

Vår referens:  
Sara de Haas, föredragande  
[sara.dehaas@neuro.se](mailto:sara.dehaas@neuro.se)

Till:  
Socialdepartementet  
[s.remissvar@regeringskansliet.se](mailto:s.remissvar@regeringskansliet.se)  
[s.fs@regeringskansliet.se](mailto:s.fs@regeringskansliet.se)

## Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS (SOU 2020:15)

### Neuro

Neuro är en oberoende organisation specialiserad på neurologi. Vi finns för att ge våra cirka 13 000 medlemmar information, stöd och en framtidsstro. Vårt mål är att personer som lever med neurologiska diagnoser ska få samma möjligheter, rättigheter och skyldigheter som alla andra.

### Sammanfattning

Vi konstaterar att de farhågor som vi med flera tidigare lyft – vad gäller eventuella konsekvenser av den nya verksamhetsmodell som testats på Nya Karolinska Solna (NKS) skulle få för konsekvenser för multisjuka patienter – tyvärr var befogade och har blivit realitet.

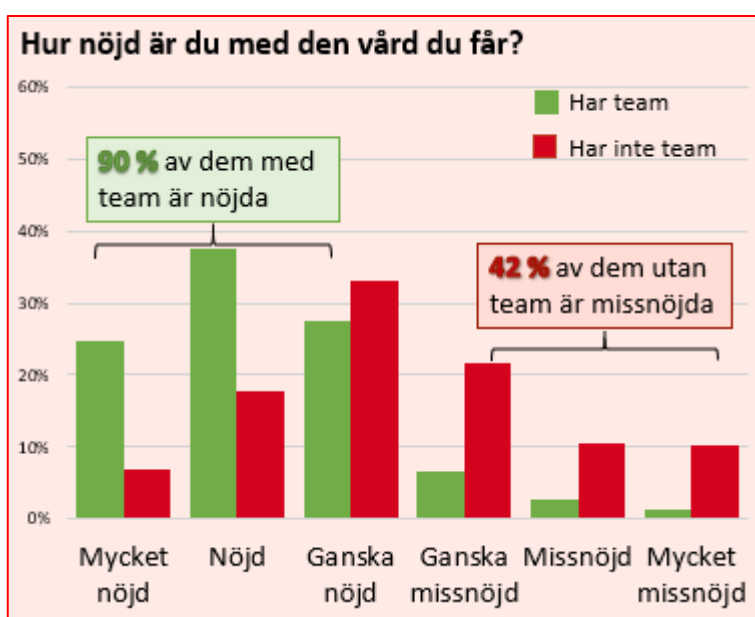
Vi ställer oss bakom utredningens samtliga rekommendationer. Vi ger också tre allmänt hållna medskick där vi reflekterar över:

- Den enskilda individens svårigheter att navigera i dagens hälso- och sjukvårdssystem och vikten av åtgärder som leder till en personcentrerad hälso- och sjukvård.
- Vikten av att patientsäkerheten sätts i främsta rummet under de pågående strukturförändringarna i svensk hälso- och sjukvård.
- Att *en* hälso- och sjukvårdsorganisation är en del i ett större hälso- och sjukvårdssystem och att alla systemets kugghjul måste gripa i varandra. Det krävs exempelvis att primärvården får de resursförstärkningar som krävs för att ta det extra ansvar som kommer av universitetssjukhus nya arbetssätt. Annars riskerar vi ännu större vårdskulder och, vad värre är, vårdförluster än vad coronapandemin redan inneburit.

## Inledning

Neuro har med stort intresse tagit del av utredningen som haft i uppdrag att identifiera lärdomar från de erfarenheter som gjorts i exemplet Nya Karolinska Solna (NKS). På NKS har man testat en ny verksamhetsmodell, där man arbetar med så kallade flöden. Till exempel har man inrymt en patient i ett flöde för hjärtpatienter, istället för att klassificera patienten utifrån den vårdgivare som har det yttersta ansvaret, i det här exemplet möjligen en "kirurgpatient".

Nämnda verksamhetsmodell är ett arbetssätt som främjar ett multiprofessionellt omhändertagande, vilket i sig är mycket bra. När det gäller specialistsjukvård inom neurologi, som inte nödvändigtvis bedrivs på (akut)sjukhus utan inom primärvården, är multiprofessionella team ett måste för att svara upp mot de behov som komplexa diagnoser med vitt varierande symtom medför. Det visar inte minst svaren på vår egen medlemsundersökning från 2019. Många av våra medlemmar vittnade i fritext om teamets betydelse, men också siffrorna talade sitt tidliga språk. När de svarande fick ange hur nöjda de var med den vård de får för sin neurologiska diagnos eller sina neurologiska symtom, så gav de som har tillgång till ett multiprofessionellt team det genomsnittliga betyget 4,7. Detta på en sexgradig skala, där 1 läses som mycket missnöjd och 6 som mycket nöjd. De utan tillgång till ett multiprofessionellt team gav istället sin vård genomsnittsbetyget 3,6. Se också diagrammet nedan.



Källa: Neuros medlemsenkät 2019.

Kommentar: Uppgifterna baseras på 1 524 personers svar. De besvarade både frågan om hur nöjda de är med den vård de får för sin neurologiska diagnos eller sina neurologiska symtom, och svarade antingen ja eller nej på frågan om de har tillgång till ett multiprofessionellt team eller inte. (Många, nästan 20 procent av de svarande angav "vet ej" på frågan om de har tillgång till ett multiprofessionellt team.) Av de som besvarade frågan om hur nöjda de är med den vård de får för sin neurologiska diagnos eller sina neurologiska symtom saknade 796 tillgång till ett multiprofessionellt team, medan 728 personer hade tillgång till ett sådant.

Men, vad gäller den nya verksamhetsmodell som testats på NKS, och som gäller akutsjukvård, lyfte dock vi med flera tidigt vissa farhågor. Farhågor angående vilka konsekvenser modellen får för multisjuka patienter, som inte så lätt låter sig placeras i endast ett av alla flöden. Vi ställde oss frågan hur patienter med flera kroniska diagnoser skulle hanteras i och med de nya flödena på sjukhuset?

Multisjuka är generellt svåra att placera inom vården, varför Statens haverikommission har identifierat just multisjuka som ett riskområde, eller snarare en riskgrupp, inom hälso- och sjukvården (SOU 2020:15, s. 79). Samtidigt medför befolkningstillväxten och den samtidiga ökningen av andelen äldre att vårdbehovet ökar totalt samtidigt som allt fler av de vårdbehövande är just multisjuka. Utredningen konstaterar därför att vårdbehoven i landet förändras (s. 45).

Tyvärr kan vi alltså idag konstatera att den nya verksamhetsmodellen inte svarar upp mot det förändrade behovet, liksom att flera av de risker som lyftes upp när modellen skulle beslutas 2016 beklagligt nog har blivit realitet. Utredningen återger NKS:s styrelses tidigare konstaterade att de problem som den nya verksamhetsmodellen skulle lösa kvarstår eller har förvärrats. Den nya organisationen har fått konsekvenser för multisjuka patienter:

*Införande av patientflöden har fått olika konsekvenser för olika patientkategorier. För vissa har det inneburit förbättringar men för andra försämringar. I det senare fallet gäller det framför allt multisjuka patienter som varit svåra att placera i rätt patientflöde. Detta kan medföra sämre vårdkvalitet.*

(SOU 2020:15, s. 260)

Senare i stycket står att läsa att:

*Vad gäller de patientsäkerhetsproblem som rapporterats tycks många bero mer på hög personalomsättning och bristande klinisk kompetens än till den nya verksamhetsmodellen. En särskild riskgrupp vid vårdplatsbrist och snävt avgränsade patientflöden är de multisjuka patienterna.*

(ibid.)

### **Vi ställer oss bakom utredningens rekommendationer**

Vi ställer oss bakom utredningens rekommendationer till regeringen:

- Utred hur förutsättningar för utbildning och forskning kan säkerställas vid strukturförändringar inom hälso- och sjukvården.
- Utveckla tillsynen inom hälso- och sjukvården.

Vi ställer oss också bakom den rekommendation som främst riktar sig till regionerna, men även är relevant för staten och regionerna gemensamt i processer de har överenskommelser om:

- Säkerställ långsiktighet och helhetssyn vid större strukturförändringar och investeringar.

Slutligen ställer vi oss också bakom den fjärde och sista rekommendationen, riktad framför allt till regionerna, gällande:

- Konsekvensanalyser vid införande av nya styrmodeller och organisationsförändringar.

### **Ytterligare reflektioner**

Efter att ha tagit del av den aktuella utredningen kan vi återigen konstatera att det – för den enskilda patienten – är näst intill omöjligt att navigera i dagens hälso- och sjukvårdssystem. För att den så viktiga visionen om en personcentrerad hälso- och sjukvård ska bli verklighet – där varje patient får hjälp med att koordinera sin hälso- och sjukvård och en individanpassad behandling – krävs att fler patienter ges tillgång till individuella planer och så kallade patientkontrakt. För det krävs lagändringar, men också resurser och tydliga prioriteringar från styrande politiker på alla nivåer. Slutligen krävs också ett tydligt ledarskap och utbildad personal. Detta för att drömmen om en personcentrerad hälso- och sjukvård, vilken varit uttalad sedan 1960-talet i Sverige, ska bli verklighet.

Den andra reflektionen vi gör är att det inte är vilken verksamhet som helst som omorganiserades eller som, utifrån lärdomarna från exemplet NSK, ska omorganiseras. Det handlar inte om en organisation som tillverkar exempelvis bijouterier eller kosmetika, det handlar om en organisation som är helt avgörande för svenska medborgares liv och hälsa. Vi menar därför att patientsäkerheten måste ges större vikt och fokus i de pågående strukturförändringarna i svensk hälso- och sjukvård; patientsäkerheten måste sättas i främsta rummet – inte effektivitet eller andra eftersträvarvärda målsättningar.

Inför implementeringen av den nya verksamhetsmodellen på NKS gjordes en riskanalys. Identifierade risker var, bland andra:

- en ökad personalomsättning
- att IT-systemen inte skulle hinna uppdateras i tid
- att IT-systemens begränsningar kunde innebära att den nya verksamhetsmodellen inte kunde realiseras fullt ut
- förseningar
- att man inte skulle attrahera de bästa kandidaterna för chefsjobb
- en ökad arbetsbelastning och stress hos personalen

- bristande tillgång till strukturerad data. (SOU 2020:15, s. 257)

Nämnda risker kan man vara villig och ta i andra typer av verksamheter, men de måste tas på största allvar när det handlar om vår livsviktiga hälso- och sjukvård. Det finns befarade konsekvenser vi inte kan riskera.

Slutligen vill vi understryka att exemplet NKS visar att *en* hälso- och sjukvårdsorganisation är en del i ett större hälso- och sjukvårdssystem och att alla systemets kugghjul måste gripa i varandra. Liksom tidigare utredningar konstaterat måste nya, högspecialiserade universitetssjukhus planeras i relation till övrig hälso- och sjukvård, ända ut till närsjukvården (SOU 2020:15, s. 316f). Om inte primärvården får de resursförstärkningar som krävs för att ta det extra ansvar som kommer av universitetssjukhus nya arbetssätt kommer vi inte att få en fungerande hälso- och sjukvård. Vi riskerar då ännu större vårdskulder och, vad värre är, vårdförluster än vad coronapandemin redan inneburit.

Med vänliga hälsningar



Lise Lidbäck  
Förbundsordförande