

REMISSVAR

2020-08-02

Socialdepartementet
s.remissvar@regeringskansliet.se

SFAM:s remissvar:

**SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem
(Dnr S2020/02841/PS)**

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 konkreta 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 andel 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 läkarvårdersättning (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 knyts 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, arbetssätt, 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 sluten 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 sluten till öppen vård.

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

Stockholm den 2 augusti 2020



För Svensk förening för allmänmedicin

Magnus Isacson
Ordförande