården för den enskilde. Patientkontrakt med den innebörd som föreslås, en läsbar sammanställning av de aktiviteter och insatser som är planerade samt angivande av fast (-a) vårdkontakt (-er), skulle delvis uppfylla det sistnämnda behovet, men inte på något avgörande sätt det förstnämnda. Bristen på delaktighet som upplevs av många svenska medborgare i sjukvården har knappast med brist på reglering eller planverktyg att göra, och kan därmed inte heller förväntas lösas genom sådan formalisering. Delaktighet främjas i första hand av ömsesidigt personligt ansvarstagande och relationsbaserad vård.

Man kan argumentera för att den typ av överblickbar planering som beskrivs i förslaget borde vara en självklarhet för alla medborgare/patienter, och inte enbart i de fall SIP upprättats och den enskilde så efterfrågar.

Trots ovanstående kommentarer tillstyrker vi förslaget om införande av en överblickbar vårdplanssammanfattning (advance care planning, ACP), men med tillägg att namnet definitivt bör överges till förmån för en mer korrekt beskrivande benämning. Argumenten för benämningen patientkontrakt framstår som svaga i förhållande till de missförstånd som kommer att uppstå kring begreppet. Det som avses är ju inte i något avseende jämförbart med ett kontrakt i betydelsen bindande avtal med ömsesidiga förpliktelser.

Kapitel 6

Kapitlet behandlar forskning och utbildning, där man med sistnämnda inkluderar såväl grundutbildning som fortbildning. Utredningen presenterar ett genomtänkt och övergripande förslag om ansvaret för utbildning, mer specifikt VFU (verksamhetsförlagd

utbildning). SFAM instämmer i konstaterandet att det måste etableras en "uthållig forsknings- och utbildningsverksamhet utanför de traditionella miljöerna", en slutsats som förstärks av den obetydliga andelen av forskningsmedel som idag går till primärvård och allmänmedicin.

För att åstadkomma en så genomgripande förändring som "God och nära vård" har som mål, måste tankarna implementeras redan tidigt i utbildningen av samtliga personalgrupper. En viktig fråga kommer bli att utbilda team, alltså att tidigt under utbildningen träna samarbete mellan studenter av olika personalkategorier.

Delbetänkandet betonar behovet av samverkan mellan huvudmän, och noterar att redan utredningen "Den ljusnande framtiden är vår" (1999) betonade att högskolan bör samverka med landstingen. De föreslår nu en ny lag där regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker inom de verksamheter de ansvarar för. SFAM är positiv till detta även om vi saknar en beskrivning av hur det ska gå till, inte minst saknas förslag angående den bristfälliga fortbildningen inom kommunernas sjukvård.

Den verksamhetsförlagda utbildningen ska förläggas till alla delar av sjukvården. SFAM ser det som ett framsteg jämfört med rådande förhållanden. VFU ska huvudsakligen bedrivas inom den verksamhet där den professionella sedan ska verka. Här finns en stor potential hos primärvården och kommunerna som bör kunna tillhandahålla bra VFU om man beaktar det ökade behovet av utbildade handledare (ett behov som betänkandet visar insikt om).

I primärvårdens grunduppdrag ska ingå att medverka till utbildning av professioner inom primärvården. SFAM ser också detta som en förbättring gentemot nuvarande praxis men saknar åter hur det konkret ska gå till. Ordet medverka är dessutom svagt och kan bli ett sätt för verksamheter att nedprioritera utbildningsuppdraget.

SFAM vill betona behovet av allmänläkarnas och geriatrernas kompetens vid fortbildning inom kommunernas ansvarsområde, vilket huvudsakligen berör multisjuka äldre människor. Konsekvenserna av ÄDEL-reformens nedtonade (bortglömda) betydelse av läkare inom vården av multisjuka äldre kan ses som ett starkt incitament att höja den medicinska kompetensen hos kommunernas sjukvård genom läkarmedverkan. Den kompetenshöjningen tror vi skulle kunna komma alla professioner inklusive undersköterskor till del.

SFAM tillstyrker idén om skyddad yrkestitel för undersköterskor.

Den korta beskrivningen av hur ökad fortbildning ska öka jämlik vård förklarar inte hur vården ska bli mer jämlik; geografiskt, socioekonomiskt och kompetensmässigt. Eftersom jämlik vård är viktig målsättning i hälso- och sjukvården, måste det bättre konkretiseras hur detta ska ske och ojämlikhetsdrivande faktorer belysas.

Forskningsfrågorna har delvis behandlats i tidigare delbetänkanden. Utredarna konstaterar att "Det finns ingen hälso- och sjukvård utan forskning, utveckling och utbildning", att det

"krävs att fler professioner ges möjlighet till forskning", samt att det behöver tillföras resurser för att bygga upp forsknings- och utbildningsmiljöer. Utredarna poängterar även behovet av bredd på forskningen inom primärvården: multisjuklighet, arbetsätt, implementering, aktionsforskning mm. SFAM instämmer helt i dessa allmänna ansatser, men saknar samtidigt kraftfulla konkreta förslag, framför allt kring ekonomisk satsning inom forskning och utbildning som står i rimlig proportion till den sjukvård som utförs i primärvården.

Betänkandet "lyfter förslag om finansiering av forskning inom primärvård och det allmänmedicinska området". Förslaget som åsyftas är SAFUs (Samling för allmänmedicinsk forskning och utbildning) förslag om en nationell fond för primärvård och allmänmedicin. SFAM ser positivt på att SAFUs förslag fått en framträdande plats i utredningen och önskar att regeringen i primärvårdspropositionen ser till att det utmynnar i konkreta finansieringsförslag så att en nationell fond ska kunna ge ett kraftfullt forskningsstöd för omställningen till God och Nära vård.

Kapitel 8

Det verkar inte som att någon strukturförändring avseende klassifikation är nära förestående utan mer på planeringsstadiet. När det gäller primärvården verkar någon namnförändring ej vara aktuell mer än att man kanske mer kommer att använda sig av begreppet öppen vård eftersom all primärvård per definition föreslås klassas som öppen vård.

SFAM föreslår att benämningarna primärvård – sekundärvård – tertiärvård ersätter de spretigare primärvård – specialiserad vård – högspecialiserad vård. Förstnämnda klassifikation är mer neutral och innebär mindre risk för missförstånd kring hög- och lågstatussjukvård eller kompetens- och specialiseringskrav i olika delar av sjukvården.

Vi välkomnar att utredningen uppmärksammar problemet med att slutna vård ersätts mer med dagens DRG-system än det hade gjorts om man utförde samma åtgärd i öppen vård. Detta motverkar en förflyttning av resurser och uppgifter från slutna till öppen vård.

Vi avstår i övrigt från att lämna synpunkter på begreppen slutna och särskild vård, då de inte i första hand berör primärvården.

Stockholm den 2 augusti 2020

För Svensk förening för allmänmedicin

Magnus Isacson
Ordförande

Remissvar från Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik - SOU 2020:19 ”God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem”

Etikdelegationen inom Svenska Läkaresällskapet fokuserar i sina synpunkter rörande huvudbetänkandet SOU 2020:19 på bedömningar och förslag med bäring på medicinskt etiska konsekvenser (B). Först tar vi upp några generella frågor som betänkandet väcker (A).

A. Generella frågor i anslutning till utredningsuppdraget:

- Primärvårdens situation
- Forskningsfinansiering, möjlighet till delade tjänster, utbildning, samverkan
- Digitalisering/AI i vården
- Resursfrågan
- Vem ska få vård först?

Primärvårdens situation

De allvarliga problemen inom svensk primärvård har varit utdragna och lågmälda och har pågått i minst 30 år. Otaliga utredningar har inte kunnat ställa om hälso- och sjukvården till ett mer primärvårdsorienterat system som utgår från prioriteringsplattformen, vårdbehov, evidens och lokala förutsättningar. Pandemins effekter har hittills visat det finns en potential inom en nationell kunskaps- och professionsstyrd hälso- och sjukvårdsorganisation, att reformera dagens brister i vårt sjukvårdssystem och skapa en mer effektiv, jämlik och samordnad hälso- och sjukvård. För att utredningens förslag ska kunna implementeras på ett framgångsrikt sätt så bör man först säkerhetsställa att primärvården har tillräckligt med resurser. Om man inte gör det, riskerar betänkandets förslag att skapa ytterligare en byråkratisk påbyggnad på en dålig grundkonstruktion samt öka administrationsbördan ute i verksamheterna och ta resurser, tid och personal från kärnverksamheten i en hälso- och sjukvård och omsorg, som redan arbetar under pressade och underfinansierade villkor. Hälso- och sjukvården i Sverige behöver förtydligade ansvarsgränser och tydliggjorda med befolkningen väl kommunicerade uppdrag. Huvudbetänkandet och dess förslag till lagstiftning ger begränsade förhoppningar om en konkret och givande primärvårdsreform, snarare riskerar det otydliga begreppet *nära vård, som redan är infört i HSL*, släta över de reella problemen och skapa ännu mer otydlighet kring ansvarsfördelning mellan dagens sekundärvård och primärvård samt mellan regioner och kommuner och alla upphandlade privata och idéburna parter. Detta medför i sin tur en fortsatt svårighet att uppnå gemensam överblick, samordning och samverkan kring resursfördelning, utbildning, kompetenshöjning, forskning och en genomgripande digitalisering.

Utredningsuppdragets omfattning och förväntningarna på utredningen

Utredningen förvarnar (s. 68) läsaren om att förslagen kan komma att uppfattas som otillräckligt visionära, och man påpekar att man snarare ser en gradvis omställning framför sig, än en omfattande total förändring. På ett flertal ställen i betänkandet lyfter utredaren det faktum att nuvarande fragmentiserade kontext med 20 regioner och 290 kommuner, som alla i sin tur har upphandlat olika utförare av vård- och omsorg enligt LOV, försvårar för en god, samordnad och jämlik vård och omsorg. Det är därför olyckligt att utredaren inte har fått

mandat från regeringen att utreda och komma med förändringsförslag som utmanar det kommunala självstyret och där en nationell organisering och styrning av primärvården och övrig hälso- och sjukvården i samarbete med kommuner, regioner och universitetssjukhus undersöks som en möjligen bättre väg i riktning mot en sammanhållen hälso- och sjukvård. Att utbildning och forskning borde vara en självklar del av organisationen och kulturen inom sina organisationer skulle innefattas i ett sådant förändringsförslag. Det saknas även en grundläggande diskussion kring hur resurserna ska omfördelas dels mellan sekundärvård och primärvård och dels mellan regioner och kommuner i omställningen till den nära vården. Grunden för utredarens hypotes om att man tjänar in detta långsiktigt med en mer kostnadseffektiv vård och färre sjukskrivningar, ges det enbart lite information om och det förefaller oss vara en alltför positiv bedömning av vad den föreslagna omställningen kommer att kosta för verksamheterna och skattebetalarna. Förändring av ansvarsuppdelningen inom svensk hälso- och sjukvård ingår dock enligt utredningens tolkning av direktiven inte i uppdraget, varför man utgår från nuvarande ordning när man lämnar sina förslag. Det skulle dock enligt Etikdelegationens mening vara naturligt att om t ex dagens ansvarsfördelning mellan primärkommunerna – landstingen/regionerna – staten är av grundläggande betydelse för de problem vården står inför idag, utreda denna fråga samtidigt som denna utrednings huvudfokus (dvs. omställningen från "sjukhustung" till öppenvårdsbaserad vård) bearbetas. Det är (enligt utredningen s. 131) "en förutsättning ... att vi lyckas skapa den nödvändiga politiska uthålligheten." Etikdelegationen håller med om betydelsen av detta, men står frågande inför hur detta ska förverkligas.

Ökad samordning och samverkan är nödvändig, men får inte skapa ytterligare byråkrati, administration och fragmentisering. Betänkandets intentioner är goda, men förutsättningarna för en genomgripande förändring av sjukvårdens organisation är dåliga. Det vore önskvärt att en utredning med bred politisk majoritet kring en genomgripande nationell och statlig reform av hälso- och sjukvårdens och omsorgens styrning och organisering genomfördes först. Det skulle också krävas en konkret primärvårdsreform med bättre integrerad sekundärvård, primärvård och omsorg där helhetssyn och patienten i centrum skulle genomföras genom en nationell, professionell och kunskapsbaserad omstrukturering av resurser, styrning, organisering, utbildning, forskning och ansvar kring utförande och upphandling. 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.

Forskningsatsning, möjlighet till delade tjänster, skyldigheter att bedriva undervisning, mm

Utredningens förslag i dessa avseenden finner Etikdelegationen positiva. Vi finner det väsentligt att kravet på att medverka i undervisning, via t ex VFU-platser, även ska omfatta privata vårdgivare som kontrakteras av regioner eller kommuner för att utföra vård under dessa myndigheters uppdrag. Såvitt vi läser texten finns inte detta krav stipulerat. Utredningens dubbla negation: "*Vi bedömer därmed inte det som ett alternativ att inte vidta några åtgärder för att stärka samverkan kring den gemensamma vårdnivån primärvård.*"

håller Etikdelegationen med om (även om vi hellre skulle uttrycka det ”Samverkan runt den gemensamma vårdnivån primärvård ska förbättras”). I vilken utsträckning de föreslagna åtgärderna är verkningsfulla, inom ramen för det som utredningen uppfattar som sitt uppdrag, kan inte bedömas med säkerhet.

Digitalisering/AI

Visionen om en Nära vård innefattar utökad digitalisering: ”Hälso- och sjukvårdens olika delar, och ibland också andra insatser från samhällets sida, måste integreras nära och i sammanhang med varandra. (...) Allt mer kan, och förväntas, göras nära människors vardag, ibland så nära som i hemmet eller via mobiltelefonen. Utvecklingen ger också förutsättningar att nå upplevelsen av nära, även när det geografiska avståndet är betydande, med hjälp av digitala lösningar” (s. 64). Med stöd av en rapport från Socialstyrelsen konstateras: *”Kartläggningen visar på att vårdkvaliteten kan förbättras på olika sätt med stöd av AI. AI kan bidra till en mer kunskapsbaserad och personcentrerad vård. För det mesta utför AI också sin uppgift mer robust än människor. Människors prestationer är mer varierande, vilket kan vara både en fördel och en nackdel. Samtidigt framhålls att etiska ställningstaganden är viktigt för att bedriva forskning och för att använda AI-stöd i den kliniska verksamheten. Det handlar till stor del om hur de stora datamängder som krävs för utvecklande av AI används.”* (s. 128)

Etikdelegationen vill framhålla att det i dagsläget är så att *förväntningarna* på vad ökad digitalisering av vården, inbegripet användandet av olika självlärande system för diagnostik och behandling, i de flesta sammanhang överstiger *evidensen* för att ökad säkerhet, effektivitet och patienttillfredsställelse uppnås i storskalig rutinanvändning av sådana system. Vi vill starkt ifrågasätta att användning AI behöver leda till mer kunskapsbaserad och personcentrerad vård. Om AI-lösningar är dåligt utprovade eller tillämpas på ett inkonsekvent eller olämpligt sätt kan effekten bli den motsatta. Dessa kan också innebära stora investeringar för att införas och drifas, kostnader inte motsvaras av den eventuella nyttan. Etikdelegationen vill framhålla att AI-lösningar måste tillämpas med systematik, vilket i sin tur kräver vetenskaplig utvärdering samt enhetlig styrning och tydlig ansvarsfördelning. Etikdelegationen har inte sett belägg för att de organisatoriska problemen i svensk primärvård skulle lösas med AI. Vidare konstaterar vi att den vårdetiska utvecklingen och diskussionen släpar efter, inte minst när det gäller integritetsfrågorna i relation till genererandet av stora datamängder personbunden integritetskänslig information.

Resursfrågan

Ett mantra i betänkandet är att resurser inte är lika med pengar, utan innefattar så mycket mer, vilket Etikdelegationen givetvis håller med om. Vi ser resurser i form ekonomiska medel som ett nödvändigt, men inte tillräckligt villkor för god vård på lika villkor till hela befolkningen. Etikdelegationens uppfattning är att hälso- och sjukvården, och primärvården i synnerhet, idag är underfinansierad och belastad av motstridiga uppdrag och inkonsekvent styrning. Vi uppfattar därför de kolumner i tabellerna i kapitel 9 där inga belopp anges, utan sifferfältet är ifyllt med bokstaven X som svårtolkade. Det angivna skälet till X i stället för krontal är att beloppen ska överenskommas i förhandlingar mellan staten och SKR. Resursfrågan och frågan om omfördelning av resurser mellan vårdens olika delar tenderar fortsatt vara abstrakt/olöst.

Vem ska få vård först?

Prioritering i vården är nödvändig, och blir i och med det i grunden glädjande faktum att allt mer kan göras i vården för allt fler, än mer nödvändig för varje dag som går. I Sverige har vi den förmånliga situationen att det finns en sedermera lagfäst ordning för vem som ska få vård först i en situation när inte alla kan få allt som skulle kunna göras dvs. en situation som alltid är närvarande. Det är det professionellt bedömda vårdbehovet som ska avgöra prioriteringsordningen, medan till exempel patientens kön, kronologiska ålder, ställning i samhället etc. ska sakna betydelse. På retorisk nivå är uppslutningen bakom dessa prioriteringsprinciper stor, men i praktiken naggas principerna i kanten av stöd för självprioriterad vård, och via olika former av tillgänglighetsgarantier (också den aktuella utredningen har i ett tidigare skede lämnat förslag om ”skärpt” sådan). Naturligtvis är vårdens styrning en ständig kompromiss mellan att tillgodose befolkningens förväntningar på snabb och tillgänglig service ”utan krångel”, vilket förväntas bidra till stärkt och bevarat förtroende för systemet, och att sörja för att de som har störst behov får komma först i kön till adekvat vårdnivå. Det är kanske inte realistiskt att tänka sig en offentligt finansierad vård som uteslutande ägnar sig åt personer med de allra mest omfattande vårdbehoven. Däremot är det i hög grad rimligt att vid varje form av förändring av vårdutbudet noggrant analysera vilka konsekvenser det får för tillgänglighet till vård för dem med störst behov. Införandet av fler vårdval bör exempelvis analyseras i dessa termer. I *Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)* förekommer begreppet ”mycket god tillgänglighet” (punkt 8). Kärnfrågan är: - tillgänglighet för vem? Erfarenheterna hittills visar tvärtom att resurssvaga personer; personer med låg socioekonomisk ställning och kortare utbildning och patienter med låg förmåga till autonomi, vilka ofta är de som har de största vårdbehoven, hittills inte gynnats av valfrihetsreformernas konsekvenser inom hälso- och sjukvård och social omsorg. Ur betänkandet framgår (s. 137) att man ställer sig bakom tidigare utredningar som på lite olika sätt argumenterat för att prioriteringsordningen borde ”ses över”. Det finns i detta betänkande ingen tydlig argumentation för ett sådant omtag. Etikdelegationen kan se behovet av bred diskussion och utredning av prioriteringsfrågorna i några specifika avseenden (bl. a tydligare avgränsning av det offentliga vårdåtagandet och i prioriteringsmässiga avvägningar mellan förebyggande – behandlande – rehabiliterande insatser), men att grundpelaren – vård efter behov – skulle omprövas menar vi är svårt att genomföra och betydligt mindre angeläget än att konsekvent tillämpa densamma. Vi hade önskat en tydligare skrivning om vilka aspekter av prioritering i vården som denna utredning önskar skulle belysas med nya utredningsansträngningar.

B. Följande förslag och bedömningar kommenteras av Etikdelegationen:

- Begreppet Nära vård
- Patientkontrakt
- Patientens tillgång till journal
- Fast vårdkontakt

- **Begreppet Nära vård**

”Nära vård är i stället ett sätt att tänka, ett förhållningssätt, kring hur man organiserar all hälso- och sjukvård – inte bara primärvård – med utgångspunkt i patienters och brukares

individuella behov, förutsättningar och preferenser så att hela hens livssituation kan beaktas.” (s. 64)

Begreppet Nära vård som redan är infört i lag, är fortfarande otydligt – det behövs mindre av nyord och nya begrepp som tenderar att släta över brist på resurser, personal och samverkansmöjlighet, och mer konkreta förslag på hur omorganiseringen, huvudmannskapet och finansieringen av hälso- och sjukvården och omsorgen kan bli tydligare och mer sammanhållen, och professionernas kunskaper och erfarenheter tillsammans med patienters och närståendes delaktighet större i formandet av en primär och sekundärvård (i utredningens föreslagna terminologi 'öppen vård' respektive 'särskild vård') som kompletterar varandra.

- **Patientkontrakt**

*s. 42 **6 kap. 5§** ”Om patienten begär det, ska en sammanställning av uppgifter om patientens fasta vårdkontakt och individuella plan, ett patientkontrakt, utan dröjsmål upprättas och tillhandahållas till patienten.”*

Vi ställer oss bakom alla rutiner som verkar för att patienten får relevant information om vad hälso- och sjukvården kan innebära och hur den kan organiseras, men vill bestämt avråda från att etablera begreppet patientkontrakt. Så länge hälso- och sjukvårdsregleringen är en skyldighetsreglering, är alla begrepp som ger intryck av att patienten har några rättigheter missvisande. Att beskriva relationen mellan vårdgivare och patient som en ömsesidig förbindelse, riskerar att erodera förtroendet för hälso- och sjukvården när patienter inser att patientkontraktet inte innebär några som helst utkrävbara åtaganden. Det framstår också som förvirrande och byråkratiskt att etablera ytterligare en standard bredvid SIP (samordnad individuell plan), genom vilken redan idag aktörer samverkar för att planera patientens vård, omsorg, assistans och rehabilitering. Det är för övrigt bra att den föreslagna regleringen inkluderar flera aktörer än tidigare i arbetet med SIP och att patientens önskemål om SIP ska beaktas.

Frågan är hur ett skriftligt patientkontrakt förbättrar den nuvarande situationen? En tydlig lagreglering där det framgår att en och samma huvudman har ansvar för hälso- och sjukvård i hemmet och omsorg för de allra mest sköra och äldre patienterna vore i praktiken en mer framkomlig väg för att motverka fragmentisering och otydlig ansvarsfördelning, än lagtext med innebörden att dokumentationskraven ska öka och tids- och resurskrävande samverkansmöten ska ske. Dessa möten stjäl tid från kärnverksamheten och blir sällan heltäckande eftersom alla olika parter inte kan närvara vid varje tillfälle. Bristen på kontinuitet och samordning orsakas av den organisatoriska uppdelningen mellan och inom regional hälso- och sjukvård och kommunal omsorg samt deras upphandlade partners – inte av golvpersonalens brist på kommunikationsförmåga med varandra och patienterna som ett patientkontrakt låter antyda.

Målet ett nationellt digitalt verktyg som kan användas över kommun-region-gränser i hela landet är positivt, i synnerhet om detta bidrar till färre system/ inloggningar/ dubbeldokumentation. Hittills finns tyvärr få exempel på detta, snarare tvärtom. Vi har svårt att se hur 20 regioners och 290 kommuners IT-upphandlingar med olika företag ska leda till ett välfungerande nationellt system som kommunicerar digitalt, är säkert, flexibelt, adapterbart och hållbart över tid.

Om den fasta allmänläkaren blir ansvarig för att upprätthålla och underhålla patientkontraktet så kommer ännu mer administrations-tid och resurser behöva avsättas för allmänläkare. Med

tanke på nuvarande situation med endast hälften så många allmänläkare i tjänst jämfört med behovet och enorm administrativ börda, så är det svårt att se hur detta inte tar tid från klinisk tid med patienter. Möjligen kan distriktsköterskor eller andra yrkesgrupper i patientens fasta team i primärvården bli ansvariga för patientkontrakt-administration, men i slutändan är läkarna medicinskt ansvariga ändå och kommer behöva lägga tid på detta.

- **Patientens tillgång till sin journal**

I utredningen berörs de disparata reglerna rörande vårdgivarens skyldighet att lämna ut journalhandlingar till patienten (s. 179, s. 215-216). Frågan är om inte patientens insyn skulle garanteras på ett enklare och bättre sätt om det istället etablerades fasta rutiner för att samla den information som det föreslagna patientkontraktet är avsett att omfatta. Sådana regler kunde med fördel införas i patientdatalagen, så att det digitala journalföringssystemen anpassas till att samla den efterfrågade informationen och det tydliggörs för patienten att möjlighet att ta del av sammanställningen finns. En liknande skyldighet för vårdgivare att på begäran av en patient lämna information om den direktåtkomst och elektroniska åtkomst till uppgifter om patienten som förekommit, finns redan i 8 kap 5 § patientdatalagen. Med denna lösning hade det tydliggjorts att saken rör en rätt för patienten att få väsentlig information om vård och behandling på ett enkelt vis, och inte någonting som rör patientens rättsliga ställning eller inflytande över hälso- och sjukvården.

- **Fast vårdkontakt**

En fast vårdkontakt ska ansvara för att den individuella planen är aktuell och uppdaterad. Samordningen för den enskilde patienten ska ske med utgångspunkt i den individuella planen för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet (4.4.4 sid. 172 ff.).

Vi stöder detta förslag, som företrädesvis bör förverkligas via fast läkare/fast team på vårdcentral.

För Etikdelegationen inom Svenska Läkaresällskapet

Leila Tamaddon

Lotta Wendel

Mikael Sandlund

God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)

Till: Susann Asplund

SLS

Susann.asplund@sls.se

SGF:s remissvar till *God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)*

Sammanfattningsvis anser SGF att basen för all vård ska vara primärvården som också ska vara den första instansen för patienterna. Därför behövs en fast läkarkontakt för att kunna ge en patientsäker och trygg vård. Det är därför viktigt att sträva efter fler chefer med läkarbakgrund då läkarrollen innebär en naturlig ledarposition och ger god förståelse för det komplicerade uppdraget att driva hälso- och sjukvård.

För att uppnå bra arbetsmiljö och behålla läkare inom primärvården behövs ett max listade antal patienter per läkare som bör vara 1500 patienter och införandet av begränsning av byte av vårdcentral för patienterna till max två gånger per år. Läkare behöver även ha mer kontroll över sitt schema och ha rätten till utbildning, klinisk forskning och fortbildning genom hela karriären.

Man bör beakta glesbygdssjukvård som en viktig fråga och möjliggöra tillfällig flytt från stad till glesbygd för kompetensutveckling. Privata och offentliga vårdgivare bör ha samma ersättningsregler och båda vårdformerna bör kunna bistå med utbildningsuppdrag.

Kommentarer till de olika kapitel:

3: Kommentar till texten:

”Vi gör bedömningen att den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för att erbjuda utgör primärvård, men att kommunalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal kan medverka i hälso- och sjukvård som regionen ansvarar för att erbjuda. Detta tydliggörande syftar inte till att föra över något nytt ansvar till kommunerna vad gäller hälso- och sjukvård. Det syftar däremot till att skapa förutsättningar för personcentrerad vård över huvudmannagränserna, till nytta för de med störst och mest komplexa behov av insatser från båda huvudmännen.”

Uppdraget måste definieras på ett bättre sätt. Vi ska inte bara syfta till att skapa förutsättningar för personcentrerad vård, men även personcentrerad medicin. Läkaren har det yttersta medicinska ansvaret över sin patient och ska arbeta för att skraddarsy den behandling som är mest rätt och är individuell för just sin patient. Begreppet ”one size fits all” passar inte längre in i framtidens sjukvård. Vi måste ha utrymme att individuellt kunna behandla våra patienter med den medicinska behandling som de behöver.

6: Staten bör ha ett övergripande ansvar för utbildning och fortbildning. AT/ST/BT platserna bör dimensioneras av behovet av specialistläkare inom de olika specialiteterna, där Socialstyrelsen och specialistföreningarna bör ha mer påverkansmöjligheter till sina behov av specialistläkare. Idag får underläkare inte komma vidare i sin utbildning för att bli specialistläkare, vilket är en av de största anledningarna till att vi har en miss-match av underläkare och specialistläkare per capita i Sverige.

7: Gällande förslag om avskaffande av nationella taxan (LOL) är vi positiva till en förändring och anser att scenario nr 2 skulle gagna intentionen att få en jämlik vård i hela landet bäst.

SGF:s styrelse

Svenska Infektionsläkarföreningens yttrande om huvudbetänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)

Infektionsläkarföreningen har tagit del av huvudbetänkandet som innehåller en övergripande beskrivning av centrala framgångsfaktorer och möjliga hinder för ett omställningsarbete mot en god och nära vård, samt innehåller förslag som syftar till att stärka samverkan och skapa ett mer sammanhängande hälso- och sjukvårdssystem. Infektionsläkarföreningen stödjer förslaget i stort om förändrat arbetssätt som syftar till en mer jämlik, tillgänglig och patientcentrerad hälso- och sjukvård av hög kvalitet, vilket vi har angivit i tidigare yttranden.

Betänkandet fokuserar på primärvården i omställningsarbetet och beskriver bla att resurser bör överföras från sjukhusvård till primärvård, inte bara ekonomiskt utan även genom att omfördela och tillgängliggöra resurser och kompetenser till olika delar av sjukvårdssystemet. Infektionsläkarföreningen vill understryka vikten av att i tidigt skede identifiera hur omfördelningen/tillgängliggörandet skall se ut i framtiden, så specialistföreningarna har möjlighet att anpassa sina organisationer och vara med att påverka utformningen. Sannolikt kommer specialistkompetens och konsultfunktion inom andra specialiteter än allmänmedicin behövas i "nära vård".

Att omfördela resurser från sjukhusvård till primärvård är problematiskt. Vi delar utredningens bild av att vi är i "ett läge då många (akut) sjukhusverksamheter upplever svårigheter att klara dagens beting inom befintlig budgetram" (s. 392), inte minst upplevs en brist på vårdplatser, även på infektionsklinikerna. För Infektionsläkarföreningens intresse vill vi poängtera att vårdplatser på infektionskliniker och närvaro av infektionsspecialister har stor betydelse för hur man agerar vid utbrott av smittsamma sjukdomar i samhället och är nyckelfaktorer för att bedriva högspecialiserad vård, samt att motarbeta antibiotikaresistens inom sjukhusvård och primärvård. Vi delar därför utredningens bedömning att det krävs ett ekonomiskt tillskott till systemet under omställningstiden.

Vidare vill vi också lyfta fram att primärvården behöver resurssättas i tillräcklig grad för att möta det ökade uppdrag som en omställning till god och nära vård skulle medföra. När det gäller arbetet med ökad tillgänglighet är det av yttersta vikt att det är tydligt och transparent för medborgarna, såväl som för vårdpersonal, vilka utredningar och behandlingar av sjukdomar som ska prioriteras, inklusive infektionssjukdomar. Slutligen vill vi poängtera vikten av att sjukvårdens specialistföreningar inklusive Infektionsläkarföreningen skall erbjudas tillfälle att delta i utredningar av eventuell omfördelning av resurser till primärvården.

200809

För SILFs styrelse

Simon Athlin och Johan Tham

Remissvar från SIM - Svensk Internmedicinsk Förening (SIM)

Svar till SLS 2020-08-04

God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)

Styrelsen i SIM avger följande synpunkter:

Svensk internmedicinsk förening har inga synpunkter på delbetänkandet.

Med vänlig hälsning

Anna-Clara Collén
Vetenskaplig sekreterare, SIM

Remissvar SOU 2020:19

” God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem”

Svenska Kardiologföreningen (SvKF) tackar för möjligheten att få ha synpunkter på utredningen ”God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem”.

Utredningen beskriver att det behövs ett skifte från dagens hälsosystem, som i hög grad är uppbyggda kring sjukdomar och institutioner, till system som är designade utifrån människor. Omställningsarbetet omfattar hela den svenska hälso- och sjukvården (region som kommun). Utredningen är en fördjupad analys av betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) och handlar om hur resurser, såväl ekonomiska som kompetensmässiga, kan överföras från sjukhusvård till primärvård. Man betonar att målet med utredningen inte är att spara pengar, åtminstone inte på kort sikt. Uppdraget handlar om att skapa förutsättningar att bibehålla eller öka kvaliteten i hälso- och sjukvården, möta de demografiska förändringarna och samtidigt ha kontroll på kostnaderna i vår offentligt finansierade hälso- och sjukvård. Utredarna skriver vidare att för att uppnå ovanstående kan inte hälso- och sjukvården vara organiserad på samma sätt som i dag.

Utredningen betonar att begreppet ”Nära vård” inte synonymt kan översättas till primärvård. Nära vård sägs vara ett vidare begrepp definierat på följande (något vaga) sätt:

” Nära vård är ett sätt att tänka, ett förhållningssätt, kring hur man organiserar all hälso- och sjukvård – inte bara primärvård – med utgångspunkt i patienters och brukares individuella behov, förutsättningar och preferenser så att hela hens livssituation kan beaktas”

Intentionen med utredningen, som letts av Anna Nergårdh, har varit att utveckla en modern jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvård. Man vill vidare organisera vården utifrån befolkningen och patienternas behov. Det framgår inte varför utredningen anser att nuvarande vård inte lever upp till detta. SvKF tycker att det är olyckligt att man inte djupare beskriver varför det är ofördelaktigt att bedriva vård i nuvarande form. Förvisso kan alla system slipas och bli bättre men SvKF anser att det finns mycket bra saker att ta tillvara i nuvarande vårdform och är skeptiska till att radikalt förändra det vårdssystem som, åtminstone tidigare, ansetts vara ett av världens bästa.

Utredarna skriver att ” Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver reformeras så att mer resurser ges till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd.” Man skriver också att Hälso- och sjukvårdens strukturer behöver förändras för att bättre utveckla kvaliteten och tillgängligheten samt främja effektivitet och jämlikhet. Genom att uttrycka sig på detta sätt anser SvKF att man ”rackar ner” på den sjukhusbaserade vården på ett omotiverat sätt. SvKF anser att den sjukhusbaserade vården oftast fungerar mycket bra och erbjuder patienterna, det utredningen vill betona, nämligen en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård. SvKF har inget emot att man förstärker resurserna till den ”Nära vården” men att göra detta på bekostnad av välfungerande befintlig sjukhusbaserad sjukvård ställer vi oss djupt skeptiska till. Vi undrar också hur man kan tro att tillgänglighet, kvalitet, effektivitet och jämlikhet automatiskt blir bättre bara för att man ”utlokaliserar” vården nära patienten. SvKF’s erfarenhet är att den ”Nära vården” haft stora bemannings- och tillgänglighetsproblem under många år.

Fast läkarkontakt i primärvården

Utredningen betonar vikten av att ha en fast läkarkontakt i primärvården vilket SvKF tycker är bra. Problemet är dock att det finns en tydlig brist på allmänmedicinare i samtliga regioner enligt en utredning som gjordes av Socialstyrelsen 2019. Antalet specialister i allmänmedicin ligger kring ca 7000 och om alla dessa vore yrkesverksamma skulle varje läkare ha knappt 1500 patienter. Problemet är att många allmänmedicinare har andra arbetsuppgifter än de rent kliniska och att flera valt att lämna yrket alternativt jobba deltid. Detta samtidigt som det har varit svårt att rekrytera ST-läkare till primärvård där dålig arbetsmiljö har varit en starkt bidragande orsak. Svårigheter med bemanning har också bidragit till att den "Nära vården" misslyckats med sitt akutuppdrag vilket resulterat i att patienterna istället sökt sjukvård på sjukhusets akutmottagningar. SvKF välkomnar därför ett tydligare akutuppdrag för primärvården för att avlasta våra sjukhus.

Vidare föreslår utredningen att "inter-professionella" arbetsätt bör användas för att klara framtidens utmaningar i den nära vården. Tyvärr utvecklar utredarna inte detta. SvKF tycker därför att det är svårt att förstå vad som avses.

Personcentrerad vård

Utredningen tar upp vikten av en personcentrerad vård, som i dokumentet vagt definieras som ett förhållningssätt. Utredningen föreslår att personcentrerad vård ska regleras i patientlagen (PL) och att varje patient ska ha rätt till en individuell vårdplan fastställd i ett patientkontrakt. Kontraktet, som upprättas av patientansvarig läkare, ska utgå från patientens behov och preferenser med de aktiviteter/insatser som är planerade. Det ska också framgå vem/vilka som utgör patientens fasta vårdkontakt(er). Patientkontraktet medför, enligt utredarna, att patienten känner ökad trygghet och att patientens ställning i hälso- och sjukvården stärks och delaktigheten ökar. Vidare tror utredarna att relationen mellan patient och vårdens medarbetare blir mer jämlik, ett resonemang som inte är helt uppenbart för SvKF.

SvKF tycker att upprättade av patientkontrakt låter bra men det finns en hel del frågetecken. Hur ska vården ha möjlighet att ta hänsyn till patientens preferenser? Vad händer om patientens preferenser inte matchar vårdens resurser? Ni skriver att kontraktet inte är juridiskt bindande för patienten och om hen inte följer kontraktet har hälso- och sjukvården ändå samma ansvar att leverera sjukvård. Kontraktet fungerar således i praktiken ensidigt. Vad händer om vården inte kan leva upp till kontraktet? Utgår någon form av repressalie? Vidare skriver utredarna att upprättande av patientkontrakt sannolikt kommer medföra en ökad administration för vårdens medarbetare. SvKF ställer sig frågan -varifrån denna administrativa tid ska tas?

Forskning, utveckling och utbildning (FoUU)

I utredningen betonas vikten av att arbetsgivaren tillhandahåller utbildning och tillgodoser att FoUU-verksamhet får förutsättningar att bedrivas även i den "Nära vården". SvKF ser mycket positivt på förslaget till ändring i HSL genom tillägget i 18 kap 4 §: "Regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för". Vår erfarenhet har snarast varit den motsatta. Så fort verksamheter är underbemannade alternativt underfinansierade är det personalens utbildning som det dras in på. SvKF ser också positivt på utredningens intention till kvalitetsuppföljning i primärvården via ökad registrering i patient- och kvalitetsregister.

I utredningen framgår att man vill ha ökad möjlighet till delade tjänster tex mellan kliniskt arbete och forskning men även delade tjänster mellan olika verksamheter/vårdgivare. Detta är ett sätt att

naturligt sprida kunskap och lärande mellan organisationer och förstås något som SvKF ställer sig positiva till.

Privatpraktiserande läkare och fysioterapeuter

Detta kapitel är något svårförståeligt. Utredningen lämnar 2 förslag där båda förslagen innefattar upphävande av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och upphävande av lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi vid utgången av juni 2028.

Förslag 1: Innebär att det ska vara obligatoriskt för regionen att inrätta valfrihetsystem även inom fysioterapi och psykiatri.

Förslag 2: Det andra förslaget består i att vidareutveckla befintligt system till ett nationellt som syftar till att skapa förutsättningar för mindre vårdetableringar i geografiska områden där tillgången till vård är mindre.

Förslag 2 beskrivs som mindre drastiskt. Ett nytt ersättningssystem, som bygger på principer som är bättre anpassade efter hälso- och sjukvårdens utformning, ska tas fram. I det nya systemet hoppas man kunna styra privatetableringar till glesbygd och på detta sätt främja en mer jämlik sjukvård. Tanken är god men SvKF känner sig lite tveksamma till hur det nya systemet att "tvinga" privatpraktiserande läkare och fysioterapeuter till glesbygd kommer fungera.

Att däremot ställa krav att privat sjukvårdsverksamhet ska bidra till utbildning och forskning tycker SvKF är bra.

Sluten vård – Öppenvård

I detta kapitel diskuteras om uppdelningen i slutenvård / öppenvård är ändamålsenlig och författarna menar att dessa vårdstrukturer måste omarbetas och anpassas. Man menar att gränserna mellan öppen- och slutenvård i dag är så flytande att begreppen inte längre är relevanta att upprätthålla. Begreppet slutenvård tycker utredarna är olämplig och föreslår istället benämningen "särskild vård". SvKF har inga synpunkter på ändrade benämningar.

Slutligen tycker SvKF att det varit intressant att läsa denna utredning och vi hoppas att vi har kunnat bidra med några värdefulla tankar och idéer.

Från: [Emma Svendsdotter](#)
Till: [Susann Asplund](#)
Ärende: god och nära vård
Datum: den 15 maj 2020 09:27:46

Hej,

styrelse för Svensk Neurokirurgisk Förening (SNF) har tagit del av remissen God och Nära vård, vi har inget ytterligare att tillägga.

MVH
Emma Svendsdotter
ordf SNF



SNF:s remissvar:

God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)

Svensk njurmedicinsk förening (SNF) har läst delbetänkandet med stort intresse, då njursjukvården är organiserad på ett sätt som på många vis berörs i remissen. Njursjukvård är högspecialiserad vård, som i många fall bedrivs utanför sjukhus.

Ett uttalat mål för njursjukvården är att öka andelen patienter med dialys i hemmet, både i form av hemodialys i hemmet och peritonealdialys i hemmet. I många fall bedrivs detta med assistans av kommunen. Samverkansformerna mellan vårdens olika huvudmän och mellan slutenvård och öppenvård är alltså centrala för njursjukvården.

Övergripande synpunkter

Den viktiga frågan om läkemedelsförsörjningen till personer som får hälso- och sjukvård i sina hem berörs knappt. På sjukhus är detta strängt reglerad och alla läkemedel administreras av sjuksköterskor. Inom hälso- och sjukvård i hemmet kan det vara undersköterskor eller ännu lägre utbildade personer som assisterar personen med sina läkemedel med stora risker för patienten.

Det är av yttersta vikt att läkemedelsadministration i hemmet regleras när personen inte själv kan sköta detta och att ansvaret ligger hos en sjuksköterska och inte kan delegeras nedåt i organisationen.

Vi är skeptiska till författningsändringar för att öka antalet individuella vårdplaner och införandet av patientkontrakt, se motivering nedan. Däremot är vi positiva till förslaget om samordnad vy med patientöversikt där patienten kan se alla planerade insatser.

Specifika synpunkter

Kapitel 2

2.1.3 Vi instämmer med bedömningen att det behövs ett integrerat och personcentrerat perspektiv i framtidens sjukvård. Vi har goda exempel på samarbete över specialitetsgränser som förbättrar kvalitet och är resurseffektiva (t ex HND mottagning på Danderyds sjukhus = samarbete mellan kardiologin, njurmedicin och endokrinologin).

2.3.1 Vi uppskattar att betänkandet lyfter betydelse av kompetensförsörjning. Detta är väsentligt för kvalitativ sjukvård och satsningar som "Goda förutsättningar för vårdens medarbetare" är välkomna. Vi har inom njurmedicin personalbrist i flera personalkategorier, t ex läkare och dialyssjuksköterskor.

2.4.2 Vi instämmer med behovet av stark primärvård. Vi saknar däremot en diskussion om vilka medicinska kompetenser som behövs i primärvården vid en omställning – speciellt tänker vi på den geriatriska specialiteten – med nuvarande demografisk utveckling och flera multisjuka äldre bör man satsa på geriatriskt omhändertagande inom primärvården (se även kommentar 4.4.4 och 8.2.3 som även betonar vikten av tillgång till organspecialist).

2.4.4 Vi instämmer med vikten av teambaserat omhändertagande hos patienter med kroniska och komplexa sjukdomar, t ex kronisk njursvikt. För detta behövs resurser och adekvat kompetensförsörjning.

2.4.5 Vi välkomnar målsättningen att öka hälsokompetensen hos invånarna. Detta är en förutsättning för att förebygga sjukdom, och för att patienter med kroniska sjukdomar ska kunna vara delaktiga i sin vård. Det ökar t ex möjligheten för våra patienter med kronisk njursvikt att välja behandling i hemmet när det är dags att välja dialysform.

Kapitel 3

3.2.2 Bra att betydelsen av interprofessionellt lärande och samverkan tas upp, detta måste prioriteras och resurser för detta avsättas. Det är väsentligt att politiker och beslutsfattare tar del av medicinska professionens expertis när beslut tas vilket inte alltid är fallet i dagsläget.

3.2.3 Vi välkomnar satsning på salutogent förhållningssätt, att förebygga sjukdom och att ha sund livsstil är viktigt för minskad uppkomst av njursjukdom och förebyggande av dess försämring. I nuläget finns det bristande tillgång på personalkategorier som behövs för att kunna jobba med detta på flera håll i landet (t ex dietist, sjukgymnast).

3.3.9 Bra att vikten av nära och kompetent ledarskap tas upp.

Kapitel 4

4.2.2. Läkarbemanning i kommunalt finansierad primärvård.

Kommentar: Fortsatt problematiskt med olika huvudmannaskap, region och kommun. Särskilt eftersom den högsta medicinska kompetensen inom kommunal hälso- och sjukvård är den medicinska ansvariga sjuksköterskan enligt HSL. Här finns det risk för ojämlig vård för de personer som vårdas i sina hem eller på särskilda boenden. Vi anser att skrivningen om distriktsläkarens ansvar är för svag.

4.2.3 Bra att ändra begreppet hemsjukvård till hälso- och sjukvård i hemmet, som bättre beskriver vad som sker.

4.2.4 Bra tydliggöranden exempelvis för assisterad peritonealdialys som utförs i hemmet. För att möjliggöra detta finns det stort behov av personcentrerat vård över huvudmannagränser och tillgång till denna form av dialys i hemmet är i dagsläget väldigt olika över landet. Som beskrivet ovan är vår målsättning att öka möjligheter att få denna dialysform i hela Sverige och förslag i denna betänkande kan ge mer jämlik vård.

4.4.3 Den enskilde ska ges möjlighet att initiera en individuell plan

Kommentar: Vi stödjer inte förslaget att den enskilde ska ges möjlighet att initiera en individuell plan.

Individuell plan i den form som nu föreligger tar omfattande tid och resurser att upprätta. Individuella vårdplaner och SIP:ar bör därför göras när det tydligt gagnar patienten, men inte ses som ett mål i sig. En ökad andel och frekvens av individuella planer innebär tyvärr alltid samtidigt att tid för annat patientarbete minskar.

Den enskildes önskemål ska alltid tas i beaktande, men patientens rätt att initiera vårdplan riskerar att stå i motsättning till principen om vård efter behov. Vår uppfattning är att det finns risk för att fler patientinitierade planer leder till ojämlig vård där tidsresurser omfördelas till de resursstarka individer som tar initiativ till att initiera vårdplan, istället för till de med störst behov (som ofta inte själva tar initiativ).

4.4.4 En fast vårdkontakt som ansvarar för den individuella planen

Kommentar: Bra med en fast läkarkontakt för flertalet personer och denne fasta vårdkontakten är distriktsläkaren.

Kan vara problematisk för vissa patienter med kroniska sjukdomar som kräver specialiserad vård utgången från sjukhuset, som exempelvis patienter med kronisk njursvikt i dialysbehandling, där organspecialisten har täta kontakter med patienten. Ett annat exempel är när en patient har många svåra och organspecialistkrävande sjukdomar såsom exempelvis en hjärt- eller lungtransplanterad patient med kronisk njursvikt. Här blir oftast organspecialisten den fasta vårdkontakten.

Ändå viktigt att distriktsläkaren utgör en fast läkarkontakt och kan vara spindeln i nätet för övriga sjukdomar.

Kan vara problematiskt för äldre multisjuka. Ska distriktsläkaren ta hand om detta? Varför ska inte dessa patienter ha egna specialister, dvs geriatriker, som anställs inom primärvården?

Kapitel 5

5.2.1 Varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt

Kommentar: Vi stödjer inte idén om ett patientkontrakt.

Vi stödjer inte idén om ett patientkontrakt av samma orsak som vi inte stödjer förslaget om fler individuella vårdplaner. Vi ser en risk för ökad tidsåtgång för administration som inte kommer ge patientnytta i sådan utsträckning att det kan motiveras.

En aspekt vi vill lyfta fram är att ju mer multisjuk patientgrupp det rör sig om, desto snabbare ändrar sig vårdplanerna pga. ändrad medicinsk situation.

Det medicinska vårdgivare behöver är därför *kontinuerlig* insyn i vad som händer för patienten i andra delar av vården, så att varje beslut som fattas kan ta hänsyn till den totala medicinska situationen, och på så vis undviks tex dubbelutredningar/dubbla provtagningar/konsultationer underlättas. Det är också en förutsättning för att kunna ge patienten helhetsinformation. Detta går inte att lösa med vårdplaner/patientkontrakt (som på grund av sin resurskrävande natur är mer statiska), utan kan bara lösas genom kontinuerlig access till journaler hos andra vårdgivare och enkla kommunikationsvägar, samt kontinuerlig dialog med patienten.

Kommentar: Vi stödjer förslaget om en samordnad vy med patientöversikt över planerade insatser.

Förslaget om en enklare samordnad vy med patientöversikt som går att logga in på för patienten, där alla planerade insatser går att se, ser vi dock som en oerhört önskvärd utveckling. En samordnad vy där både patienten (och vårdgivarna) kan logga in och se tex vilka undersökningar som är beställda, vilka mottagningstider som är inbokade (eller var man ligger på "väntelista"), hade varit oerhört användbar för både patient och vårdgivare. Denna vy kan ju med fördel uppdateras automatiskt alternativt av administrativ personal (inte läkare).

Vi anser av tidigare angivna skäl dock inte att den nödvändigtvis bör vara kopplad till vårdplaner/patientkontrakt på det sätt förslaget nu är utformat, och vi anser inte att den samordnade vyn bör vara på en individualiserad nivå anpassad till mottagaren, utan tvärtom att den ska hållas enkel, standardiserad och översiktlig. En enkel standard vy ger de nödvändiga förutsättningarna för att kunna informera patienten, och för optimalt samarbete mellan olika vårdgivare, utan att behöva ta stora resurser i anspråk. Detta tror vi ger reella förutsättningar för att sedan kunna ge anpassad information i det format som bäst passar patienten.

En samordnad vy av planerade insatser löser en liten del av problemen med avsaknaden av gemensamma journalsystem och vi ser oerhört stor patientnytta i detta.

Kapitel 6

Vi uppskattar att betänkandet tydliggör vikten av utbildning och forskning i sjukvården för flera personalkategorier. Det är viktigt att behov av fortbildning lyfts men vi anser att detta bör vara ett krav och inte bara en möjlighet.

Kapitel 8

Kap 8. Bra med en definition av primärvård som all vård som sker i hemmet, på särskilda boenden och på vårdcentralen.

8.2.3 Begreppet sluten vård bör omdefinieras

Sid 367. Potentiella följder av förslag på ny definition

Kravet på att det ska finnas sjukhus för vård som kräver intagning ska kunna tas bort

Kommentar: Här kan man vara ute på farlig mark. All vård ineliggande på sjukhus är inte nödvändigtvis särskild vård. All ineliggande vård sker inte heller längre på sjukhus. Många personer på korttidsboenden och särskilda boenden får i praktiken ineliggande vård.

Behovet av ineliggande vård kan dels bero på akuta medicinska behov, på kroniska medicinska behov eller på omfattande omvårdnadsbehov.

Ska man flytta ut en del av den kvalificerade ineliggande vården till primärvården bör man se till att man även sörjer för en kvalificerad och närvarande läkarbemanning. Gamla, multisjuka och andra behövande personer har rätt till adekvat och anpassad högkvalitativ medicinsk vård och omvårdnad. Det bör finnas rätt kompetens hos dessa läkare.

Ur perspektivet till allas rätt till jämlik vård, **måste** man borga för att **alla** har rätt till läkarbedömning och rätt att träffa en organspecialist vid behov.



SVENSK KIRURGISK FÖRENING

Synpunkter på

God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (betänkande del 4), SOU 2020:19 (Gem 2020/0092)

Svensk Kirurgisk Förening vill lämna följande kommentarer till det fjärde betänkandet, tillika slutbetänkandet om god och nära vård.

Svensk Kirurgisk Förening håller med om att vården behöver komma närmare patienter och anhöriga, att ökad interaktivitet och förbättrade stödfunktioner (bland annat IT-stöd) är bra, och att tydlighet kring ansvarsfördelning i vården är mycket viktigt.

Kapitel 4

Lagförslag i betänkandet förtydligar uppdraget för regioner och kommuner att samverka kring planering och utveckling i regionen. Dock finns inget ytterligare förpliktigande än just samverkan, varför 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”.

Vi ser att samma situation föreligger när huvudmännen är oense kring hur resurserna kring en enskild patient ska fördelas. Det finns en risk att patienten hamnar i kläm om inte huvudmännen är överens, och det finns inte heller här en tydlighet kring hur tvister ska avgöras.

Precis som Emma Spak från SKR påpekar, ändrar denna nya lag inte något i sak, och det finns ingen skrivning om hur eventuella tvister ska lösas. Detta riskerar att fortsätta vara ett hinder för den utveckling av vården som behövs.

Svensk Kirurgisk Förening anser att en tydligare reglering av avtalssamverkan är önskvärd.

Kapitel 5

Betänkandet problematiserar valet av ordet patientkontrakt för den övergripande vårdplan som patienten ska ha rätt till, men väljer att behålla detta. Vi tycker det är olyckligt. Betydelsen av ordet kontrakt är ett helt annat än det som den förslagna (och i vissa regioner testade) funktionen innebär. Ett kontrakt implicerar att man som patient och vårdgivare har rätt att ställa krav på motparten att uppfylla kontraktets innehåll, något som inte är fallet. Man ska vara medveten om ordets makt, och vi tror det är ett mycket olyckligt ordval som kan ställa orimliga förväntningar och upplevda krav både på patienter och vårdgivare, med ömsesidigt misstroende som följd om innehållet inte uppfylls. Om man vill komma bort från ordet plan, vilket är ett ofta använt ord med olika betydelser, bör man hellre skapa ett nyord eller använda ett närliggande ord istället för att välja ett ord med en helt annan betydelse. Vårdplan som grundord bör övervägas. Att man redan börjat använda ordet vårdkontrakt i vissa regioner är ingen anledning att fortsätta göra det, bara för att man tagit ett felaktigt beslut från början behöver det inte betyda att man inte kan ta ett nytt korrekt beslut. Det går fort att anpassa andra benämningsjusteringar. Betänkandet föreslår på andra platser mindre justeringar av ord i lagtext, just för att bli mer precis, vi ser inte att det skiljer sig väsentligt från detta fall.

En kommentar vad gäller involverandet av patienter i utveckling av vården är att vi ser positivt på de initiativ som gjorts i t ex Jönköping, VGR och Norrbotten med ”spetspatienter”. Att involvera

patientföreningar kan också vara av värde, men man ska då vara medveten om att de ofta driver frågor för just sin grupp, och inte alltid är representativa för patienter generellt. De flesta patienter som utredningen fokuserar på, primärvårdspatienter, ofta multisjuka, är inte representerade av någon patientförening.

Vidare är det positivt att en integrering av journalhandlingar från olika huvudmän föreslås, om än de hänvisas vidare till en annan utredning. Stärkt IT-stöd är en förutsättning för en välfungerande nära vård, och hinder för denna utveckling måste hanteras.

Vi är tveksamma till att anhöriga ska kunna ges tillgång till en patients journal, det finns klara risker med detta i relationer som inte fungerar väl. Däremot är vi positiva till att anhöriga kan få tillgång till det så kallade patientkontraktets delar där tider och planering framgår.

Kapitel 6

Det är mycket positivt att betänkandet har gjort en grundlig genomgång av utbildningsförutsättningarna i vården. I stort är förslagen rimliga. Det är också bra att fler delar av vården deltar i utbildningsinsatser. Den klassiska situationen med många utbildningsplatser inom slutenvård finns idag inte kvar i Sverige, vi har helt enkelt inte så många vårdplatser kvar att alla studenter kan förväntas göra en placering inom slutenvård. Allt färre av dem som utbildas kommer ha en tjänst inom slutenvården i framtiden, så det är inte heller lika relevant.

Svensk Kirurgisk Förening är oroade över minskat kirurgiskt innehåll i den nya bastjänstgöringen samt över den negativa effekt på ST-utbildningen som utlokalisering av kirurgisk bassjukvård till enheter som inte har utbildningsuppdrag innebär. I betänkandet saknar vi aspekter på AT och ST-tjänstgöring i tillräcklig omfattning. Vi vet att många regioner idag har upphandlat t ex kirurgisk vård till ett pris som är grundat på en verksamhet som bedriver utbildning, men där krav på utbildning inte är med i underlaget, och därmed kan ge bättre vinstmarginaler samtidigt som viktiga utbildningstillfällen förloras. Detta beror rimligen på att regionerna inte vet hur stor del av deras verksamhet som är utbildning, särskilt inte utbildning av AT- och ST-läkare, utan kostnaderna för detta bakas in i mått på vårdproduktion, till slut via KPP till DRG. VFU kan prissättas på ett annat sätt, men utbildning integrerad med tjänstgöring är svårare. Inte desto mindre behövs detta kunna mätas, annars kommer regionerna inte kunna kravställa upphandlingar av vård på ett adekvat sätt, och detta borde poängteras i betänkandet.

Kapitel 7

Avseende taxeläkarna avstår vi från synpunkter.

Kapitel 8

Lagförslaget att ha kvar justerade former för öppen och slutenvård väcker en del frågor. DRG- eller KPP-baserade underlag är idag grunden för ersättning av vård mellan Sveriges regioner. Ofta används DRG eller DRG-relaterade underlag även vid upphandlingar av vård. Skillnaden i ersättning för en åtgärd skiljer sig mycket mellan öppen och slutenvård, och ger incitament att behålla slutenvård i de fall man debiterar vård eller på annat sätt får ersättning relaterat till DRG, trots att den faktiska kostnaden för t ex en okomplicerad blindtarmsoperation eller en okomplicerad bröstcanceroperation i princip är densamma vid öppen eller slutenvård. Införandet av ett nytt begrepp, särskild vård, löser inte det problemet, det kommer förmodligen fortfarande finnas kvar ekonomiska incitament att debitera för särskild vård om underlag för DRG tas fram på samma sätt som idag. Andelen särskild vård skulle med beskrivna kriterier snarast kunna innefatta en större andel av den utförda sjukvården än idag. En kvarstående uppdelning påverkar också vårdflöden som innefattar både vård på sjukhus och i patientens hem, t ex ASIH som nämns i betänkandet. Utredningens förslag leder inte till någon väsentlig förändring av nuvarande situation.

En lösning för att öka incitament att bedriva öppenvård kan vara att man utvecklar Nord DRG systemet som idag bygger på ett ganska svagt KPP underlag, det är orimligt att samma vård ger så olika pris när värdepisoden kan vara likadan, beroende på vilken vårdform man valt att registrera patienten inom.

Det finns exempel på att dagvårdstillfällen gjorts om till slutenvårdstillfällen över dagen för vissa patientgrupper, och det kan möjligen bero på att slutenvården ger en högre ersättning. Detta kan göras med nuvarande begrepp, eller med begreppet särskild vård enligt utredningens förslag.

Kapitel 9

När en omställning med fokus på nära vård sker, måste staten och huvudmännen tillgodose att en fungerande vårdorganisation finns på plats innan resurser förs över från dagens specialistvård, precis som betänkandet föreslår. Om inte detta görs riskerar verksamheten utarmas med orimliga konsekvenser för kvaliteten på vården och tillgänglighet för patienterna. Vi oroar oss för att de satsningar som sker inte kommer att vara tillräckliga för att undvika en dränering av resurser från specialistvården, innan någon annan motsvarande vård finns tillgänglig för patienterna.

2020-06-01

För Svensk Kirurgisk Förenings styrelse

Linus Axelsson

Ledamot

Svensk Kirurgisk Förening

Överläkare

Kirurgkliniken, Blekingesjukhuset

linus.axelsson@svenskkirurgi.se



Remissvar SFOHH Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2020:19)

Svensk Förening för Otorhinolaryngologi, Huvud- och Halskirurgi (SFOHH) har tagit del av remissen och delbetänkandet från Socialdepartementet gällande "Samordnad utveckling för god och nära vård" (SOU 2020:19) och önskar lämna följande synpunkter.

Sammanfattningsvis vill framföra att det givetvis är önskvärt med en utökad och förbättrad primärvård, men att detta inte i sig innebär färre remisser till, eller mindre arbete, för specialistvården. Med ökad kunskap ser vi det som troligt att framtidens patienter även fortsatt kräver en tillgänglig och fungerande specialistvård.

Vidare instämmer vi i förslaget att kommuner och regioners uppdrag att medverka i utbildning och tillse behovet av platser för verksamhetsförlagd utbildning, vilket idag regleras genom överenskommelser och andra avtal, tydliggörs genom ett i lag reglerat ansvar.

För SFOHH, 2020-05-16

Per von Hofsten, ordförande