

Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram (SOU 2022:22)

Sammanfattning

SKR ser positivt på en långsiktig strategisk satsning mot en tillgänglighet till vård som också håller över tid, anpassad till de framsteg hälso- och sjukvården gör, både genom verksamhetsutveckling och nya arbetssätt, men också användandet av nya tekniker och behandlingsutveckling. Frågan är om bättre tillgänglighet kan framvingas genom utökad lagstiftning och uppföljning eller om det är andra insatser som krävs?

SKR ser positivt på att vårdgarantin och dess mätpunkter utvecklas och förtydligas. Men det finns det många frågetecken kring de olika förändringarna som föreslås och dess konsekvenser. Vidare saknas analys och resonemang kring vilka risker en förstärkt vårdgaranti kan medföra vad gäller medicinska prioriteringar. Kommer fel patientgrupper att ges tillgång till vården, och leder vårdgarantin till rätt medicinska prioriteringar? SKR anser att vårdgarantin blir alltmer komplex att följa och förstå med många tidsintervall som yttre gräns utan koppling till behov.

Under senare år har det varit många förändringar avseende vårdgarantin i primärvården utan att uppföljningar gjorts avseende patientnytta eller tillgången till vård. Därför anser SKR att det borde göras innan nya förändringar träder i kraft. Begrepp måste tydliggöras annars riskerar uppföljningen att återkoppla information som inte är fullt ut är jämförbar. SKR föreslår därför att man börjar med införandet av utökad vårdgaranti i specialiserad vård och avvaktar med att införa förändringar inom primärvård. Att implementera förändringar i såväl primärvård som specialiserad vård innebär ett omfattande modellerings- och definitionsarbete som kommer att påverka regionerna resursmässigt, men framförallt handlar det också om verksamhetsförändringar.

Primärvårdens vårdgarantier i helhet skulle behöva ses över. SKR anser att tre dagar till medicinsk bedömning bör stå kvar ur ett patientperspektiv och inte ändras till 7 dagar då det är patientens behov som ska styra och inte i första hand verksamhetens.

SKR ser det som en självklarhet att patienten är delaktig genom att vara informerad och insatt i planeringen för sin vård. Att veta vad och när saker planeras ske är en del av detta. SKR instämmer i utredningens bedömning om vikten av att i god tid hänvisa patienter som inte kan få vård inom vårdgarantins gräns. SKR instämmer i utredningens förslag och har samma uppfattning att de flesta patienter båda kan och vill ta mer ansvar för sin hälsa, om rätt stöd ges. Här har det pågående arbetet med

patientkontrakt en central roll. Regionerna har stort intresse för att utveckla en vy för sammanhållen planering på 1177 och SKR vill betona utredningens bedömning om behovet av finansiellt stöd från staten för att realisera detta.

SKR anser som utredningen att den förstärkta vårdgarantin inte ska lagstadgas för vård av barn och unga, då det är viktigt att beakta riktlinjerna i prioriteringsplattformen. Den med störst behov ska prioriteras, vilket innebär att efterfrågan i sig aldrig får bli avgörande. Men det är viktigt att understryka att den nationella målsättningen 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP ska kvarstå oavsett vårdgaranti. SKR är positiva till att en nationell strategi för barn och ungas psykiska hälsa tas fram. Den nationella strategin behöver innefatta såväl främjande, förebyggande, utredande och behandlande insatser för att alla samhällets delar görs aktiva och delaktiga.

Enligt direktivet ska utredningen föreslå ändamålsenliga och kostnadseffektiva insatser för hur regeringen och statliga myndigheter kan fortsätta stödja utvecklingen av den nära vården. SKR vill peka på behovet av att staten fortsätter att stödja regioners och kommuners omställningsarbete ekonomiskt och att dessa satsningar görs på flerårsbasis. En långsiktig planeringshorisont är helt avgörande för denna typ av förändringsprocess av komplexa system. SKR ser därför att det behövs en översyn av både vad som ska följas upp och hur uppföljningen kan bedrivas bättre för att ge mer nytta för utvecklingen av hälso- och sjukvården och omsorgen. SKR vill framhålla vikten av en nationell strategi för Nära vård och en fördjupad samverkan mellan staten, regionerna och kommunerna för en uppföljning som stödjer och möjliggör en fortsatt omställning.

SKR delar utredningens bedömningar att primärvården behöver stärkta resurser vad gäller utbildning och forskning. SKR har uppmärksammat utredningens starka formuleringar som ger stöd till den samlade primärvården, och vi uppskattar att utredningen så tydligt lyfter såväl den kommunala som regionala primärvården. SKR ser också mycket positivt på förslagen om regionaliserad läkarutbildning och ökad VFU-samverkan mellan lärosäten och kommuner. De är viktiga åtgärder för en hållbar kompetensförsörjning.

SKR ser att det är svårt att bedöma de beräkningar som gjorts angående konsekvenser för regioner och kommuner. SKR påpekar att förslag som innebär ett utökad uppdrag ska enligt finansieringsprincipen regleras via generella statsbidrag. Att öronmärka delar av ett riktat statsbidrag för finansiering leder till osäkerhet och kortsiktiga planeringsförutsättningar. Utredningen bör vidare beskriva hur förslagen beräknas påverka behovet av ökad bemanning, då det kommer att vara en stor utmaning framöver för hela arbetsmarknaden. SKR saknar också i konsekvensbeskrivningen resonemang kring förslagets administrativa påverkan på sjukvården, inte minst det utvecklingsarbete som kommer att krävas när förslagen ska genomföras.

Förbundets ställningstagande

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) väljer att i detta yttrande främst fokusera på delbetänkandets förslag och vissa bedömningar, kommenterar i övrigt inte de omfattande bakgrundsbeskrivningarna.

Allmänna synpunkter

SKR har beretts möjlighet att lämna yttrande på Vägen till ökad Tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram (SOU 2022:22).

Tillgänglighet till vård är en fråga som varit i fokus under lång tid. Vårdgarantireformen 2005 skapade ett förändringstryck i verksamheterna. Det har visat sig att satsningar haft effekt, men att problemen tenderar att komma tillbaka när bakgrundsorsakerna inte åtgärdats. SKR ser därför positivt på en långsiktig strategisk satsning mot en tillgänglighet till vård som också håller över tid, anpassad till de framsteg vården gör, både genom verksamhetsutveckling och nya arbetssätt, men också användandet av nya tekniker och behandlingsutveckling. SKRs medlemmar står nu inför en utmaning när det gäller tillgänglighet som försämrats av en pandemi där lösningarna behöver hantera såväl kort som lång sikt och bygga på de lärdomar som finns. Frågan är om man kan få bättre tillgänglighet genom utökad lagstiftning och uppföljning eller om det är andra insatser som krävs?

Tillgänglighet till vård är ett vitt begrepp och innehåller fler dimensioner än vårdgaranti. En gemensam målbild för arbetet med tillgänglighet är nödvändigt, då ökad tillgänglighet inte bara handlar om att minska vårdköer. Det omfattar insatser i hela organisationen för att nå en god och jämlik vård. För patienter, invånare, är kanske den viktigaste frågan att ställa ”Vad är viktigt för dig?” Den stora förflyttningen i svensk hälso- och sjukvård just nu är mot en Nära vård, en förflyttning som skapar delaktighet och samordning, vilket är väsentliga perspektiv för arbetet med tillgänglighet. Det krävs utveckling i alla led för en ökad tillgänglighet från politiska beslut till verksamhetsförändringar som skapar förutsättningar för patientmötet i mikrosystemet. Värden i vården skapas på golvet och nära patienterna och kräver därmed också lokala förändringar.

En viktig fråga som har stor bäring på tillgänglighet till vård som SKR saknar i slutbetänkandet handlar om kompetensförsörjningen. Det svenska samhället står inför en stor utmaning. Inom tio år kommer andelen över 80 år ha ökat med 50 procent, medan den arbetsföra delen av befolkningen ökar med 4 procent. För att upprätthålla dagens bemanningstäthet kommer sektorn behöva 36 procent av den tillkommande arbetskraften. Vård och omsorgssektorn kommer inte enkom kunna nyrekrytera sig ur bemanningsutmaningen, sektorn behöver verka för att fler ska kunna och vilja arbeta heltid och hela yrkeslivet i vården. Verksamheterna måste kunna behålla och kompetensutveckla befintlig vård- och omsorgspersonal. Sektorn behöver också hitta nya arbetssätt, förbättrade behandlingsmöjligheter och använda oss av

digitaliseringens positiva effekter. SKR menar därför att det är olyckligt att utredningen enbart fokuserar på dagens problem och lösningar.

3 Väntetiderna i hälso- och sjukvården – en utmaning som ha förvärrats

3.4.2 Integritetsmyndighetens tillsyn av väntetidsdatabasen

Väntetidsdatabasen granskas sedan november 2021 avseende personuppgiftsbehandlingen av Integritetsmyndigheten (IMY). I skrivande stund har inte svaret på denna inkommit. SKR och regionerna genomför nu ett omfattande arbete för att säkerställa roller och framtida förvaltning.

Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag den 9 september 2021 att utveckla förutsättningarna för att samla in data för att bättre följa upp väntetider och vårdgarantins efterlevnad. Syftet med uppdraget är att stärka Socialstyrelsens möjlighet att följa upp och analysera vården för att förbättra statens överblick över vården.

Väntetidsdatabasen förvaltas i dag av SKR och innehåller data som regionerna är personuppgiftsansvariga för. Väntetidsdatabasen har över tid utvecklats till mer än att följa upp vårdgarantin till tillgänglighet ur ett bredare perspektiv vilket SKR ser som mycket positivt. Väntetidsdatabasens syfte är att förutom svara på statens behov av kontrollera måluppfyllelsen för vårdgarantin, att ge regioner underlag för uppföljning och att de därmed kan jämföras med andra och arbeta med strategiskt utvecklingsarbete med tillgänglighet.

Data återkopplas varje månad och kan följas över tid. Ett omfattande arbete för uppföljningsmodeller för tillgänglighet har utvecklats under årens lopp där SKR varit kansli och alla regioner deltagit. SKR ser det som ett viktigt fortsatt arbete med modeller för uppföljning av tillgänglighet som också ska möjliggöra jämförelser mellan regionerna. Om vårdgarantin förändras måste nytt stort modellarbete initieras och utföras. De befintliga modellerna har tagit många år att utveckla och kräver löpande förvaltning. Uppföljning och analysverktyg behöver utvecklas och ett betydande och tidskrävande arbete kommer att krävas av regionerna avseende förändringar i vårdadministrativa system och datauttag från dessa. Men framförallt innebär detta en omställning och anpassning till nya arbetssätt inom hela vårdverksamheten.

Enligt hälso-och sjukvårdsförordningen 6 kap § 1-4 regleras lagen om vårdgaranti.

- 3 § Regionernas rapporteringsskyldighet enligt 9 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska fullgöras genom att regionerna lämnar uppgifter om väntetider till den nationella väntetidsdatabas som förs av Sveriges Kommuner och Landsting. Förordning (2019:1118).

- 4 § Socialstyrelsen får meddela ytterligare föreskrifter om regionernas rapporteringsskyldighet enligt 9 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Förordning (2019:1118).

Socialstyrelsen har inte, sedan förordningen tillkom 2010, meddelat någon föreskrift om rapporteringsskyldigheten enligt ovan. SKR ser det som en ofullkomlighet i aktuell reform att Socialstyrelsen inte har meddelat föreskrift beträffande rapporteringsskyldigheten och vilka data som ska skickas till väntetidsdatabasen. Denna brist har gjort att det finns en osäkerhet hos regionerna angående vilka data som omfattas av rapporteringsskyldigheten.

4 En utökad vårdgaranti

4.4 Utredningens förslag och bedömningar

4.4.1 Vårdgarantin ska utökas

SKR ser positivt på att vårdgarantin och dess mätpunkter utvecklas och förtydligas. Dock finns det vissa frågetecken kring de olika förändringarna som föreslås och dess konsekvenser.

Som vi påtalat ovan är det olyckligt att utredningen ensidigt fokuserar på dagens problem och dagens lösningar. Världen förändras och en ny tid kräver nya lösningar. Vidare borde en djupare analys av vad de styrmedel (piska, morot eller skampåle) som använts hittills gett för effekt. Det viktiga måste vara att fokusera på vad som blir en adekvat insats för varje enskild patient. Där skulle en ny ingång kunna vara att följa individens behov kopplat till ett medicinskt måldatum.

Vidare saknas analys och resonemang kring vilka risker en förstärkt vårdgaranti kan medföra vad gäller medicinska prioriteringar. Kommer fel patientgrupper att ges tillgång till vården, och leder vårdgarantin till rätt medicinska prioriteringar?

Under senare år har det varit många förändringar avseende vårdgarantin i primärvården utan att uppföljningar har gjorts avseende patientnytta eller tillgång till vård. Därför anser SKR att det borde göras innan nya förändringar träder i kraft. SKR föreslår därför att man avvaktar med primärvårdens förändringar av vårdgarantin då det kräver mer utredning eftersom primärvårdens uppdrag och arbetssätt skiljer sig från den specialiserade vården och inte kan överföras. Vårdgarantin gäller enligt lagstiftningen från 1 juli 2022 på den vårdenhet man är listad på och inom regionen där man är folkbokförd och inte på alla vårdenheter i hela regionen som tidigare. Det innebär att också behandlingar och undersökningar/utredningar ska finnas inom den aktuella vårdenheten där man är listad. Innan förändringar träder i kraft borde en kartläggning genomföras för att klargöra om dessa undersökningar/behandlingar kan erbjudas vid samtliga vårdcentraler/hälsocentraler för att säkerställa en jämlik vård.

Uppföljningen för primärvården i dag mäts för genomförda kontakter dvs den första medicinska bedömningen samt kontakt med sin vårdenhets samma dag. Om behandling och utredning ska tillföras behöver detta förändras och utökas till att omfatta även väntande. Det är vanligt att en medicinsk bedömning sammanfaller med en utredning eller behandling. Detta måste vara tydligt hur det ska regleras när modellen för uppföljning skapas. Att detta kan vara ett problem är tydligt i samband med uppföljningar inom BUP, då kontakten ofta innehåller mer än en aktivitet och eller aktiviteter som initieras under själva besöket.

4.4.2 Garantin om en medicinsk bedömning inom primärvården ska breddas

Förslag: En medicinsk bedömning inom primärvården ska omfattas av vårdgarantin oavsett om besväret som den enskilde söker kontakt med primärvården för har samband med tidigare känt hälsoproblem eller inte.

SKR ser förtydligandet som positivt även om tolkningen varit denna sedan lagen trädde i kraft 1 januari 2019. SKR vill också påpeka att det innebär att en medicinsk bedömning kan vara såväl vårdgarantibesök som ett återbesök enligt definitionen för besök vilket kan vara förvirrande.

4.4.3 Medicinska bedömningar inom den specialiserade vården ska omfattas av vårdgarantin

Förslag: Medicinska bedömningar av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den specialiserade vården ska omfattas av vårdgarantin.

SKR anser att begreppet medicinsk bedömning i specialiserad vård måste tydliggöras i förhållande till det tidigare begreppet första besök innan det implementeras i en utökad vårdgaranti. Om inte detta görs riskerar uppföljningen att återkoppla data som inte är fullt ut jämförbar. Första besök har varit en del av vårdgarantin sedan den startade 2010. Patienten ska liksom i primärvården få den medicinska bedömningen av legitimerad personal om vårdgivaren beslutar att den medicinska bedömningen ska ske, oavsett om patienten söker för ett nytillkommet eller ett försämrat problem. Det innebär att även en medicinsk bedömning till sin definition kan vara ett återbesök.

4.4.4 Inom primärvården som den specialiserade vården ska undersökningar omfattas av vårdgarantin

Förslag: Inom primärvården som den specialiserade vården ska undersökningar omfattas av vårdgarantin.

SKR ser positivt på att undersökningar ska ingå i vårdgarantin för specialiserad vård men anser att förändringen i primärvård bör avvakta och kräver särskilt arbete.

Primärvårdens vårdgaranti förändrades senast den 1 juli 2022. SKR föreslår att man börjar med införandet i specialiserad vård och avvaktar att införa förändringar inom primärvård.

Att implementera undersökningar innebär ett omfattande modellerings- och definitionsarbete. Det vill säga vad är en undersökning, vad innefattar den och hur ska den följas?

4.4.5 Behandlingar inom primärvården ska omfattas av vårdgarantin

Förslag: Behandlingar inom primärvården ska omfattas av vårdgarantin

SKR ser positivt på att behandlingar ska ingå i vårdgarantin men anser att förändringens omfattning kommer att skilja sig mellan primärvård och specialiserad vård och kräver särskilt definitionsarbete. Primärvårdens vårdgaranti förändrades senast den 1 juli 2022. Att implementera behandlingar i primärvård innebär ett omfattande modellerings- och definitionsarbete. Det vill säga vad är en behandling, vad innefattar den och hur ska den följas?

4.4.6 Termen behandlingar ska användas i vårdgarantin även när det gäller specialiserad vård

Förslag: På samma sätt som när det gäller primärvården ska termen behandling användas i vårdgarantin när det gäller den specialiserade vården.

Termen planerad vård ska bytas ut till behandling, SKR ser det som två olika begrepp, då en behandling kan vara antingen planerad eller inte planerad. Innebär det att även inte planerad behandling ska ingå?

4.4.7 Planerade uppföljningar bör fortfarande inte omfattas av vårdgarantin

Bedömning: Återbesök i form av planerade uppföljningar bör inte omfattas av vårdgarantin.

SKR anser att det är viktigt att definiera innebörden av ett återbesök och hur det förhåller sig till begreppen som per definition är återbesök. Om utredning/behandling/undersökning ingår i vårdgarantin innebär det att återbesöken därmed är en del av vårdgarantin. De besök som faller utanför detta är uppföljning. Konsekvensen blir därmed att kronikerna som inte väntar på utredning/behandling/undersökning faller utanför vårdgarantin. Där kan kompletteringen med uppgiften om ett medicinskt måldatum säkerställa att patienterna får vård i tid efter sin egna tidsatta vårdplan.

4.4.8 Information om tidpunkten för viss vård ska omfattas av vårdgarantin

Förslag: Vårdgarantin ska omfatta information om tidpunkten för en medicinsk bedömning inom den specialiserade vården samt en undersökning och en behandling inom primärvården och den specialiserade vården.

SKR anser det som en självklarhet att patienten är delaktig genom att vara informerad och insatt i planeringen för sin vård. Att veta vad och när saker planeras ske är en del av detta. Men det innebär också att det krävs planering och administration av vårdverksamheten för att säkerställa och följa upp att så sker. Patienten kan fortsatt använda sig av patientvaldväntan (PvV) om det inte är möjligt att ta erbjuden tid. Om tiden ges i samråd med patienten minskar risken för onödiga ombokningar.

4.4.9 Regionens ansvar att erbjuda vårdgaranti inom viss typ av primärvård ska utökas till fler personer

Förslag: Regionens ansvar att erbjuda vårdgaranti ska utökas på så sätt att även utomlänspatienter som listat sig hos en vårdcentral i regionen omfattas av vårdgarantin inom primärvården.

SKR ser det som positivt att medborgaren ges möjlighet att lista sig på vårdcentral där det passar bäst, kanske man bor i en region och arbetar i en annan.

I SOU 2022:41 Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer föreslås att äldre på boende ska kunna lista sig och också ha tillgång till läkare dygnet runt. Konsekvenserna av detta är viktigt att beakta i denna fråga så att lagstiftningen går i takt.

4.4.10 Differentierade vårdgarantier bör inte införas

Bedömning: Det bör inte införas författningsreglerade differentierade vårdgarantier.

SKR instämmer med utredningen och ser att en författningsreglerad differentierad vårdgaranti kan göra det komplext att tillgodose och följa upp att så har skett. Ett medicinskt måldatum satt av vårdprofessionen skulle i stället kunna bli ett komplement till vårdgarantin som bygger på yttre tidsgränser för vård.

4.4.11 Vårdförlopp bör ses som komplement till vårdgarantin

Bedömning: Innehållet i de standardiserade vårdförloppen inom cancer och de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen inom andra sjukdomsområden bör inte regleras inom ramen för vårdgaranti. Sådan vårdförlopp bör istället ses som ett komplement till vårdgarantin.

SKR instämmer i utredningens slutsatser och att det medicinska behovet väger tyngre än vårdgarantins borte gräns. Där kan vårdförlopp vara ett stöd för att säkerställa att patienter får vård i tid utifrån det medicinska behovet.

4.4.12 Målsättningen om förstärkt vårdgaranti inom BUP bör inte lagstadgas

Bedömning: Målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör inte lagstadgas som en del av en differentierad vårdgaranti.

SKR anser som utredningen att den förstärkta vårdgarantin inte ska lagstadgas. Vid vård av barn och unga är det som i sjukvården i övrigt viktigt att beakta riktlinjerna i prioriteringsplattformen. Den med störst behov ska prioriteras, vilket innebär att efterfrågan i sig aldrig får bli avgörande.

För att bättre stötta verksamheten i arbetet med en förbättrad tillgänglighet kan även uppföljningsmodellerna behöva utvecklas då start av utredning och behandling påbörjas ofta samtidigt och inte sällan vid första bedömningen vilket bör avspeglas i mätpunkterna. Uppföljningsmodellerna ska inte motverka arbetet med förbättrande flöden som resulterar i bättre tillgänglighet för våra medborgare.

4.4.13 Bestämmelsen om att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare ska tydliggöras och utökas

Förslag: Det ska regleras i 9 kap. 2§ hälso- och sjukvårdslagen att regionen ska se till att patienten inom vårdgarantin får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad om de delar av vårdgarantin som rör information om tidpunkten för viss vård, en medicinsk bedömning inom den specialiserade vården samt en undersökning och en behandling inom primärvården och den specialiserade vården inte uppfylls.

Bedömning: Flera regioner behöver ta ett större ansvar för att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare när det krävs. Detta är regionens ansvar och patienten ska inte behöva ta initiativet att det sker.

Bedömning: Flera regioner bör stärka sitt arbete med att patienten får information om vad som gäller i fråga om vårdgarantin och valfrihet.

SKR instämmer i utredningens bedömning om vikten av att i god tid hänvisa patienter som inte kan få vård inom vårdgarantins gräns, men ser inte vilka författningsändringar som skulle förändra detta ansvar gentemot vad som dagens författningar föreskriver. Det ställer krav på långsiktig planering av alla vårdgivare/regionerna och möjliggör att patienten är informerad och delaktig i planeringen av sin vård. Det innebär att regionen i god tid inom vårdgarantin behöver säkerställa att patienten får den utlovade vården i tid.

4.4.14 Vissa förändringar ska göras av hur startpunkterna för vårdgarantins tidsgränser ska räknas

Förslag: Vårdgarantins tidsgränser för en medicinsk bedömning inom den specialiserade vården, en undersökning och en behandling inom primärvården och den specialiserade vården samt information av tidpunkten för viss vård ska räknas från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården.

SKR anser att det är viktigt att startpunkterna är utformade på samma sätt för att det ska vara tydligt när väntan startar och ingen otydlighet råder. Väntan startar när vårdgivaren i samråd med patienten har tagit beslut om att vård ska ges. Utredningen bedömer att förändringen att den enskildes kontakt med regionen även kallad egenremiss, inte räknas som startpunkt och inte innebär fördröjning av vård. SKR anser att det är vårdgivarens ansvar att säkerställa att det finns rutiner för att hantera behov och inkommande remisser och att detta inte bara ett ansvar för vårdpersonalen. Regionerna behöver ha både arbetssätt och system som säkerställer att alla patienter får vård inom vårdgarantins gränser utifrån det medicinska behovet.

4.4.15 Vissa av tidsgränserna i vårdgarantin ska ändras

Förslag: Den enskilde ska, förutom kontakt med en vårdgivare inom primärvården samma dag, få

- en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom sju dagar,
- en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den specialiserade vården inom 60 dagar,
- en undersökning inom primärvården respektive den specialiserade vård en inom 60 dagar,
- en behandling inom primärvården respektive den specialiserade vården inom 90 dagar och
- information om tidpunkten för viss vård inom 14 dagar

De tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld ska regleras i förordning.

SKR anser att vårdgarantin blir alltmer komplex att följa och förstå med många tidsintervall som yttre gräns utan koppling till behov.

Primärvårdens vårdgarantier i helhet skulle behöva ses över, hur förhåller sig kontakt med vården samma dag (0:an) till medicinsk bedömning och hur förhåller sig vårdgarantin till framtidens arbetssätt. SKR anser att tre dagar bör stå kvar ur ett patientperspektiv, det är patientens behov som ska styra och inte i första hand inte verksamhetens.

Däremot återstår diskussion om vad som egentligen menas med behandling och utredning i primärvården. Är det inte mått på den interna verksamheten som då utvärderas och mäts?

4.4.16 Regleringen av bedömningen av vårdgarantin ska ändras

Förslag: Regleringen som bedömningen av vårdgarantins uppfyllnad ska utökas till att avse bedömning av om vårdgarantin är uppfylld i fråga om en medicinsk bedömning, en undersökning och en behandling inom primärvården och den specialiserade vården samt information om tidpunkten för viss vård. Ett undantag ska göras i bestämmelsen om att tid då patienten har utnyttjat sin möjlighet att välja vård i en annan region enligt 9 kap. 1 § patientlagen inte ska räknas vid bedömningen av vårdgarantins uppfyllnad. Detta till följd av förslaget om att regionens ansvar att erbjuda vårdgaranti ska utökas på så sätt att även utomlänspatienter omfattas av vårdgarantin inom primärvården. Det ska också införas en bestämmelse som anger att patienten frivilligt avstå från information om tidpunkten för vård om patienten getts möjligheter att välja mellan olika tidpunkter för vård och avstått från att välja en sådan tidpunkt. Bestämmelsen om bedömningen av vårdgarantins uppfyllnad och om vad som avses med att patienten frivilligt avstår från vård ska dessutom omformuleras så att termerna *den enskilde* och *han eller hon* utgår och ersätts med termen *patienten*.

SKR instämmer med lagförslaget och anser att genom att använda ordet ”patienten” istället t.ex. *den enskilde*, tydliggörs att personen i fråga är föremål en vård, vilket betonar vårdens ansvar för denne.

4.4.17 Vissa följdförändringar i patientlagen ska göras

Förslag: 2 kap. § patientlagen ska ändras så att paragrafen, förutom att upplysa om regionens ansvar att erbjuda patienter en vårdgaranti enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen, har ett innehåll som motsvarar vad som sägs om vårdgarantins innehåll i 9 kap.

1 a § hälso- och sjukvårdslagen.

2 kap. 4 § patientlagen ska ändra så att den motsvarar 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen

SKR stöder lagförslaget som syftar till att spegla kraven på regionens ansvar i respektive patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen för ökad tydlighet.

5 En nära och tillgänglig vård med fokus på primärvården

SKR stödjer i stora delar utredningens förslag och bedömningar under kapitel 5, och väljer här att förtydliga vissa delar med särskilda kommentarer.

Enligt direktivet ska utredningen föreslå ändamålsenliga och kostnadseffektiva insatser för hur regeringen och statliga myndigheter kan fortsätta stödja utvecklingen av den nära vården. Här vill SKR peka på behovet av att staten fortsätter att stödja regioners och kommuners omställningsarbete ekonomiskt och att dessa satsningar

görs på flerårsbasis. En långsiktig planeringshorisont är helt avgörande för denna typ av förändringsprocess av komplexa system.

5.5 Förslag och bedömningar som stödjer utvecklingen mot en mer nära vård

5.5.1 Informationskravet ska utökas och tillgången till samlad digital information ska stärkas

Förslag: Det ska införas en ny bestämmelse i patientlagen som innebär krav på att patienten ska informeras om vem som är patientens fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt om sådana har utsetts. Det ska även införas en ny bestämmelse om att patienten ska få information om kontaktuppgifter till patientens fasta vårdkontakt, fasta läkarkontakt och vårdenheter.

Förslag: Det ska införas en ny bestämmelse i patientlagen som anger att patienten ska få information samlad och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet.

SKR instämmer i utredningens förslag och har samma uppfattning att de flesta patienter båda kan och vill ta mer ansvar för sin hälsa, om rätt stöd ges. Här har det pågående arbetet med patientkontrakt en central roll. Ett patientkontrakt är ett sätt att säkerställa att patienten blir delaktig i sin egen vård samt att stödja patienten att tillvarata och nyttja sina egna resurser för hälsa. En viktig förutsättning för att förverkliga detta i praktiken är att informationen ges samlad och kan tillgängliggöras digitalt. Regionerna har stort intresse för att utveckla en vy för sammanhållen planering på 1177 och SKR vill betona utredningens bedömning om behovet av finansiellt stöd från staten för att realisera detta.

5.5.2 Tidpunkten för vården ska så långt som möjligt väljas i samråd med patienten

Förslag: Det ska införas en ny bestämmelse i patientlagen som anger att tidpunkten för vården så långt som möjligt ska väljas i samråd med patienten

SKR ser mycket positivt på att delegationen lyfter fram patientens ställning och vikten av delaktighet och information. SKR instämmer i att patientens ställning ska stärkas och att val av tidpunkt för vård är en viktig fråga i det hänseendet. Den föreslagna formuleringen är dock försiktig. Det personcentrerade förhållningssättet som präglar nära vård innebär en förskjutning i värdegrunden och i agerandet, vilket också bör synas i patientlagen. SKR ser att bestämmelsen i patientlagen skulle bli tydligare med formuleringen: Tidpunkten för vården ska väljas i samråd med patienten så långt som det är möjligt.

5.5.3 Omställningen behöver märkas av vårdens medarbetare

Bedömning: Regioner och kommuner behöver, i de ekonomiska planerna, tydliggöra för vårdens medarbetare att och hur resurser prioriteras till primärvårdens kärnverksamheter. Syftet är att säkerställa en stärkt primärvård och vårdens medarbetares engagemang i det lokala omställningsarbetet.

Bedömning: Regeringen bör rikta ekonomiska medel som ett stöd till det lokala omställningsarbetet i syfte att stimulera uppstart och implementering av nya konsultativa arbetssätt, exempelvis specialistkonsult, som stärker primärvårdens tillgänglighet och kontinuitet. Arbetet bör göras i samverkan mellan primärvård och specialiserad vård och målet bör vara förändrade arbetssätt som är långsiktigt hållbara och tjänar vårdens kärnverksamhet.

SKR delar bedömningen att det är av yttersta vikt med ett starkt medarbetarengagemang i omställningen till Nära vård. SKR har förmånen att möta ett mycket stort antal ledare och medarbetare som beskriver hur omställningen formas i deras verksamheter. Förändrade sätt att leda och styra vårdens och omsorgens verksamheter växer fram med stort fokus på systemledarskap, och samtidigt växer nya gränsöverskridande arbetssätt fram för tjänster och möten med patienter och brukare. Omställningen är bara i början och det finns ett stort behov av fortsatt stöd, både finansiellt, och andra former av stöd i verksamhetsutveckling.

Primärvården är en vårdnivå med delat huvudmannaskap mellan kommun och region. SKR har vid ett flertal tillfällen pekat på vikten av att statliga ekonomiska satsningar också tillförs kommunerna då det handlar om primärvården, och när det är relevant. Alla kommuner är huvudman för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå, och från SKR:s sida vill vi återigen påpeka detta.

5.5.4 Fortsätt att stödja, följa upp och utvärdera omställningen till nära vård

Bedömning: Regioner och kommuner behöver avsätta resurser för uppföljning och utvärdering av lokalt utvecklingsarbete och projekt som genomförs inom ramen för omställningsarbetet. Syftet är att kunna motivera ändamålsenlig spridning och implementering av resultat.

Bedömning: Socialstyrelsen bör få i uppdrag att fortsätta genomförandet av myndighetens framtagna strategiska plan för myndighetens arbete med att följa och stödja omställningen för åren 2023-2027. I det uppdraget bör ingå utveckling av och plan för fortsatt förvaltning av påbörjat indikatorarbete, för att på nationell nivå kunna fortsätta följa hur omställningen påverkar hälso- och sjukvården efter 2027.

Bedömning: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör få i uppdrag att fortsätta utvärdera omställningen för åren 2025-2027. I uppdraget bör det specifikt ingå

utvärdering av olika mått för kontinuitet inom hälso- och sjukvården samt att utvärdera genomslaget av framtaget stödmaterial för fast läkarkontakt.

I takt med att den nära vården tar form synliggörs också behovet av nya sätt att leda, styra och följa upp. Den Nära vården syftar till en omställning från fokus på effektivitet inom olika vårdinsatser till fokus på det personcentrerade förhållningssättet och effektivitet inom hela vård- och omsorgssystemet. Även uppföljningen behöver skifta fokus, och det gäller även hur uppföljningen görs. Dagens uppföljning domineras av uppföljning av olika insatser inom olika delar av systemet. Uppföljningen har svårt att följa ett komplext system och har också svårt att fånga hur det systemet kan samverka bättre. Uppföljningen har också vanligtvis ett resultatorienterat synsätt, som inte fångar de viktiga utgångspunkter som behövs för att nå ett bra resultat. Förenklat uttryckt kan uppföljningen beskrivas som mer fokuserad på ”produktionsapparaten” intressen och mindre på invånares, patienter och brukares intressen, det vill säga användarnas behov och deras förväntade resultat i form av hälsa, livskvalitet, funktionsförmåga och självständighet.

SKR ser därför att det behövs en översyn av både vad som ska följas upp och hur uppföljningen kan bedrivas bättre för att ge mer nytta för utvecklingen av hälso- och sjukvården och omsorgen. SKR vill framhålla vikten av en nationell strategi för Nära vård och en fördjupad samverkan mellan staten, regionerna och kommunerna för en uppföljning som stödjer och möjliggör en fortsatt omställningen.

6 God och nära vård med forskning, utbildning och utveckling

SKR stödjer i stora delar bedömningarna under kapitel 6, och väljer att kommentera på övergripande nivå.

SKR välkomnar, och delar utredningens bedömningar att primärvården behöver stärkta resurser vad gäller utbildning och forskning. SKR har uppmärksammat utredningens starka formuleringar som ger stöd till den samlade primärvården, och vi uppskattar att utredningen så tydligt lyfter såväl den kommunala som regionala primärvården. Det är efterlängtat. När det gäller kommunerna finns det både en vilja och kompetens hos många av kommunerna att bygga upp en akademisk miljö tillsammans med de Regionala samverkans- och stödstrukturerna i alla län och berörda regioner. Men alla kommuner har inte samma strukturella förutsättningar, detta behöver beaktas. SKR vill också tydliggöra att det behövs såväl forskning i primärvården och den nära vården men också forskning om hur den nära vården tar form. Här vill SKR särskilt lyfta fram det Nationella samverkansprogram för forskning och utveckling för nära vård som utredningen föreslår.

SKR ser också mycket positivt på förslagen om regionaliserad läkarutbildning och ökad VFU-samverkan mellan lärosäten och kommuner. De är viktiga åtgärder för en hållbar kompetensförsörjning.

7 Barns och ungas psykiska hälsa

7.9.2 Nationell strategi för barn och ungas psykiska hälsa

Bedömning: Regeringen bör tillse att en konkret och långsiktig strategi för barn och ungas psykiska hälsa tas fram.

SKR är positiva till att en nationell strategi för barn och ungas psykiska hälsa tas fram. Den nationella strategin behöver innefatta såväl främjande, förebyggande, utredande och behandlande insatser för att alla samhällets delar görs aktiva och delaktiga. Texter om fritid/kultur, förskola/skola, socialtjänst, hälso- och sjukvård och andra samhällsaktörer i det hälsofrämjande ”skiktet”. Vi ser även vikten av att barn och unga blir en prioriterad målgrupp i den nationella strategin inom området psykisk hälsa och suicidprevention som regeringen har gett Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram underlag för.

7.9.3 Nationella kunskapsstöd för hela vårdkedjan samt kunskapsstöd utgående från symtomkomplex

Bedömning: Den nationella kunskapsstyrningsorganisationen bör ta fram nationella kunskapsstöd för hela vårdkedjan för barn och ungas psykiska hälsa samt nationella kunskapsstöd som utgår från symtomkomplex. Insatserna för barn och unga bör vara stegvisa men sammanhängande. Vid framtagandet av de nationella kunskapsstöden bör alla vårdnivåer vara representerade, vilket bör gälla även annan nationell samverkan kring barn och ungas psykiska hälsa. Regeringen bör stödja arbetet med de nationella kunskapsstöden med riktade ekonomiska medel.

SKR ser att det har skett en positiv utveckling av området psykisk hälsa inom kunskapsstyrningen. Det har exempelvis utarbetats flera vård- och insatsprogram där både kommunen och regionernas verksamheter ingår. SKR anser att det behövs en fortsatt fördjupning och utveckling som omfattar såväl barns som vuxnas psykiska hälsa och inom flera områden. För att uppnå detta behövs ökade resurser.

7.9.4 En gemensam väg in för barn och unga som upplever psykisk ohälsa

Bedömning: Varje region bör erbjuda en gemensam väg in för barn och unga som upplever psykisk ohälsa. I En väg in bör primärvården och BUP ingå och gemensam triagering bör ske. Samverkan med elevhälsan bör eftersträvas.

Bedömning: Regeringen bör rikta ekonomiska medel i syfte att stödja regionerna och huvudmännen för skolan att ta fram nya och hållbara arbetssätt som ska underlätta

samverkan mellan elevhälsan, primärvården och BUP kopplat till arbetet med *En väg in*.

SKR är mycket positiva till den utvecklingen som har sker där flera regioner har infört eller på väg att införa en mottagarfunktion som ger både råd, stöd och gör kvalificerade vårdnivåbedömningar i ett anpassat, användarvänligt administrativt och patientsäkert system. SKR vill stödja en fortsatt utveckling, vilket underlättas om resurser tillsätts inom området.

7.9.5 Målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP bör i nuläget kvarstå

Bedömning: Den nationella målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör i nuläget kvarstå.

SKR ställer sig positiva till en hög tillgänglighet avseende bedömning, utredning och behandling, men med en tydligare koppling till prioritering, vårdbehov, vårdnivå samt patientens eget val. Den nationella målsättningen borde även innefatta andra delar av vården tex barnhälsovården, psykologer och habilitering utifrån barnets behov av sammanhållen vård oavsett vårdnivå. I förlängningen skulle även elevhälsan kunna vara en del av ett sådant ”stegvis förlopp”.

Idag ingår första besök och behandling i vårdgarantins 90 dagar i specialiserad vård. I samband med utredningens förslag för utökad vårdgaranti i specialiserad om 90 dagar till undersökning/utredning kommer även utredning ingå i vårdgarantin.

Men SKR ser som viktigt att understryka att den nationella målsättningen 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP ska fortsatt kvarstå oavsett ovan nämnda vårdgaranti.

8 Regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet

Utredningen lyfter fram handlingsplanens positiva betydelse för inriktningen av arbetet. SKR önskar påpeka att handlingsplanen bygger på de politiska förutsättningarna i regionen och verksamheternas möjligheter att möta utmaningarna. Därför kan handlingsplanen ligga till grund för en dialog om och förståelse för nuläget samt vilka möjligheter till utveckling som man beslutat om. Därför är det viktigt att regionerna äger handlingsplanens innehåll och också dess genomförande då den bygger på lokala politiska beslut och förutsättningar.

9 Andra överväganden

9.1.2

Bedömning: Regeringen bör ge en lämpliga myndighet i uppdrag att följa upp det utvecklingsarbete som gjorts av statliga myndigheter i fråga om intygshantering. Det bör ingå i uppdraget att följa upp resultatet av det arbete som SKR och Inera har bedrivit på området med stöd av statliga medel. Myndigheten bör även få i uppdrag att ta fram en handlingsplan över de statliga insatser som krävs för att åstadkomma en mer effektiv och sammanhållen intygshantering inom hälso- och sjukvården.

SKR ställer sig positiva till en översyn och samordning av intygsfrågorna och att påbörjat arbete fortskrider, samt att en part, t ex en myndighet får ansvar eller uppdrag inom detta. Det finns mycket att vinna för alla parter om intygsfrågorna effektiviserades mer. Hälso- och sjukvården får mängder av förfrågningar av intyg till olika aktörer. Det behövs förbättrad samordning angående vilka informationsmängder som kan och bör efterfrågas och på vilket sätt de efterfrågas (samordning inom elektroniskt informationsutbyte). Man behöver också se över i vilka sammanhang man behöver medicinska underlag från hälso- och sjukvården över huvud taget eller om handläggning av ärenden kan ske på annat sätt. Detta för att undvika att efterfråga om onödigt information som belastar hälso- och sjukvården. Det behöver även komma till en förbättrad och tydlig finansieringsmodell mellan stat och kommunsektorn, så att hälso- och sjukvården ersätts för utfärdande av sådana intyg som inte ingår i ordinarie vård och behandling.

9.2 Överväganden avseende uppföljning av patienter med adhd i behov av narkotikaklassade läkemedel

Förskrivningsrätten för adhd-läkemedel har varit en återkommande diskussion i många år. SKR har fått informationen av våra medlemmar att det i dagsläget saknas kapacitet i primärvården på flera håll i landet att hantera uppföljningen av patienter med adhd och förskrivningen av läkemedel i samband med detta. Dock saknas på motsvarande sätt kapacitet i BUP och delvis i vuxenpsykiatri. Adhd är i sin okomplicerade form ett relativt lättbehandlat funktionshinder som lämpar sig väl för hantering inom primärvården.

Planering för var insatser på sikt ska ges kan inte styras av verksamhetens aktuella kapacitet. Belastningen på särskilt BUP men även vuxenpsykiatri idag av dessa patientgrupper har en icke acceptabel undanträngningseffekt för patienter med svårare psykiatrisk sjukdom, av patienter med ett större behov.

Frågan bör utredas vidare, med all sannolikhet kan och bör patienter med okomplicerat adhd i Sverige som t ex i Danmark följas upp enklare och bättre i primärvården än i specialistpsykiatri.

9.3 Överväganden avseende valfrihet i slutenvård

9.3.3 Utredningens överväganden om valfrihet i slutenvård

Regionerna bör utveckla vårdgarantieremittering

Regionerna ansvarar för att tillgodose att patienterna får vård inom vårdgarantin. Hur det organiseras i respektive region varierar och sker t ex via Vårdgarantikanslier, vårdlotsfunktioner eller andra stöttande funktioner verksamheten SKR ser det som positivt att regionernas ansvar att säkerställa patienternas behov uppfylls och därmed får vård inom utsatt tid. Men vården borde i första hand ges inom regionen eller sjukvårdsregionen och när det inte är möjligt att genom vårdgarantieremittering i andra hand tillgodose patientens behov av vård.

10 Konsekvensbeskrivningar

SKR ser att det är omöjligt att bedöma de beräkningar som gjorts angående konsekvenser för regioner och kommuner. SKR påpekar att förslag som innebär ett utökad uppdrag ska enligt finansieringsprincipen regleras via generella statsbidrag. Att öronmärka delar av ett riktat statsbidrag för finansiering leder till osäkerhet och kortsiktiga planeringsförutsättningar.

Utredningen bör vidare beskriva hur förslagen beräknas påverka behovet av ökad bemanning, då det kommer att vara en stor utmaning framöver för hela arbetsmarknaden. SKR saknar också i konsekvensbeskrivningen resonemang kring förslagens administrativa påverkan på sjukvården, inte minst det utvecklingsarbete som kommer att krävas när förslagen ska genomföras.

Sveriges Kommuner och Regioner

Peter Danielsson
Ordförande