



Datum
2020-08-26

Vår beteckning
GD-beslut 48/2020
Dnr SBU 2020/455

Er beteckning
S2020/02841/FS

Socialdepartementet

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

Övergripande synpunkter

Forskning och utbildning

SBU sammanställer forskning och redovisar forskningsläget för frågor inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. SBU är beroende av att personer som arbetar i vård och omsorgsverksamheter har tillräcklig kunskap och kompetens för att kunna

- tillgodogöra sig resultaten i rapporter myndigheten publicerar så att de kan bidra till en evidensbaserad vård och praktik
- identifiera ämnen i verksamheterna för vilka det saknas tillförlitlig kunskap där SBU kan bidra med utvärderingar.
- genomföra vetenskapliga studier i verksamheterna som kan bidra med underlag till sådana utvärderingar.

SBU har därför med särskilt intresse läst bedömningar och förslag som rör utbildning, kompetens och forskning inom den nära vården. SBU noterar att varken frågor om utbildning eller om forskning tas upp direkt i direktiven för God och nära vård, men uppskattar att utredaren trots det valt att diskutera frågorna (Kap. 6) och att ge förslag på hur verksamhetsförlagd utbildning, även i kommunal vård och hos privata utförare, kan säkerställas (avsnitt 6.1.1 och 6.2.2).

Vi vill peka på behovet av forskning om effekter, risker och andra konsekvenser av att sjukvård och vårdåtgärder som tidigare gavs i sjukhusmiljö flyttas till andra vårdmiljöer. Utredningens förslag kommer att skynda på och utöka en sedan länge inledd förflyttning av vård från sjukhus till patienters hem och från regioner till kommuner. Det blir då särskilt viktigt att stödja uppbyggnaden av fungerande vårdutvecklings- och forskningsmiljöer där. SBU håller därför med om bedömningen att omställningen till nära vård behöver stödjas med resurser för utbildning och för forskning om och i berörda verksamheter, och för berörda professioner (avsnitt 3.2.8).

Gränssnitten mellan huvudmän (region respektive kommun) och mellan lagstiftningar (hälso- och sjukvårdslagen, HSL, respektive socialtjänstlagen, SOL)

Utredaren har uppmärksammat gränsområdet mellan den sjukvård som regionerna, och den som kommunerna, ansvarar för och har ambitionen att ge förslag som kan bidra till samordning av vården för individer som behöver insatser från båda huvudmännen (Kap. 4). Utredaren ger också förslag som syftar till att överbrygga gränsen mellan sjukvård som ges enligt hälso- och sjukvårdslagen och omsorgsinsatser som ges enligt socialtjänstlagen – särskilt inom ramen för den föreslagna utvecklingen den individuella vårdplanen för vårdtagare med komplexa vårdbehov (avsnitt 4.4.2 till 4.4.6).

SBU välkomnar och uppskattar ambitionen att skapa förutsättningar för en vård som kan anpassas bättre till individens behov – särskilt för patienter och brukare med komplexa behov som behöver kontinuerliga insatser från fler än en huvudman och flera utförare.

Förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet

Vi noterar och instämmer i utredarens inställning till diskussion om och eventuellt ny utredning om prioriteringar i hälso- och sjukvården (3.3.5).

Särskilda synpunkter

Kap 4. Samverkansstrukturer för hälso- och sjukvården

I en konsekvensanalys framhåller utredaren förebyggande åtgärders betydelse för folkhälsan och verkar mena att sådana åtgärder automatiskt också medför kostnadsbesparingar (4.5.2). Men hälsovinster för individer kan istället vara förenade med ökade kostnader för sjukvården och samhället. Vi saknar ett tydliggörande av vilka förebyggande åtgärder som utöver hälsovinster dessutom beräknas medföra kostnadsbesparingar och vilka som kan ge hälsovinster men till priset av kostnadsökningar för samhället.

Kap 5. Patientkontrakt – patientens stöd för en sammanhållen vård

Utredaren föreslår i kapitel 5 att möjligheten till ett patientkontrakt ska regleras i patientlagen (PL). Men behövs ytterligare en plan utöver den individuella vårdplan som behandlas i kapitel 4? Den avgörande skillnaden mellan den individuella planen och patientkontraktet verkar vara regeln att kontraktet ska innehålla uppgift patientens fasta vårdkontakter – kan eller bör inte de noteras även i den individuella planen? Det är svårt att förstå behovet av två separata planer snarare än att samordna alla uppgifter i en och samma plan.

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

- SBU välkomnar utredarens förslag om en reglering som tydliggör huvudmännens ansvar för att säkerställa verksamhetsförlagd utbildning i alla de

verksamheter de ansvarar för (avsnitt 6.2.1.) och att utbildning ska ingå som ett av primärvårdens grunduppdrag (avsnitt 6.2.2.). Att hela primärvården – den kommunala hemsjukvården inräknad – får ett tydligt utbildningsuppdrag är viktigt inte bara för personalförsörjningen utan även för att utveckla forskning i de delar av den nära vården där sådan saknas.

- Vi tror dessutom att utredaren bör överväga förslag om hur forskningserfarenhet kan värdesättas som grund för meritering, ledarskap och styrning i den nya vårdstrukturen. Detta för att säkra en forskningspositiv kultur som kan bidra till en evidensbaserad vård och omsorg.
- När det gäller den verksamhetsförlagda utbildningen till specialistsjuksköterska delar vi utredarens uppfattning om att det är ändamålsenligt att denna görs under betald arbetstid (i analogi med specialistläkarutbildningen) då detta skulle förbättra den nuvarande bristsituationen.
- SBU noterar att förslag om forskningens roll i omställningen saknats i direktiven för utredningen. Vi påpekar vikten av att resurser för forskning följer med omställningen eftersom effekter risker med vård som ges under nya förutsättningar behöver utvärderas.

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

Utredaren har haft uppdraget undersöka uppdelningen av vården sluten- respektive öppenvård och om den fortfarande är ändamålsenlig. Utredaren konstaterar att begreppen sluten och öppen vård är ålderdomliga, att tillämpningen av dem behöver bli mer enhetlig och gränssnitten dem emellan tydligare (avsnitt 8.1.1). Vidare tas den internationellt bättre gångbara indelningen i primär, sekundär respektive tertiär vård upp, en indelning som utgår från vårdnivå snarare än den miljö i vilken vården utförs. Utredaren stannar trots det i förslagen att behålla uppdelningen sluten och öppen vård (avsnitt 8.2.1) men att utreda beskrivningssystemen vidare och att omdefiniera begreppet sluten vård (avsnitt 8.2.2). Utredaren bedömer benämningen sluten vård bör bytas, kanske till ”särskild vård”, men att innehållet fortfarande skulle bestå i dygnet-runt vård vid en därför avsedd vårdinrättning där patienten tagits in. Det skulle också ställas särskilda krav på vad en sådan vårdenhet kan erbjuda för att benämnas vårdinrättning.

SBU ifrågasätter om en fortsatt uppdelning vårdmiljöer i sluten- (eller särskild-) och öppen vård verkligen är ändamålsenlig med tanke på en utveckling där gränsen för den diagnostik och behandling som kan utföras i hemmen ständigt förflyttas. Vi påpekar att det sedan många år tillbaka redan utförs avancerad och multidisciplinär specialistvård dygnet runt i hemmen, särskilt för vissa patientgrupper. Vi tror att man istället bör sträva efter en indelning som tar hänsyn enbart till vårdnivå, men inte i vilken geografisk lokal vården ges. En övergång till en indelning i primär-, sekundär- och tertiär vård skulle dessutom harmonisera bättre med andra länder och därför underlätta

jämförelser – i till exempel forskning. Vi är dock medvetna om att viss lagreglering, som till exempel hantering av läkemedel (HSLF-FS 2017:37), skiljer på sluten och öppen vård och att det behöver hanteras före en förändring.

Beslut i detta ärende har fattats 2020-08-26 av generaldirektör Susanna Axelsson. Projektledare Anna Christensson har varit föredragande och samrådande har varit avdelningschef Jan Liliemark.