

Beslutade

Rektor

Handläggare

Agneta Brav

Socialdepartementet

s.remissvar@regeringskansliet.se

**Remissvar - Betänkandet SOU 2020:19
God och nära vård – en reform för ett hållbart
hälso- och sjukvårdssystem**

Beslut

Rektor beslutar att lämna yttrande enligt bilaga.

Bakgrund

Mälardalens högskola har beretts tillfälle att lämna yttrande över namn på remiss.

En arbetsgrupp bestående av professorerna Sarah Wamala Andersson, Inger Holmström, Ulrica von Thiele Schwarz, Anne Söderlund, docenterna Maria Harder, Lena Wiklund Gustin och lektorerna Agneta Brav och Charlotta Åkerlind har läst betänkandet och gemensamt arbetat fram de kommentarer och synpunkter som framkommer i bifogat yttrande.

Rektor beslutar i närvaro av sektionschef Ammie Westbeck efter föredragning av lektor Charlotta Åkerlind.

Paul Pettersson
Rektor

Charlotta Åkerlind
Föredragande

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

Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård

Yttrandet innehåller sammanfattande svar gällande utredningen. Dessa sammanfattande kommentarer följs av mer utförliga svar gällande utredningens avsnitt 4.2.3, 4.4.3, 6.2.1, 6.2.2, 6.5.2, kap 7, kap 9, samt kap 10.

Generella synpunkter:

- Generellt kommer utredaren i rapporten fram till viktiga och framåtriktade slutsatser för utveckling av hälso- och sjukvård i Sverige.
- Att förebyggande och rehabiliterande insatser och personcentrerat perspektiv lyfts så tydligt i rapporten är mycket glädjande. Hälso- och sjukvården måste utveckla dessa insatser och perspektiv för att kunna bättre möta framtidens hälsomässiga och ekonomiska utmaningar.
- Förslaget om ökad samverkan mellan regioner och kommuner inom hälso- och sjukvård och förslaget om en individuell plan för alla patienter är viktiga steg i utvecklingen av god vård med ökad delaktighet för invånarna.
- En förutsättning för uppföljning av vården är tillgång till data på nationell och regional nivå samt vetenskaplig baserade mått och indikatorer för såväl fysisk som digital vård.
- Uppföljningen av den digitala vården behöver stärkas med vetenskaplig baserade mått och indikatorer för att kunna följa upp kvalitet, användbarhet, nytta och säkerhet. Dessa kan i sin tur vägleda upphandlingsprocesser. Vi föreslår en nationell kartläggning. Det finns idag en mångfald av utförare att ta hänsyn till. Digitala vårdgivare i privat regi följer upp sin verksamhet varierande utifrån avtal i en enskild region.
- Beträffande elevhälsa finns inget förslag att ta ställning till trots att vårdgivaransvaret enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen inte är tillräckligt känt hos skolans huvudmän vilket medfört att skyldigheter förbisetts (s.182). Detta är beaktansvärt utifrån att barn och unga generellt sett är en sårbar grupp med mindre möjlighet att tillgodogöra sig sina rättigheter. Det är även beaktansvärt att HSL (SFS 2017:30) relateras till annan lagstiftning aktuella för hälso- och sjukvård men inte till Lag om Förenta Nationernas konvention om barnets rättigheter (SFS 2018:1197). Vidare behöver den ökade psykiska ohälsan hos barn och unga beaktas, så att barn med denna typ av problematik tidigt fångas upp av skolhälsovården, och en samordnad individuell plan kan skapas. Här behövs en utveckling av digitaliseringen, så att olika system kan kommunicera med varandra

och en helhetsbild av barnets situation kan skapas. Slutligen behövs nationella riktlinjer för skolsköterskor, då det f.n. endast finns vägledningsdokument.

Positivt är att:

- Personcentrerad involvering av framför allt patienter och anhöriga i utveckling av vården lyfts som viktig framgångsfaktor, vilket är mycket bra och bör höras i hög grad.

Kapitel 4 Samverkanstrukturer för hälso- och sjukvården

I de fall utredningens förslag inte åtföljs av en synpunkt samtycker vi till förslaget.

4.2.3 Begreppet hemsjukvård ersätts i lagstiftning med "hälso- och sjukvård i hemmet" för att tydliggöra att den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet är likställd övrig vård och att det enda som särskiljer den är platsen vården utförs på.

Synpunkt:

Att tydliggöra att hälso- och sjukvård som utförs i hemmet är likställd övrig vård är av betydelse eftersom det ställer samma krav på kvalitet, resursfördelning och kompetensbehov (s. 154). Samtidigt framkommer dock att begreppsbytet inte påverkar innehållet (s. 154) vilket förutsätter att *hemsjukvård* och *hälso- och sjukvård i hemmet* sedan tidigare har samma kravspecifikation. Är det rimligt att förutsätta när det även framkommer att bytet av begrepp föranleds av att hemsjukvård ses om en annan form av vård (s.154) och att primärvårdstillhörigheten behöver förstärkas? Dessutom specificeras att hälso- och sjukvård i hemmet ställer krav på specifika förutsättningar gällande logistik, kunskap och kompetens. För att ytterligare stärka hälso- och sjukvård i hemmet föreslår vi införande av en kommunläkarfunktion med medicinskt ansvar.

4.4.3 Den enskilde ska ges möjlighet att initiera en individuell plan

Den enskildes möjlighet av stöd till samordning utifrån sina behov behöver stärkas. Det ska därför regleras i HSL och SoL att också den enskildes önskemål om att få en individuell plan upprättad ska beaktas. Vi föreslår ändringar i bestämmelserna 16 kap. 4 § i HSL och i 2 kap. 7 § i SoL.

Synpunkt: Förutsättningar för att den enskilde ska ges möjlighet att initiera en individuell plan är att hen har kunskap om denna möjlighet. Personer med svikande resurser kan behöva särskilda insatser för att säkerställa att den individuella planen kommer till stånd. En lagförändring är inte tillräckligt för att säkerställa detta i praktiken. Implementering innebär att hälso- och sjukvårdspersonal måste bevaka och ta ansvar om individen inte har förmåga eller tar eget initiativ. Detta behövs för att skapa mer jämlik vård.

Kapitel 5 Patientkontrakt – patientens stöd för en sammanhållen vård

Patientens ställning kommer att stärkas genom det föreslagna patientkontraktet. Förhoppningsvis förbättras även kontinuitet och samordning mellan olika vårdgivare och mellan olika huvudmän som arbetar

under HSL och SOL genom förslaget. Att länka samma olika typer av information från olika system ställer dock extremt höga krav på IT säkerhet, något som även påpekas i utredningen.

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

Det finns en stor variation i regioner och kommuner när det gäller kvalitet, storlek och resurser. Därför är det viktigt att samtidigt betona det nationella ansvaret för samordning och uppföljning. Detta är viktigt för att säkerställa och utveckla kvalitet, för att säkra framtidens kompetensförsörjning, och alla aktörer inom hälso- och sjukvård behöver ta sitt ansvar gällande utbildning på grund-, avancerad och forskarutbildningsnivå. Detta innebär bland annat att med lag tydligt reglera ansvaret för uppdraget för verksamhetsförlagd utbildning, vilket sannolikt skulle betydligt underlätta lärosätenas samarbete med verksamheterna gällande verksamhetsförlagd utbildning.

6.2.1 Regioners och kommuners ansvar för medverkan i utbildning ska tydliggöras

Det uppdrag som genom överenskommelser och andra avtal åvilar regioner och kommuner att medverka i utbildning och tillse att behovet av platser för verksamhetsförlagd utbildning tillgodoses, ska tydliggöras genom ett i lag reglerat ansvar. I den nya bestämmelsen 18 kap. 4 § HSL ska anges att regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för. Bestämmelsen införs i syfte att synliggöra utbildningens betydelse för kompetensförsörjning och för att möjliggöra att fler aktörer i hälso- och sjukvården medverkar i, och tar ansvar för, utbildning.

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

Det ska ingå i primärvårdens grunduppdrag att medverka till utbildning av de professioner som förekommer i primärvården. I tillägg till utredningens tidigare lämnade förslag om reglering av primärvårdens grunduppdrag genom införande av bestämmelsen 3 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), ska en ytterligare punkt föras in i samma bestämmelse, punkt 9, i vilken nu nämnda uppdrag avseende utbildning anges. Förslagen löser inte det dilemma som många lärosäten brottas med: att VFU-platserna är för få i relation till studentvolymerna, samtidigt som det finns krav från Utbildningsdepartementet att utbilda fler för att täcka behoven. Det kan ändå ses som en vinst för lärosäten att ansvaret för medverkan tydliggörs genom att vara en del av primärvårdens grunduppdrag.

6.5.2 Finansiering av forskning i den nära vården

- Att ha förutsättningar för aktiv, klinisk forskningsverksamhet på primärvårdsnivå kan inte nog betonas. Inte heller det faktum att det är svårt att finansiera forskning som sker utanför sjukhusmiljöer. Regionernas roll att påtala detta för staten och forskningsfinansiärer måste aktualiseras och intensifieras.
- Detta gäller inte bara allmänmedicinsk- och omvårdnadsforskning utan även forskning inom fysioterapi och psykologi med mera.
- Forskningsmöjligheter på primärvårdsnivå har även ett positivt samband med god kompetensförsörjning för verksamheterna.

Kapitel 7 Verksamheter som drivs enligt lagen om läkarersättning eller lagen om ersättning för fysioterapi

- Gällande tillgång till privata aktörers tjänster inom fysioterapi och psykiatri ges två förslag i rapporten av vilka inget är tillfredsställande. Det konstateras att det finns brist på tillgång till dessa tjänster i hela landet. Det ena förslaget som minskar det kommunala självstyret genom att tvingas inrätta valfrihetssystem kommer troligen inte att lösa problemet på tillgång till dessa tjänster utanför städerna. Inte heller det andra förslaget löser tillgänglighetsproblematiken genom att stödja etablering utanför städerna på grund av småföretagens uppenbara ekonomiska känslighet för storleken på befolkningsunderlag. Utifrån jämlikhetsperspektiv både för befolkning och för små företagare, skulle vi behöva kombinera dessa två förslag och därmed ökar möjligheterna till mer jämlik vård.

Kap 9 Att skapa förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet

Instämmer i att:

- när ytterligare steg i omställningen konkretiseras bör fler statliga system understödja processen (9.2.1). Samarbete bör genomsyra samtliga statliga system som växer in i processen.
- dialogen med medarbetare och invånare är en avgörande del av förändringsarbetet (9.2.3). Utifrån att medarbetare saknar forum för dialog kan detta dock behöva förtydligas i huvudmännens uppdrag. Det tydliga offentliga samtalet bör likaså vara en pågående process som alla har möjlighet att vara delaktig i och som en naturlig del av hälso- och sjukvården.
- det finns ett fortsatt behov av en sammanhållande nationell stödstruktur (9.2.4). Utredningen ser att så väl Socialstyrelsen som SKR har centrala roller i det arbetet. Kan man se en vinst i att koppla till lärosäten i denna stödstruktur r/t till att utbildning och forskning är av stor betydelse i omställningsprocessen?
- Staten under den återstående omställningsperioden 2021–2027 bör samla flera av de ekonomiska satsningar inom hälso- och sjukvårdens område som f.n. regleras i separata överenskommelser mellan regeringen och SKR i en övergripande överenskommelse för omställningen, en överenskommelse om God och nära vård (9.4.4) Överenskommelsen kommer delvis att vara styrd, men med en del som är en generell resursförstärkning. Med denna konstruktion riskeras en viss otydlighet.

Utredningen lyfter fram att den statliga budgeten är ett-årig med beräknat belopp för ytterligare två år, varför inga garantier ges om statliga riktade medel för efterkommande år. Detta innebär att huvudmännen behöver tydliga regelbundna aviseringar om att processen ska fortgå för att kunna planera sina verksamheter. Vidare under 9.4.5 nämns kvalitetsbrister (ex. patientsäkerhetsrisker) som finns i dagens system, och som i möjligaste mån ska hanteras. Patientsäkerhetsrisker i vårdens övergång behöver ha ett tydligt

fokus, och inte enbart hanteras ”i möjligaste mån”. Vi föreslår därför beredskap för omställningen genom systematiska åtgärder som inkluderar medel för mera än ettårigt anslag samt att det satsas på följeforskning.

5 (5)

Kapitel 10 God och nära vård - Lättare psykisk ohälsa

Detta är ett viktigt område, och vi värdesätter att lättare psykisk ohälsa inkluderas i god och nära vård, liksom att fokus även läggs på barn- och unga och förebyggande åtgärder. Samtidigt vill vi peka på att utvecklandet av en definition av lättare psykisk ohälsa (10.1) behöver övervägas noga, och gränsdragningar mellan det medicinska och andra samhällssektorers ansvar (10.2). Att enbart utgå från medicinska diagnostiska kriterier innebär en risk att patienter som inte uppfyller alla kriterier för diagnos ställs utanför, samt att naturliga reaktioner på livshändelser medikaliseras, eller lämnas utan åtgärd. Det är även angeläget med samverkan mellan det medicinska och andra samhällssektioner snarare än en gränsdragning. Det är också som angeläget att bygga upp en generell tvärprofessionell kompetens relaterat till lättare psykisk ohälsa, anställa personer med spetskompetens (exempelvis specialistsjuksköterskor), samt utbilda handledare för att tillmötesgå vårdbehov och skapa VFU-platser där studenter kan få stöd i att integrera kunskaper om lättare psykisk ohälsa.

Reflektion runt de föreslagna dialogfrågorna (10.3.1)

1) Ja, det saknas kunskap om hur man bäst tar hand om sig själv i livet.

Undervisning om lättare psykisk ohälsa borde inkluderas inom grundskola och gymnasium. Unga behöver få kunskaper om hur människor fungerar utifrån ett bio-psyko-socialt perspektiv, och de utmaningar vi ställs inför som människor i olika åldrar. De bör lära sig att det är normalt också med obehagliga känslor, samt hur man kan förhålla sig till och ta hand om dem. Här kan betydelsen av kost, motion, sömn, sociala kontakter och självmedkänsla tas upp.

2) Ja, det saknas kunskap om hur man bör förstå tidiga tecken

Det finns utarbetade metoder för att uppmärksamma tecken på psykisk ohälsa, samtala om det och stötta personen att söka professionell hjälp. Sådana utbildningar borde finnas brett tillgängliga för att öka beredskapen hos allmänheten, och vara obligatoriska inom såväl vårdutbildningar som för lärare, personal inom socialtjänst etc.

3) Primärvårdens samverkan med det civila samhället

När det gäller personer med lättare psykisk ohälsa vore det värdefullt med samverkan med aktörer som Försäkringskassan och socialtjänst. Handläggare inom dessa instanser behöver utbildas. Detta skulle kunna främja såväl tidig identifikation som stöd för den sårbara personen.