



## Beslut

1 (1)

Datum  
2018-11-13

Vår beteckning  
GD-beslut nr 67/2018  
Dnr SBU 2018/376

Er beteckning  
S2018/03436/FS

Till  
Socialdepartementet

Beslutande                Susanna Axelsson, generaldirektör  
Föredragande            Jan Liliemark, avdelningschef  
Samrådande              Sigurd Vitols, medicinsk sakkunnig

### Remissvar för God och nära vård - en primärvårdsreform (SOU 2018:39)

#### Bakgrund

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har getts möjlighet lämna synpunkter på betänkandet God och nära vård - en primärvårdsreform.

#### Beslut

SBU lämnar synpunkter enligt bilagt remissvar.

Stockholm den 13 november 2018

Susanna Axelsson  
*Generaldirektör*

Jan Liliemark  
*Avdelningschef*



## Remissvar

1 (3)

Datum  
2018-11-13

Vår beteckning  
SBU 2018/376

Er beteckning  
S2018/03436/FS

Regeringskansliet  
Socialdepartementet

### Remissvar

#### God och nära vård - en primärvårdsreform (SOU 2018:39)

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har getts möjlighet lämna synpunkter på betänkandet God och nära vård - en primärvårdsreform.

SBU kan konstatera att utredningen tar upp och utvecklar flera av de frågor som SBU efterlyste i det tidigare remissvaret. I tillägg till de synpunkter SBU önskar framföra när det gäller det aktuella betänkandet hänvisar vi till de synpunkter som lämnades i remissvar på föregående delbetänkande.

Utredningen beskriver den demografiska utvecklingen på lång sikt vilket är en viktig aspekt såväl ur försörjnings- som behovsaspekt. Det finns dock ett par faktorer i detta sammanhang som skulle behöva belysas ytterligare för att ge hela bilden och därmed förutsättningarna för att genomföra den färdplan och de förändringar som utredningen föreslår. En sådan faktor är den del av den demografiska utvecklingen som inte hänger samman med en ökad medellivslängd utan med den stora 40-talistgeneration som kommer att öka andelen äldre (>80 år) mellan 2020–2040, samma tidsperiod som utredningen föreslår att man genomför skiftet i svensk hälso- och sjukvård. Andra faktorer är den medicinska utveckling som till dags dato inneburit nya möjligheter att behandla tidigare ej behandlingsbara tillstånd, samt att behandla patienter i betydligt högre åldrar än vad som tidigare var möjligt. Det är rimligt att anta att denna utveckling kommer att fortsätta. Dessa faktorer kommer att öka behoven av sjukvård på medellång sikt. Utredningen behöver därför förtydliga i vilken mån den nära vården kan möta dessa behov och i vilken mån behoven endast kommer att kunna tillgodoses inom ramen för avancerad specialist- och slutenvård.

Utredningen hänvisar på många ställen till de av riksdagen fastslagna principerna för prioritering i hälso- och sjukvården. I konsekvenskapiteln i utredningen saknas en etisk analys utgående bl.a. från tänkbara prioriteringskonsekvenser av utredningens förslag. T.ex. skulle man kunna beskriva hur satsningar på att erbjuda **mycket god** tillgänglighet i primärvården (9.2.3) förhåller sig till behovs- och solidaritetsprincipens krav på att prioritera de svårast sjuka med de största behoven. Man skulle behöva belysa alternativkostnaden för de olika förslagen i ljuset av den resursöverföring från specialist- och slutenvård till primärvård som är utgångspunkten för utredningen. Att prioritera innebär ju inte bara att satsa utan också att prioritera ner med beaktande av vilka konsekvenser det skulle kunna få för andra patientgrupper. När utredningen formulerar egna prioriteringsprinciper bör man förklara hur dessa harmoniserar med de

principer riksdagen slagit fast. Det är annars svårt att se varför prioritering av de största diagnosgrupperna (framför mindre grupper) (9.4.2) bör ske.

### **Kompetensförsörjning (10.3)**

Utredningen gör en noggrann redovisning av behoven av allmänläkare och ger förslag på utökning av specialistutbildningen. Man skulle också kunna inkludera förslag om hur man kan utbilda läkare med utländsk läkarexamen och möjligheten att ge kortare "omskolningsutbildning" av andra specialister. Viktigt är också att analysera varför dagens allmänläkare inte stannar kvar i primärvården, varför de väljer att arbeta deltid eller sluta i förtid. Om man inte åtgärdar orsakerna till detta kommer inte en utökning av antalet utbildningsplatser att lösa hela problemet.

Utredningen påpekar att patienter med psykisk ohälsa utgör en ökande andel i primärvården. De utgör redan idag minst en fjärdedel av alla besök. Utredningen nämner på flera ställen behoven av samverkan mellan olika vårdkompetenser, däribland med psykologer. Psykologer med rätt utbildning skulle kunna hantera en stor del av de patienter som söker primärvården p.g.a. psykisk ohälsa, men dessa utgör också en bristspecialitet idag. Därför är det viktigt att utredningen också analyserar behoven och ger konkreta förslag på hur tillgången till psykologer med rätt kompetens kan öka för att möta dagens och framtidens behov.

### **Fast läkarkontakt (10.2)**

Utredningens förslag om fast läkarkontakt är vällovliga. Detta är ju dock inte någon ny tanke utan var bärande redan vid husläkarlagens tillkomst 1993. För att åstadkomma en bättre patient-behandlarkontinuitet borde utredningen bättre kartlägga vilka faktorer som hittills har motverkat en förbättring av kontinuitet. Förslaget att öka antalet ST-läkare är vällovligt, men kan på kort och medellång sikt snarare komma att försämra kontinuiteten, speciellt om man avser att låta ST-läkare utgöra den fasta kontakten för många patienter. Även färdiga specialister behöver frigöras för utbildning och handledning av ST-läkare vilket minskar deras möjlighet att erbjuda kontinuitet som fast läkarkontakt.

### **Kunskapsstyrningen (9.4.2)**

Utredningen betonar att man ska säkerställa primärvårdens medverkan i relevanta delar av kunskapsstyrningsorganisationen. SBU kan i detta sammanhang bidra med viktiga kunskapsunderlag för stora diagnosgrupper. Att primärvården föreslås rapportera till kvalitetsregister är bra och kan användas för viktiga praxisstudier.

#### **Forskning i primärvården (9.4.4)**

Primärvården ska enligt utredningen i en nära framtid på ett tydligare sätt bli "sjukvårdens nav". Utredningen betonar därför att landsting/regioner och kommuner bör förtydliga/utveckla primärvårdens del i FoUU. Här kunde utredningen ge en mer detaljerad plan på hur forskningen kunde utvecklas och stimuleras. Förslaget att primärvårdsdata skall tillföras SoS patientregister är bra och torde stimulera forskning baserad på primärvårdsdata.

#### **Ekonomiska konsekvenser (9.5.1)**

I den ekonomiska konsekvensanalysen framhålls att preventiva insatser kan minska samhällets kostnader. Många preventiva metoder är otvetydigt kostnadseffektiva, vilket betyder att de genererar mycket hälsa (livskvalitetsjusterade levnadsår) i relation till använda resurser. Detta innebär dock inte nödvändigtvis att samhällets kostnader för hälso- och sjukvård eller andra samhällskostnader minskar. Det finns alltså inte ett val mellan preventiva insatser och insatser "sent i sjukdomsförloppet" utan den preventiva insatsen kommer istället som ett tillägg till senare insatser som trots allt är oundvikliga. Utredningen bör därför ta fram fullständiga underlag som inte bara visar vilka preventiva åtgärder som är kostnadseffektiva utan också vilka kostnadseffekter i stort dessa får.

---

Beslut i detta ärende har fattats 2018-11-13 av generaldirektör Susanna Axelsson. Avdelningschef Jan Liliemark har varit föredragande och Sigurd Vitols samrådande.