



s.remissvar@regeringskansliet.se

## Remiss av SOU 2018:39 God och nära vård - En primärvårdsreform(SOU2018:39)

### Inledning

Umeå universitet har tagit del av *SOU 2018:39 God och nära vård - En primärvårdsreform*. Betänkandet *God och nära vård* är en viktig utredning som innebär en fördjupad analys av förslagen i betänkandet *Effektiv vård (SOU2016:2)* men här med ett fokus på primärvården. Umeå universitet välkomnar betänkandet då primärvården har en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet och att forskning visar att en stärkt primärvård har goda förutsättningar att bidra till en jämlik hälsa i befolkningen.

Umeå universitet ställer sig positivt till betänkandet men önskar bilägga kompletterande synpunkter/åtgärder enligt nedan.

### Sammanfattande synpunkter på delbetänkandets innehåll gällande utbildning

Umeå universitet saknar skrivningar i utredningen om att skapa förutsättningar för en decentraliserad och glesbygdsfokuserad utbildning på grund- och specialistnivå. Umeå universitet anser det vara av största vikt att blivande yrkesutövare inom alla professioner i hälso- och sjukvården får kännedom om glesbygdsbefolkningens sjukvårdsbehov samt förutsättningarna för hälsovården i glesbygd. Denna kunskap är avgörande för att kunna erbjuda en vård på jämlika villkor. Umeå universitet har i detta syfte skapat ett alternativ inom läkarprogrammet där några läkarstuderande får välja att göra stor del av sin senare hälft av utbildningen förlagd till glesbygd, något som kan utgöra ett exempel för andra utbildningar och fakulteter.

Det är väsentligt att, som utredningen skriver, handledaruppdrag, även på grundutbildningsnivå, bör ingå i förfrågningsunderlag för Vårdval. Handledarutbildning och nätverksträffar för handledare bör läggas till i förfrågningsunderlaget för att stödja kvalitetsutvecklingen av den kliniska handledningen.

Klinisk undervisningsmottagning (KUM) nämns i utredningens bilaga angående Interprofessionellt lärande (IPE/IPL) och då på akutmottagning. Umeå universitet har i Umeå KUM på hälsocentral med IPL kontinuerligt för flera studentkategorier och avser utvidga denna modell för undervisning och lärande till fler hälsocentraler. Finansieringsfrågan är central i detta utvecklingsarbete och vi ser gärna en tydligare skrivning i utredningen om vikten av en god finansiering av denna viktiga infrastruktur för grundutbildningen.



## UMEÅ UNIVERSITET

### **Sammanfattande synpunkter på delbetänkandets innehåll gällande forskning**

Umeå universitet instämmer i utredningens slutsats att uppgiften att bedriva forskning behöver lyftas i grunduppdraget för primärvården.

Umeå universitet saknar i utredningen ett avsnitt om de specifika förutsättningar och utmaningar som hälso- och sjukvården i glesbygden står inför. Detta förhållande borde utgöra ett forskningsområde som uppmärksammas i utredningen där forskningen kan bidra till en jämlik vård.

Utredningen bör tydligare skilja på forskning och utvecklingsarbete. Forskning kräver högre akademisk kompetens vilket innebär behov av fler disputerade i primärvården. Forskning är även mer tidskrävande p.g.a. av forskningens höga krav på systematik och noggrannhet.

Umeå universitet vill understryka att ett långsiktigt arbete att bygga upp forskningsmiljöer av hög kvalitet i primärvården krävs. För att kunna göra det krävs både samverkan universitet/landsting och vi föreslår att det skapas riktade strategiska satsningar avseende nationella forskningsmedel för etablering av primärvårdsforskning. Utredningen understryker att primärvårdsforskning utgår från primärvården och att primärvården inte enbart är leverantör av forskningsdata vilket vi instämmer i. Primärvården bör i enlighet med riktlinjerna för Universitetssjukvårdsenheter skapa en infrastruktur som kan kvalitetsgranska och prioritera inkomna förslag på forskningsprojekt.

Den nationella forskarskolan i allmänmedicin som leds från Umeå universitet, har varit mycket framgångsrik i att skapa klinisk forskningskompetens, nationella nätverk och starkt bidragit till att skapa internationella kontakter för doktorander inom primärvården vilket också lyfts fram av utredningen. Umeå universitet anser att det krävs en central satsning från staten på nationella forskarskolan då forskarskolan bör fortsätta då den utgör grunden för en välutbildad och konkurrenskraftig ny generation primärvårdsforskare.

Umeå universitet instämmer också i utredningens slutsats att de regionala noderna för forskning utgörs av universitetssjukvårdsenheterna. Det är viktigt att strukturen för dessa stärks över hela landet. Bildandet av starka och välfungerande universitetssjukvårdsenheter underlättar satsningar på meriteringstjänster för docentur och högre tjänster.

Universitetssjukvårdsenheter vid varje lärosäte bör samarbeta för att stärka forsknings- och karriärmöjligheterna efter disputation med det behöver även skapas en nationell struktur för universitetssjukvårdsenheter som kan underlätta utvecklingen av en god primärvårdsforskning genom att underlätta samordning av forskning och utbildning över landet.

Umeå universitet ser positivt på förslaget att utvidga Patientregistret till att omfatta primärvården, vilket också stöds av Socialstyrelsen. Ett nationellt hälsodataregister är positivt för primärvårdsforskning och därmed också för undervisning i allmänmedicin.

Umeå universitet anser det vara en förutsättning för all forskning att den drivs av forskare utifrån den frågeställning som är relevant för respektive ämne. Vi finner det därför onödigt att det listas vilken typ av forskning som primärvården aktivt ska kunna delta i (s 341 i delbetänkandet).



## UMEÅ UNIVERSITET

### **Om personcentrering**

Ordet personcentrering används i utredningen 30 gånger. Trots den frekventa användningen av ordet, som visar på goda intentioner, så framkommer det ingen tydlig definition eller något som visar på hur personcentrerad vård kan utformas. Den enda fördjupningen är en hänvisning till SKL:s rapport om "Flippen" i primärvården. Umeå universitet ifrågasätter kopplingen till "Flippen" då den presenterar en gruppindelning utifrån undersökningen "Beteenden och behov hos personer i kontakt med vården" vilken står i motsatsförhållande till personcentrerad vård.

I utredningen beskrivs även ett pågående Vinnovaprojekt där benämningen spetspatient utvecklats. Umeå universitet tycker att benämningen spetspatient är olycklig. Begreppet kan ge intryck av en elitistisk syn och är inte förenat med god omvårdnad eller en personcentrerad vård varför Umeå universitet föreslår att dessa formuleringar tas bort i utredningen.

### **E-hälsa och digitalisering**

Utredningen framhåller behov av en utveckling av både kompetens om eHälsa och digitala verktyg. Det som dock är bristfälligt utvecklat i utredningen är positiva konsekvenser för brukare/patienter i form av ökat bemyndigande för patient via ökad autonomi och delaktighet samt stöd för egenvård. Utredningen förbiser också behov av stöd för patienter att använda eHälsoverktyg t.ex. beskrivs det inte något om de grupper som kan ha svårt att följa den digitala utvecklingen – t.ex. vissa äldre, personer med lägre kognitiv förmåga, personer med språksvårigheter – och hur dessa grupper även i fortsättningen ska få tillgång till god och nära vård. Detta bör utvecklas i utredningen.

### **Interprofessionellt lärande och teamarbete**

Texterna om detta är i utredningen synnerligen relevanta och viktiga för framtiden då vi i ökad utsträckning kommer att behöva en vidgad syn på vad som är respektive professions ansvarsområde. Texterna skulle dock i större utsträckning kunna utgå från patientens perspektiv. Patienten är kärnan i teamarbetet och flera exempel som ges är relevanta och skulle kunna implementeras i högre grad. Vi delar utredningens synpunkter på att interprofessionellt lärande med fördel startas systematiskt redan under grundutbildningarna. Dock torde interprofessionellt lärande under utbildningen vara enklare att genomföra vid medicinska fakulteter där utbildning till såväl läkare, sjuksköterska, specialistsjuksköterska som andra vårdutbildningar kan samordnas. Hur sådant samarbete skall kunna utvecklas vid centrumbildningar och institutioner/högskoleutbildningar där sjuksköterskeutbildning men inte läkarutbildning ges skulle utredningen kunna reflektera bättre kring.

### **Personalbrist och framtidens behov av s.k. task-shifting**

Framtidens befolkningsutveckling med fler invånare samt äldre med multisjukdom innebär utmaningar. Detta faktum och det faktum att antalet utbildade inte kommer att räcka till innebär att vården måste omstruktureras. Att fler allmänläkare måste utbildas berörs likaså att fler specialistsjuksköterskor och sjuksköterskor behövs samt att undersköterskor måste anställas i primärvården berörs i utredningen. Dock berörs inte behovet av och konsekvenser av s.k. task-shifting, dvs. att specialistsjuksköterskor/distriktssköterskor i praktiken får utföra mer avancerade uppgifter som traditionellt hört till läkares uppgifter, samt att sjuksköterskor och undersköterskor också får mer avancerade uppgifter. Allmänläkarna bör också, genom avlastning från omvårdnads- och administrativ personal, ges mera tid för renodlat patientarbete så att deras kompetens används på ett resursmässigt optimalt sätt. Utredningen borde reflektera mer kring dessa utmaningar utöver att fokusera på behov av mer personal i primärvården. En ytterligare aspekt är att fler uppgifter flyttas till primärvården utan att tillgodose resurser och kompetensbehov vilket



## UMEÅ UNIVERSITET

för patienten innebär att de inte får rätt hjälp då kompetens på vårdcentralen saknas. Ett allt större behov av kompetensen inom cancerområdet i primärvården både utifrån primär- och sekundär prevention men också rehabilitering finns. Behov av utökning av kompetens inom detta område i primärvården i form av personer som specialistsjuksköterskor och läkare mm med spetskompetens för cancer (inkl. prevention och behandling) måste lyftas fram särskilt med tanke på att vi är bättre på att behandla cancer, har alltmer kortare vårdtider och att symptom och komplikationer efter cancerbehandlingar kan visa sig långt senare efter behandlingen. Behov av denna kompetens är avgörande för att öka kvalitet och bättre omhändertagande av dessa patienter.

### **Negativa provsvar**

Utredningen utgår från att negativa provsvar kan definieras – vilket är en missuppfattning. Utredningen skriver också att det generellt inte finns skäl att t.ex. signera uppgifter om negativa provsvar.

Utredningen utgår alltså från en uppfattning om att man kan definiera ”negativa provsvar” med vilket också menas ”normala” provsvar. Utredningen har dock inte definierat ”negativa eller normala provsvar. Det finns ingen entydig definition på ett negativt provsvar. Hela resonemanget faller på att vare sig utredningen eller någon annan kan definiera negativa eller normala provsvar för en enskild patient.

För provsvar från exempelvis ett klinisk kemiskt laboratorium finns det referensintervall för i princip alla analyser. Detta referensintervall är dock inget normalområde på något sätt. Det är ett statistiskt utfall från en frisk population där 5 % av de friska definitionsmässigt har ett värde utanför referensintervallet.

Vad som gäller att inse är att även värden inom referensintervallet kan innebära att patienten är sjuk. Ett exempel är den mycket vanligt sjukdomen hypothyreos (underfunktion i sköldkörteln) där man vara sjuk inom referensintervallet (om sköldkörtelhormonet är i nedre delen av referensintervallet och det hormon som ska stimulera sköldkörtelhormonet är den övre delen av referensintervallet). Det finns många andra laboratorieresultat där detta kan inträffa.

Nästa nivå är att för att bedöma om ett värde är patologiskt eller inte. Huruvida ett provsvar (inom eller utanför referensintervallet) har signifikans för bedömningen av patienten beror på olika patientfaktorer, där exempelvis sjukdom/sjukdomar, medicinering, livsstilsfaktorer, kön mm måste vägas in i det enskilda fallet. Här inser man återigen att negativa provsvar inte går att definiera.

En ytterligare aspekt är det för många analyser finns beslutsgränser. Dessa beslutsgränser kan ligga inom referensintervallet. Ett viktigt exempel är kolesterol, där referensintervallet inte är beslutsgräns för behandling av blodfetter vid hjärt-kärlsjukdom. Här är beslutsgränsen dessutom inte lika för alla utan andra faktorer väger in för vilken beslutsgräns som ska tillämpas.



# UMEÅ UNIVERSITET

Yttrandet, som har beretts av Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Institutionen för omvårdnad samt Institutionen för medicinsk biovetenskap, har beslutats av undertecknad dekan, professor Patrik Danielson efter föredragning av områdeschef Anna Gåfvells Karlsson.

Patrik Danielson

Anna Gåfvells Karlsson

Expedieras till:

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

Olov Rolandsson

Ulf Näslund

Britt-Marie Lindgren

Åsa Hörnsten

Anna-Lena Wennberg

Senada Hajdarevic

Magnus Hultdin

Anna Gåfvells Karlsson

Patrik Danielson

Registrator