



Socialdepartementet
s.remissvar@regeringskansliet.se
s.sf@regeringskansliet.se

God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem

Socialdepartementet har anmodat Umeå universitet att yttra sig över God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Rektor har fastställt yttrandet. Yttrandet har beretts av Medicinska fakulteten genom professor Olov Rolandsson och professor Ulf Näslund och därefter sammanställts av prodekan Marie Bixo efter samråd med Region Västerbotten.

Kort sammanfattning

Umeå universitet (Umu) välkomnar framför allt förslaget till förändring av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som tydliggör regioner och kommuners ansvar för den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU) men vill även skärpa kraven på privata vårdgivare härvidlag. Mot bakgrund av att Sverige redan idag har lägst antal slutenvårdsplatser i Europa finns en farhåga att ytterligare resursöverföring från slutenvård till primärvård kommer att negativt påverka såväl utbildning som patientnära forskning. Glesbygd innebär särskilda utmaningar avseende att skapa akademiska miljöer och att alla patienters rättighet att erbjudas möjlighet att delta i forskningsstudier tillgodoses. Den kompetensbrist (inte minst akademisk) som finns idag inom primärvården måste åtgärdas innan en resursöverföring kan ske, med bibehållen kvalitet inom vård, undervisning och forskning.

Övergripande synpunkter

Umeå universitet (Umu) är positiva till förslaget och välkomnar framför allt förslaget till förändring av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som tydliggör regioner och kommuners ansvar för den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU). I utredningen skulle man kunnat lyfta fram goda erfarenheter av regionaliserade utbildningar (t.ex. läkarutbildningen vid Umu) med win-win situation både för universitet som får möjlighet att ge fler utbildning med ökad tillgång till VFU, en bredare akademisk miljö och en fördel för regionerna med en förbättrad rekrytering. I föregående betänkande avhandlades forskningsfrågorna men det hade varit av värde att i detta betänkande nämna behovet av en vetenskaplig granskning vad effekten av omställningen till "God och nära vård" kan komma att medföra för några specificerade och vanliga sjukdomsgrupper.

Vidare saknar universitet en skarpare skrivning avseende hur professionsutbildning (VFU) och medicinsk/hälsovetenskaplig forskning i praktiken ska bedrivas i primärvård, på särskilda boenden och i hälso- och sjukvård i hemmet (oavsett huvudman) i ett längre perspektiv. Detta är överordnat teoretisk undervisning i hur nära vård bedrivs med t.ex. digitala hjälpmedel, och forskning om själva omställningsprocessen, vilket är det som lyfts fram i betänkandet avseende betydelsen av utbildning och forskning i relation till God och nära vård.

Coronapandemin, har liksom flera rapporter under senare år, belyst vikten av att hälso- och sjukvården, inte minst slutenvården, har kapacitet att ta hand om svårt sjuka patienter vid överbelastning av sjukvårdssystemet och i kris. Det gäller såväl tillgången på vårdplatser som kompetenser inom olika professioner och specialiteter. Sverige har det lägsta antalet vårdplatser per capita i Europa, även om coronapandemin visat på en stor kapacitet till snabb omställning/utökning av t.ex. intensivvårdsplatser. Vi ställer oss dock frågan om detta inte bör problematiseras mer för att inte betänkandet ska framstå som aningslöst när ansatsen är att det ska ske en resursöverföring från slutenvård till nära vård. Få vårdplatser är sedan länge en begränsning för VFU för olika utbildningar däribland läkarprogrammet. Med ökande antal studenter av olika kategorier, kompetensbrist inom nära vård och samtidigt resursöverföringar till nära vård förefaller det tveksamt att VFU helt kan lösas med utredningens förslag. Det relativt låga antalet vårdplatser i slutenvården är också en begränsning



för forskningen när rekrytering av patienter till studier måste göras under tiden som patienter vårdas i slutenvård. Problematikeringen bör således i betänkandet göras tydligare om vilka konsekvenser resursöverföringen från slutenvården kan få för undervisning och forskning. Hur ska dessa problem lösas med minskande resurser?

Omorganisation kostar. Hur ska högkvalitativ forskning och utbildning upprätthållas och utvecklas i en omställningsprocess med resursöverföringar samtidigt som det redan nu finns betydande problem med exempelvis kompetensförsörjning avseende disputerad personal? Det är önskvärt att det tydliggörs i betänkandet.

Ur ett jämlikhetsperspektiv bör alla patienter i landet erbjudas möjlighet att medverka i kliniska studier. Hur ska detta åstadkommas inom primärvård, särskilt i glesbygd?

Kommentarer och ändringsförslag

Kap 3

3.2 2 Begreppet IPL bör i utredningens perspektiv även innefatta samverkan med kommunal hälsovårdspersonal.

3.2.7 Ökade utbildningsinsatser under Läkarprogrammet bör framhållas för att skapa en professionell mognad för mobil vård

3.2.9 Ökade utbildningsinsatser för att skapa en professionell mognad för digitalisering inom vården exempelvis genom träning av konsultationsteknik via realtidsvideo.

Kap 4

Ett hinder för effektiv samverkan mellan regionalt, privat och kommunalt driven primärvård är svårigheter med informationsöverföring till följd av separata journalsystem. En smidigare informationsöverföring bör vara prioriterad.

4.2.3 ” Begreppet hemsjukvård ska ersättas med begreppet 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. Förslaget medför ändringar i bestämmelserna 12 kap. 2 §, 12 kap. 4 §, 14 kap. 1 §, 14 kap. 2 §, 16 kap. 1 § i HSL...”

- Förslaget kan mycket väl vara ett förtydligande som behövs, så länge gränsdragning mot specialiserad öppen vård i hemmet inte är otydlig.

4.3.1. ”... För att tydliggöra kraven på samverkan ska regioners och kommuners särskilda samverkansansvar med varandra vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården förtydligas. Förslaget medför ändrade bestämmelser i 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § i HSL.”

- En sådan bestämmelse som skärper krav på samverkan mellan kommun och region välkomnas under förutsättning att allmänläkare med erfarenhet av kommunens boenden deltar för att överbrygga verksamheternas olikheter. En samverkan för planering och utveckling av vården som inte involverar insatt allmänläkare riskerar att resultera i medicinskt osäker och onödigt kostsam vård.

4.3.2 ” Regioner och kommuner ska för utformningen av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå upprätta en övergripande gemensam plan. Vi föreslår en ny bestämmelse, 16 kap. 5 § i HSL.”

- En konsekvens och fortsättning på 4.3.1 som anger att planen kan omfatta kompetensförsörjning, lokalfrågor och utbudspunkter. Det synes rimligt om det med kompetensförsörjning avses att skapa förståelse för kommunens respektive regionens kompetenskapacitet, och om möjligt skapa förutsättningar för att bidra till varandras fortbildning. Det är inte önskvärt att det uppstår en konkurrenssituation om arbetskraft mellan verksamheterna. Vad gäller utbudspunkter är det viktigt att kommun och region är överens om vad vardera verksamheten kan erbjuda, och det gäller också betalningsansvar, eftersom det kan uppstå oönskade hinder i att ge föreskriven/ ordinerad vård då endera parten känner sig osäker på om det är deras ansvar. Erfarenhetsmässigt är kommunerna, som står för den sammanhållna vården på boenden, mycket kostnadsmedvetna och har ett begränsat utbud och tar inte gärna på sig nya poster. I detta ingår också att avgränsa vad som inte är primärvård, utan åligger slutenvården. Också i denna process ses behovet av att insatt allmänläkare medverkar, med sin erfarenhet av båda verksamheterna och överbryggande medicinsk kunskap och ansvar.



4.5.10 I syfte att stärka forskning och utbildning inom primärvård krävs att läkare och andra professioner med vetenskaplig och pedagogisk kompetens prioriteras vid anställning eller att möjlighet till förenade befattningar finns. Lärosätena kan facilitera detta genom att uppmuntra till förenade befattningar med den kliniska tjänstgöringen förlagd i primärvård (oavsett huvudman).

Kap 5

5.2.2. I samband med att ett patientkontrakt upprättas bör varje patient tillfrågas om intresse att delta i en klinisk forskningsstudie om det skulle bli aktuellt. Syftet är att möjliggöra deltagande i kliniska studier för alla patienter, oavsett bostadsort, och på så sätt skapa en mer jämlik vård över landet, eftersom vi vet att utfallet för patienter som deltar i kliniska studier är bättre än för dem som inte gör det.

Kap 6

6.1.2 Vi föreslår att skyldighet för individen att handleda inom sin profession bör gälla för alla legitimationsyrken inom de verksamheter där utbildning ges, i likhet med vad som gäller för läkare. Fotnot 32 (sid 240) hänvisar för övrigt till fel förordning, skall vara Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) t.o.m. SFS 2019:1118.

6.2.1 Vi ser det som mycket positivt att den nya bestämmelsen 18 kap. 4 § HSL införs för att synliggöra utbildningens betydelse för kompetensförsörjning.

6.3.3 En skarpare formulering avseende det utbildningsansvar som även måste falla på privata vårdgivare saknas. Att VFU inom privat verksamhet ”möjliggörs” och att varje privat vårdgivare ”inte behöver” tillhandahålla VFU-platser är alltför vaga skrivningar.

6.3.4 Vi uttrycker starkt stöd för förslaget att huvudmännens omkostnader för VFU fortsatt ska finansieras genom ersättning via respektive lärosäte och att ersättning per HST inte minskas. Därutöver stödjer UmU förslaget i Utredningen om specialistsjuksköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar (SOU 2018:77) om ett så kallat VULF-avtal (motsvarande ALF-avtalet för läkare) för att stärka den verksamhetsförlagda utbildningen och den vårdvetenskapliga forskningen eftersom dessa är underfinansierade i dagens system. Att omställningskostnaderna inklusive handledarutbildning, lokaler etc finansieras via professionsstatsningen och inte belastar regioner och kommuner är ett bra förslag. Man bör förtydliga behovet av handledarutbildning för läkare. Läkarna finns inte med i de kostnadsuträkningar som gjorts i utredningen.

Kap 7

Det är av yttersta vikt att regioner och kommuner tillser att behovet av VFU-platser i primärvård tillgodoses, och det är mycket bra att detta kommer att inkluderas i HSL. Samma krav bör ställas på alla privat finansierade verksamheter som bedriver vård på uppdrag av kommuner och regioner.

Yttrandet har fastställts av rektor Hans Adolfsson efter föredragning av forskningsamordnare Maria Israelsson Nordström och akademisekreterare Daniel Andersson

Hans Adolfsson
Rektor



Expedieras till

s.remissvar@regeringskansliet.se

s.fs@regeringskansliet.se

Registrator (dennis.jakobsson@umu.se)

Ulf Näslund (ulf.naslund@umu.se)

Olov Rolandsson (olov.rolandsson@umu.se)

Marie Bixo (marie.bixo@umu.se)

Patrik Danielson (patrik.danielson@umu.se)

Maria Israelsson Nordström (maria.nordstrom@umu.se)