

2020-09-15

Dnr Komm2020/00285/S 1985:A

Socialdepartementet
103 33 Stockholm

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

(dnr S2020/02841/FS)

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har i uppdrag att belysa medicinsk-etiska frågor ur ett övergripande samhällsperspektiv. Smer kommenterar de förslag som är av särskild vikt utifrån detta perspektiv.

Avsnittsvisa kommentarer

4 Samverkansstrukturer för hälso- och sjukvården

4.3 Förtydligade samverkanskrav

Smer *tillstyrker* förslagen att det i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) införs ett uttryckligt krav på huvudmännen att samverka med varandra vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården, att det införs en ny bestämmelse i HSL om att regioner och kommuner ska upprätta en gemensam plan för utformningen av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå samt att det av lagen ska framgå att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska finnas förutsättningar för samverkan.

4.4 Planeringsverktyg för en samordnad vård

I de fall där en patient behöver insatser från olika enheter eller verksamheter finns det stora vinster för både individ och samhälle med en samordnad vård som utgår från brukarens/patientens situation och behov. Smer delar utredningens bedömning att fler brukare/patienter som har behov av vård- och/eller omsorgsinsatser från fler olika verksamheter eller enheter bör få möjlighet till en individuell plan enligt 16 kap. 4 § HSL. Det gäller inte minst patienter med komplexa behov som endast får insatser från regionen men från olika vårdgivare, en grupp som i dag inte omfattas av regelverket kring individuell

plan. Smer välkomnar också förslaget att den enskildes önskemål ges större tyngd vid bedömningen om huruvida en plan ska upprättas samt att målet med insatserna ur den enskildes perspektiv ska framgå av planen.

För att en individuell planering ska ske måste någon initiera processen. Vid utskrivning från slutenvård där patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommun är det enligt lagen om samverkan vid utskrivning den fasta vårdkontakten inom den regionala öppenvården som ska kalla till samordnad individuell planering. Någon motsvarande tydligt utpekad verksamhet/person som har ansvar för att individuell planering enligt HSL/SoL kommer till stånd finns inte.

Det är rimligt att samtliga verksamheter som medverkar i brukarens/patientens vård och omsorg har ett ansvar att bedöma om en individuell plan bör upprättas för att tillgodose behovet av samordning. Det är inte givet att det är just den regionala vården som alltid har bäst överblick över brukarens/patientens samlade behov och om det skett förändringar i hans situation som gör att det kan finnas skäl att initiera en individuell plan. Av det skälet bör någon särskild aktör som har ansvaret för att initiera en individuell planering inte pekas ut.

Ett delat ansvar kan samtidigt innebära risk för ett uttunnat ansvar, där det förväntas att ”någon annan” tar initiativet. Smer vill framhålla vikten av att det hos alla aktörer utvecklas tydliga rutiner i ledningssystemen för systematiskt kvalitetsarbete för att bedöma om samverkan i form av en individuell plan behövs och – om så bedöms vara fallet och patienten samtycker – för att kalla till planering. Eftersom patientens egen önskan om att få en plan är tänkt att få större tyngd bör rutinerna inbegripa information till patienterna om möjligheterna till en individuell plan, eftersom många patienter sannolikt inte är medvetna om denna möjlighet och därför inte kan efterfråga en plan.

I utredningens förslag till nationellt uppdrag för primärvården ingår att primärvården ska samordna patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården¹, där utgångspunkten enligt utredningen bör vara att en patients fasta läkarkontakt i primärvården ansvarar för samordning av de medicinska åtgärderna i patientens vård. Givet den centrala roll den fasta läkarkontakten har i samordningen av patientens vård är det enligt Smer avgörande att denne medverkar i den individuella planeringen. Smer föreslår därför att det på

¹ SOU 2018:39, s. 32.

lämpligt ställe regleras att den fasta läkarkontakten i primärvården ska medverka i den individuella planeringen.

Enligt patientlagen ska en fast vårdkontakt utses för patienten om hen begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. I förarbetena anges att en vårdkontakt ska kunna bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till med att samordna vårdens insatser. Utifrån detta bedömer utredningen att det är en fast vårdkontakt som ska ansvara för att den individuella planen är aktuell och uppdaterad. Som Smer påpekat i remissvar gällande ett tidigare betänkande från utredningen är det viktigt att den som har ansvar för att på olika sätt samordna vårdens insatser också har förutsättningar för att kunna ta detta ansvar. Det gäller konkreta förutsättningar som exempelvis tid, men också att man har den kompetens, den ställning i verksamheten och det mandat som behövs.

Smer vill också påpeka att samverkan mellan olika aktörer kring en brukare/patient förutsätter ett tydligt ramverk där det framgår vad som är respektive parts ansvar.

5 Patientkontrakt

Utredningen föreslår att det i patientlagen regleras att en patient som begär det ska få en sammanställning av uppgifter om patientens fasta vårdkontakt och individuella plan. Smer *tillstyrker* detta förslag, men är lite tveksamt till den föreslagna benämningen ”patientkontrakt”, då det inte är fråga om ett kontrakt i egentlig mening utan en sammanställning av information. Rådet menar att det finns ett etiskt krav att så långt det är möjligt undvika oklara begrepp i kommunikationen med patienter, för att minska risken för missförstånd och i förlängningen att förtroendet för vården skadas.

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

Hälso- och sjukvård är en verksamhet som är på en gång kunskapsintensiv och praktisk. Även om teoretiska studier har sin givna plats i utbildningen på alla nivåer, är det likväl så att stora delar av yrkeskunnandet hos vårdens olika professioner utvecklas i den kliniska praktiken, i mötet med patienter under handledning av seniora kollegor. Traditionellt är det regionerna som haft huvudansvaret för utbildning. När allt mer av den offentligt finansierade vården utförs av andra aktörer än regioner – som exempelvis kommuner och

privata vårdgivare – är det därför avgörande för den framtida kompetensförsörjningen att alla aktörer också tar ansvar för och bidrar till utbildningen.

Genom att utbildning inte finns med i den lagstiftning som reglerar verksamheten finns risk att utbildningsuppdraget inte uppfattas som lika viktigt och ”glöms bort” i exempelvis vårdval och upphandlingar. Smer *tillstyrker* förslaget att det i hälso- och sjukvårdslagen skrivs in att regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för.

Smer har i ett remissvar gällande ett tidigare betänkande från utredningen efterlyst att utbildningsuppdraget också bör ingå i det nationella uppdrag för primärvården som föreslås. Rådet både välkomnar och *tillstyrker* utredningens förslag i denna del.

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

Smer väljer att inte ta ställning till de alternativ som utredningen presenterar för att i övrig öppen vård integrera de läkare och fysioterapeuter som i dag bedriver verksamhet enligt lagen om läkarvårdsersättning (LOL) respektive lagen om ersättning för fysioterapi (LOF). Rådet vill dock poängtera att det ska finnas en jämlik tillgång till god vård över hela landet. När det gäller offentligt finansierad vård är det viktigt att huvudmannen, i detta fall regionen, kan styra över vårdens innehåll och var verksamheten bedrivs, liksom att det finns möjlighet följa upp och utvärdera kvaliteten på vården.

8 En ändamålsenlig struktur för styrning av hälso- och sjukvården

Utredningen har i uppdrag att fördjupa analyserna och förslagen i betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2). Utredaren menade där att ett effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården förutsätter att Sveriges med internationella mått mätt sjuhustunga hälso- och sjukvårdssystem förändras och ersätts av ett system där primärvården utgör basen i hälso- och sjukvårdssystemet och där öppen vård är huvudprincipen.

I *Effektiv vård* väcktes frågan om den traditionella uppdelningen mellan öppen och sluten vård fortsatt behövs. Den nuvarande utredningen ska enligt sina direktiv analysera ändamålsenligheten hos uppdelningen i öppen och sluten vård med utgångspunkten att vården ska organiseras och bedrivas effektivt med god kvalitet utifrån den enskildes vårdbehov. Utredningen bedömer att det framförallt av olika rättsliga skäl behövs någon form för uppdelning, exempelvis för att tydliggöra ansvarsövergångar mellan huvudmän.

Nuvarande begrepp uppfattas dock bevara traditionella strukturer i vården, och utredningen för fram ett alternativt begrepp ”särskild vård” som skulle kunna ersätta slutenvårdsbegreppet.

Smer vill påpeka att eftersom olika begrepp som sluten vård, öppen vård, primärvård, specialistvård, vårdinrättning, sjukhus, intagen etc. är beroende av och/eller överlappar varandra, är det viktigt att ett helhetsgrepp tas kring definitionsfrågan för att undvika otydlighet i regleringen.

Att definitionerna håller ihop rent logiskt är emellertid inte tillräckligt. Smer delar bedömningen att definitioner och kategoriseringar i regelverk måste återspegla det sätt som vi anser att vården bör vara organiserad på, så att regelverken inte hämmar utan stöder utvecklingen mot en effektiv, god och jämlik vård.

Samtidigt vill Smer understryka att det behövs mer än nya begrepp i lagstiftningen för att omställningen av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet ska bli verklighet. Som påpekats i många sammanhang² krävs att resurser överförs från sjukhusen till främst primärvården. Även om omställningen på sikt förväntas leda till en mer kostnadseffektiv hälso- och sjukvård kommer detta sannolikt i en övergångsfas att innebära merkostnader. Med tanke på att många sjukhusverksamheter redan i dag har svårt att klara sina uppdrag inom befintlig budget är det svårt att se hur regioner och kommuner på egen hand ska klara denna omställning utan att äventyra kvaliteten i vården.

Smer delar därför utredningens bedömning att det kommer att behövas statliga omställningsmedel för att den nödvändiga omställningen av hälso- och sjukvården ska bli av och kunna ske med bibehållen kvalitet i vården. Smer ser det dock som en brist att utredningen inte berör frågan om *hur* stora tillskott som behöver tillföras. Rådet konstaterar att det ingår i utredningens direktiv att analysera hur en resursöverföring kan ske utan risk för att kvaliteten i vården i sin helhet försämras. En central aspekt i en sådan analys är just omfattningen på det omställningsstöd som behövs. Visserligen blir, som utredningen påpekar, den slutliga nivån en förhandlingsfråga mellan regeringen och SKR. Men en sådan förhandling behöver utgå från ett genomarbetat underlag för att säkerställa att utfallet står i rimlig proportion till behovet.

² Däribland i utredningens direktiv.

Remissvaret behandlades vid ordinarie sammanträde den 10 september 2020. I beslutet har deltagit Kenneth Johansson, ordförande, Dag Larsson, Lina Nordquist, Malena Ranch, Michael Anefur, Sofia Nilsson, Ulrika Jörgensen och Åsa Gyberg-Karlsson, samtliga ledamöter i rådet. I beredningen av ärendet har även deltagit Anna Singer, Bengt Rönngren, Göran Collste, Lilas Ali, Marie Stéen, Mikael Sandlund, Nils-Eric Sahlin, Olle Olsson och Titti Mattsson, samtliga sakkunniga i rådet. Michael Lövtrup, utredningssekreterare, har varit föredragande.

För rådet,

Kenneth Johansson

Ordförande