



Socialdepartementet

2020-08-30

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

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

[louise.a.andersson@regeringskansliet.se](mailto:louise.a.andersson@regeringskansliet.se)

Socialdepartementet Dnr S2020/02841/FS

## Remissvar: God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)

Distriktssköterskeförbundet delar utredningens målbild för en god och nära vård men saknar skarpa förslag på hur omställningen ska genomföras. Vi efterlyser en tydlig plan med reella resurser för en omställning där vår kompetens tas tillvara inom alla distriktssköterskans arbetsplatser.

Distriktssköterskan har kompetens inom fyra vetenskapliga områden: omvårdnad, medicinsk vetenskap, folkhälsovetenskap samt vårdpedagogik. Distriktssköterskan har en central roll i omställningsarbetet till nära vård. Hen är den som har kunskap om det preventiva arbetssättet.

- Primär prevention - Bibehålla hälsa och förebygga ohälsa
- Sekundär prevention - Tidiga insatser för att motverka tecken på sjukdom
- Tertiär prevention - Riktade insatser, minska komplikationer till sjukdom

Genom att arbeta inom ett geografiskt definierat område får distriktssköterskan kunskap om befolkningens behov och lokalsamhällets resurser. Det möjliggör tidig upptäckt av ohälsa bland befolkningen och distriktssköterskan kan tidigt förebygga ohälsa genom hälsofrämjande insatser. Vi föreslår ett lokalt avgränsat ansvar. Distriktssköterskans profession stärks i sin grund av Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf där det tydligt framgår att vi ska arbeta för att förebygga ohälsa. Utrymmet i vårt befintliga hälso- och sjukvårdssystem saknar i dag stora delar av att ge förutsättningar att arbeta hälsofrämjande och att förebygga ohälsa, men är fortfarande en grundpelare i distriktssköterskans uppdrag. Vi är helt eniga med utredningen att vi måste förändra vårt fokus för att möta behoven i framtidens hälsoutmaningar och vårdbehovet hos befolkningen. Vi behöver då få konkreta och tydliga förutsättningar för den förändringen genom hela vårdkedjan. Vi behöver skarpa förslag för att omställningen ska ges förutsättning att genomföras.

### Kommunal hälso- och sjukvård är inte någon annan slags hälso- och sjukvård

Vi önskar krafttag för att detta verkligen ska vara den verklighet vi lever i. Allt sedan Ädelreformen så har styrande i samtliga politiska partier visat med all tänkbar tydlighet att så inte är fallet. Kommunal hälso- och sjukvård har betraktats som andra klassens hälso- och sjukvård. Det ifrågasätts till och

med om det verkligen är nödvändigt med sjukvård inom särskilt boende då många styrande chefer inom kommunal hälso- och sjukvård fokuserar på det sociala (då dessa många gånger saknar hälso- och sjukvårdsutbildning) och således inte förstått att individen är en helhet bestående av fler dimensioner än enbart det sociala. Man har aktivt byggt bort sjuksköterskor från våra äldreboenden vilket inte minst visat sig i föreliggande pandemi av covid-19. Sjukskötersketätheten och därmed patientsäkerheten är bantad till ett minimum. Jämförelser har gjorts med Norge där man har 4 gånger så mycket sjuksköterskor per patient på sina Särskilda boenden. Inom dagens hemsjukvård finns de mest sjuka äldre. Här behövs distriktssköterskans medicinska kompetens och förmåga att arbeta med helhet, avancerade vårdbehov utifrån komplexa diagnoser och multisjuklighet.

### **Samverkan för en personcentrerad vård**

Lagstadgade krav finns, såsom t.ex. fast vårdkontakt, men efterföljs i varierande utsträckning. Vi saknar system som säkerställer att det efterföljs. Vi saknar skarpa förslag för att säkerställa att vården blir personcentrerad. Med fler vårdkontakter ställs större krav på samverkan. Vi möter dagligen patienter som kommit i kläm när vårdens aktörer inte lyckas samverka och saknar förmåga att se helheten. Vem följer upp detta? Vem ser till att det efterlevs och vart vänder sig patienten om denne inte upplever att vården är just personcentrerad? Kommer de regioner och kommuner som inte lyckas med detta att föreläggas med vite? Kravet på samverkan mellan huvudmän behöver vara lagstadgat oavsett om vården bedrivs i kommunal, regional, statlig eller privat regi. Distriktssköterskeföreningen efterfrågar nya arbetssätt där kommunens och regionens distriktssköterskor kan ha ett närmare och tätare samarbete med möjlighet till bättre kommunikationskanaler. Hur säkerställs det att vården blir personcentrerad?

### **Forskning och utbildning**

Det behövs omvårdnadsforskning i primärvården oavsett huvudman. Nya arbetssätt, metodutveckling och implementering behöver undersökas. För en jämlik vård krävs aktuell och relevant kunskap. Studenter behöver rustas bättre i att möta utmaningarna i dagens komplexa hälso- och sjukvård. Innehållet i programmen på lärosätena behöver vara likvärdiga över hela landet, då det inte ska vara någon skillnad i innehållet i utbildningen till distriktssköterska beroende på vid vilket lärosäte personen har studerat (3.2.8).

### **Ledarskap**

Dagens hemsjukvård är komplex och oöverskådlig och det är därför svårt att finna ett helhetsperspektiv. Vi ser behovet av en tydlig ledning och styrning som genomsyrar hela organisationen. Behovet av en omställning är nödvändig såväl ur ett samhällsekonomiskt perspektiv som för social hållbarhet. Strategi och styrdokument måste förankras hela vägen ut i verksamheten. Medarbetare behöver kännedom om vad som sker i omställningen, varför det sker och hur det berör. Ett stort bekymmer är att tro att det enbart berör primärvården men det kommer att involvera medarbetare på olika sätt, allt ifrån den mest specialiserade vårdenheten på sjukhuset till primärvårdens alla delar. Att få med medarbetarna är avgörande vilket är en riskfaktor då detta riskerar att hanteras på makronivå. (3.3.2; 3.3.5)

### **Digitalisering**

Genom utveckling av digitaliseringen kan besöken på olika vårdinstanser minskas och skapa trygghet för patienten. En klok genomarbetad digitalisering främjar såväl patientgrupper som medarbetare. Främjar för patienten genom att öka tillgängligheten digitalt och öppna upp för den som behöver utrymme med fysiska besök. Det underlättar för medarbetare genom att t.ex. avlasta journalsystem som blir kompatibla och telefoni som inte längre har samma utrymme. Det skapar förutsättningar för

vårdmöten och undviker resande som därmed främjar vår miljö. Tekniken får inte bromsa möjligheten till personlig kontakt där behovet finns. Möjligheten att dela information ska vara till gagn för både patient och profession och en ändring i lagrummen är nödvändig. Patienten förväntar sig att professionen är påläst i hens sjukdomsbild och professionen får inte läsa utan patientens samtycke. (3.2.9; 3.3.10).

### **Regelverk**

Regelverk och arbetsätt behöver vara inkluderande på alla nivåer. För att inte utestänga särskilda grupper bland annat de mest sjuka äldre behöver beaktas så att de inte utestängs i nya utformningar av vården (3.3.10).

### **Förslag till nya lydelse av HSL 2017:30**

Förtydligandet i den nya lydelsen kring att lokaler, utrustning etc ska vara ändamålsenligt är positivt eftersom detta ofta glöms bort vid nybyggnation etc. (HSL 2017:30 5 kap §2).

### **Lagrum och individuell planering**

Namnbytet från hemsjukvård till hälso- och sjukvård i hemmet ger en tydlig markering att hemmet är en plats där hälso- och sjukvård till stor del bedrivs. Kravet på en hälso- och sjukvård som hänger ihop även på utförarnivå är central för att vårdens alla delar ska fungera. Det innebär att man skapar bättre förutsättningar för ett gemensamt agerande gentemot patienter med komplexa vårdbehov där ofta flera huvudmän är involverade i vården (4.3.2). Det är av stor vikt att utforma tydlighet i lagrum och ansvar så att detta skapar en helhet för patienten. Den djungel av olika planer som finns underlättar inte utan tynger arbetssättet och riskerar därmed att skapa tolkningsfrihet som i sin tur ger en ojämlik vård och med ett negativt utfall för de med komplexa behov och flera vårdgivare. Alla patienter som behöver vård från mer än en huvudman eller olika verksamheter ska ha rätt till att få hjälp med att upprätta en individuell samordningsplan. Detta ska speciellt gälla de patienterna med komplexa behov med hjälp från flera verksamheter och huvudmän. Det är även bra att begäran om upprättandet av en individuell plan kommer från patienten och inte som idag från verksamheterna. Vi tror även att ha en sammanhållen journalföring är en förutsättning för att en individuell vårdplan ska kunna upprättas på ett optimalt sätt. Vi tror även att patientsäkerheten stärks om vi arbetar utifrån individuella planer med möjlighet att kunna läsa vad den andre vårdgivaren gör (4.4.2; 4.4.3).

### **Fast vårdkontakt**

Distriktssköterskan har en nyckelfunktion i att hålla ihop vården då hen oftast är den fasta vårdkontakten som ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (Kap 5).

### **Folkhälsa och förebyggande insatser**

Sedan 1983 finns lagreglerat uppdrag att arbeta förebyggande och förebygga ohälsa hos befolkningen. Något som ofta valts bort eller omprioriterats. Flera försök om förebyggande insatser har gjorts men inte förrän nu fått konkret bifall. Det förebyggande arbetet är en central del, att hålla befolkningen frisk är en samhällsvinst. Distriktssköterskan behöver ett tydligt uppdrag eftersom vi är specialistsjuksköterskor med ansvar för förebyggande insatser. Att man lyfter folkhälsan som en viktig del i utredningen är nödvändigt både på individnivå med förebyggande och hälsofrämjande insatser i den individuella planen men även ur ett samhällsekonomiskt perspektiv där t.ex. sundare levnadsvanor kan förebygga 80% av hjärt- och kärlsjukdomar, 30% av cancersjukdomar där båda

dessa grupper är kostsamma sjukdomar. Här ser vi att distriktssköterskan kan göra skillnad om hens kompetens tas till vara. (4.4.6)

### **Kompetensförsörjning**

Kompetensförsörjningen kommer att vara central för att klara omställningen till en Nära Vård. Att ansvaret läggs på alla huvudmän och att det tydligt framgår att huvudmännen ansvarar för att det finns rätt kompetens i dennes verksamhet. Önskvärt vore att det fanns en nationell styrning om vilken kompetens som ska finnas i verksamheten så att alla professioner finns. I dag kan en distriktsskötersketjänst annonseras med /sjuksköterska, vi anser då att kvaliteten på vården försämras. Eftersom utredningen vid ett flertal tillfällen lyfter fram vikten av folkhälsa och ett förebyggande arbetssätt och distriktssköterskans kunskapsområde innefattar hela detta område ser vi att professionen måste få en central roll i omställningsarbetet (6.2.1)

### **Ledning och styrning**

Vi saknar skarpa lagförslag och man tenderar att vara alltför försiktig. När systemen inte tjänar människors hälsa på bästa sätt så är det människan vi ska värna om, inte systemen. Lagstiftaren får inte vara så rädd att trampa in på politiska frågor såsom valfrihet och det kommunala självstyret att lagförslagen blir uddlösa. Givetvis ska hänsyn tas till lokala och regionala skillnader, men en nationell styrning eller samordningsfunktion av hälso- och sjukvården är nödvändig för en jämlik vård och hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Inte minst för att kunna klara av kommande kriser och pandemier av den dignitet och karaktär vi sett nu under 2020, där förmågan att samordna Sveriges hälso- och sjukvård varit undermålig och i förlängningen drabbat de sköraste i samhället. Socialstyrelsens uppdrag att ta fram enhetliga begrepp, termer, klassifikationer och ändamålsenlig informationsstruktur är positivt. Bra att det förtydligas att det är hälso- och sjukvård i hemmet som avses i lagändringarnas nya ordalydelse. Hur detta ska tydliggöras och kravställas uti verksamhet behöver dock säkerställas. (8.1.1; 8.2.2).

### **Att skapa förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet**

Distriktssköterskeföreningen ser det som givet att primärvården ska utgöra basen för hälso- och sjukvården i Sverige. Vi ser omställningen som en långsiktig process där uppföljning sker kontinuerligt.

En successiv resursöverföring av kompetens för verksamhet, utbildning, forskning och ekonomiska resurser är nödvändig. Vi uppskattar att den kommunala hälso- och sjukvården lyfts som jämlik primärvård och blir synlig då den i dag är ca 25 % av den totala primärvården. Vi tror även att omställningen kommer ge en mer hållbar hälso- och sjukvård samt en mer jämlik vård för alla i Sverige.

Vikten av att prioritera den förebyggande vården för att vårdens resurser ska räcka till i framtiden kan inte nog understrykas. Vi ser att just distriktssköterskans kunskapsområde är till stor nytta i denna omställning då vår specialistkompetens inom omvårdnad och förebyggande arbete skulle komma till sin rätt om vi fick mandatet att nyttja den kompetens vi har vilket också är kostnadseffektivt ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

De mest sjuka äldre som idag vårdas i de särskilda boende har länge lidit brist på specialistkompetenta sjuksköterskor. Inte minst under Covid-19 pandemin har det blivit mycket tydligt. Det är en självklarhet att i den nya vårdreformen oavsett boendeform och huvudman ska patienter tillförsäkras specialistutbildad sjuksköterskekompetens. Distriktssköterskans kompetens medför att vi självständigt kan göra bedömningar och behandla vissa åkommor inom en rad områden. Den bredden saknas hos andra professioner. Distriktssköterskans förskrivningsrätt behöver användas fullt ut och utökas för att vården ska vara resurseffektiv (9).

## Slutsatser

Utredningen är mycket försiktig i sina uttalanden om svårigheten att styra med så många intressenter som kommuner och regioner utgör. Det kommunala självstyret har försvårat samordningen och organiseringen av hälso- och sjukvården i kommunen, något som inte minst påvisats under Covid-19. Att inte ta tillvara den kompetens som vi som distriktssköterskor kan tillhandahålla är djupt beklagligt. Det hade med största sannolikhet gett oss ett helt annat utfall speciellt för våra mest sjuka äldre. Vi har i samtliga våra svar påtalat det förebyggande och hälsofrämjande arbetet den helhetssyn och det självständiga arbete som är distriktssköterskans. Möjligheten att arbeta socialmedicinskt med avgränsat ansvar för lokalbefolkningen ger oss en unik möjlighet, bara vi får mandatet. Den ojämlika vården ser vi dagligen, det är alltså inte en risk att vården inte är jämlik, det är en realitet. Vi ser fram emot ett lagförslag som inte lämnar lika stort utrymme för fri tolkning som det råder i dagsläget. Förutsättningen för detta är tydliga uppdrag, tydliga ledarskap där medarbetarna inkluderas i utformandet. Omställning till nära vård ska förankras i hela organisationen och vi delar utredningens oro för att omställningens styrdokument endast förankras på ledningsnivå vilket försvårar hela omställningsarbetet.

### Distriktssköterskeföreningens krav i omställningen för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem:

1. Distriktssköterskan behöver ett lagstadgat mandat att bedriva förebyggande och hälsofrämjande arbete genom ett tydligt uppdrag. Arbetet måste vara prioriterat och personcentrerat sett till den demografiska utveckling vi står inför.
2. Ett lokalt avgränsat uppdrag där distriktssköterskans kunskap om området samt att hen är känd i området skapar trygghet för individ och befolkning. Uppdraget möjliggör bland annat tidig upptäckt av ohälsa bland befolkningen, möjlighet att sätta in förebyggande insatser. Det medför ekonomiska och samhällsliga vinster.
3. Nationell reglering av hur många specialistutbildade distriktssköterskor som ska finnas på en arbetsplats för att man ska få bedriva verksamhet på primärvårdsnivå oavsett huvudman.
4. Tillvaratagande av förskrivningsrätten där vi ser det som självklart att den utökas så att hela distriktssköterskans kompetens nyttjas.
5. Specialistsjuksköterskeutbildningen till distriktssköterska ska kvalitetssäkras och inte på något sätt varken förkortas eller på annat sätt förvanskas så som i utredningen framtidens specialistsjuksköterska - ny roll nya möjligheter (SOU 2018:77)
6. Egenvård ska införas som ett ämne i skolan redan från förskolan och hela vägen igenom utbildningen.
7. Huvudmannaskapen behöver en nationell reglering för att åstadkomma jämlikhet mellan kommuner och regioner. Här ska forskning, utveckling, kompetensförsörjning, utbildning och handledarskap ges samma utrymme.
8. Ledarskap för hälso- och sjukvård ska innehas av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

### Styrelsen Distriktssköterskeföreningen Sverige

Maria Öst-Backa - ordförande  
Veronica Almstedt - vice ordförande  
Margaretha Elovsson - ledamot  
Annja Göransson - kassör  
Anna Kullshage - sekreterare  
Kristina Malmsten - ledamot  
Anna Asplund - ledamot  
Nina Blomgren - ledamot  
Ann Karlsson - ledamot