

REMISSVAR

2021-11-10

Svenska Läkaresällskapet

101 35 Stockholm

per.johansson@sls.se

Synpunkter från Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) på betänkandet Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur (SOU 2021:71)

Sammanfattning

SFAM tillstyrker utredningens förslag om att staten skall fastställa vad som är riksintressen och att tillsynsmyndigheten skall ges makten att upphäva regionala och kommunala beslut som står i strid med riksintressena.

SFAM menar att sjukvården skall organiseras så att alla invånare erbjuds en egen läkare i primärvården och att denna grundläggande princip fastställs som riksintresse.

Kommentar till bakgrund och nulägesbeskrivning

Utredningens direktiv är ursprungligen begränsade till att säkerställa samverkan mellan stat, regioner och kommuner vid projektering och genomförande av infrastruktur i stora investeringsprojekt i form av vårdbyggnader. I tilläggsdirektiven vidgas uppdraget till att avse samverkansformer för att säkerställa att infrastrukturen harmoniserar med sjukvårdens grundläggande mål om en jämlik sjukvård på lika villkor och den pågående utveckling av sjukvården.

Utredningen påtalar att det finns problem med bristande samverkan och styrning inom svensk sjukvård. Man refererar till en rad statliga utredningar och myndigheter som identifierat samma problem under många år. Det finns en påtaglig enighet om att svårigheterna, att nå målet om en god och jämlik sjukvård för alla invånare, bottnar i att de avgörande besluten i sjukvården fattas av 21 självstyrande regioner och 291 självständiga kommuner.

I syfte att säkerställa nationella intressen har en praxis utvecklats där staten försökt styra och främja samverkan för att tillgodose nationella intressen genom överenskommelser med regionernas och kommunernas ideella intresseorganisation SKR (tidigare SKL). Strategin har befunnits verkningslös och har kritiserats från många håll, till exempel

- Riksrevisionen: "Vår bedömning är att regeringen har låtit samarbetet med SKL – och därmed SKL:s inflytande över styrningen av vården – växa i alltför stor omfattning"
- Coronakommissionen: "SKR företräder inte de enskilda kommunerna och regionerna i formell mening och har ingen bestämmanderätt över dem"

- Utredningen Styrning för en mer jämlik vård (SOU 218:55): "Vårdens struktur i stort, med fördelningen på 21 huvudmän, bidrar också till att det blir olika", och "Utredningen gör bedömningen att måluppfyllelsen inte främjas av hälso- och sjukvårdens nuvarande struktur, med ett sjukhusstungt system där både utbudet av primärvård och tillgången till kontinuitet varierar mellan landstingen"

Flertalet av de organisationer som företräder professionerna menar också att den nationella samordningen är otillräcklig och att staten behöver ta en större roll i styrningen av sjukvården. Vårdvalsreformen, SOU 2008:37, förslag skulle enligt utredaren "ses som ett led i en handlingslinje där regionala system alltmer övergår till ett nationellt enhetligt hälso- och sjukvårdssystem". Vi har fortfarande 21 olika vårdvalssystem.

Mot ovanstående bakgrund ger SOU 2021:71 en rad förslag.

Kommentar till utredningens förslag

Utredningen tar fasta på utvidgningen i tilläggsdirektiven och klarlägger att investeringar måste sättas in i sitt sammanhang, med helhetsperspektiv på hälso- och sjukvården, och där frågor om styrning, pågående strukturomvandling och utmaningar beaktas. Glappet mellan *behovet* av att ta hänsyn till nationella intressen och *regleringen* som medger hänsyn till nationella intressen är alltför stort. Detta kräver reglering och kontrollmekanismer riktade mot regionerna.

Utredningen föreslår därför att staten skall definiera "riksintressen" enligt en modell som förekommer inom en rad andra områden, till exempel miljövård och vattenförsörjning. Man föreslår att en lag om riksintressen inom hälso- och sjukvårdsområdet införs. Regeringen föreslås bemyndigas att besluta om vad som skall utgöra riksintressen, och regioner och kommuner ska vid beslut som påverkar hälso- och sjukvårdens infrastruktur beakta dessa.

Ett antal statliga myndigheter utses med uppdrag att precisera riksintressena, bland annat avseende *beredskap, kompetensförsörjning, nationella reformer, forskning och utbildning, samt digital infrastruktur*. Representanter för patienter och professioner ska involveras. Vidare föreslås att Socialstyrelsen ges ett samordnande ansvar för riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet.

Regionala och kommunala beslut skall kunna upphävas om riksintressena inte beaktas.

Utredaren uppmärksammar utvidgade möjligheter till en mer verkningsfull statlig styrning: "*Mot bakgrund av utredningens uppdrag innebär förslaget att kommuner och regioner ska beakta riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet vid beslut som påverkar vårdinfrastruktur. Systemet kan dock i princip utvecklas för att omhänderta även andra nationella aspekter i kommuners och regioners beslut inom hälso- och sjukvårdsområdet.*"

SFAM synpunkter på förslagen i utredningen

SFAM anser att utredarens förslag om att staten skall fastställa vad som är riksintressen och att tillsynsmyndigheten har makten att upphäva regionala och kommunala beslut som står i strid med riksintressen **skall genomföras**

SFAM vill särskilt framhålla att svensk primärvård är eftersatt sedan lång tid, och att underfinansiering och oförmåga att definiera välavgränsade uppdrag har bidragit till ett sluttande plan med en situation där allt

färre svenskar har tillgång till en namngiven, fast läkarkontakt inom primärvården. Hälso- och sjukvårdslagen föreskriver sedan årtionden att landstingen/regionerna skall organisera sjukvården så att alla invånare skall ha tillgång till och kunna välja en egen läkare i primärvården. I praktiken har de flesta invånarna ingen möjlighet att göra det. Andelen som har en fast läkare har de under senaste 20 åren minskat från ett genomsnitt på 50 procent till ett genomsnitt på 27 procent, en katastrofalt dålig siffra ur internationellt perspektiv.

Som framgår av utredningen har landstingen/regionerna hittills misslyckats med att uppfylla sjukvårdens grundläggande mål om en god vård på lika villkor. Oförmågan hos primärvården att klara uppgifterna som den är ålagd medför kaskadeffekter inom hela sjukvårdssystemet, vilket visar sig som onödiga kostnader, ineffektivitet och undanträngningseffekter. SKR har öppet motsatt sig en ordning med en fast läkare för invånarna.

Det är angeläget att en strukturförändring av svensk sjukvård kan ske snabbt. Förslaget om en ordning där staten får verklig makt över vårdens infrastruktur kan potentiellt bidra till såväl mer jämlik vård som att förändringar sker inom rimlig tid. Vi menar att sjukvården skall organiseras så att alla invånare erbjuds en egen läkare i primärvården och att denna grundläggande princip fastställs som riksintresse.

För Svensk förening för allmänmedicin

Magnus Isacson
Ordförande

Svensk Reumatologisk Förening

Remissvar – Riksstressen i hälso- och sjukvården

– stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur

SOU 2021:71

Svensk Reumatologisk Förening (SRF) *stödjer* utredningens förslag på en ny lagstiftning om riksstressen på hälso- och sjukvårdsområdet med syfte att öka statens ansvar för vårdinfrastrukturen och för att reglera den interregionala samverkan i forskning och utveckling av standarder på vårdbyggnadsområdet.

SRF är mycket positiva till förslaget att patienter och professioner ska involveras i besluten och utformningen av framtida vårdbyggnader. SRF vill understryka vikten av att vårdprofessionen involveras från början till slut. Självklart bör vårdprofessionen involveras i utformningen av själva vårdlokalerna, väntrum, utrymmen för klinisk forskning etc, men inte minst också i planeringen och utformningen av vårdadministrativa lokaler som har stor inverkan på arbetsmiljön och patientsäkerheten.

För Svensk Reumatologisk Förenings styrelse

Västerås 2022-01-10

Milad Rizk
Facklig sekreterare

2022-01-09

Svenska Läkaresällskapet/Läkare för Miljön

Remissvar över betänkandet SOU 2021:71 Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur

Sammanfattning

Vi instämmer i förslagen med stärkt statlig styrning genom definierade riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet, reglering av interregional samverkan i utveckling av standarder på vårdbyggnadsområdet, ett statligt ägt bolag för vårdfastigheter och ökat statligt stöd till forskning inom området vårdinfrastruktur.

Vi vill understryka att det även krävs ett hållbarhets- och klimatperspektiv som också lyfts fram i tilläggsdirektiven, men som inte har beaktats i betänkandet. Vi finner att detta har viss påverkan på förslagen.

Utredningen ska där det är lämpligt beakta ett hållbarhets- och klimatperspektiv i sina analyser (Kommittédirektiv 2020:116, sid. 330).

Betänkandet gäller stärkt styrning av en hållbar vårdinfrastruktur. I texten saknas dock en definition av hållbarhet, som brukar anges i tre dimensioner: den sociala, ekonomiska och miljömässiga. Angående den sistnämnda dimensionen ingår i Sveriges klimatpolitiska ramverk ett klimatmål som innebär att landet inte ska ha några nettoutsläpp av växthusgaser till atmosfären år 2045. Den svenska hälso- och sjukvården släpper ut 4,4% av rikets totala emissioner av växthusgaser (1). Cirka 15 procent av dessa utsläpp kommer från byggnader (2, 3). Organisationen av vården styr dessutom vårdkedjor, transporter och resursanvändning som i sig påverkar klimatavtrycket och är relaterad till vårdinfrastrukturen (2). Därför måste kommittédirektivet följas och klimatpåverkan beaktas vid planering och styrning av en hållbar infrastruktur i hälso- och sjukvården Detta görs i Storbritannien som kan tjäna som exempel (se nedan).

Utmaningar för framtidens investeringar i vårdinfrastruktur (avsnitt 7)

Här borde Klimatförändringen införas som en undertitel. Förutom innehållet i ovanstående text kan det också läggas till att den pågående klimatförändringar ger upphov till extremväder med värmeböljor och skyfall som förutsätter en robust infrastruktur inom hälso- och sjukvården. Komfortkyla kommer framlides att vara ett krav i alla vårdbyggnader.

Internationell utblick – England (avsnitt 9.6)

Det brittiska hälso- och sjukvårdssystemet har i sin "NHS long term plan" definierat de åtgärder som krävs för att möta landets klimatmål (4). En plan för att nå ett netto noll mål i utsläpp har publicerats (2). För att nå klimatmålet har det etablerat en ny *Net Zero Carbon Hospital Standard*. Ett fyrtiotal nya sjukhus ska byggas med denna standard som förutom nollutsläpp ska byggas med innovativa fossilfatta material och ny design som tillåter flexibilitet och anpassning till framtidens sätt att bedriva vård (2, 5). Det befintliga beståndet av byggnader ska renoveras för att nå en liknande standard (2, 5). Den här informationen är tillämplig för Sverige och borde finnas med i betänkandet som referens.

Behov av förbättrade planeringsförutsättningar och stöd i planerings- och genomförandeprocessen (avsnitt 10.4.4)

Det är av nationellt intresse att planeringen av vårdinfrastrukturen är hållbar. Det innebär att den stödjer en resurssnål, robust hälso- och sjukvård med hög kvalitet och liten klimatpåverkan. För att nå dit krävs ett sådant formulerat mål som får stöd i planerings- och genomförandeprocessen.

Hållbara investeringar för framtidens hälso- och sjukvård. Allmänna överväganden (avsnitt 10.6.1)

Det är av nationellt intresse att planeringen av vårdinfrastrukturen är hållbar. Det innebär att den stödjer en resurssnål, robust hälso- och sjukvård med hög kvalitet och liten klimatpåverkan.

Fyra förslag för en nationell vårdinfrastruktur (avsnitt 11.1)

Våra förslag till revision av följande text anges med kursiv stil: Utredningen bedömer att dessa förslag sammantaget ger förutsättningar för att utveckla en *hållbar* nationell vårdinfrastruktur som svarar mot behoven i framtidens hälso- och sjukvård och bidrar till målet om en god vård på lika villkor för hela befolkningen *och som också tar hänsyn till klimatmålen*.

Björn Fagerberg

Svenska läkaresällskapets arbetsgrupp för klimat, hälsa och hållbar sjukvård.
Styrelseledamot i Läkare för Miljön

Sven Blomqvist

Styrelseledamot i Läkare för Miljön

Referenser

1. Health Care Without Harm, ARUP. Health care's climate footprint. How the health sector contributes to the global climate crisis and opportunities for action. https://noharm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimateFootprint_092319.pdf
2. Delivering a 'Net Zero' National Health Service <https://www.england.nhs.uk/greenernhs/wp-content/uploads/sites/51/2020/10/delivering-a-net-zero-national-health-service.pdf>
3. Teghammar A, Sand Lindskog H, Fagerberg B, Berko L. Hälso- och sjukvården påverkar klimatet - Står för 21 procent av den offentliga sektorns utsläpp av växthusgaser – nationella, samverkande åtgärder krävs [Climate impact of healthcare]. Läkartidningen. 2019;116:FH9W.
4. National Health Service (NHS) (2019), The NHS Long Term Plan, Version 1.2 with corrections, August 2019.
5. NHS England and NHS Improvement. NHS Operational planning and contracting Guidance 2020/21. (2020). <https://www.england.nhs.uk/publication/nhs-operational-planning-and-contracting-guidance-2020-21/>