

Handläggare:
Eva-Maria Dufva
Intressepolitisk chef

Stockholm 20200828

Till Socialdepartementet
Diarie nr: S2020/02841/FS

Remissvar, SOU 2020:19, God och nära vård

Reumatikerförbundet arbetar för reumatikers rätt till ett bra liv och söker lösningen på reumatismens gåta. Reumatikerförbundet har ca 46 500 medlemmar som ofta är stora konsumenter av sjukvård och egenvård. Hur vården och samhällets trygghetssystem fungerar, vilken kvalitet, säkerhet, tillgänglighet och jämlikhet som råder är viktigt för att uppnå en god och nära vård för våra grupper. I Sverige finns det mer än en miljon människor som har någon form av reumatisk sjukdom och det är sannolikt lågt räknat.

Generella synpunkter

Reumatikerförbundet vill lämna följande synpunkter på betänkandet. Vi har under många år arbetat för en vård som är jämlik, tillgänglig och där individen är medskapare i sin egen vård. Målet är en vård som bygger på ett partnerskap där de professionella lyssnar på patienten och dess närstående och där man ser bortom diagnosen. Vården ska organiseras och utgå från individens förutsättningar och behov. Vi ser mycket positivt på utredningens ambition att skapa incitament för förändringar som kan leda hälso- och sjukvården i den riktningen. Ett salutogent (hälsoorienterat) förhållningsätt, ett interprofessionellt arbetssätt där patienten är en del av teamet, en individuell plan med tydligt mål, patientkontrakt och en fast vårdkontakt är samtliga bra förslag och framgångsfaktorer för att nå dit.

Vi saknar ett skarpt förslag när det gäller att funktionen *medicinskt ansvarig för rehabilitering*, MAR, ska finnas i alla kommuner. Vi drev frågan om detta i valet 2018, då det är en viktig funktion för många med sjukdom i rörelseorganen. I juni kom ett sådant förslag i ett annat betänkande, *Sammanhållen kunskapsstyrning* SOU, 2020:36. Det ser vi som mycket positivt.

En stor utmaning framöver kommer att vara implementering och omställning. Att nya lagar sjösätts innebär inte per automatik att de kommer att fungera i praktiken. Den ”nya Patientlagen” (2015) är ett bra exempel på det. En rapport, *Lag utan genomslag*, från Myndigheten Vårdanalys 2017 visade att man trots alla goda ambitioner inte på något område kunde se att patientens ställning i vården hade stärkts sedan lagen infördes. En av slutsatserna då var att det behövs en tydligare strategi och samordning mellan olika aktörer

i högre utsträckning än vad som gjordes. Det är mycket nytt på gång inom hälso- och sjukvården just nu, inte minst regionernas arbete med de olika programområdena, personcentrerade sammanhållna vårdförlopp och nationella arbetsgrupper inom olika områden. Hur ska det arbetet synkas med individuella planer, patientkontrakt och fast vårdkontakt? Hur ska vårdpersonal och patienter få kännedom om allt nytt som händer?

Vi föreslår att patientorganisationerna ges en tydlig roll i arbetet med att utbilda medlemmarna i den egna organisationen. Vi föreslår också att vissa delar som (t ex fast vårdkontakt, individuell plan, patientkontrakt) ska ingå de patientskolor som vården ofta erbjuder. Även vårdpersonalen måste utbildas för att känna till vad som nu blir patientens rätt. Patientens rätt borde ingå som en del i alla vårdutbildningar.

3 Framgångsfaktorer och hinder för omställning

3.2 Framgångsfaktorer för omställning

Här nämns flera bra exempel på framgångsfaktorer för den kommande omställningen, såsom levande bibliotek och spetspatienter. Ytterligare en framgångsfaktor är att ha med patientorganisationerna i arbetet. Vi kan nå ut till ett stort antal individer runt om i landet via våra distrikt och föreningar. Lika självklart som det varit för Anna Nergårdh och utredningen att ha med patientorganisationerna på tåget i utredningsarbetet med *God och nära vård* ska det vara att tänka in oss i det kommande implementeringsarbetet.

3.2.2 Interprofessionellt lärande och arbetssätt

För att möta en persons sammansatta behov krävs ett interprofessionellt arbetssätt. Även det är enligt vår mening ett steg på vägen mot en personcentrerad vård, att patienternas behov fångas upp så att var och en får den hjälp man behöver. Men vi vill betona att det inte är patienten själv som ska behöva koordinera vården, utan teamet runt patienten. De som ingår i teamet runt patienten måste samverka och dela information med varandra.

3.2.5 Prehospital och mobil vård – en integrerad del i vårdkedjan

Reumatikerförbundet ser det som en naturlig del i utvecklingen av vården, precis som vi vill att digitala verktyg ska vara en del i den löpande verksamhetsutvecklingen.

4 Samverkansstrukturer för hälso- och sjukvården

4.2.3 Begreppet hemsjukvård ersätts i lagstiftning med ”hälso- och sjukvård i hemmet”

Reumatikerförbundet välkomnar förslaget. Det är bra med samma kvalitetskrav, behov av adekvat resurssättning och kompetens som inom sjukvården för att tydliggöra att det är platsen som skiljer, vården är densamma.

4.3.2 En gemensam plan för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå

Vi välkomnar förslaget med en gemensam plan för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå. Det är bra och nödvändigt att samverkan mellan regioner och kommuner stärks när det gäller planering och utveckling av vården. Vi delar utredningens bedömning att en nationell reglering av samverkan behövs för att säkerställa en sammanhållen primärvård i hela landet.

Det kanske är särskilt viktigt nu under covid-19 epidemin när vi ser ett stort ökat behov av vård och rehabilitering. En enkätundersökning som Reumatikerförbundet nyligen gjort visar att många fått både vård och rehabiliteringsbesök inställda av vården, utan att en ny tid bokats. Den nya situationen ställer än större krav på nationell samordning och att regionerna samverkar mer än tidigare. Vi menar att nationell samordning i framtiden kommer att krävas i högre utsträckning än tidigare.

4.4.2 Fler patienter ska ges möjlighet till en individuell plan

Reumatikerförbundet välkomnar förslaget. Det är bra att fler patienter med komplexa behov får möjlighet till en individuell plan. Vi ser det som mycket positivt att förebyggande och rehabiliterande insatser nu föreslås ingå i den individuella planen. På sikt önskar vi att även tandvård ska finnas med, många med sjukdom i rörelseorganen har problem även med sin tandhälsa. I framtiden vill Reumatikerförbundet att tandvård blir en del av den vanliga vården.

4.4.3 Den enskilde ges möjlighet att initiera en individuell plan

Det är bra att den enskilde patienten kan initiera en plan, men vad händer om vården inte delar uppfattningen att en plan behövs? En annan förutsättning för att patienten ska kunna initiera är att man vet om att möjligheten finns. Att lagstifta räcker inte, här kommer att behövas utbildningsinsatser för såväl vårdpersonal som patienter. Som vi nämnt ovan tror vi att patientorganisationerna kan ha en tydlig roll här, att via distrikt och föreningar hjälpa till att utbilda de egna medlemmarna.

4.4.4. En fast vårdkontakt

Redan idag har man rätt att få en fast vårdkontakt, enligt Patientlagen 6 Kap 2§. Men Vårdanalys rapport *Lag utan genomslag* visar att kännedomen om det är dålig, både hos patienter och vårdpersonal. Därför hade vi gärna sett ett förslag till lagstiftning om detta för att förstärka innebörden. Vi har inga invändningar mot att den fasta vårdkontakten ska ansvara för att hålla den individuella planen uppdaterad. Planen kommer att bidra till personcentrerad vård, vilket är bra. En fast vårdkontakt leder också till kontinuitet i vården, något som är efterfrågat av många. Vem som ska vara den fasta vårdkontakten ska avgöras av patienten.

4.4.5 Personcentrat innehåll i den individuella planen

Reumatikerförbundet är mycket positivt till att den individuella planen ska innehålla en tydlig målbeskrivning. Målet ska vara formulerat utifrån den enskildes perspektiv och önskemål. Tanken är att patienten ska få information av vården om att det finns möjlighet att få en individuell plan. Ett förslag är att lägga in ett avsnitt om detta i de patientutbildningar som idag prioriteras högt i flera nationella riktlinjer, förutom den rent diagnosspecifika kunskapen. Även här kan patientorganisationerna ges en tydlig roll för att bidra till att öka kunskapen om nya rättigheter.

4.4.6 Den individuella planen ska även innehålla förebyggande och rehabiliterande insatser

Reumatikerförbundet är mycket positivt till förslaget. Men redan idag ska hälso- och sjukvården enligt HSL arbeta för att förebygga ohälsa. Vårdanalys konstaterar i sin rapport

Förebygga för att överbrygga att endast en tredjedel av landstingen (numera regionerna) ersätter förebyggande arbete som syftar till minskade hälsoklyftor. Så för att kunna stärka hälsa och förebygga ohälsa, delar vi Funktionsrätt Sveriges förslag att en omfördelning av ekonomiska resurser är nödvändig.

5 Patientkontrakt

5.2.1. Varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt

Ett bra förslag, de flesta patienter vill ha information om vad som är planerat och vem man ska kontakta om man funderar över något. Ett patientkontrakt initieras när en patient efterfrågar ett sådant. Det förutsätter att patienten vet att det kan efterfrågas. Däremot kan man fundera över termen "patientkontrakt", ett kontrakt är ett avtal som är juridiskt bindande. Så är ju inte fallet här, kanske "överenskommelse" är ett bättre ord?

Det finns idag ingen juridisk möjlighet för patienten själv att skriva i eller tillföra information i sin patientjournal. Reumatikerförbundet vill att patienten ska ha möjlighet att göra egna anteckningar och lägga in data under hand. Det kan vara långt mellan läkarbesöken och man glömmer fort saker som man vill diskutera vid nästa besök. Förslagsvis kan PROM <http://www.kvalitetsregister.se/drivaregister/patientmedverkan/patientrapporteradematt.1988.html> användas här, eller en ny funktion inom 1177.

Forskning i den nära vården

Att forska i primärvården är enligt vår erfarenhet svårt. De akademiska vårdcentralerna i Stockholm har haft stora utmaningar att få igång forskning. Det pågår enligt vår mening för lite forskning i primärvård och kommuner. Den norska modellen som redovisas verkar bra. Vi tror att det måste ges förutsättningar uppifrån, både finansiella och strukturella, t ex. särskilda forskningsmedel avsedda för primärvård samt kombinationstjänster. Implementering går sannolikt snabbare om forskarna är kliniskt verksamma i miljön de forskar i. Även forskningsfrågorna bör vara mer relevanta om de uppkommer och studeras i en klinisk kontext av dem som möter problemen.

Vidare är det nog svårt för allmänläkare att vara kunniga att tidigt ställa diagnos i sjukdomsförloppet vid reumatiska diagnoser och kunna sätta in rätt läkemedel för att stoppa sjukdomsprogressen. Hur ska kompetensen i primärvården säkerställas för att kunna erbjuda samma högkvalitativa vård som inom specialistvården? Hur kommer kliniska prövningar att genomföras i primärvården? Kliniska prövningar minskar i Sverige vilket nog bidrar till att många patienter får senare tillgång till nya potenta läkemedel.

I övrigt ställer vi oss bakom Funktionsrätt Sveriges remissvar.



Lotta Håkansson
Förbundsordförande
Reumatikerförbundet