Vägen till ökad tillgänglighet

– delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram

Slutbetänkande av
Delegationen för ökad tillgänglighet
i hälso- och sjukvården

Stockholm 2022

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2022:22

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2022

ISBN 978-91-525-0374-4 (tryck)
ISBN 978-91-525-0375-1 (pdf)
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 13 augusti 2020 att tillkalla en kommitté i form av en delegation med uppdrag att verka för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, med särskilt fokus på kortare väntetider (dir. 2020:81).

Som ordförande förordnades från och med den 13 augusti 2020 läkaren och specialisten i tumörsjukdomar Gunilla Gunnarsson. Den 17 december ändrades utredningens form vilket innebar att Gunilla Gunnarsson i stället blev särskild utredare. Utredningen har antagit namnet Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, utredningen har också använt kortnamnet Tillgänglighetsdelegationen.

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes från och med den 1 oktober 2020 tf. enhetschefen Helena von Knorring. Som sekreterare i utredningen anställdes från och med den 1 oktober 2020 utredaren Åsa Ljungvall. Apotekaren Lisa Landerholm anställdes som sekreterare i utredningen för perioden den 19 oktober 2020 till den 31 december 2020, med förlängning från den 1 januari till den 31 maj 2021. Apotekaren Lisa Landerholm har också haft anställning som sekreterare under perioden den 24 augusti till den 31 december 2021 med förlängning till den 15 maj 2022. Utredaren Göran Zetterström anställdes som sekreterare den 18 november till den 31 december 2020, med förlängning från den 1 januari 2021 till den 31 maj 2021. Projektledaren Hanna Wallin anställdes som sekreterare den 1 januari 2021 och juristen Nadja Zandpour anställdes som sekreterare den 11 januari 2021. Göran Zetterström entledigades den 1 mars 2021 och ämnesrådet Martin Färnsten anställdes som sekreterare den 2 mars 2021 till den 30 juni 2021. Som sekreterare anställdes hovrättsassessorn Cecilia Ivarsson från och med den 7 oktober 2021.

Delegationens ledamöter förordnades den 1 oktober 2020 till den 16 december 2020. Från och med den 17 december 2020 är delegationen rådgivande. Delegationens ledamöter är professorn Anders Anell,

förbundsordföranden Ann-Kristin Sandberg, adjungerade professorn i barn- och ungdomspsykiatri Clara Hellner, överläkaren och föreningsordföranden Johan Styrud, samordnaren Lisbeth Löpare-Johansson, professorn Mats Alvesson, hälso- och sjukvårdsdirektören Mats Bojestig, förbundsdirektören Nina Fållbäck-Svensson, generaldirektören Sofia Wallström och verksamhetschefen Åke Åkesson.

Sakkunniga i utredningen är från och med den 26 oktober 2020 ämnesrådet Marcus Gry, departementssekreterare Eva Molander, kanslirådet Lisa Ståhlberg och departementssekreteraren Jessika Yin. Jessika Yin entledigades den 2 februari 2021 och departementssekreteraren Unni Mannerheim förordnades 3 februari 2021. Departementssekreteraren Sara Tunlid förordnades den 10 oktober 2021. Eva Molander och Magnus Gry entledigades den 22 december 2021. Unni Mannerheim entledigades den 1 januari 2022. Som experter i utredningen förordnades från och med den 26 oktober 2020 enhetschefen Lena Hellberg, projektdirektören Nils Janlöv och enhetschefen Anna-Karin Nyqvist.

Utredningen har tillsatt två referensgrupper, en med företrädare för patient- och närståendeorganisationer och en med företrädare för professionsorganisationer.

Utredningen tackar alla som på olika sätt bidragit till arbetet i utredningen.

Utredningen lämnar härmed slutbetänkandet *Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram* (SOU 2022:22). Utredningens delegation, expertgrupp och referensgrupper har under hela utredningsarbetet bidragit med värdefulla och konstruktiva synpunkter. När begreppet *utredningen* används i betänkandet avses den särskilda utredaren samt sekretariatet. Den särskilda utredaren svarar ensam för innehållet i betänkandet.

Stockholm i maj 2022

Gunilla Gunnarsson

/Helena von Knorring
Åsa Ljungvall
Lisa Landerholm
Hanna Wallin
Nadja Zandpour
Cecilia Ivarsson

Innehåll

Sammanfattning **21**

Utredaren har ordet **43**

1 Författningsförslag **61**

1.1 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821) 61

1.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 64

1.3 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 67

2 Utredningens uppdrag och arbetssätt **71**

2.1 Utredningens direktiv 71
2.1.1 Redovisning i slutbetänkandet 72

2.2 Utredningens avgränsningar 73

2.3 Organisation och genomförande 74
2.3.1 Sekretariat 74
2.3.2 Delegation 74
2.3.3 Expert- och sakkunniggrupp 74
2.3.4 Utredningens referensgrupper 74
2.3.5 Övriga möten och kontakter 75

2.4 Vissa begrepp 77

2.5 Betänkandets upplägg 78

3 Väntetiderna i hälso- och sjukvården – en utmaning som förvärrats 79

3.1 Sammanfattning av utgångsläget i delbetänkandet 79

3.2 Varför har Sverige väntetider? 80
3.2.1 Få vårdplatser och hög beläggningsgrad 80
3.2.2 Behoven ökar 82
3.2.3 Arbetssätten, produktiviteten och personella resurser 83
3.2.4 Komplexitet, organisation och prioriteringar 84
3.2.5 Fluktuerande behov, teknologiska genombrott, låg produktivitet och hur indikationsgränser tillämpas 85
3.2.6 Oväntade händelser som covid-19-pandemin 86

3.3 Utvecklingen efter delbetänkandet – vårdgarantins efterlevnad 86
3.3.1 Kontakt med primärvården samma dag 86
3.3.2 Medicinsk bedömning inom tre dagar 87
3.3.3 Besök i specialiserad vård 87
3.3.4 Behandling i specialiserad vård 95
3.3.5 Socialstyrelsens rapporter om pandemi-effekter på produktion 101
3.3.6 Läkarbesök i specialiserad öppenvård under pandemin 103
3.3.7 Operationer under pandemin 104

3.4 Nationell väntetidsuppföljning 106
3.4.1 Uppdrag till Socialstyrelsen 106
3.4.2 Integritetsskyddsmyndighetens tillsyn av väntetidsdatabasen 107

4 En utökad vårdgaranti 109

4.1 Utredningens uppdrag 109

4.2 Allmän bakgrund 111
4.2.1 Nuvarande reglering 111
4.2.2 Synpunkter på den nuvarande vårdgarantins utformning 116

4.2.3 Högre ambitioner vad gäller yttersta tidsgränser i vissa regioner 123
4.2.4 Vårdgarantier i andra skandinaviska länder..... 125

4.3 Utredningens utgångspunkter 129
4.3.1 Det ska fortsatt finnas en vårdgaranti 129
4.3.2 Vårdgarantins ändamål ska inte ändras 130
4.3.3 Adekvat tillsyn och ändamålsenlig uppföljning behövs..... 131

4.4 Utredningens förslag och bedömningar..... 133
4.4.1 Vårdgarantin ska utökas..... 133
4.4.2 Garantin om en medicinsk bedömning inom primärvården ska breddas..... 135
4.4.3 Medicinska bedömningar inom den specialiserade vården ska omfattas av vårdgarantin..... 142
4.4.4 Inom såväl primärvården som den specialiserade vården ska undersökningar omfattas av vårdgarantin 147
4.4.5 Behandlingar inom primärvården ska omfattas av vårdgarantin..... 160
4.4.6 Termen behandling ska användas i vårdgarantin även när det gäller specialiserad vård 168
4.4.7 Planerade uppföljningar bör fortsatt inte omfattas av vårdgarantin 169
4.4.8 Information om tidpunkten för viss vård ska omfattas av vårdgarantin..... 175
4.4.9 Regionens ansvar att erbjuda vårdgaranti inom viss typ av primärvård ska utökas till fler personer..... 180
4.4.10 Differentierade vårdgarantier bör inte införas..... 186
4.4.11 Vårdförlopp bör ses som komplement till vårdgarantin..... 191
4.4.12 Målsättningen om förstärkt vårdgaranti inom BUP bör inte lagstadgas 196
4.4.13 Bestämmelsen om att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare ska tydliggöras och utökas 198

4.4.14 Vissa förändringar ska göras av hur startpunkterna för vårdgarantins tidsgränser ska räknas ... 206
4.4.15 Vissa av tidsgränserna i vårdgarantin ska ändras ... 210
4.4.16 Regleringen om bedömningen av vårdgarantins uppfyllnad ska ändras ... 226
4.4.17 Vissa följdändringar i patientlagen ska göras ... 230

5 En nära och tillgänglig vård med fokus på primärvården ... 233

5.1 Utredningens uppdrag ... 234

5.2 Sammanfattning av området nära vård i utredningens delbetänkande ... 234

5.3 Utredningens fortsatta arbete efter delbetänkandet ... 235
5.3.1 Inhämtning av information och synpunkter ... 236
5.3.2 Workshop om nära vård med delegationen ... 237

5.4 Omställningens pågående arbete ... 242
5.4.1 Regionernas handlingsplaner för fast läkarkontakt och patientkontrakt ... 242
5.4.2 SKR om sitt och medlemmarnas arbete med omställningen ... 245
5.4.3 Socialstyrelsen stöder och följer upp omställningen ... 246
5.4.4 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys utvärderar omställningen ... 250
5.4.5 Andra aktuella arbeten och förändringar ... 254

5.5 Förslag och bedömningar som stöder utvecklingen mot en mer nära vård ... 258
5.5.1 Informationskravet ska utökas och tillgången till samlad och digital information ska stärkas ... 259
5.5.2 Tidpunkten för vården ska så långt som möjligt väljas i samråd med patienten ... 271
5.5.3 Omställningen behöver märkas av vårdens medarbetare ... 276

5.5.4 Fortsätt att stödja, följa upp och utvärdera omställningen till nära vård 284

6 God och nära vård med forskning, utbildning och utveckling 293

6.1 Allmän bakgrund 293
6.1.1 Områden för utredningens bedömningar 294

6.2 Bättre kompetensförsörjning med regionaliserad läkarutbildning och ökad VFU-samverkan mellan lärosäten och kommuner 295
6.2.1 Kompetensförsörjning är största utmaningen på landsbygden 295
6.2.2 Kostnaderna för hyrpersonal fortsätter att öka 296
6.2.3 Behov av ökad utbildning inom primärvården 297
6.2.4 Få avtal mellan lärosäten och kommuner 298
6.2.5 Fast läkarkontakt särskilt viktigt för personer med kommunal hälso- och sjukvård 299
6.2.6 Bedömning av behovet av allmänläkare 299
6.2.7 Reglering av utbildningsuppdraget i hälso- och sjukvårdslagen har föreslagits 301
6.2.8 Socialstyrelsens och Nationella vårdkompetensrådets uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården 301
6.2.9 Rekommendationer och statliga medel för hantering av allmäntjänstgöring 302
6.2.10 Satsning på decentraliserad vårdutbildning 304
6.2.11 Satsning på sjuksköterskeutbildning 305
6.2.12 Sökintresse, examina i läkarprogrammet och doktorandexamina 305
6.2.13 Läkarutbildningens finansiering diskuteras 306
6.2.14 ALF-avtalet finansierar samverkan om läkarutbildning 308
6.2.15 Avtal med andra regioner om regionalisering av läkarutbildningen 309
6.2.16 Utredningens bedömningar 320

6.3 Långsiktiga program för stöd till tvärvetenskaplig primärvårdsforskning 327

6.3.1 Statliga medel till forskning och utveckling 327
6.3.2 Svensk forskning i siffror 329
6.3.3 Vetenskapsrådet utlyser bidrag för forskningstid och projekt i primärvården..... 330
6.3.4 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd 332
6.3.5 Nationella forskarskolor..... 333
6.3.6 Professionsorganisationerna om medel för forskning..... 335
6.3.7 Behov av tillgång till data från primärvården för forskning..... 337
6.3.8 Utmaningar och behov som lyfts vid utredningens kontakter med olika aktörer..... 340
6.3.9 Utredningens bedömningar..... 341

6.4 Fler universitetssjukvårdsenheter i primärvården och stödjande miljöer i kommunal vård..... 348
6.4.1 Primärvårdens grunduppdrag..... 348
6.4.2 Sveriges Kommuner och Regioner prioriterar bland annat forskning inom primärvården 349
6.4.3 Professionsorganisationerna om strukturer för forskning..... 350
6.4.4 Förutsättningar för doktorandtjänster skiljer sig mellan utbildningsområden 353
6.4.5 Svårigheter att tillsätta förenade tjänster..... 353
6.4.6 ALF-avtalet och utveckling av universitetssjukvårdsenheter..... 354
6.4.7 Universitetssjukvårdsenheter inom primärvård i Norra sjukvårdsregionen och Sydöstra sjukvårdsregionen 357
6.4.8 Universitetssjukvårdsenheter i övriga regioner... 364
6.4.9 Exempel på strukturer för forskning och utveckling i kommunerna..... 367
6.4.10 Erfarenheter, förutsättningar, utmaningar och behov som lyfts vid utredningens möten och kontakter med olika aktörer..... 370
6.4.11 Utredningens bedömningar..... 374

7 Barn och ungas psykiska hälsa 381

7.1 Utredningens uppdrag 381

7.2 Psykisk hälsa hos barn och unga 382
7.2.1 Begrepp inom området psykisk hälsa 383
7.2.2 Enkäter, intervjuer och hälsodata för att mäta psykisk hälsa 384
7.2.3 Förekomst av psykiskt välbefinnande 386
7.2.4 Förekomst av psykiska besvär 386
7.2.5 Förekomst av psykiatriska tillstånd 388
7.2.6 Sammanfattningsvis om förekomst av psykisk ohälsa 390
7.2.7 Varför har barn och ungas psykiska ohälsa ökat? 391

7.3 Stöd och vård för barn och unga med psykisk ohälsa 393
7.3.1 Första linjens vård, primärvård för barn och unga med psykisk ohälsa 394
7.3.2 *En väg in* och regionala kontaktcenter 396
7.3.3 Specialiserad vård för barn och unga med psykisk ohälsa 397
7.3.4 Elevhälsans uppdrag och roll 398

7.4 Nationell samverkan 399
7.4.1 Nationella kunskapsstöd 399
7.4.2 Framtagande av en ny nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention 402

7.5 Målsättning om en förstärkt vårdgaranti inom barn- och ungdomspsykiatri 403
7.5.1 Bakgrund till införandet av målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP 404

7.6 Statliga satsningar för att förbättra tillgängligheten till BUP och tillgängligheten generellt för barn och unga med psykisk ohälsa 406
7.6.1 Statliga satsningar för perioden 2016–2022 407
7.6.2 Prestationsbaserad ersättning kopplad till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP 412

7.6.3 Summering av statliga medel avsatta till området under 2007–2021 412

7.7 Utvärderingar av de statliga satsningarna för förbättrad tillgänglighet för barn och unga med psykisk ohälsa..... 413
7.7.1 Uppfyllnadsgrad av prestationskrav kopplade till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP 413
7.7.2 Måluppfyllelse av målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP 416
7.7.3 Hur medlen har använts 420
7.7.4 Regioners erfarenheter av de statliga satsningarna på ökad tillgänglighet för barn och unga med psykisk ohälsa 421
7.7.5 Utmaningar som regionerna har lyft för att uppnå en god tillgänglighet för barn och unga med psykisk ohälsa..... 423
7.7.6 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys om de statliga satsningarna inom psykiatriområdet .. 425
7.7.7 Socialstyrelsen om de statliga satsningarna inom psykiatriområdet 2016–2018..... 426
7.7.8 Synpunkter på målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP inhämtade från utredningens möten med nätverk inom psykiatri 428

7.8 Aktuella betänkanden och rapporter..... 430
7.8.1 God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa..... 430
7.8.2 Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga..... 431
7.8.3 Psykiatrin i siffror, Barn- och ungdomspsykiatri – Kartläggning 2020 433

7.9 Utredningens bedömningar..... 434
7.9.1 Utredningens utgångspunkter för bedömningarna..... 434
7.9.2 Nationell strategi för barn och ungas psykiska hälsa 438

7.9.3 Nationella kunskapsstöd för hela vårdkedjan samt kunskapsstöd utgående från symtomkomplex ... 439
7.9.4 En gemensam väg in för barn och unga som upplever psykisk ohälsa ... 441
7.9.5 Målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP bör i nuläget kvarstå ... 444

8 Regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet ... 449

8.1 Utredningens uppdrag ... 449

8.2 Delbetänkandets innehåll, bedömningar och förslag ... 450

8.3 Arbetssätt inför slutbetänkandet ... 452
8.3.1 Information och dialog kring långväntare ... 452
8.3.2 Dialog kring delbetänkandet ... 453
8.3.3 Möten med goda exempel ... 453
8.3.4 Stödmaterial för fast läkarkontakt ... 455
8.3.5 Jämförelse av vårdgarantier och tillgänglighet med andra länder samt dialog kring svenska vårdgarantin ... 455
8.3.6 Nulägesrapporterna med dialog ... 456

8.4 2 miljarder kronor till uppdämda vårdbehov ... 458

8.5 Flera regeringsuppdrag med anknytning till utredningen ... 459

8.6 Gemensamt, långsiktigt och strategiskt tillgänglighetsarbetet ... 460
8.6.1 Överenskommelse om gemensamt tillgänglighetsarbete ... 460
8.6.2 Myndighetsuppdrag om fördjupad uppföljning ... 462

9 Andra överväganden ... 465

9.1 Överväganden avseende intygshanteringen i hälso- och sjukvården ... 465
9.1.1 Bakgrund ... 465
9.1.2 Utredningens bedömning ... 473

9.1.3 Skäl ... 473

9.2 Överväganden avseende uppföljning av patienter med adhd i behov av narkotikaklassade läkemedel ... 475

9.3 Överväganden avseende valfrihet i sluten vård ... 477
9.3.1 Valfrihet i öppen vård är lagstadgad ... 477
9.3.2 Valfrihet i sluten vård är inte reglerad ... 477
9.3.3 Utredningens överväganden om valfrihet i sluten vård ... 478

10 Konsekvensbeskrivningar ... 487

10.1 Finansieringsförslag ... 487

10.2 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ... 492
10.2.1 Borttagande av begränsning i vårdgarantins del om en medicinsk bedömning inom primärvården ... 493
10.2.2 Införande av en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den specialiserade vården i vårdgarantin ... 494
10.2.3 Införande av vissa nya delar i vårdgarantin ... 496
10.2.4 Utökning av regionens ansvar att erbjuda vårdgaranti inom viss typ av primärvård till fler personer ... 498
10.2.5 Förändrad bestämmelse om att regionen ska se till att patienten får vården hos en annan vårdgivare ... 498
10.2.6 Förändring av startpunkten för beräkningen av vårdgarantins tidsgräns när det gäller behandling i specialiserad vård ... 500
10.2.7 Införande av nya samt förkortning av befintliga tidsgränser för vissa delar av vårdgarantin ... 501
10.2.8 Information samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet ... 502
10.2.9 Val av tidpunkten för vården i samråd med patienten ... 503

10.2.10 Övriga förslag och bedömningar inskränker inte den kommunala självstyrelsen 504

10.3 Konsekvenser och kostnader för staten, regioner och kommuner 505
10.3.1 Förslagen om utökad vårdgaranti 505
10.3.2 Förslaget om information samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet 523
10.3.3 Förslaget om att tidpunkten för vård ska väljas i samråd med patienten 526
10.3.4 Bedömningen om uppstart och implementering av nya konsultativa arbetssätt för att stärka primärvården 527
10.3.5 Bedömningen om nya arbetssätt för samverkan mellan primärvården, BUP och elevhälsan kopplat till *En väg in* 530
10.3.6 Bedömningarna om en regionaliserad läkarutbildning 532
10.3.7 Bedömningen om samverkan för fler avtal mellan lärosäten och kommuner om verksamhetsförlagd utbildning för de legitimationsyrken som förekommer i kommunal hälso- och sjukvård 543
10.3.8 Bedömningen om ett 10-årigt nationellt samverkansprogram för forskning och utveckling för nära vård 544
10.3.9 Bedömningen om ett 10-årigt nationellt program för primärvårdsforskning med fokus på allmänmedicin 548
10.3.10 Bedömningen om universitetssjukvårdsenheter i fler regioner 551

10.4 Konsekvenser för företag 553
10.4.1 Förslagen om utökad vårdgaranti 553
10.4.2 Förslagen och bedömningarna för en nära och tillgänglig vård och för barn och ungas psykiska hälsa 554
10.4.3 Bedömningarna avseende nära vård med forskning, utbildning och utveckling 555

10.5 Konsekvenser för patienter och befolkning 556
10.5.1 Förslagen om utökad vårdgaranti 556
10.5.2 Förslagen och bedömningarna för en nära och tillgänglig vård och för barn och ungas psykiska hälsa 557
10.5.3 Bedömningarna avseende nära vård med forskning, utbildning och utveckling..... 558

10.6 Konsekvenser för regional jämlikhet..... 558
10.6.1 Förslagen om utökad vårdgaranti 558
10.6.2 Förslagen och bedömningarna för en nära och tillgänglig vård och för barn och ungas psykiska hälsa 559
10.6.3 Bedömningarna avseende nära vård med forskning, utbildning och utveckling..... 560

10.7 Konsekvenser för socioekonomisk jämlikhet, jämställdhet och barn och unga 560
10.7.1 Förslagen om utökad vårdgaranti 560
10.7.2 Förslagen och bedömningarna för en nära och tillgänglig vård och för barn och ungas psykiska hälsa 561
10.7.3 Bedömningarna avseende nära vård med forskning, utbildning och utveckling..... 562

10.8 Konsekvenser för den personliga integriteten..... 563
10.8.1 Förslaget om information samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet 563
10.8.2 Utredningens övriga förslag och bedömningar... 571

10.9 Konsekvenser i övrigt..... 571

11 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser 573

11.1 Förslagen rörande vårdgaranti 573
11.1.1 Ikraftträdande..... 573
11.1.2 Övergångsbestämmelser..... 574

11.2 Förslaget om samlad och digital information 575

11.3 Förslagen om informationskrav och om samråd vid tidsbokning 576

12 Författningskommentar 577

12.1 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821) 577

12.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 580

Referenser 587

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2020:81 607

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2021:107 627

Bilaga 3 Fördjupad redovisning av långa väntetider 631

Bilaga 4 Rekommendationer och riktlinjer om planerad uppföljning 637

Bilaga 5 Miniminivåer för universitetssjukvårdsenheter 641

Bilaga 6 Fördjupad information om barn och ungas psykiska hälsa 649

Bilaga 7 Underlag inför nulägesrapport 15 oktober 2021 gällande överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021* 665

Sammanfattning

Bristande tillgänglighet med långa väntetider har varit ett långvarigt problem i svensk hälso- och sjukvård. Trots stor debatt och många insatser från såväl staten som regionerna för att komma till rätta med väntetiderna, och trots att de flesta är överens om att tillgängligheten behöver förbättras, kvarstår problemet. Avsevärda ekonomiska medel genom överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och införandet av en lagstadgad vårdgaranti, har inte lyckats vända utvecklingen. Det förefaller ha utvecklats en syn på vårdgarantins gränser som målsättningar att ta sikte på, snarare än de yttersta gränser inom vilka medicinska prioriteringar ska ske.

I augusti 2020 tillsatte regeringen denna utredning – Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. I juni 2021 lämnade utredningen delbetänkandet *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* (SOU 2021:59). Där avrapporterades en del av utredningens uppdrag, såsom att utreda och lämna förslag på en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning och att vidareutveckla överenskommelsen om kömiljarden. För nära och tillgänglig vård och arbetet med att stödja regionala handlingsplaner lämnades en delrapport i det betänkandet. Uppdraget kring effektivt resursutnyttjande har fortsatt genom ett tilläggsdirektiv som utredningen erhöll i november 2021. Flera av utredningens förslag i delbetänkandet har regeringen tagit vidare, som utredning av ett vårdsökssystem, stöd och ekonomiska medel för produktions- och kapacitetsplanering och utredningens förslag kring stärkt statlig uppföljning av regionernas resultat med dialog med varje region.

I detta betänkande redogör utredningen för förslag och bedömningar när det gäller uppdragen att utreda för- och nackdelar med en utökad vårdgaranti och att stödja regionernas och kommunernas arbete med utvecklingen av en nära och tillgänglig vård. Utredningen redogörför arbetet med att stödja regionerna i genomförandet av de

regionala handlingsplanerna. Utredningen lämnar också bedömningar om det fortsatta arbetet med barn och ungas psykiska hälsa och intygshantering i hälso- och sjukvården.

Med *förslag* avser utredningen förslag till författningsändringar. Med *bedömningar* avser utredningen ställningstaganden i övrigt.

Väntetiderna – en utmaning som förvärrats

Varför väntetider?

Varför har Sverige haft väntetidsproblem och köer sedan 1960-talet och varför försämras läget trots stora ekonomiska satsningar, överenskommelser mellan staten och SKR och en lagstadgad vårdgaranti? Utredningen har tyvärr inte funnit några analyser som ger tydliga svar men en del underlag om vad som kan medföra väntetider. Sverige har i internationell jämförelse få vårdplatser med hög beläggningsgrad och få intensivvårdsplatser. Befolkningstillväxten, förändrad befolkningssammansättning, medicinsk utveckling med teknologiska genombrott och indikationsförändringar gör att behovet av vård ökar. Brist på viss kompetens kan påverka så att väntetider uppstår eller förvärras. Arbetssätten och organisationen av vården kan medföra ineffektiv vård med låg produktion och därmed väntetider.

Sedan utredningen lämnade sitt delbetänkande i juni 2021 har väntetiderna generellt fortsatt vara långa och det finns omfattande brister i vårdgarantins efterlevnad. Under hösten 2021 ökade förvisso andelen patienter som fått en medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvården något, från 81 procent i september 2021 till 85 procent i januari 2022, men det finns stora skillnader mellan regionerna.

Antalet som väntar på första besök ökar

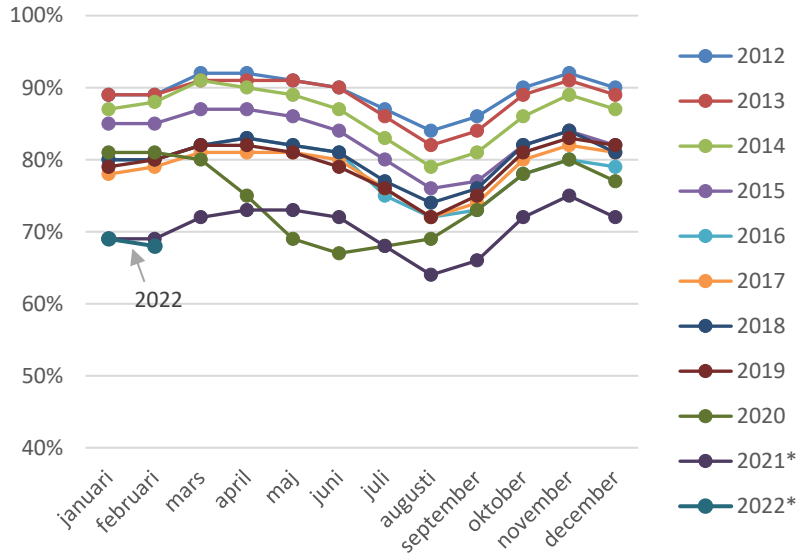
Andelen patienter som väntat högst 90 dagar på första besök i den specialiserade vården är väsentligen oförändrad jämfört med början av 2021. I februari 2022 var siffran för andelen som väntat högst 90 dagar 68 procent, i februari 2021 var den 69 procent, se figur 1.

Det totala antalet personer som väntade på ett första besök ökade dock under året 2021. Den 31 december 2021 var det drygt 456 000 patienter, varav 28 procent eller drygt 127 000 hade väntat mer än 90 dagar.

I december 2021 hade omkring 4 600 patienter väntat mer än två år. Det bör observeras att patienter med patientvald och medicinskt orsakad väntan inte ingår i dessa siffror. I december 2021 var de 34 000 personer.

Figur 1 **Andel patienter som väntat högst 90 dagar på första besök inom den specialiserade vården**

Utgår från antalet patienter på väntelistorna i slutet av varje månad, 2012–2022. Observera att y-axeln inte startar vid 0



* Fr.o.m. januari 2021 används en ny modell för rapportering av väntetiderna. Den innebär bland annat att besök hos fler professioner och vårdområden ingår i modellen. Det medför att resultaten för 2021 och 2022 inte är fullt jämförbara med tidigare år. Å andra sidan bör det ge en mer fullständig bild av första besöken inom specialiserad vård på sikt.

Not: Patientvalt väntande över 90 dagar och medicinskt orsakat väntande ingår inte.

Källa: Väntetidsdatabasen (SKR) via vantetider.se.

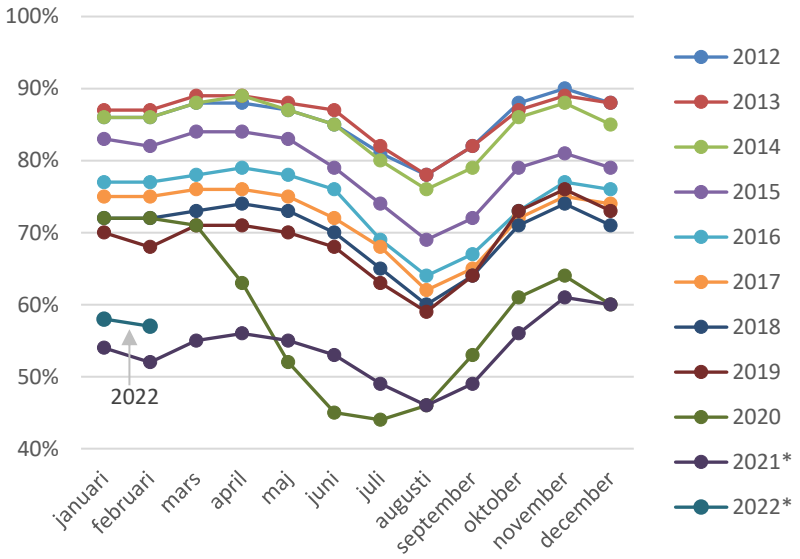
De som väntat längre än 90 dagar minskade något under slutet av 2021 vilket bedöms vara till följd av prestationsersättning under hösten till regionerna enligt överenskommelse mellan staten och SKR. Däremot ökade det totala antalet väntande under samma period med 10 700 patienter. Långväntarnas andel minskade men det grundläggande problemet med att inflödet är större än utflödet påverkades inte och kvarstår.

Något fler får sin operation eller annan åtgärd i tid

Andelen patienter som fått sin planerade operation eller annan åtgärd inom vårdgarantins tidsgräns på 90 dagar har sjunkit årligen sedan 2012, se figur 2. I februari 2022 var andelen som väntat högst 90 dagar 57 procent, vilket var en förbättring jämfört februari 2021, då andelen var 52 procent, men fortfarande en betydligt lägre nivå än 2019.

Figur 2 **Andel patienter som väntat högst 90 dagar på operation eller annan åtgärd inom den specialiserade vården**

Utgår från antalet patienter på väntelistorna i slutet av varje månad, 2012–2022. Observera att y-axeln inte startar vid 0



* Fr.o.m. januari 2021 används en ny modell för rapportering av väntetiderna. Den innebär bland annat att fler vårdområden ingår i modellen. Det medför att resultaten för 2021 och 2022 inte är fullt jämförbara med tidigare år. Å andra sidan bör det ge en mer fullständig bild av åtgärder inom specialiserad vård på sikt.

Not: Patientvalt väntande över 90 dagar och medicinskt orsakat väntande ingår inte.

Källa: Väntetidsdatabasen (SKR) via vantetider.se.

Det totala antalet väntande på operation eller annan åtgärd ökade under 2021. Den 31 december 2021 fanns det drygt 162 000 patienter på väntelistorna, varav 40 procent eller nära 66 000 personer hade väntat mer än 90 dagar. I december 2021 hade omkring 4 700 patienter väntat mer än två år.

Patienter med patientvald och medicinskt orsakad väntan ingår inte i dessa siffror. I december 2021 var de omkring 21 000 personer.

Under de tre månader hösten 2021 som prestationsersättning utgick till regionerna minskade antalet som väntat på en operation eller annan åtgärd 180 dagar eller mer med omkring 8 000 personer, eller 16 procent, för riket som helhet. Även antalet som hade väntat 91–180 dagar minskade, med omkring 14 900 personer eller 44 procent. Samtidigt är det tydligt att antalet som hade väntat 0–90 dagar ökade, och under perioden ökade det totala antalet väntande lite grann (omkring 900 personer, motsvarande 1 procent). Liksom för första besök verkar alltså prestationsersättningen ha haft en viss effekt på så sätt att antalet långväntare minskade, men det handlade främst om en omfördelning inom väntelistan.

Produktionen är för låg

Sammanfattningsvis fortsätter det totala antalet väntande i specialiserad vård att öka. Enligt utredningens beräkningar med underlag för 2021 skulle produktionen ha behövt vara 5 procent högre när det gäller första besök, och 3,5 procent högre när det gäller operation eller annan åtgärd, för att uppnå balans mellan inflöde och utflöde. Produktionen behöver öka för att inflöde och utflöde ska vara i balans.

En utökad vårdgaranti

Utredningen har haft i uppdrag att utreda för- och nackdelar med en utökad vårdgaranti. I uppdraget har ingått att, om det bedöms lämpligt, lämna förslag på hur vårdgarantin kan vidareutvecklas med särskild hänsyn till det pågående arbetet med att utveckla de standardiserade vårdförloppen inom cancerområdet och de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen inom andra sjukdomsområden. Det har även ingått att bedöma om den befintliga målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti. Dessutom har det ingått att lämna nödvändiga författningsförslag kring dessa frågor.

Utredningen fick genom ett tilläggsdirektiv även i uppdrag att arbeta vidare med och lämna nödvändiga författningsförslag kring vissa av de bedömningar som gjordes i delbetänkandet *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* (SOU 2021:59). De gällde bland annat att regionen bör agera i god tid för att hjälpa patienten till en annan vårdgivare när det är nödvändigt, att regionen bör erbjuda patienten tid för vården inom rimlig tid och att patienten behöver ges utökad information om vårdgarantin.

Vårdgaranti behövs och reglerar yttersta tidsgränser

Utredningens utgångspunkt har varit att det även fortsättningsvis ska finnas en vårdgaranti. Det är tydligt att dagens vårdgaranti inte efterlevs, och en naturlig fråga är därför om vårdgarantin gör någon som helst nytta. Att vårdgarantin inte efterlevs och att det är svårt att säga vilken effekt som vårdgarantin har haft på väntetiderna är ett problem, men utredningen ser trots detta att det finns fördelar med att ha en lagreglerad vårdgaranti.

Tidsgränserna i vårdgarantin utgör konkreta gränser som tydliggör för patienten när hen senast ska få vård, vilket främjar patientens rättsliga ställning. Vårdgarantin ger även regionerna ramar för hur hälso- och sjukvården behöver dimensioneras och resurssättas och förutsättningarna för regional likvärdighet ökar med en tydlig tidsgräns för när vård senast ska ges. Utredningen kan därutöver konstatera att vårdgarantin har ett signalvärde för hälso- och sjukvården och patienterna.

Vårdgarantin reglerar i dag inom vilka *yttersta tidsgränser* den enskilde ska erbjudas vård. Vårdgarantin reglerar inte *om* vård alls ska ges, *vilken vård* som ska ges eller *kvaliteten på vården* som ska ges. Utredningen har stått fast vid detta syfte. Prioriteringar utifrån medicinska behov ska göras *inom* tidsgränserna.

Mer relevant för fler patientgrupper och förslag för att tidsgränserna ska hållas

Med de utgångspunkter som beskrivs ovan menar utredningen att vårdgarantin bör vara så ändamålsenligt utformad som möjligt. Det har framförts att det är en nackdel att vårdgarantin i dag inte täcker

hela vårdkedjan och att den är mindre relevant för personer med kronisk sjukdom och för multisjuka personer. Det har också framförts att tidsgränserna inte utgår från medicinska behov och att garantin riskerar att leda till undanträngning.

Utredningen har strävat efter att förstärka fördelarna med dagens vårdgaranti samt adressera flera av dess nackdelar och riskerna med den. Därigenom är syftet att stärka patientens ställning. Utredningens förslag innebär en vårdgaranti som täcker fler delar av vårdkedjan och som är mer relevant för fler patientgrupper, exempelvis för patienter med kroniska sjukdomar.

Förslagen syftar också till att säkerställa att regionen ser till att patienten faktiskt får sin vård inom vårdgarantins yttersta tidsgränser. Detta bland annat genom ett förslag om att tydliggöra att regionen ska se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare *inom* vårdgarantins tidsgränser. Även ett förslag om att vårdgarantin ska omfatta information inom 14 dagar om tidpunkten för viss vård bidrar till det syftet, genom att förslaget stimulerar en längre framförhållning i vårdens planering och schemaläggning.

En utökad vårdgaranti i sig är inte tillräckligt för att säkra kortare väntetider

För att förslagen om en utökad vårdgaranti ska få praktiskt genomslag och efterlevas behöver regionerna och staten genomföra ett intensivt arbete innan ikraftträdandet. Regionerna behöver bland annat arbeta med produktions- och kapacitetsplanering, långsiktig planering och schemaläggning samt sluta avtal med och nyttja alternativa vårdgivare. Rutiner för registrering och uppföljning behöver utvecklas och komma på plats. Staten behöver se till att det finns en adekvat tillsyn och en utvecklad ändamålsenlig uppföljning. Omställningen till en nära vård behöver gå framåt. Slutligen är det viktigt med information kring vårdgarantins regler både för allmänheten och vårdens medarbetare.

Förslag

Utredningen lämnar följande förslag när det gäller vårdgarantin:

- 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.
- Medicinska bedömningar av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den specialiserade vården ska omfattas av vårdgarantin, i stället för besök inom den specialiserade vården.
- Inom såväl primärvården som den specialiserade vården ska undersökningar omfattas av vårdgarantin.
- Behandlingar inom primärvården ska omfattas av vårdgarantin. Behandlingar inom den specialiserade vården omfattas av vårdgarantin redan i dag.
- På samma sätt som när det gäller primärvården ska termen *behandling* användas i vårdgarantin när det gäller den specialiserade vården.
- Vårdgarantin ska omfatta information om tidpunkten för viss vård.
- 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.
- Bestämmelsen om att regionen ska se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare ska tydliggöras och utökas.
- Förändringar ska göras i fråga om startpunkten för beräkningen av vissa tidsgränser i vårdgarantin.
- Vissa av tidsgränserna i vårdgarantin ska ändras. 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 vården inom 60 dagar,
  - en behandling inom primärvården respektive den specialiserade vården inom 90 dagar, och
  - information om tidpunkten för viss vård inom 14 dagar.
- Regleringen om bedömningen av vårdgarantins uppfyllnad, exempelvis om medicinskt orsakad väntan och patientvald väntan, ska ändras på olika sätt.
- Vissa förändringar ska göras i patientlagen så att det som där sägs om vårdgarantins innehåll motsvarar vad som föreslås sägas om vårdgarantins innehåll i hälso- och sjukvårdslagen.

Bedömningar

Utredningen lämnar följande bedömningar när det gäller vårdgarantin:

- Återbesök i form av planerade uppföljningar bör inte omfattas av vårdgarantin.
- Det bör inte införas författningsreglerade differentierade vårdgarantier.
- Innehållet i de standardiserade vårdförloppen inom cancer och de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen inom andra sjukdomsområden bör inte regleras inom ramen för en vårdgaranti. Sådana vårdförlopp bör i stället ses som komplement till vårdgarantin.
- 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.
- Flera regioner behöver ta ett större ansvar för att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare när det krävs. Detta är regionernas ansvar och patienten ska inte behöva ta initiativet till att det sker.
- Flera regioner bör stärka sitt arbete med att se till att patienten får information om vad som gäller i fråga om vårdgarantin och valfrihet.

En nära och tillgänglig vård med fokus på primärvården

Utredningen har haft i uppdrag att följa arbetet i regioner och kommuner vad gäller utvecklingen av en mer nära vård, med fokus på primärvården, att föreslå ändamålsenliga och kostnadseffektiva insatser för hur regeringen och statliga myndigheter kan fortsätta stödja utvecklingen av den nära vården, och att lämna nödvändiga författningsförslag. Därutöver har utredningen haft i uppdrag att arbeta vidare med och lämna nödvändiga författningsförslag kring vissa av bedömningarna som gjordes i utredningens delbetänkande *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* (SOU 2021:59). En sådan bedömning handlade om att patienten bör erbjudas att vara delaktig i tidsbokning för vård.

Delaktighet och samverkan för nära vård

Det framkommer två delvis olika bilder av arbetet med omställningen till nära vård. Den ena bilden är att arbetet pågår på bred front. Det finns målbilder som är framtagna tillsammans av region och kommuner i en majoritet av länen. Projekt och pilottester pågår och startas upp för att exempelvis testa nya arbetssätt som går i riktningen mot en mer nära och tillgänglig primärvård. Den andra bilden är att primärvårdens kärnverksamhet ännu inte märkt av omställningsarbetet eller de statligt avsatta ekonomiska medlen för att göra primärvården till navet i svensk hälso- och sjukvård. Bristen på specialister i allmänmedicin är tydlig och medarbetarna i primärvårdens verksamheter märker inte av omställningen eller att primärvården på något sätt stärkts av det omställningsarbete som gjorts. Enligt uppföljnings- och utvärderingsrapporter från Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys kan det inte påvisas att någon faktisk omställning har skett i vårdens kärnverksamheter. Myndigheterna har inte heller kunnat fastställa om eller hur de tillförda statliga medlen från överenskommelserna kommit primärvården till nytta.

Utredningen menar att patienten behöver ges bättre förutsättningar till att vara delaktig i sin vård för att nå målet med omställningen till en mer nära och tillgänglig primärvård. Därför lämnar utredningen förslag om ett utökat informationskrav som innebär ett förtydligande av att patienten ska få information även om sina fasta kontakter i vården och kontaktuppgifterna till dessa och sina vård-

enheter. Dessutom lämnar utredningen förslag om att patienten ska få information samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet. Utredningen lämnar även förslag om att tidpunkten för vården så långt som möjligt ska väljas i samråd med patienten.

Utredningen menar att omställningen inte är en fråga för enbart primärvården, utan alla delar av vården behöver inkluderas i omställningsarbetet för att bedriva en effektiv vård med hög kvalitet och patientsäkerhet. God samverkan och högt förtroende mellan primärvården och den specialiserade vården är av vikt för att omställningen ska lyckas. Stora vinster finns att göra i såväl tillgänglighet som delaktighet och kontinuitet när samverkan mellan primärvård och specialiserad vård sker. Arbetssätt för att utveckla samverkan mellan vårdnivåer behöver intensifieras och utgå från patienternas behov och vårdens kärnverksamhet. Utredningen menar att statliga medel bör riktas till vårdens kärnverksamheter i syfte att stimulera uppstart och implementering av nya konsultativa arbetssätt som stärker primärvårdens tillgänglighet och kontinuitet.

Forskning, utbildning och utveckling för god och evidensbaserad nära vård

Utredningen anser att kombinationen forskning, utbildning och utveckling i primärvården kan bidra till en effektiv och långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård, och är särskilt angeläget eftersom primärvården ska vara basen och navet i hälso- och sjukvården.

Utredningen har konstaterat att utmaningarna med kompetensförsörjning i primärvården är särskilt uttalade i glesbygd och orter långt från universitetssjukhusen. Bristerna är särskilt stora avseende specialister i allmänmedicin. För att nå målen om en god och nära vård behövs därför ett långsiktigt arbete för tryggad kompetensförsörjning inom primärvården i hela landet.

Utredningen menar att kompetensförsörjningen kan förbättras och ges mer jämlika förutsättningar över landet med regionalisering av läkarutbildningen där en del av studenterna tillbringar sina sista tre studieår på en annan studieort än universitetets huvudort. Det finns positiva erfarenheter för kompetensförsörjningen av regionaliserad läkarutbildning att ta tillvara. För att stärka kompetensförsörjningen i den kommunala hälso- och sjukvården menar utredningen att det

behövs ökad samverkan mellan lärosätena och kommunerna om vårdutbildningarnas verksamhetsförlagda utbildning (VFU) – endast 26 procent av kommunerna har avtal med något lärosäte för VFU.

Många delar bilden av behovet att stärka forskningen i primärvården. Insatser har vidtagits, såsom att forskning tydligare ingår i primärvårdens uppdrag och tillfälliga medel finns avsatta för forskning i primärvården. Primärvårdsforskningen i dag är svag och utredningen menar att den måste stärkas ytterligare med långsiktiga insatser. Utredningen menar också att kunskapsutvecklingen i primärvården måste stärkas om primärvården ska vara basen och navet i hälso- och sjukvården. Därför menar utredningen att det krävs stöd för att skapa en stark forskningskultur och goda miljöer för forskning, utbildning och utveckling i primärvården. En kritisk massa av forskare behövs och fler universitetssjukvårdsenheter i primärvården behöver komma till stånd. Staten, regioner, kommuner och lärosäten behöver bidra till att skapa en god forskningskultur och därmed fortsatt kunskapsutveckling inom primärvården. Det är basen för en jämlik primärvård där varje patientmöte baseras på god och evidensbaserad nära vård.

Förslag

Utredningen lämnar följande förslag i syfte att stödja utvecklingen mot en mer nära och tillgänglig vård, med fokus på primärvården:

- 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.
- Det ska införas en ny bestämmelse i patientlagen som anger att patienten ska få information samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet.
- Det ska införas en ny bestämmelse i patientlagen som anger att tidpunkten för vården så långt som möjligt ska väljas i samråd med patienten.

Bedömningar

Utredningen lämnar följande bedömningar i syfte att stödja delaktighet och samverkan mot en mer nära och tillgänglig vård, med fokus på primärvården:

- 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.
- Regeringen bör rikta ekonomiska medel som ett stöd till det lokala omställningsarbetet i syfte att stimulera uppstart och implementering av nya konsultativa arbetssätt, exempelvis digital specialistkonsult, som stärker primärvårdens tillgänglighet och kontinuitet. Arbetet bör göras i samverkan mellan primärvård och specialiserad vård och målet ska vara förändrade arbetssätt som är långsiktigt hållbara och tjänar vårdens kärnverksamhet.
- 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 utifrån uppnådda resultat.
- 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 uppdraget bör det ingå utveckling och plan för fortsatt förvaltning av påbörjat indikatorsarbete, för att på nationell nivå kunna fortsätta följa hur omställningen påverkar hälso- och sjukvården även efter 2027.
- 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 även att utvärdera genomslaget av framtaget stödmaterial för fast läkarkontakt.

Utredningen lämnar följande bedömningar inom områdena forskning, utbildning och utveckling med syfte att stödja en bättre kompetens-

försörjning och kunskapsutveckling i en god och evidensbaserad nära vård:

- Utredningen stöder förslaget i delbetänkandet *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* (SOU 2020:19) om att utbildning ska ingå i primärvårdens grunduppdrag.
- De universitet som saknar regionaliserad läkarutbildning i sjukvårdsregionen bör i samverkan med regionerna utreda regionalisering av läkarutbildningen i sin sjukvårdsregion.
- Staten bör stödja universitet och regioner i utvecklingen och etableringen av regionaliserad läkarutbildning samt ge ett permanent stöd till de som infört regionaliserad läkarutbildning.
- Lärosäten och kommuner bör öka samverkan om verksamhetsförlagd utbildning genom fler VFU-avtal för de legitimationsyrken som förekommer i kommunal hälso- och sjukvård.
- Regeringen bör tillsätta ett 10-årigt *Nationellt samverkansprogram för forskning och utveckling för nära vård*, vid Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte).
- Regeringen bör tillsätta ett 10-årigt *Nationellt program för primärvårdsforskning* med fokus på allmänmedicin, vid Vetenskapsrådet (VR).
- Regeringen bör ge Forte respektive VR i uppdrag att förbereda för programmen, analysera forskningsbehov och ta fram strategiska forskningsagendor i samverkan med berörda aktörer året innan medel utlyses.
- Regioner och kommuner bör stärka strukturerna för forskning och utveckling och stärka forskningsmiljön. De bör öka samverkan med lärosäten samt med varandra i dessa frågor.
- Regionala samverkansorgan för ALF-avtalet och regioner i sjukvårdsregionen bör tillsammans utveckla förutsättningar för forskning, utbildning och utvecklingsarbete i syfte att möjliggöra universitetssjukvårdsenheter i respektive region, särskilt inom primärvården.
- Staten bör stödja utvecklingen av universitetssjukvårdsenheter inom primärvården i fler regioner.

- Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram förslag till en långsiktigt hållbar struktur för forskning, utbildning och utveckling i kommunal hälso- och sjukvård, inklusive former för återkommande nationell uppföljning och utvärdering.

Barn och ungas psykiska hälsa

För barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) finns det en målsättning om en förstärkt vårdgaranti som innebär att barn och ungdomar inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar till en fördjupad utredning eller behandling. Målsättningen inom BUP är inte lagstadgad utan formulerad i överenskommelser mellan staten och SKR. Utredningen har haft i uppdrag att bedöma om målsättningen bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti, och lämna nödvändiga författningsförslag.

Efterfrågan på vård ökar

Trots att en målsättning om en förstärkt vårdgaranti inom BUP funnits genom överenskommelse i cirka tio år finns i dag betydande väntetider till BUP och det är få regioner som uppfyller målsättningen om en förstärkt vårdgaranti. Det finns dock både brister och förändringar i rapporteringen och uppföljningen av väntetidsstatistiken genom åren, vilket försvårar möjligheterna att dra långtgående slutsatser om utvecklingen över tid. Samtidigt kan utredningen konstatera att efterfrågan på vård bland barn och unga inom området psykisk ohälsa har ökat under samma tidsperiod. Vad som ligger bakom den ökade upplevda psykiska ohälsan hos barn och unga är inte fastställt. Troligast är det en kombination av förutsättningar och förändringar i samhället. Sammantaget menar utredningen att det är svårt att dra slutsatser om vilka effekter målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP och övriga statliga insatser inom området haft på väntetider för barn och unga med psykisk ohälsa. Utredningen kan dock konstatera att det finns mycket kvar att göra inom området för att förbättra tillgängligheten och minska väntetiderna.

Tidiga insatser och samverkan

Utredningen bedömer att ett bredare angreppssätt behövs för hela området psykisk hälsa för barn och unga, där *tidig upptäckt* av psykisk ohälsa och *tidigt omhändertagande* tillsammans med en *välfungerande samverkan mellan vårdnivåer* är de viktigaste åtgärderna för att främja barn och ungas psykiska hälsa. Med tidiga och stegvisa insatser kan barn och unga med lätta och medelsvåra symtom få snabbare tillgång till stöd efter behov, samtidigt som risken för förvärrade besvär och därmed behov av specialiserad vård minskar. Detta kan i förlängningen leda till bättre tillgänglighet till specialiserad vård inom BUP för barn och unga med mer omfattande besvär, samtidigt som BUP kan utveckla sin konsultativa roll för den tidiga vården. Vidare bedömer utredningen att målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP inte bör lagregleras men kvarstå som målsättning.

Bedömningar

Utredningen lämnar följande bedömningar i syfte att genom ökad samverkan på alla nivåer skapa förutsättningar för att tidigare upptäcka barn och unga med psykisk ohälsa, erbjuda stegvisa samordnade insatser och öka tillgängligheten till både primärvård och specialiserad vård:

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

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

Regionala handlingsplaner

Utredningen har haft i uppdrag att stödja regionernas arbete med regionala handlingsplaner. I delbetänkandet *Vägen till en ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* (SOU 2021:59) beskrev utredningen det stödjande arbete utredningen utfört i samverkan med regionernas utsedda kontaktpersoner: dialogen kring nulägesrapporter 2019, dialogen under framtagandet av regional handlingsplan 2021 samt spridning av goda exempel på väl genomfört tillgänglighetsarbete. Utredningens analys av de regionala handlingsplanerna återkopplades till varje region i juni 2021.

I delbetänkandet lämnades flera bedömningar kring behovet av långsiktigt strategiskt arbete i samverkan mellan staten och regionerna. Det handlade om att ha ett årshjul med årliga regionala handlingsplaner med mätbara och tidsatta mål och årliga uppföljningar. Utredningen föreslog en kommitté för uppföljning och dialog med varje region kring regionens tillgänglighetsläge och resultat i förhållande till den regionala handlingsplanens mål.

Staten har i en överenskommelse med SKR för 2022 beslutat om fortsatt arbete med regionala handlingsplaner. Regeringen har givit Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en plan för arbetet med uppföljning och dialog med regionerna. Socialstyrelsen ska med start 2023 genomföra dialoger med varje region.

Utredningen har efter delbetänkandet haft uppdraget att fortsatt stödja regionerna i deras arbete att genomföra åtgärderna i handlingsplanerna och om det finns behov föreslå andra åtgärder som bedöms nödvändiga för att förbättra tillgängligheten.

Fortsatt stödjande arbete

Utredningen har efter delbetänkandet fortsatt det stödjande arbetet gentemot regionernas kontaktpersoner. Det handlar om information och dialog kring långväntare, redovisning av delbetänkandet, möte med goda exempel på väl genomfört tillgänglighetsarbete, presentation av internationell jämförelse, dialog om utvecklingen av vårdgarantin och sammanfattande redovisning av nulägesrapporternas innehåll. Utredningen har också kontinuerligt informerat kontaktpersonerna om regeringsbeslut med mera som rört tillgänglighet. På grund av fortsatt covid-19-pandemi har arbetet liksom tidigare skett digitalt med undantag för ett fysiskt regionbesök.

Utredningen lägger i detta betänkande inga bedömningar eller förslag i fråga om regionernas handlingsplaner utan menar att de bedömningar och förslag som lagts i delbetänkandet är grundläggande för vägen framåt mot kortare väntetider. Utredningen bedömer att uthållighet i arbetet med regionala handlingsplaner och en vässad uppföljning från statens sida efterföljt av årlig dialog med varje region kring utvecklingen av tillgänglighet är en viktig komponent i att komma till rätta med väntetider och köer.

Andra överväganden

Utredningen har gjort vissa övergripande överväganden inom tre områden som har beröringspunkter med frågan om tillgänglig vård. De områden som berörs är

- hanteringen av intyg i hälso- och sjukvården,
- uppföljningen av patienter med adhd i behov av narkotikaklassade läkemedel, samt
- valfrihet inom den slutna vården.

Gällande hanteringen av intyg i hälso- och sjukvården lämnar utredningen en bedömning.

Överväganden avseende intygshanteringen i hälso- och sjukvården

Intygsskrivning är ett område som ofta lyfts av läkarkåren som onödigt tidskrävande. I dag utfärdas över 200 olika typer av intyg inom hälso- och sjukvården. Beräkningar visar att hälso- och sjukvårdens medarbetare lägger ner tre miljoner arbetstimmar varje år på intygshantering till en uppskattad kostnad om drygt 2 miljarder kronor. Under många år har såväl myndigheter som SKR och Inera arbetat för att utveckla intygshanteringen, men den uppfattas fortfarande inom vården som omfattande. Det kan finnas utvecklingspotential när det gäller samordning och effektivisering av intygsarbetet på nationell nivå.

Utredningen menar att för att få en effektiv och tillgänglig vård är det viktigt att minimera det intygsskrivande arbetet och den administration som intygsutfärdande innebär för vården.

Bedömning

Regeringen bör ge en lämplig myndighet i uppdrag att följa upp det utvecklingsarbete som har 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.

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

Utredningen har med relevanta parter diskuterat frågan om allmänläkare inom primärvården skulle kunna ta över uppföljning och förskrivning av läkemedel till patienter med adhd som har en välinställd och fungerande behandling. Detta skulle i så fall kräva en förändring i begränsningen av förskrivning av narkotikaklassade läkemedel.

Utredningen konstaterar att det i dagsläget saknas kapacitet främst i form av allmänläkare men även kompetens i primärvården för att

klara av att ta ansvar för och ge en god vård till patientgruppen. Fokus för primärvårdens arbete med adhd bör för närvarande vara det återstående arbetet i implementeringen av vård- och insatsprogrammet för adhd.

Utredningen anser därmed inte att det finns skäl att ytterligare utreda frågan om ändringar i rätten till förskrivning av narkotikaklassade läkemedel för adhd-behandling. Utredningen ser dock att detta kan vara aktuellt på lång sikt som en del i den nära vårdens utveckling. Innan en sådan förändring av förskrivningsrätten och förskjutning av vården mellan vårdnivåer görs behöver dock frågan utredas vidare för att väga fördelar mot nackdelar, däribland risken för ökad missbruksproblematik.

Överväganden avseende valfrihet i sluten vård

Utredningen har övervägt om valfrihet även bör gälla för sluten vård som ett sätt att stärka patientens ställning och därmed åstadkomma ökad tillgänglighet. Sedan 2015 finns en lagstadgad möjlighet för en patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård att inom eller utom denna region välja utförare av offentligt finansierad öppen vård. Motiv som angavs för att inte införa valfrihet i sluten vård då lagen tillkom var att den slutna vården är dyrare än den öppna vården, platserna är begränsade och vårdepisoderna är längre. Slutenvårdens höga specialiseringsgrad angavs medföra att det finns större anledning för regionerna att vilja behålla kontrollen över resurser och kompetens för att kunna skapa långsiktiga planeringsförutsättningar.

Utredningen har översiktligt undersökt om det skett några förändringar avseende de motiv som angavs då valfrihet infördes i öppen men inte i sluten vård. Utredningen har konstaterat att de motiv som då angavs för att inte lagstadga valfrihet i sluten vård fortfarande kvarstår.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har efter analyser av registerdata dragit slutsatsen att möjligheten att välja vårdgivare inom öppen vård inte märkbart har påverkat de fysiska patientflödena mellan regioner över tid.

Utredningen har frågat SKR och några regioner om kostnader för utomlänsvård till följd av valfrihet av vård i andra regioner. Det har visat sig svårt att få fram preciserade kostnader för utomlänsvård relaterat till valfrihet på grund av att de inte följs upp. Utredningen har

därmed dragit slutsatsen att kostnaderna bedömts som obetydliga av regionerna.

Utredningen har också konstaterat att regionerna redan i dag kan erbjuda valfrihet i sluten vård och att det även rekommenderas i *Riksavtalet för sluten vård*.

Utredningens slutsats är att valfrihet i sluten vård skulle kunna stärka patientens ställning och till viss del öka tillgängligheten i vården, men utredningen anser att mycket talar emot att denna utredning skulle utreda frågan ytterligare och lämna ett sådant förslag. Utredningen menar att en större effekt på väntetider kan uppnås med andra insatser såsom effektivisering i regionernas vårdgarantiremittering och produktions- och kapacitetsplanering.

Utredningen menar också att utredningens förslag i delbetänkandet *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig och i samverkan* (SOU 2021:59) tillsammans med förslagen i detta betänkande avseende förändringarna i vårdgarantin är mer effektivt för tillgänglighet än valfrihet i slutenvård. Utredningen menar att om regionen ser till att patienten får vård inom vårdgarantins tidsgränser hos patientens vårdgivare eller annan vårdgivare skulle det påverka tillgängligheten mer än om det infördes en valfrihet i den slutna vården. En valfrihet gällande sluten vård skulle därmed i praktiken komma att handla om de patienter som i dag får vård *inom* vårdgarantins gränser. Det skulle därmed bli mer av en ren valfrihetsfråga än en fråga om att korta väntetider i vården.

Vägen till ökad tillgänglighet

Utredningen har i delbetänkandet och i detta betänkande lämnat en rad förslag och bedömningar som på olika sätt syftar till att bidra till att vända väntetidsutvecklingen. Grundläggande är en ökad samverkan mellan staten och regionerna, att patientens ställning stärks samt att möjligheterna till att vara delaktig i sin egen vård förbättras. Staten och regionerna behöver tillsammans göra vårdens tillgänglighet till prioritet ett. Det som sammantaget behöver ske är särskilt följande:

- Arbetssätt behöver etableras som omfattar erfarenheterna av pandemiarbetet med medarbetarnas engagemang och satsning på kärnverksamhet.

- De regionala handlingsplanerna med kort- och långsiktiga mål behöver behållas och utvecklas.
- Arbetet med produktions- och kapacitetsplanering i syfte att nå balans mellan in- och utflöde av patienter behöver intensifieras. Planering och schemaläggning behöver ske med god framförhållning.
- Staten, regioner och kommuner måste driva omställningen till nära vård i mål och satsa på långsiktiga insatser för att stärka primärvården.
- Den statliga uppföljningen behöver vässas och uppföljning med varje region ske årligen med dialog vid platsbesök.
- Såväl staten som regionerna bör fortsättningsvis agera utifrån att den lagstadgade vårdgarantin handlar om yttersta tidsgränser och inte målsättningar.
- Adekvat tillsyn för att kontrollera efterlevnaden av vårdgarantin måste komma till stånd.
- Kännedomen om vårdgarantin och patientens valmöjligheter måste förbättras.

Utredaren har ordet

Att komma till rätta med köer och väntetider

Sveriges läge i fråga om köer och väntetider i vården är efter covid-19-pandemin sämre än någonsin, vilket utredningen visar i kapitel 3. Samtidigt har vårdens hantering av den påfrestning som pandemin inneburit visat att svåra problem kan lösas. Utredningen menar att det finns vägar framåt som bygger på de erfarenheter vården samlat under pandemin.

En faktor som visat sig ha mycket stor betydelse är det starka engagemanget hos vårdens medarbetare. Många har uttryckt att arbetet känts meningsfullt. ”Äntligen fick jag arbeta med det jag utbildats för” har jag som utredare fått höra. Om vården ska komma till rätta med väntetiderna krävs just det; att medarbetarnas engagemang, kunskaper och erfarenheter används till rätt saker och kommer patienterna till del. Kärnverksamheten måste vara i fokus och annat mindre viktigt avvecklas. De administrativa staberna måste bli en stödfunktion till verksamheterna och inte vara de som ställer krav på aktiviteter utanför kärnverksamheten. Under pandemin har ledning och styrning kommit närmare verksamheterna och beslutsmandat har flyttats ned i vårdkedjan. Tiden från beslut till handling har därmed förkortats, patienter på väntelistor har kontaktats och förnyad behovsprövning har gjorts. Samverkan mellan enheter har förbättrats och genom dialog har horisontella prioriteringar genomförts. Omfördelning av operationsutrymme med medicinsk prioritering har också genomförts. ”Tidigare hade varje klinik sin operationssal och det var omöjligt att få tid i någon annans sal men under pandemin har vi diskuterat och fördelat tillsammans”. I Region Östergötland inrättades en regional operationsplaneringsgrupp under pandemin med målet att nyttja samtliga operationsavdelningar optimalt.[1] Samverkan för att

[1] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, s. 118.

nyttja alla möjligheter till vård har drivits på inom regionerna, till exempel samverkan mellan flera sjukhus.

Nya arbetssätt har utvecklats. Digitaliseringen har fått fart och öppnat för nya möjligheter tillsammans med patienterna men också vad gäller allehanda möten som nu kan genomföras digitalt utan restider.

Utmaningen nu är att hålla i det goda från pandemin. Att inte gå tillbaka till utgångsläget utan behålla sättet att styra och leda, fokusera på kärnverksamheten och de nya arbetssätten samt ta vara på och utveckla medarbetarengagemanget. Det ställer stora krav på ledarskapet. Mina många år inom svensk hälso- och sjukvård har övertygat mig om att de chefer som kan påverka tillgängligheten för patienterna allra mest är verksamhetschefer och vårdenhetschefer på klinik- och vårdcentralsnivå. Inte minst gäller detta när det kommer till att åstadkomma en god arbetsmiljö där medarbetarnas förslag och lösningar tas tillvara och den enskilde får feedback och uppmärksammas. Ett stimulerande sätt att arbeta tillsammans för en bra arbetsmiljö är att produktions- och kapacitetsplanera sin verksamhet. Den personalbrist som i många regioner är ett faktum löses bäst genom arbete för att vara en attraktiv arbetsgivare där personalen vill stanna kvar och arbetsglädje finns. En kompetent och motiverad medarbetare med lång erfarenhet är guld värd!

Frigör tid för kärnverksamhet

Om vården ska kunna korta väntetiderna måste tid för kärnverksamhet frigöras. Varje dag genomförs nödvändiga administrativa arbetsuppgifter till värde för patienten. Men det finns också icke värdeskapande administration.

McKinsey & Company genomförde i samarbete med Sveriges läkarförbund sommaren 2018 en enkät som besvarades online av 1 228 kliniskt verksamma läkare. Läkarna skattade att de i snitt ägnade 19 procent av sin arbetstid åt administration och dokumentation. En del av detta var nödvändig administration men annat kunde klassas som onödigt. Onödigheter var till exempel tidsåtgång till följd av krångliga och tröga it-system men det fanns också arbetsuppgifter

som utfördes av läkare men som inte krävde läkarutbildning och skulle kunna utföras av andra.[2]

En distriktssköterskas licentiatavhandling från 2019 visade i en tidsstudie att personal i primärvård ägnade 37 procent av arbetstiden till arbete direkt med patienter. I avhandlingen delades personalens tid in i arbete direkt med patienter, indirekt arbete med patienter och övrigt arbete. Som arbete direkt med patienter definierades tid då patient och personal var tillsammans till exempel vid besök i vården eller i telefonsamtal. Som indirekt arbete klassades dokumentation eller läkemedelsdistribution. Övrigt arbete var möten av olika slag, schemaläggning med mera. Författaren sammanfattar så här:

> Avhandlingen belyser vikten av att beslutsfattare noga överväger fördelningen av icke patientrelaterade arbetsuppgifter bland personal i primärvård, för att möjliggöra effektiv användning av personalresurserna och för att främja goda arbetsförhållanden. Förhoppningen är också att studiens resultat ska bidra till fortsatt utveckling av primärvården så att den medicinska kompetensen kommer patienterna till nytta i så stor omfattning som möjligt.[3]

Samtidigt som vårdens medarbetare upplever att de gör onödig administration har antalet administratörer ökat proportionellt mer än de som är i direkt patientarbete. Tidningen *Vårdfokus* sammanställde 2018 statistik baserad på inrapportering till Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Antalet chefer, handläggare och administratörer hade mellan åren 2010 och 2017 ökat med nära 36 procent, eller drygt 8 000 årsarbetare (vårdadministratörer som direkt avlastar vården ingick inte).[4] Räknat till antal årsarbetare ökade antalet läkare i landet under samma tidsperiod med nära 4 000, motsvarande 16 procent. Sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, barnmorskor, röntgensjuksköterskor och biomedicinska analytiker ökade tillsammans drygt 2 procent. Det kan jämföras med en befolkningstillväxt på drygt 7 procent under samma tid.[5]

[2] McKinsey & Company 2019. *Tid till vård ger vård i tid. Hur möjliggör vi en bättre användning av läkarens tid och en ökad produktivitet? (*Enkätundersökning i samverkan med Sveriges läkarförbund).
[3] Anskär, E. 2019. Linköping Studies in Health Sciences, Thesis No. 136. *Time flies in primary care*, s. 4.
[4] *Vårdfokus.* 2018. Fler styr och räknar – färre vårdar patienter. 21 maj 2018.
[5] *Läkartidningen.* 2018. Administrativ personal har gått om antalet läkare i vården – med råge. 24/2018.

Läkartidningen har mer nyligt ånyo granskat utvecklingen. Gruppen chefer, handläggare och administratörer (undantaget vårdadministratörer som direkt avlastar vården) har mellan 2018 och 2020 ökat med drygt fem procent i hela landet, enligt Läkartidningens statistik hämtad från SKR. Läkare, barnmorskor och sjuksköterskor har under samma period blivit drygt tre procent fler.[6]

Tid kan frigöras för kärnverksamhet. En möjlighet att frigöra tid är ett effektivare intygsarbete. I dag utfärdas över 200 olika typer av intyg inom hälso- och sjukvården.[7] Det har beräknats att sjukvårdens medarbetare lägger ner i storleksordningen tre miljoner arbetstimmar varje år på intygshantering.[8] I kapitel 9 lämnar utredningen bedömningen att regeringen bör ge en myndighet 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.

Icke nödvändig administration måste minimeras. På samma sätt som att alla i vården bör fråga patienterna ”Vad är viktigt för dig?” borde alla vårdens ledningar inför beslut fråga sig och sina medarbetare ”Är detta viktigt för kärnverksamheten?”

Administratörer bör utföra sådana arbetsuppgifter som inte kräver vårdande personal men som direkt avlastar vården så att legitimerad sjukvårdspersonal kan ägna sig åt patienterna, det vill säga kärnverksamheten.

Köerna blir allt längre

Varför har Sverige väntetider? Den frågan har ofta ställts till utredningen. Ibland åtföljs den av kommentaren att bara vi vet varför kan vi ta bort väntetiderna. Frågan skulle kunna formuleras: Varför har Sverige haft väntetidsproblem och köer sedan 1960-talet och varför försämras läget trots stora ekonomiska satsningar, överenskommelser mellan staten och SKR och lagstadgad vårdgaranti?

Utredningen har tyvärr inte funnit några analyser som ger säkra och välunderbyggda svar på den senare frågan. En del underlag om

[6] *Läkartidningen.* 2022. Fortsatt ökning av administratörer – några regioner går mot strömmen. https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2022/01/fortsatt-okning-av-administratorer-nagra-regioner-gar-mot-strommen/21 januari 2022.
[7] Inera. 2020. *Intygstjänster 2020.*
[8] E-hälsomyndigheten. 2020. *Elektroniska läkarintyg, en förstudie.*

vad som kan medföra väntetider redovisas i kapitel 3. Men inget förklarar obalansen mellan in- och utflöde ledande till långa väntetider ända sedan 1960-talet, varför väntetiderna försämrats sedan flera år innan pandemins start eller varför alla insatta åtgärder av regionerna och staten inte har lyckats vända trenden. Årliga överenskommelser med SKR under hela 2000-talet, med ekonomiska medel till regionerna, och lagstadgad vårdgaranti har inte lyckats åtgärda problemet. Tvärtom har det utvecklats en syn på vårdgarantins gränser som målsättningar att ta sikte på snarare än den yttersta gräns inom vilken medicinska prioriteringar ska ske. Det har medfört kontinuerligt överskridande av vårdgarantins författningsreglerade tidsgränser från regionernas sida, ett överskridande som inte medfört någon åtgärd. I kapitel 3 visar också utredningen att köerna i specialiserad vård fortsätter förlängas då inflödet fortsatt är högre än produktionen i regionerna. Ekonomiska medel för uppdämda vårdbehov har inte påverkat detta och prestationsmedel hösten 2021 har visserligen lett till omfördelning till förmån för långväntare men samtidigt har kön förlängts.

Till det kommer att svensk vård i allra högsta grad är ojämlik och att SKR har misslyckats med att samordna regionerna i att efterfölja goda exempel. För det finns regioner eller verksamheter inom regioner som har lyckats bättre än andra men deras arbetssätt och tillgänglighetskoncept har övriga inte tagit fasta på. Många hoppas att omställningen till nära vård ska vara nyckeln men omställningen går mycket långsamt framåt.

Utredningen har under hela utredningstiden frågat sig vad som kan göras för att vända trenden och menar att lösningen till del finns i medarbetarnas engagemang, i ledarskapet och i att satsa på kärnverksamheten som beskrivits ovan.

Men dessutom måste regionerna som har ansvaret för tillgängligheten intensifiera sin produktions- och kapacitetsplanering, samverka med andra regioner i att finna effektiva arbetssätt och lösningar, fortsätta digitaliseringsutvecklingen samt nyttja befintliga och sluta ytterligare avtal med andra vårdgivare. Regionerna bör informera patienter bättre om vårdgarantin och patientens möjlighet att få vård av annan vårdgivare och ta vara på patientens eget önskemål om patienten hittat vårdgivare med ledig kapacitet. I kapitel 4 finns flera förslag för att stärka patientens ställning och tydliggöra regionernas

ansvar för att hjälpa patienten när de yttersta tidsgränserna i vårdgarantin inte kan hållas.

Regeringen har efter utredningens delbetänkande *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* (SOU 2021:59) avsatt 2 miljarder kronor till regionerna bland annat som stöd för produktions- och kapacitetsplanering och givit Socialstyrelsen i uppdrag att stödja regionerna i deras arbete med produktions- och kapacitetsplanering.[9] Regeringen har också aviserat en tilläggsöverenskommelse med SKR senast 1 maj 2022. Den planeras innehålla ytterligare konkreta insatser som regionerna ska genomföra i syfte att stärka sin samverkan kring stödjande funktioner för patienter kopplade till vårdgarantin och väntetider, till exempel vårdlotsar och vårdgarantikanslier.[10] I mars 2022 beslutade regeringen om ett uppdrag till E-hälsomyndigheten att göra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas i statlig regi.[11]

Samverkan mellan staten och regionerna

Som utredningen redogjort för i delbetänkandet krävs en långsiktig och strategisk samverkan mellan staten och regionerna för att lyckas vända den negativa utvecklingen för väntetiderna och köerna. Politisk enighet kring högsta prioritet för tillgänglighet måste eftersträvas. Staten och regionerna måste ha en gemensam bild av nuvarande läge och vara överens om lång- och kortsiktiga mål, vilka insatser som behövs, vem som har ansvaret för dessa och hur det ska följas upp.

Regionerna ska i enlighet med *Överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2022* fortsätta arbetet med sina regionala handlingsplaner och precisera tidsatta och mätbara kort- och långsiktiga mål.[12]

Socialstyrelsen har i mars 2022 fått regeringens uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, med fokus på väntetider och vårdköer. Socialstyrelsen ska inledningsvis ta fram en plan för arbe-

[9] Regeringsbeslut S2022/00456. *Uppdrag att fördela medel till regionerna för hantering av de uppdämda vårdbehoven* och Regeringsbeslut S2022/01373. *Uppdrag att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt lämna förslag på målvärden för antalet vårdplatser.*
[10] *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*
[11] Regeringsbeslut S2022/01372. *Uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas*.
[12] *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

tet, beskriva hur uppföljning ska ske av regionernas handlingsplaner och hur det ska ligga till grund för årlig dialog mellan region och myndighet.[13]

Att följa upp är viktigt på alla nivåer och väntetidsdata behöver hålla hög kvalitet och vara lätt tillgänglig. Staten behöver vässa sin egen uppföljning så att alla myndigheters uppföljning används tillsammans med regionernas nulägesrapporter och årsrapporter som underlag för de dialoger som ska ske med varje region. Dialogerna, som ska inledas 2023, ska ske vid årliga platsbesök och det är viktigt enligt utredningen att dialoggruppen består av personer med hög legitimitet i hälso- och sjukvården.

Staten, regionerna och kommunerna måste också gemensamt driva omställningen till nära vård i mål.

Omställningen kräver hela vårdens medverkan

Sedan några år pågår omställningen till nära vård. Begreppet är oklart för många men enligt regeringens proposition 2019/20:164 *Inriktningen för nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, beskrivs målet så här:

> Hälso- och sjukvården bör ställa om så att primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården bör vara att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet bör också vara att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.[14]

För att nå målet är det viktigt att kontinuitet, delaktighet och tillgänglighet stärks. Att vården bedrivs effektivt är nödvändigt för att lyckas med omställningen.

I överenskommelsen om en god och nära vård för 2022 skriver parterna att en strategisk samverkan mellan regeringen och SKR är nödvändig för att omställningen till nära vård ska vara hållbar. Samverkan ska bidra till omställningen samt främja utvecklingen mot målbilden och uppföljningen av omställningen. Parterna ska gemensamt förvalta målbilden. För den beskrivna samverkan har två mål

[13] Regeringsbeslut S2022/01664. *Uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet*.
[14] Prop. 2019/20:164. *Inriktningen för nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 1.

satts upp: Senast 2022 ska formerna för den strategiska samverkan på tjänstepersonsnivå vara etablerad och Socialdepartementets och SKR:s politiska ledningar ska gemensamt ha inlett ett samarbete för att tillsammans främja omställningen.

I överenskommelsen anges också att en central del i samverkan är att regionen och kommunerna i respektive län har en gemensam målbild för omställningen samt en struktur för hur omställningen ska utvecklas och följas upp. Samverkan bör inte bara ske mellan regionernas och kommunernas primärvård utan också med andra berörda verksamheter och aktörer, till exempel tandvården, socialtjänsten, skolan och dess elevhälsa, företagshälsovården, den specialiserade vården samt med aktörer inom det civila samhället och genom samordningsförbunden.[15]

Det är viktigt att inte bara vårdens medarbetare utan invånarna förstår hur målet ser ut för omställningen av vården. Min uppfattning är att så inte är fallet i dag. Arbetet hittills ger ett intryck av att ha börjat top-down och ännu inte nått medarbetarna eller invånarna. En del regioner har tagit fram egna målbilder, men majoriteten har gjort det tillsammans med kommunerna i länet. Det är tydligt att på övergripande politisk och tjänstemannanivå pågår ett arbete för samverkan mellan regioner och kommuner. I de målbilder som i februari 2022 går att ta del av via SKR är följande nyckelord vanliga: hälsa, levnadsvanor, egenvård, kontinuitet, patient som medskapare, sömlös vård.[16] Det blir tydligt att en del av omställningen handlar om en omställning till personcentrerad vård där patientens delaktighet i vården är central. Den delen beskrivs gälla den nära vården men nyckelorden är giltiga också för hela den specialiserade vården inklusive högspecialiserad vård.

Regeringen och SKR bör inom ramen för sin samverkan överväga att förtydliga en nationell uppföljningsbar målbild för hela vården samtidigt som regioner och kommuner tillsammans bör arbeta med färdplaner till 2027 med delmål och årlig uppföljning. Fortsatt arbete måste utgå från patientens behov och situation och i högre grad ta vara på vårdens medarbetares engagemang. Medarbetarna behöver kunna följa omställningens resultat – det är viktigt att kunna se förflyttningar! Om så inte sker förstärks lätt den uppfattning som jag

[15] *God och nära vård 2022, En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*
[16] SKR. Information erhållen februari 2022.

ofta hör från vårdens medarbetare i primärvården – ”det händer inget, vi ser inga ekonomiska förstärkningar men vi får större uppdrag, det finns kortsiktiga projekt som läggs ner när tillfälliga pengar är slut men ingen långsiktig satsning”. Den specialiserade vårdens medarbetare ger ofta en bild av att omställningen knappast kommer att beröra dem. En förutsättning för att lyckas med omställningen är dock att arbetet sker i samverkan mellan specialiserad vård och primärvård. I kapitel 5 lägger utredningen förslag som ska stimulera sådan samverkan och leda till nya arbetssätt.

En annan del av omställningen till nära vård handlar om att primärvårdens tillgänglighet och medborgarnas förtroende för primärvården måste öka. Framför allt måste patienter med kroniska och många sjukdomar tas om hand bättre än i dag. För att klara det måste antalet verksamma allmänläkare i primärvården öka så att alla patienter senast 2027 erbjuds en fast läkarkontakt. Med ansvar för ett rimligt antal patienter och möjlighet att erbjuda patienterna kontinuitet kan arbetsmiljön förbättras så att det blir attraktivt att arbeta på vårdcentral. I kapitel 6 lägger utredningen förslag om regionaliserad läkarutbildning vilket på sikt kan påverka rekryteringen till allmänmedicin och innebära möjligheter till en mer jämlik bemanning av primärvården över landet.

Team med många olika kompetenser bör finnas i både den regionala och kommunala primärvården. Teamen bör erbjuda en fast vårdkontakt för samordning av patientens olika vård om patienten behöver eller önskar det. Det är särskilt viktigt för multisjuka patienter och patienter med kronisk sjukdom som kräver många vårdkontakter men även för barn och unga med psykisk ohälsa. Det kan underlätta även för den specialiserade vården om patienter har en fast vårdkontakt i primärvården. Invånarna bör ha möjlighet att få kontakt med primärvården veckans alla dagar och för icke-kontorstid finns olika sätt att samverka för att täcka även den tiden. Samverkan mellan den regionala och kommunala vården behöver öka och lokala lösningar för att nyttja varandras kompetens bör åstadkommas.

Den här förändringen görs inte heller utan samverkan med specialiserad vård. Nya arbetssätt måste användas. Samtidigt måste kunskapsstöd omfatta all vård från kommunal och regional primärvård till och med högspecialiserad vård. Vårdens professioner måste tillsammans ta ansvar för hela vårdkedjan. Samtidigt måste patienterna ges verktygen att vara delaktiga i sin egen vård så långt som den en-

skilde kan och vill. I kapitel 5 finns de bedömningar och förslag utredningen lägger för att med en pusselbit bidra till att ge patienterna förutsättningar för att vara delaktiga i sin vård och ge vårdens medarbetare möjlighet att följa och känna delaktighet i omställningen.

Kommer en väldimensionerad tillgänglig primärvård med god kontinuitet och delaktiga patienter att även hjälpa den specialiserade vårdens köer och väntetider? Jag är övertygad om att en väl fungerande primärvård med tillit och god tillgänglighet kommer att göra det. Belastningen på den specialiserade vårdens akutmottagningar kommer att minska, omhändertagandet i hemsjukvården kommer att avlasta specialiserad vård, det meningslösa sökandet ”vart ska jag vända mig?”, ”vem ger mig svar?”, ”var är min remiss?”, ”kan jag få min undersökning snabbare?” och så vidare kommer att minska. Nya arbetssätt vad gäller remittering av patienter, som exempelvis digital specialistkonsult[17] och vårdkoordinator i standardiserade vårdförlopp, kommer att utvecklas och effektivisera vården. Men det kommer också att finnas inslag av ökade krav på den specialiserade vården med en väl fungerande primärvård som sannolikt ställer allt fler diagnoser.

När primärvården ska vara basen och navet för vården måste också forskning, utbildning och utveckling (FoUU) finnas i en annan omfattning i en tydligare forskningsmiljö än i dag. Därför föreslår utredningen i kapitel 6 en omfattande statlig satsning på FoUU i primärvården.

Digitala arbetssätt är här för att stanna

I delbetänkandets *Utredaren har ordet* skrev jag om förtroendeklyftan som uppstått mellan nätläkarbolagen och regionernas primärvård i egen regi. En förtroendeklyfta som jag upplever beror på både två helt olika bilder av nätläkarpatienternas behov av vård och på den ekonomiska ersättning som utgår för digitala besök hos bolagen.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys skriver i sin nyligen lagda rapport *Besök via nätet* att:

– digitala vårdbesök används främst av barn och yngre vuxna, storstadsbor, personer som inte har någon kronisk sjukdom och personer med relativt goda socioekonomiska förhållanden. För fysiska besök gäller i princip det omvända,

[17] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, s. 229.

– regionernas besöksersättning till digitala vårdgivare är lägre än vad ett fysiskt besök på en vårdcentral i genomsnitt kostar regionerna,
– digitala läkarbesök ersätter i viss utsträckning fysiska läkarbesök i primärvården, men de skapar också ny konsumtion,
– den digitala vården verkar ha medfört ökade kostnader för regionerna, trots lägre snittkostnad för digitala besök och trots att de delvis ersätter fysiska besök. Det beror dels på att en del ny konsumtion uppstått, dels på att minskningen av besök vid vårdcentralerna inte lett till minskad ersättning samtidigt som nytillkomna vårdkontakter hos digitala vårdgivare medfört ökad ersättning.[18]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys generaldirektör sa i en intervju i *Dagens Medicin:*

> Vi har väldigt dålig kläm på effektiviteten, vilken kvalitet och vilket innehåll som finns i de här vårdbesöken och vilket bidrag till hälsan de medför. Vi har inte uppföljningssystem på plats.[19]

För att bättre kunna utvärdera effekterna av den digitala vården vill myndigheten att digitala vårdbesök ska ingå i det nationella patientregistret som planeras för primärvården.[20]

En annan fråga som också kräver en lösning snarast är ersättning av besök hos nätläkarbolag. I dag ersätts besök hos de nationella nätläkarbolagen via utomlänsersättning i enlighet med riksavtalet om utomlänsvård. SKR:s styrelse rekommenderade 2019 regionerna att tillämpa gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården.[21]

Ihop med att riksdagen 6 april 2022 beslutade om förslagen i proposition 2021/22:72 *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform* riktade riksdagen också två tillkännagivanden till regeringen. Det ena handlade om att regeringen bör ta fram natio-

[18] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2022. *Besök via nätet, Resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök*, rapport 2022:1.
[19] *Dagens Medicin.* 2022. Ny rapport: Hög tid att ersättningen till nätläkare styrs upp. www.dagensmedicin.se/vardens-styrning/digitalisering/ny-rapport-hog-tid-att-ersattningen-till-natlakare-styrs-upp/, 18 februari 2022.
[20] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2022. *Besök via nätet, Resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök*, rapport 2022:1.
[21] SKR. 2014. *Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer med giltighet fr.o.m. den 1 januari 2015* och SKR. 2019. *Meddelande från styrelsen – Utvecklingen av digitala vårdtjänster,* daterad 2019-06-14.

nella principer för ersättningar och avgifter i primärvården som bygger på behovsprincipen. Regeringen bör enligt det andra tillkännagivande också ge en lämplig myndighet i uppdrag att ta fram förslag till nationella ersättningssystem för digital vård. Som bakgrund anförs att digital vård som inte är en integrerad del av en vårdkedja inte bör ersättas som utomlänsvård.[22]

För att digitala besök inte ska ske i onödan behöver invånarna ökad kunskap om vilken information man kan få via 1177.se om hälsotillstånd, egenvård och när man behöver söka vård. Det behövs också forskning om för- och nackdelar med digitala vårdbesök. Under pandemin har framför allt fördelarna synts men det kan också finnas långsiktiga nackdelar som behöver hanteras.

Sammanfattningsvis konstaterar jag att många frågor behöver lösas för att digitala besök ska finna sin värdeskapande plats i vården. Det är angeläget att så sker då alla nog är ense om att digitala besök i vården uppskattas av många och har kommit för att stanna!

Arbetet med barn och ungas psykiska hälsa behöver nytt fokus

Tillgängligheten för barn och unga med psykisk ohälsa debatteras livligt. Väntetiderna till såväl första bedömning som utredning och behandling är alldeles för långa. Barn och unga med psykisk ohälsa som får vänta länge på att bli omhändertagna eller på insatser riskerar att utveckla allvarligare symtom. Till utredningen har framförts att skolan många gånger ställer krav på diagnos för att göra insatser för eleverna. Det leder till ibland onödiga utredningar när eleven i stället kanske kan få hjälp av en insats utan utredning. Fokuseringen på neuropsykiatriska utredningar riskerar att tränga undan annan viktig vård för barn och unga enligt regionala erfarenheter framförda till utredningen. Regionerna upphandlar utredningar för att korta köerna men kön riskerar att förskjutas till behandling. Kontinuiteten blir lidande, personalen inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) är hårt ansträngd och flyr. Enligt uppgifter till utredningen vill en del patienter numera också bli av med den neuropsykiatriska diagnos de en gång

[22] Socialutskottet. Betänkande 2021/22:SoU22. *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform* och riksdagsskrivelse 2021/22:225.

fått efter lång väntan. Sammanfattningsvis är allt beskrivet faktorer som kan leda till att produktiviteten och effektiviteten blir för låg.

Omhändertagandet och vården av barn och unga med psykisk ohälsa är otillfredsställande trots att stora ansträngningar gjorts av staten, SKR och regionerna under många år för att komma till rätta med problemen. I kapitel 7 och bilaga 6 beskriver utredningen de statliga satsningar för att förbättra tillgängligheten till vård för barn och unga med psykisk ohälsa som gjorts genom åren.

Dessutom fungerar inte uppföljningen av målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP och inte heller registreringen i väntetidsdatabasen på ett tillfredställande sätt. Säkert kan sägas att måluppfyllnaden är, med några få undantag, låg av den i överenskommelse fastslagna skärpta målsättningen. Uppföljningen av första linjen är ytterst bristfällig och kan inte dras slutsatser av. Resultaten som redovisas i databasen skiljer sig kraftigt åt mellan regionerna.

Barn och ungas psykiska hälsa är viktig framför allt för alla de barn och unga som behöver hjälp här och nu och deras närstående men också för allas vår framtid. Inte minst av detta skäl är den också politiskt prioriterad. Min bedömning är att området barn och ungas psykiska hälsa skulle kunna använda erfarenheterna från cancerområdet. Ett långvarigt statligt stöd och samverkan med regionerna har inom cancerområdet medfört klara förbättringar av vården och för patienterna.[23]

Barn och ungas psykiska hälsa skulle på samma sätt behöva en nationell strategi som är konkret och praktiskt användbar på det sätt som den nationella cancerstrategin varit i ett tiotal år.[24] Strukturer bör skapas för att hålla ihop det professionella arbetet lokalt – regionalt – nationellt. Professionerna bör samverka nationellt för hela vårdkedjan – det är viktigt att också primärvård[25] deltar tillsammans med BUP i det nationella arbetet. Satsningar bör göras på kunskapsstöd i form av exempelvis vård- och insatsprogram och personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för hela vårdkedjan och även på kunskapsstöd för symtomkomplex så att tidiga och stegvisa insatser blir verklighet. Primärvården och BUP måste samverka regionalt och

[23] Socialstyrelsen. 2016. *Uppbyggnaden av regionala cancercentrum – En samlad bedömning från fyra års uppföljning.*
[24] SOU 2009:11. *En nationell cancerstrategi för framtiden.*
[25] Barn med lindriga och måttliga symtom på psykisk ohälsa omhändertas av *Första linjens vård* i många regioner. *Första linjens vård* är ett primärvårdsuppdrag men vårdenheten kan vara organiserad på olika sätt inom såväl primärvård som specialiserad vård.

lokalt och bör triagera gemensamt. Skolan är en betydelsefull part för barn och ungas välmående. I kapitel 7 lämnar utredningen en bedömning om statligt stöd för att ta fram nya arbetssätt för samverkan mellan primärvård, BUP och elevhälsan.

Barn och unga med psykisk ohälsa bör alltid ha en fast vårdkontakt och en vårdplan, erfarenheter finns att hämta från cancervårdens arbete med kontaktsjuksköterska och *Min vårdplan cancer*. Professionerna bör ta fram gemensamma och tydliga uppföljningsrutiner från såväl vårdadministrativa system som kvalitetsregister. För att arbeta inom området barn och ungas psykiska hälsa med de erfarenheter som varit framgångsrika på cancerområdet behövs långsiktig samverkan mellan staten och kunskapsstyrningsorganisationen.

I kapitel 7 finns utredningens bedömningar som fokuserar på tidiga insatser för barn och ungas psykiska hälsa och samverkan i hela vårdkedjan. Då kan BUP fokusera på de svårast sjuka och sin konsultativa roll och väntetiderna förkortas.

Lagstadgad vårdgaranti behövs och ska följas

En lagstadgad vårdgaranti har funnits sedan 2010. Då vårdgarantilagen infördes var den föregången av ett antal år med vårdgarantier som reglerades genom överenskommelser mellan staten och dåvarande Landstingsförbundet. Vårdgarantin reglerar inte *om* vård ska ges, *vilken* vård som ska ges eller *kvaliteten* på den vård som ges. Vårdgarantin definierar endast den yttersta tidsgränsen inom vilken medicinsk prioritering ska ske. Det betyder att ALLA patienter ska få sin vård inom vårdgarantins preciserade gränser, även de med de lägsta behoven. Utredningen konstaterar att det genom åren utvecklats en syn på vårdgarantins gränser snarare som målsättningar än som de författningsreglerade yttersta tidsgränser de faktiskt är. Det tycks som att såväl staten som regionerna genom åren accepterat att inte vårdgarantin följs, trots att det faktiskt är överträdelser av författningskrav som begås när en patient inte får sin vård inom tidsgränserna.

Utredningens uppfattning är att den lagstadgade vårdgarantin både behövs och behöver utvidgas och förbättras – detta finns beskrivet i kapitel 4. Förslagen som utredningen lägger stärker patientens ställning genom att utöka vårdgarantin till fler delar av vårdkedjan, gör den

mer relevant för fler patientgrupper och tydliggör den befintliga bestämmelsen om att regionen ska se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare inom vårdgarantins tidsgränser. Förslagen ska också stimulera regionerna till en längre framförhållning i vårdens planering och schemaläggning. Om inte vården kan ges inom vårdgarantins tidsgräns hos den aktuella vårdgivaren är det i fråga om viss vård regionens skyldighet att hjälpa patienten vidare till en annan vårdgivare – och denna skyldighet inträder redan efter 14 dagar om patienten inte lämnats information om tidpunkten för vården innan dess.

För att hälso- och sjukvården bland annat ska kunna produktions- och kapacitetsplanera, successivt arbeta bort de så kallade långväntarna, sluta avtal med andra vårdgivare, informera vårdens medarbetare om kommande regler och förbereda uppföljning föreslår utredningen ikraftträdande av föreslagna förändringar gällande vårdgarantin den 1 januari 2025. Lagen ska vara en garanti för patienterna men en lagändring i sig medför inga kortare köer utan det åstadkoms av arbetet som genomförs för att följa den.

När lagar och förordningar gällande hälso- och sjukvården överträds får det inte säkert någon påföljd.[26] I utredningens delbetänkande visade utredningen hur vårdgarantin inte bara överskridits kontinuerligt utan dessutom att försämring skett år från år[27] och detta utan påföljd.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) redogör i sin rapport *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvård 2021* för vad dålig tillgänglighet kan leda till. Bristande tillgänglighet kan leda till patientsäkerhetsrisker och ökad risk för att drabbas av vårdskada, men det kan till exempel också leda till sämre psykisk hälsa, inkomstbortfall och minskat förtroende för hälso- och sjukvården hos både patienter och närstående. Riskerna kan uppstå både när tillgängligheten till vården på lika villkor brister, och när väntetiderna i vården är för långa.[28]

Staten måste ha verktyg för att följa upp beslutad lag och förordning och agera när sådana överträds. Utredningen anser att det är angeläget att IVO inom ramen för gällande regelverk genomför adekvata tillsynsåtgärder för att kontrollera efterlevnaden av vårdgarantin. För att tillsynen av vårdgarantin ska bli så effektiv som möjligt är det viktigt att IVO nyttjar samtliga åtgärder som är möjliga att använda.

[26] *Svenska Dagbladet.* 2022. Systematiska lagbrott i styrningen av sjukvården, debattartikel 12 februari 2022. www.svd.se/a/V9rLmr/lakare-systematiska-lagbrott-istyrningen-av-varden.
[27] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, s. 77–109.
[28] Inspektionen för vård och omsorg. 2021. *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvård*.

Ett långvarigt problem måste lösas

Regionerna är ansvariga för tillgängligheten och därmed väntetider och köer. Om staten ska kunna påverka tillgängligheten krävs den långsiktiga, strategiska samverkansväg mellan regionerna och staten som utredningen pekade ut i delbetänkandet. Om det inte kommer till stånd en tydlig samverkan mellan regionerna och staten för att lösa väntetider och vårdköer är, enligt min uppfattning, statens möjlighet att påverka situationen i dag marginell. På en direkt fråga om hur staten kan påverka regionerna svarade också statsminister Magdalena Andersson i en intervju att statens möjligheter är begränsade – det handlar om att styra med ekonomiska incitament.[29] Ekonomiska incitament genom överenskommelser har dock använts på tillgänglighetsområdet i många år utan att problemen med väntetiderna har lösts.

Utredningen anser att en långsiktig samverkan mellan staten och regionerna tillsammans med en vassare statlig uppföljning måste genomföras nu, i kombination med att bland annat följande åtgärder bör vidtas:

- Etablera arbetssätt som omfattar erfarenheterna av pandemiarbetet med medarbetarnas engagemang och satsning på kärnverksamhet.
- Intensifiera arbetet med produktions- och kapacitetsplanering i syfte att nå balans mellan in- och utflöde av patienter.
- Såväl staten som regionerna bör fortsättningsvis agera utifrån att den lagstadgade vårdgarantin handlar om yttersta tidsgränser och inte målsättningar.
- Säkerställa att ändamålsenlig tillsyn kommer till stånd.

Om ovanstående och andra av utredningen föreslagna åtgärder som regeringen beslutat om inte kommer till stånd eller har avsedd effekt på väntetider och köer kommer det sannolikt krävas mer genomgripande förändringar. Utredningen har ju haft som utgångspunkt att lägga förslag inom ramen för nuvarande grundläggande struktur för hälso- och sjukvården, men i ett sådant läge anser jag att den bör ifrågasättas. Många menar att indelningen i 21 regioner inte längre är funktionell utan att de 21 borde ersättas av större och färre regio-

[29] TV4. *Efter fem* .9 februari 2022.

ner.[30] Kan färre regioner leda till en mer effektiv vård? Skulle vården bli mer jämlik? Skulle samverkan med staten bli bättre? Skulle regionerna i högre utsträckning förmå fatta och följa gemensamma beslut?

För att hitta vägledning kan det finnas skäl för staten att rikta blicken mot grannlandet Danmark. I kapitel 4 beskriver utredningen vad vårdgarantin i Danmark innehåller. Utredningen har inte gjort någon genomlysning av vad som medfört att Danmark klarar att hålla en skarpare vårdgaranti än den vi har i Sverige eftersom en sådan genomlysning bör omfatta hela det danska hälso- och sjukvårdssystemet. Många pekar på patienternas rätt att få vård på andra sjukhus om vårdgivaren inte kan följa lagen. I Danmark kan patienten själv välja annan offentlig eller privat vårdgivare om regionen inte kan erbjuda utredning eller sjukhusbehandling inom en månad. I Sverige ska regionerna hjälpa alla patienter som inte kan få vård inom vårdgarantins yttersta gränser till annan vårdgivare, se kapitel 4, avsnitt 4.4.13. Men i både Danmark och Sverige gäller att alternativa privata vårdgivare ska ha avtal. I Danmark ska regionen hjälpa patienten vidare vid cancer och ischemisk hjärtsjukdom om vård inte kan ges inom en fastställd kortare maximal väntetid. Om regionen i Danmark inte klarar det är regionen skyldig att vända sig till Sundhedsstyrelsen (dansk motsvarighet till Socialstyrelsen) om patienten önskar det. Sundhedsstyrelsen ska då försöka att finna vård till patienten inom eller utom landet inom den fastställda maximala väntetiden.[31]

Min bedömning är att det dessutom är många andra faktorer som är en förutsättning för Danmarks kortare väntetider. Det kan handla om att staten finansierar och styr vården genom avtal med de fem regionerna, att den specialiserade vården är nivåstrukturerad i tre nivåer, hur primärvården samverkar med sjukhusvården eller en annan respekt för lagen som reglerar vårdgarantin.

Jag har då och då under utredningens gång ställt mig frågan om det kommunala självstyret väger för tungt i förhållande till statligt inflytande när ett så viktigt område som tillgänglig hälso- och sjukvård har visat så långvariga problem. Priset för det betalar i så fall patienterna, som inte får utlovad vård inom författningsreglerade tidsgränser.

[30] *Dagens Samhälle.* 2022. Inför större regioner och starkare länsstyrelser. Ett flertal statliga utredare. 17 februari 2022.
[31] §§ 7–8 och §§ 10–11 bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme (BEK nr 584 af 28/04/2015).

Oavsett vem som i framtiden ansvarar för vården måste ledarskapet och arbetsinnehållet vara sådant att medarbetarna är stolta över den vård de ger, att de känner engagemang och arbetsglädje och stannar på sin arbetsplats. Detta tillsammans med god kontinuitet och delaktiga välinformerade patienter har förutsättning att leda till god och tillgänglig vård.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientlagen (2014:821)

dels att 2 kap. 3 och 4 §§ samt 3 kap. 2 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas två nya paragrafer, 3 kap. 8 § och 5 kap. 1 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 kap.	
3 §[1]	
Enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. *Den ska innehålla en försäkran om att* den enskilde inom viss tid får	Enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. *Enligt 9 kap. 1 a § samma lag ska* den enskilde
	1. inom ramen för verksamhet som utgör primärvård inom viss tid få
1. kontakt med *primärvården*,	*a)* kontakt med *en vårdgivare*,
2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal *inom primärvården*,	*b)* en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal,
	c) en undersökning, och
	d) en behandling,

[1] Senaste lydelse 2018:554.

	2. inom ramen för verksamhet som utgör specialiserad vård inom viss tid få
3. besöka den specialiserade vården, och	*a) en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal,*
	b) en undersökning, och
4. planerad vård.	*c) en behandling,*
	3. inom viss tid få information om tidpunkten för vård enligt 1 c och d samt 2.

4 §[2]

Om vårdgarantin enligt 3 § *3* eller *4* inte uppfylls, ska patienten få vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.	Om vårdgarantin enligt 3 § *1 c, d, 2* eller *3* inte uppfylls, ska patienten *inom garantin enligt 3 § 1 c, d eller 2* få vård*en* hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

3 kap.

2 §[3]

Patienten ska även få information om

1. möjligheten att välja behandlingsalternativ samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,

2. regionens elektroniska system för listning av patienter hos utförare,

3. möjligheten att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt,

4. möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,

5. vem som är patientens fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt,

6. kontaktuppgifter till patientens fasta vårdkontakt, fasta läkarkontakt och vårdenheter,

[2] Senaste lydelse 2014:821.
[3] Senaste lydelse 2022:272.

5. vårdgarantin, och	*7.* vårdgarantin, och
6. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.	*8.* möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.
	8 §
	Patienten ska få information samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet.
	5 kap.
	1 a §
	Tidpunkten för vården ska så långt som möjligt väljas i samråd med patienten.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025 i fråga om 2 kap. 3 och 4 §§ och i övrigt den 1 januari 2024.

2. Om en remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, ett beslut om vård har fattats före ikraftträdandet gäller 2 kap. 3 och 4 §§ i den äldre lydelsen. Detsamma gäller för de fall någon remiss inte är nödvändig och den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården före ikraftträdandet.

1.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

dels att 8 kap. 3 § samt 9 kap. 1, 2 och 4 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf, 9 kap. 1 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
8 kap.	
3 §[1]	
Regionen ska erbjuda öppen vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. En sådan patient omfattas inte av regionens vårdgaranti *enligt* 9 kap. 1 §. I övrigt ska vården ges på samma villkor som de villkor som gäller för de egna invånarna.	Regionen ska erbjuda öppen vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. En sådan patient omfattas inte av regionens vårdgaranti, *förutom i de fall som anges i* 9 kap. 1 §. I övrigt ska vården ges på samma villkor som de villkor som gäller för de egna invånarna.

Om patienten omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård enligt 1 §, svarar den regionen för kostnaderna för vård som patienten ges med stöd av första stycket. Detta gäller dock inte om den regionen ställer krav på remiss för vården och dessa remissregler inte följs.

9 kap.	
1 §[2]	
Regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 §. *Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får*	Regionen ska erbjuda vårdgaranti *enligt 1 a §* åt den som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 §. *Regionen ska även hos sådana utförare som avses i 7 kap. 3 a § första stycket erbjuda vårdgaranti enligt 1 a §*
1. kontakt med primärvården,	

[1] Senaste lydelse 2019:973.
[2] Senaste lydelse 2022:273.

2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,

3. besöka den specialiserade vården, och

4. planerad vård.

Hos en sådan utförare som avses i 7 kap. 3 a § första stycket gäller vårdgarantin enligt första *stycket 1* och *2* endast om den enskilde är listad hos utföraren.

första och tredje styckena åt den som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 3 §. Hos en sådan utförare som avses i 7 kap. 3 a § första stycket gäller vårdgarantin enligt *1 a §* första och *tredje styckena* endast om den enskilde är listad hos utföraren.

1 a §

Regionen ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård se till att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med en vårdgivare,

2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal,

3. en undersökning, och

4. en behandling.

Regionen ska inom ramen för verksamhet som utgör specialiserad vård se till att den enskilde inom viss tid får

1. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal,

2. en undersökning, och

3. en behandling.

Regionen ska också se till att den enskilde inom viss tid får information om tidpunkten för vård enligt första stycket 3 och 4 samt andra stycket.

2 §[3]

Om regionen inte uppfyller garantin enligt 1 § 3 *eller* 4, ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten	Om regionen inte uppfyller garantin enligt 1 *a § första stycket* 3, 4, *andra eller tredje stycket*, ska regionen se till att patienten *inom garantin enligt 1 a § första stycket 3, 4 eller andra stycket* får vård*en* hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

4 §[4]

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om	Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om
1. de tidsperioder inom vilka vårdgarantin enligt 1 § ska vara uppfylld och i övrigt om garantins innehåll, och	1. de tidsperioder inom vilka vårdgarantin enligt 1 *a* § ska vara uppfylld och i övrigt om garantins innehåll, och

2. regionernas rapporteringsskyldighet enligt 3 §.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

2. Om en remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, ett beslut om vård har fattats före ikraftträdandet gäller äldre bestämmelser. Detsamma gäller för de fall någon remiss inte är nödvändig och den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården före ikraftträdandet.

[3] Senaste lydelse 2019:973.
[4] Senaste lydelse 2019:973.

1.3 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) att 6 kap. 1 och 2 §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	6 kap.
	1 §[1]
Vårdgarantin enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska innehålla en försäkran om att den enskilde får	*Regionen ska se till* att den enskilde *inom ramen för verksamhet som utgör primärvård* får
1. kontakt med *primärvården* samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården *(tillgänglighetsgaranti)*,	1. kontakt med *en vårdgivare* samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården,
2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal *inom primärvården* inom *tre* dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt *(bedömningsgaranti inom primärvården)*,	2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom *sju* dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt *med vårdgivaren*,
	3. en undersökning inom 60 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få undersökningen, och

[1] Senaste lydelse 2018:1129.

4. en behandling inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få behandlingen.

Regionen ska se till att den enskilde inom ramen för verksamhet som utgör specialiserad vård får

3. besöka den specialiserade vården inom *90* dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att *den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti inom den specialiserade vården), och*

1. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom *60* dagar 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 medicinska bedömningen,*

2. en undersökning inom 60 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få undersökningen, och

4. planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få *den aktuella vården (behandlingsgaranti).*

3. en behandling inom 90 dagar från det att *remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att* vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få *behandlingen.*

Regionen ska lämna information om tidpunkten för vård enligt 9 kap. 1 a § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) inom 14 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få vården.

2 §[2]

Vid bedömningen av om vårdgarantin enligt 1 § *3* eller *4* är uppfylld ska inte räknas tid då *den enskilde*	Vid bedömningen av om vårdgarantin enligt 1 § *första stycket 2, 3, 4, andra* eller *tredje stycket* är uppfylld ska inte räknas tid då *patienten*
1. av medicinska skäl inte kan ges vård,	
2. utnyttjat sin möjlighet att välja vård i en annan region enligt 9 kap. 1 § patientlagen (2014:821), eller	2. utnyttjat sin möjlighet att välja vård i en annan region enligt 9 kap. 1 § patientlagen (2014:821), *förutom i fråga om vårdgaranti som regionen ska erbjuda enligt 9 kap. 1 § andra meningen hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)*, eller
3. frivilligt avstår från vård.	3. frivilligt avstår från vård *eller information om tidpunkten för vård.*
Den enskilde ska anses frivilligt avstå från vård om *han eller hon* har	*Patienten* ska anses frivilligt avstå från vård om *patienten* har
1. informerats om vårdgarantin,	
2. erbjudits vård i enlighet med vårdgarantin, och	
3. meddelat vårdgivaren *att han eller hon avstår från erbjudandet om vård.*	3. *avstått från erbjudandet om vård och* meddelat vårdgivaren *detta.*
	Patienten ska anses frivilligt avstå från information om tidpunkten för vård om patienten har getts möjlighet att välja mellan olika tidpunkter för vård och avstått från att välja en sådan tidpunkt.

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2025.

2. Om en remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, ett beslut om vård har fattats före ikraftträdandet gäller äldre bestämmelser. Detsamma gäller för de fall någon remiss inte är nödvändig och den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården före ikraftträdandet.

[2] Senaste lydelse 2019:1118.

2 Utredningens uppdrag och arbetssätt

I kapitlet redogörs kort för utredningens direktiv, utgångspunkter och avgränsningar, organisation samt det arbete som utredningen har genomfört sedan överlämnandet av delbetänkandet *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* (SOU 2021:59). Kapitlet avslutas med en beskrivning av betänkandets upplägg.

2.1 Utredningens direktiv

Regeringen beslutade 13 augusti 2020 om en kommitté i form av en delegation som ska verka för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, med fokus på kortare väntetider. Delegationen ska enligt direktivet bland annat:

- stödja regionernas arbete med att ta fram och genomföra regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet,
- stödja ett effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom att informera om patienters valmöjligheter,
- stödja regionernas och kommunernas arbete med utvecklingen av en nära och tillgänglig vård,
- utreda och lämna förslag, om så anses lämpligt, på en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning genom 1177 Vårdguiden,
- utreda en utökad vårdgaranti,
- vidareutveckla överenskommelsen om kömiljarden, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.[1]

[1] Dir. 2020:81. *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, s. 1.

Den 3 november 2021 beslutade regeringen om *Tilläggsdirektiv till Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården* (S 2020:12). Uppdraget kompletterades så att utredaren enligt tilläggsdirektivet även ska lämna nödvändiga författningsförslag inom ramen för uppdraget att stödja ett effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom att informera om patienters valmöjligheter, där utredaren lämnat bedömningar i delbetänkandet.[2]

2.1.1 Redovisning i slutbetänkandet

I delbetänkandet redovisade utredningen vissa av uppdragen och i detta betänkande redovisas följande:

- uppdraget om att utreda en utökad vårdgaranti, inklusive att bedöma om målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en inom differentierad vårdgaranti,
- uppdraget om att fortsätta att följa och stödja regionernas och kommunernas arbete med utvecklingen av en nära och tillgänglig vård,
- uppdraget om att fortsätta stödja regionernas arbete med att ta fram och genomföra regionala handlingsplanerna för ökad tillgänglighet, och
- uppdraget att lämna författningsförslag i enlighet med tilläggsdirektivet.

En närmare beskrivning av de olika uppdragen som redovisas i detta betänkande ges i kommande kapitel. Direktiven kan läsas i sin helhet i bilaga 1 och 2.

[2] Dir. 2021:107 *Tilläggsdirektiv till Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården* (S 2020:12).

2.2 Utredningens avgränsningar

Utredningen har inte haft möjlighet att omfatta alla aspekter på tillgänglighet utan i första hand väntetider och köer. Fokus i utredningens arbete har varit stärkt ställning för patienten och strategiskt långsiktigt tillgänglighetsarbete.

Utmaningarna med kompetensförsörjning i hela hälso- och sjukvården är ett av hindren för ökad tillgänglighet och kortare väntetider. Utredningen har gjort bedömningen att frågorna avseende kompetensförsörjning på statlig nivå hanteras bland annat genom uppdrag till Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Ett stort ansvar för kompetensförsörjningen åligger regioner och kommuner som arbetsgivare. Utredningens uppdrag kring nära vårdens utveckling har däremot medfört att utredningen har arbetat med vissa frågor kring hur kompetensförsörjningen specifikt i primärvården kan stärkas långsiktigt. Bristen på allmänläkare utgör ett hinder för omställningen särskilt i fråga om kontinuitet och tillgänglighet och möjligheten till fast läkarkontakt. Utredningen har därför med fokus på primärvård sett möjligheter till åtgärder som kan främja omställningen och lämnat bedömningar som långsiktigt kan bidra till förutsättningar för en mer jämlik kompetensförsörjning avseende läkare och andra yrkeskategorier i primärvården.

Utredningen har översiktligt berört frågan om valfrihet i slutenvården och anser att valfrihet i slutenvården i första hand är en valfrihetsfråga och inte en fråga för att påtagligt korta väntetiderna. Utredningen har valt att inte utreda frågan vidare.

Utredningen har gjort bedömningen att tillsyn är mycket viktig för synen på den lagstadgade vårdgarantin och dess efterlevnad men har gjort bedömningen att det inte ingår i utredningens uppdrag att utreda eller lämna förslag kring tillsynens utveckling. Frågan om hur den framtida tillsynen av vårdgarantin bör utvecklas bedömer utredningen är nära kopplad till frågor om tillsyn av hälso- och sjukvårdens huvudmän i övrigt att den därför inte skulle vara betjänt av att hanteras separat inom ramen för denna utredning.

2.3 Organisation och genomförande

Utredningens möten och arbete har i huvudsak genomförts digitalt.

2.3.1 Sekretariat

Arbetet i sekretariatet har letts av den särskilda utredaren som till sitt förfogande har haft sex sekreterare på hel- eller deltid, varav en huvudsekreterare.

2.3.2 Delegation

Utredningen har haft en rådgivande delegation som har bistått utredningen med råd och synpunkter. Utredningen har även haft möten med enskilda ledamöter för diskussion om utredningens arbete. Sedan delbetänkandet lämnades har fyra möten del av dag samt en workshop och ett heldagsmöte lunch till lunch genomförts.

2.3.3 Expert- och sakkunniggrupp

Utredningens expert- och sakkunniggrupp har bestått av sakkunniga från Finansdepartementet och Socialdepartementet samt experter från Socialstyrelsen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och Inspektionen för vård- och omsorg.

Utredningen har haft fem möten med expert- och sakkunniggruppen varav ett heldagsmöte, för diskussioner, synpunkter och råd. Utredningen har även träffat personer i expertgruppen i specifika frågor.

2.3.4 Utredningens referensgrupper

Utredaren tillsatte tidigt i utredningen två rådgivande referensgrupper, en referensgrupp med företrädare för patient- och närståendeorganisationer och en referensgrupp med företrädare för professionsorganisationer. Utredningen har haft möten med respektive referensgrupp i nära anslutning till möten med delegation och expertgrupp. Båda referensgrupperna har bistått med råd och information och diskuterat utredningens iakttagelser, bedömningar och förslag.

Referensgruppen med patient- och närståendeorganisationer

I referensgruppen med patient- och närståendeorganisationer har ingått representanter för Autism- och Aspergerförbundet, Riksförbundet HjärtLung, Svenska Diabetesförbundet, Reumatikerförbundet, Neuroförbundet och Funktionsrätt Sverige.

Referensgruppen med professionsorganisationer

I referensgruppen med professionsorganisationer har ingått representanter för Sveriges läkarförbund, Vårdförbundet, Kommunal, Svenska Läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening.

2.3.5 Övriga möten och kontakter

Utredningen har genomfört en stor mängd möten, dels i det stödjande arbetet i enlighet med utredningens uppdrag, dels för insamling av underlag för analys, bedömningar och förslag som utredningen lämnar. Utredningen har även gjort kartläggningar och tagit del av rapportering från olika aktörer.

Kontakter med regionerna i det stödjande arbetet

För utredningens arbete med att stödja regionerna i arbetet med att genomföra regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet har utredningen fortsatt ha möten med de av regionerna utsedda kontaktpersonerna. Beroende på ämne för aktuellt möte har kontaktpersonerna bjudit in flera regionala representanter att närvara vilket medfört deltagande av 40–85 personer vid de möten utredningen bjudit in till. Utredningen har även haft kontakt med andra personer i regionerna i frågor om nära vård, barn och ungas psykiska hälsa och vårdgarantin.

På grund av covid-19-pandemin har utredningen endast haft möjlighet att fysiskt besöka en region – Västra Götalandsregionen.

Statliga utredningar

Utredningen har under arbetet efter delbetänkandet haft möten med tre statliga utredningar för diskussion; Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård (S 2019:03), Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (S 2019:05) respektive Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner (S 2020:16).

Kontakter med statliga myndigheter

Möten har, efter delbetänkandet, hållits med följande statliga myndigheter för diskussioner av utredningens olika deluppdrag:

- Folkhälsomyndigheten
- Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd
- Försäkringskassan
- Göteborgs universitet
- Inspektionen för vård- och omsorgsanalys
- Karolinska Institutet
- Linköpings universitet
- Lunds universitet
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
- Riksrevisionen
- Socialstyrelsen
- Umeå universitet
- Uppsala universitet
- Vetenskapsrådet
- Örebro universitet.

Sveriges Kommuner och Regioner

Utredningen har deltagit i möten med följande nätverk vid SKR: Nätverket för styrning och ledning inom psykiatrin, Första linjenätverket och olika grupperingar kopplade till SKR:s arbete rörande barn och ungas psykiska hälsa, SKR:s programgrupp för nära vården, Mötesforum nära vård, SKR:s gruppering med fokus på forskningsförutsättningar nära vård och FoU-direktörernas nätverk.

Därutöver har utredningen träffat enskilda medarbetare på SKR i olika frågor.

Övriga aktörer som utredningen haft kontakt med

Utredningen har även haft kontakt med följande aktörer: Inera, kunskapsstyrningsorganisationens nationella programområden och nationella arbetsgrupper, enskilda vårdgivare, Svensk förening för allmänmedicin, Sjukhusläkarna, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Primärvårdsförening, Samling för Allmänmedicinsk Forskning och Utbildning, Logopedförbundet, Riksförbundet Attention och Svensk förening för Socialmedicin och Folkhälsa samt Grupp Andersson[3].

2.4 Vissa begrepp

- Med *förslag* avser utredningen förslag till författningsändringar. Med *bedömningar* avser utredningen ställningstaganden i övrigt.
- I de fall utredningen har skrivit om *samverkansregioner,* som är den term som används i lagen, har utredningen oftast valt att använda ordet *sjukvårdsregioner* eftersom det är den benämning samverkansregionerna själva använder, exempelvis Sydöstra sjukvårdsregionen.
- I det fall utredningen har använt äldre underlag där det står Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har utredningen valt att oftast använda Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).
- I de fall som utredningen har använt äldre underlag där det står *landsting* har utredningen valt att oftast använda *regioner* även om det i underlaget står landsting, med undantag för citat.

[3] Drivs av GBA Konsult i samarbete med Dalarnas hus och erbjuder seminarieserier öppna för alla intresserade av styrnings- och ledningsfrågor.

2.5 Betänkandets upplägg

Betänkandet inleds med utredningens sammanfattning, varefter utredaren delar sina tankar och reflektioner under rubriken *Utredaren har ordet*.

Dessa följs av 12 numrerade kapitel där utredningens författningsförslag, uppdragets genomförande och ett kapitel om utvecklingen av väntetider kommer först. Därefter följer ett kapitel om utredningens uppdrag avseende vårdgarantin. Sedan kommer två kapitel utifrån utredningens uppdrag om att stödja utvecklingen mot en mer nära vård, där det första kapitlet fokuserar på den nära vårdens kärnverksamhet och det andra kapitlet gäller god och nära vård med forskning, utbildning och utveckling med fokus på primärvården. Därefter följer ett kapitel om barn och ungas psykiska hälsa.

Sedan kommer ett kapitel om utredningens arbete att stödja regionerna i genomförandet av deras handlingsplaner för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården följt av ett kapitel om utredningens andra överväganden på tre skilda områden som har beröringspunkter med frågan om tillgänglig vård.

Betänkandet avslutas med kapitel om konsekvensbeskrivningar, ikraftträdande och övergångsbestämmelser samt författningskommentarer.

Sist i betänkandet lämnas referenslista och bilagor i form av utredningens direktiv och tilläggsdirektiv, underlag om långväntare, bilaga om rekommendationer i nationella riktlinjer och nationella vårdprogram avseende planerad uppföljning, bilaga om de miniminivåer som krävs för en universitetssjukvårdsenhet samt en bilaga med fördjupad information om barn och ungas psykiska hälsa. Sist lämnas en bilaga som innehåller den mall för regionernas nulägesrapporter som regionerna erhöll hösten 2021.

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

I detta kapitel görs först en sammanfattning av väntetidsläget som det presenterades i delbetänkandet följt av en genomgång av orsaker till väntetider. Därefter redovisas utvecklingen av vårdgarantins efterlevnad sedan delbetänkandet, följt av en redovisning av några pågående arbeten gällande uppföljning av väntetider.

3.1 Sammanfattning av utgångsläget i delbetänkandet

I delbetänkandet *Vägen till ökad tillgänglighet - långsiktig, strategisk och i samverkan* konstaterar utredningen att långa väntetider har funnits i Sverige sedan 1960-talet. Utredningen konstaterar att trots lagstadgad vårdgaranti, överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), med eller utan prestationsersättning, och regionernas åtgärder har andelen patienter som erhållit besök inom 90 dagar och andelen patienter som erhållit planerad operation eller annan åtgärd inom 90 dagar sjunkit årligen sedan 2012. Regionerna har inte hållit den lagstadgade vårdgarantin genom årens lopp samtidigt som det finns stora skillnader inom och mellan regioner. Covid-19-pandemin försämrade situationen framför allt för de patienter som väntat länge. Under covid-19-pandemins första och andra våg gjordes 14 procent färre första besök till läkare och antalet operationer minskade med totalt 22 procent mellan mars 2020 och januari 2021 jämfört motsvarande period 2019–2020. I delbetänkandet be-

skrivs också utvecklingen av den nationella väntetidsuppföljningen via väntetidsdatabasen på SKR.[1]

3.2 Varför har Sverige väntetider?

Varför har Sverige väntetider? Den frågan har många gånger ställts till utredningen. Ibland åtföljs den av kommentaren att bara vi vet varför kan vi ta bort väntetiderna. Frågan skulle kunna formuleras: Varför har Sverige haft väntetidsproblem och köer sedan 1960-talet och varför försämras läget trots stora ekonomiska satsningar, överenskommelser mellan staten och SKR och lagstadgad vårdgaranti?

Utredningen har tyvärr inte funnit några analyser som ger svar på den senare frågan men en del underlag för svar på första frågan om vad som kan medföra väntetider.

3.2.1 Få vårdplatser och hög beläggningsgrad

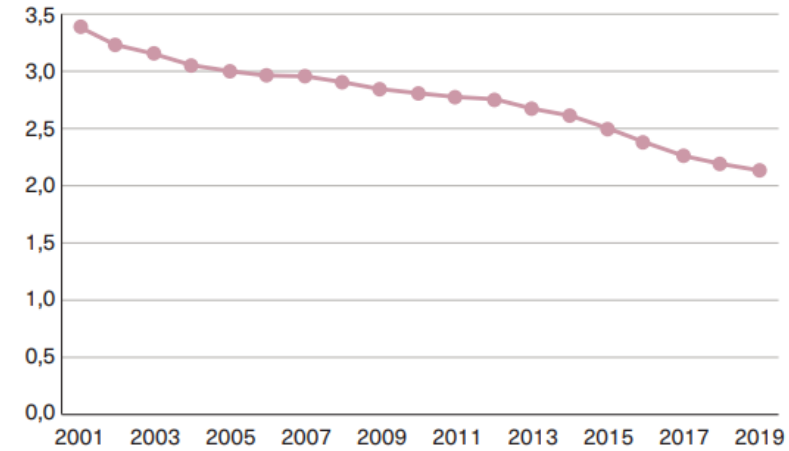
Sverige har ett lågt antal vårdplatser i internationell jämförelse. Antalet vårdplatser har kunnat minskas över tid tack vare medicinska landvinningar. Alltmer vård kan göras i öppen vård i stället för i sluten vård till följd av den medicinska utvecklingen. Fler operationer kan ske som dag- eller dygnskirurgi och kräver inte längre långa vårdtider. Utredning kan ske i öppen vård så att patienten inte behöver läggas in. Antalet vårdplatser i Sverige var 2019 det lägsta i Europa med 2,1 vårdplatser per 1 000 invånare medan exempelvis Tyskland hade 7,9. Danmark hade 2,6 medan Norges antal var 3,5 vårdplatser per 1 000 invånare. Medelvårdtiden i Sverige 2019 var 5,6 dagar. I Danmark var medelvårdtiden 5,7 dagar, i Finland 7,4 och i Tyskland 8,9.[2]

En nyligen publicerad SNS-rapport *Hur påverkas patientsäkerheten av överbelastade akutmottagningar och vårdplatsbrist?* pekar på att det minskade antalet vårdplatser har gått snabbare än den medicinska utvecklingen, vilket har resulterat i en ökad beläggningsgrad och en högre belastning på akutmottagningarna. Rapporten visar också att det på några av de studerade sjukhusen finns ett samband mellan överbelastade akutmottagningar och ökad dödlighet. En hög beläggningsgrad förstärker sambandet mellan överbelastning på akut-

[1] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*.
[2] OECD. 2021. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, kapitel 5, figur 5.16.

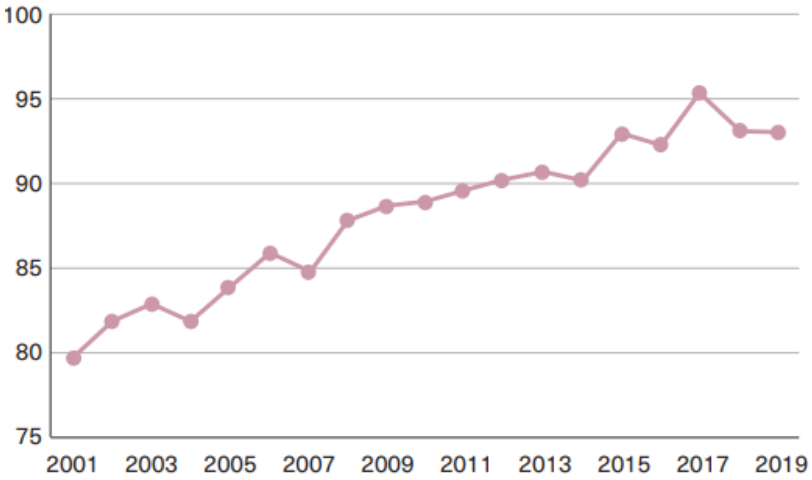
mottagningen och dödlighet. En lägre beläggningsgrad kan tänkas skydda mot effekter av en högt belastad akutmottagning. I samma rapport redovisas också utvecklingen av det minskande antalet vårdplatser och den ökande beläggningsgraden, se figur 3.1 och 3.2.[3]

Figur 3.1 Antal vårdplatser per 1 000 invånare, 2001–2019



Källa: af Ugglas, B. 2021. *Hur påverkas patientsäkerheten av överbelastade akutmottagningar och vårdplatsbrist?* SNS Analys 76.

Figur 3.2 Beläggningsgrad i procent för vårdplatser, 2001–2019



Källa: af Ugglas, B. 2021. *Hur påverkas patientsäkerheten av överbelastade akutmottagningar och vårdplatsbrist?* SNS Analys 76.

[3] af Ugglas, B. 2021. *Hur påverkas patientsäkerheten av överbelastade akutmottagningar och vårdplatsbrist?* SNS Analys 76.

En anledning till att antalet vårdplatser har minskat kan vara långvarig brist på bemanning. Om det skett utan att behovet har minskat i samma omfattning ökar beläggningsgraden. En hög beläggningsgrad är därför ett tecken på vårdplatsbrist. Dessutom medför hög beläggning patientsäkerhetsrisker. En medelbeläggning över 95 procent är direkt farlig anser forskaren Björn af Ugglas. År 2019 var genomsnittet för Sverige 93 procent men det varierade kraftigt mellan regionerna. Fyra regioner hade över 100 procent.[4]

Vårdplatsbrist är en förklaring till väntetider och hänger samman med otillräcklig bemanning som kan orsakas av kompetensbrist. Det är inte sängar som saknas utan oftast saknas den personal som ska vårda patienten. Om det saknas vårdplatser medför det ändringar och ineffektivitet i hela systemet. Operationsavdelning, intensivvård, utredande enheter med flera påverkas av om- och avbokningar.

Antalet intensivvårdsplatser är av betydelse för operationsverksamheten. OECD har redovisat antalet intensivvårdsplatser för vuxna per 100 000 invånare 2019. Av 34 länder låg Sverige fyra från slutet med endast Mexiko, Nya Zealand och Costa Rica med färre platser. Sveriges 5,1 platser per 100 000 invånare kan jämföras med Danmarks 18,5 och Norges 5,4.[5] Tillgång till ledig intensivvårdsplats krävs för många avancerade operationer.

3.2.2 Behoven ökar

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar i rapporten *Löftesfri garanti?* att inflödet av patienter ökar. Uppenbara förklaringar till det ökade behovet av vård är befolkningstillväxten och förändrad befolkningssammansättning. Allt fler människor lever allt längre, dessutom lever vi allt längre i god hälsa. Utvecklingen av levnadsår i god hälsa ökar snabbare än medellivslängden i Sverige. Det är en positiv utveckling med flera förklaringar. Det handlar exempelvis om bättre levnadsförhållanden, insatser för att förebygga olyckor och ohälsosamma levnadsvanor samt förbättrade möjligheter att tidigt identifiera och behandla sjukdomar. En ökad medellivslängd innebär samtidigt att en större del av befolkningen utvecklar och lever med de kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar som följer av

[4] *Dagens Nyheter.* Forskare: ”Ett mål bör sättas på 90 procents beläggning”. 10 februari 2022, www.dn.se/sverige/forskare-ett-mal-bor-sattas-pa-90-procents-belaggning.
[5] OECD 2021. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, kapitel 5, figur 5.18.

livsstil och ett normalt åldrande, vilket också bidrar till ett ökat tryck på hälso- och sjukvården.[6]

Befolkningssammansättningen i Sverige har förändrats till följd av migration från många olika länder. Europa är den del av västvärlden som erhållit de största flyktingströmmarna eftersom det ligger geografiskt närmast de områden som har genererat de flesta flyktingarna från 1980-talet och fram till i dag. Flest flyktingar kom till Sverige under åren 2015 och 2016. Under åren 2008–2016 mottog Sverige ett antal som motsvarade nästan 2,5 procent av Sveriges befolkning.[7] I skrivande stund anländer många flyktingar till Sverige på grund av kriget i Ukraina. Migrationen påverkar och förändrar behovet av hälso- och sjukvård på olika sätt.

Det finns många exempel på att behovet av viss vård ökar över tid, inte bara fluktuerar utan ökar långsiktigt. Utredning och behandling av sömnapné är exempel på ett område som hanterar ett hälsoproblem där efterfrågan på behandling ökat kraftigt det senaste decenniet. Den ökade efterfrågan är delvis ett resultat av att andelen i befolkningen som har någon långvarig sjukdom, som ökar risken för sömnapné, ökar. Det kan exempelvis vara hjärt- och kärlsjukdom, KOL eller övervikt. Ökad kunskap om sömnapnéns betydelse för utvecklingen av andra sjukdomar, samt för livskvaliteten och risker kopplade till dagtrötthet, är andra drivkrafter bakom den ökade efterfrågan. Nya och effektivare behandlingsmetoder har också påverkat att allt fler kan behandlas med allt bättre resultat.[8]

3.2.3 Arbetssätten, produktiviteten och personella resurser

Väntetiderna skiljer sig kraftigt åt mellan regionerna, inom regionerna och mellan verksamhetsområden. I en rapport 2015 gjorde Myndigheten för vård- och omsorgsanalys såväl en kvantitativ som en kvalitativ analys av orsakerna till skillnader mellan regioner. I den kvantitativa analysen undersökte myndigheten statistiska samband mellan regionernas uppfyllande av vårdgarantin och bland annat befolkningsstruktur, antal läkare och vårdplatser, antal besök som ut-

[6] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2017. *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2017:6, s. 101.
[7] Ruist, J. 2019. *Global migration-orsaker och konsekvenser*. SNS, forskningsrapport.
[8] Socialstyrelsen. 2019. *Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Väntetider i akutsjukvården och fyra tematiska analyser*, s. 108.

fördes per läkare och storleken på de ekonomiska resurserna som lades på sjukvården. Den kvalitativa analysen baserades på en intervjustudie. Den sammantagna slutsatsen var att förbättrade arbetssätt, högre produktivitet och tillräckliga personella resurser är viktiga faktorer för att klara vårdgarantins krav och för att korta väntetiderna.[9]

3.2.4 Komplexitet, organisation och prioriteringar

I Socialstyrelsens rapport *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården* görs en översikt av orsaker till skillnader i tillgänglighet. I rapporten beskrivs att varje region kan ses som ett avgränsat hälso- och sjukvårdssystem, det vill säga Sverige har 21 olika hälso- och sjukvårdssystem. Dessa skiljer sig åt sinsemellan i en rad aspekter enligt rapporten, exempelvis avseende:

- vårdens infrastruktur (till exempel antal vårdcentraler, akutmottagningar, lättakuter, antal och typ av sjukhus och apotek),
- resurser, åtgång, blandning och grad av utnyttjande (bland annat personal/kompetens, it-system, telefon- och e-tjänster, bilddiagnostik, laboratorier, operationsrum, vårdplatser, energiförbrukning för lokaler),
- arbetssätt (till exempel hantering av remissflöden och väntelistor, medicinsk behandlingspraxis, information till allmänhet och patient, samarbete mellan primärvård, sjukhus och kommunal sjukvård, produktionsplanering, kvalitetsarbete, uppföljningssystem),
- vårdbehov, vårdkonsumtion (till exempel antal vårdkontakter per patient),
- andel privata utförare,
- kvalitet och patientsäkerhet,
- ekonomi, och
- politiska prioriteringar.

[9] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2015. *Varierande väntan på vård,* rapport 2015:5.

En övergripande slutsats från Socialstyrelsen var att de främsta förklaringarna till skillnader i väntetider är systemets komplexitet, hur vården är organiserad och vilka prioriteringar som regionerna gör.[10]

3.2.5 Fluktuerande behov, teknologiska genombrott, låg produktivitet och hur indikationsgränser tillämpas

I delbetänkandet refereras till en ESO-rapport som jämförde olika parametrar för Sverige med länder med liknande målsättning och resultat inom sjukvården. Väntetiderna varierar mellan länderna men osäkerhet föreligger vid jämförelse på grund av olika registreringar. Orsaker till väntetider anges i rapporten kunna vara faktorer som:

- Fluktuationer i behov och efterfrågan. Kan exempelvis bero på skillnader i efterfrågetryck under årstider.
- Teknologiska genombrott. Introduktion av nya innovativa medicinska teknologier som möjliggör behandlingar som tidigare inte existerat innebär ofta ett kraftigt efterfrågetryck.
- Låg produktivitet. En ineffektiv vårdorganisation med låg produktivitet kan leda till att befintliga resurser inte utnyttjas optimalt.
- Hur indikationsgränser tillämpas. Skillnader i indikationsgränser, det vill säga när en åkomma bedöms vara tillräckligt allvarlig för att den ska leda till vårdinsatser, kan leda till längre väntetider i ett land än i ett annat.[11]

I rapporten beskrivs Sverige i jämförelse med andra länder som ett land med litet antal allmänläkare, sjukhusdominerad vård, lägre produktivitet, litet antal vårdplatser och hög beläggningsgrad samt färre alternativ utanför sjukhusen under icke-kontorstid.

[10] Socialstyrelsen. 2018. *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Rapport februari 2018*.
[11] Rehnberg, C. 2019. *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv*, ESO-rapport 2019:8.

3.2.6 Oväntade händelser som covid-19-pandemin

Covid-19-pandemin har orsakat ytterligare uppdämt vårdbehov med fortsatt långa väntetider. Vårdens omställning för att klara hantering av pandemin och befolkningens ändrade vårdsöksbeteende har lett till ett uppdämt vårdbehov som är större än vad SKR:s väntetidsdatabas visar enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.[12]

Regionerna beskriver i sina nulägesrapporter från oktober 2021 anledningar till det ytterligare uppdämda vårdbehovet:

- covid-19-vården samt testning, smittspårning och vaccinering,
- rekryteringssvårigheter,
- trött organisation,
- längre ledigheter för personalen sommaren 2021 och sjukdomar hos personalen samt vård av sjuka barn.

I möten med regionernas kontaktpersoner har utredningen också uppfattat att karantänsbestämmelser under hösten och vintern 2021–2022 ledde till brist på tjänstgörande personal i vården.

3.3 Utvecklingen efter delbetänkandet – vårdgarantins efterlevnad

3.3.1 Kontakt med primärvården samma dag

Alla ska få kontakt med primärvården samma dag som de söker kontakt enligt vårdgarantin (9 kap. 1 § 1 hälso- och sjukvårdslagen [2017:30], HSL, och 6 kap. 1 § 1 hälso- och sjukvårdsförordningen [2017:80], HSF). Vårdgarantin mäts utifrån kontakt via telefon men gäller även för andra kontaktvägar, exempelvis via digitala kanaler eller drop in-besök. Mätning av telefontillgänglighet görs vår och höst. Hösten 2021 besvarades 80 procent av samtalen samma dag, den lägsta siffran under pandemiperioden, enligt väntetidsdatabasen. I mätningen deltog inte Region Stockholm. Procentsatsen varierade mellan regionerna där ytterligheterna var 96 procent i Region Jönköpings län och 59 procent i Region Västerbotten.[13]

[12] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *I skuggan av covid-19. Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin under 2020*, rapport 2021:6.
[13] Väntetidsdatabasen. *Telefontillgänglighet till primärvård,* www.vantetider.se, uttag 2022-03-21.

3.3.2 Medicinsk bedömning inom tre dagar

Enligt vårdgarantin ska den enskilde få en medicinsk bedömning inom primärvården inom tre dagar från det att den enskilde sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt (9 kap. 1 § 2 HSL och 6 kap. 1 § 2 HSF). Under hösten 2021 ökade andelen patienter som fått en medicinsk bedömning inom tre dagar något, från 81 procent i september 2021 till 85 procent i januari 2022. I januari 2022 gjordes 91 procent av bedömningarna hos sjuksköterska inom tre dagar, hos läkare 88 procent och hos kiropraktor 87 procent. Hos dietist gjordes 46 procent inom tre dagar, hos kurator 52 procent, hos fysioterapeut 53 procent och hos arbetsterapeut 56 procent. Stora skillnader fanns mellan regionerna. I januari 2022 fick 70 procent en bedömning inom tre dagar i Region Uppsala och 94 procent i Region Stockholm. Region Sörmland och Region Blekinge hade inga patienter med registrerad patientvald väntan medan Region Halland hade 11 procent patientvald väntan.[14]

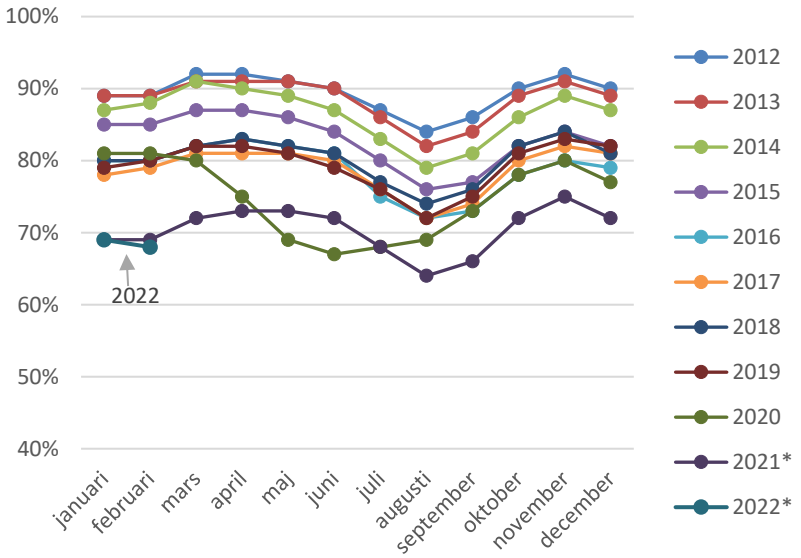
3.3.3 Besök i specialiserad vård

Efter att delbetänkandet lämnades 30 juni 2021 har väntetiderna inom den specialiserade vården fortsatt vara långa. Enligt vårdgarantin ska den enskilde få besöka den specialiserade vården inom 90 dagar (9 kap. 1 § 3 HSL och 6 kap. 1 § 3 HSF). Andelen som väntat längre än 90 dagar på ett första besök inom specialiserad vård var högre hösten 2021 än hösten 2020. I februari 2022 var siffran för andelen som väntat högst 90 dagar 68 procent, i februari 2021 var den 69 procent, se figur 3.3. Det bör observeras att en utökad uppföljningsmodell används sedan 1 januari 2021 och att patienter med patientvald och medicinskt orsakad väntan inte ingår i redovisningen.

[14] Väntetidsdatabasen, *Väntetidsstatistik för primärvård*, www.vantetider.se, uttag 2022-03-21.

Figur 3.3 Andel patienter som väntat högst 90 dagar på första besök inom den specialiserade vården

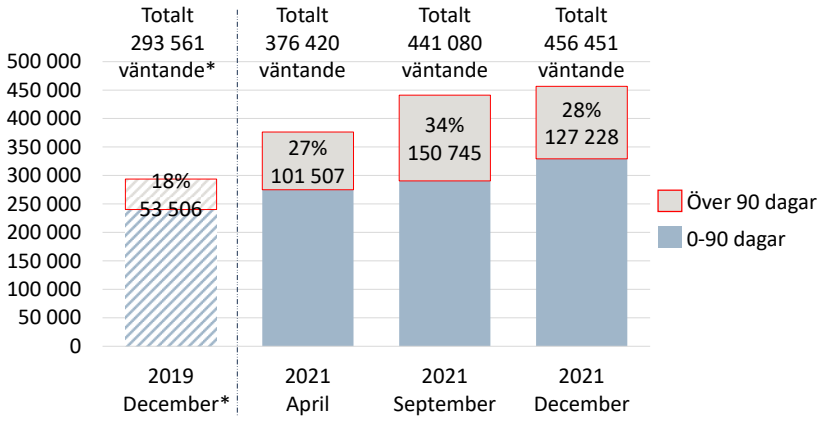
Utgår från antalet patienter på väntelistorna i slutet av varje månad, 2012–2022. Observera att y-axeln inte startar vid 0



* Fr.o.m. januari 2021 används en ny modell för rapportering av väntetiderna. Den innebär bland annat att besök hos fler professioner och vårdområden ingår i modellen. Det medför att resultaten för 2021 och 2022 inte är fullt jämförbara med tidigare år. Å andra sidan bör det ge en mer fullständig bild av första besöken inom specialiserad vård på sikt.
Not: Patientvalt väntande över 90 dagar och medicinskt orsakat väntande ingår inte.
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR) via vantetider.se.

Det totala antalet personer som väntade på ett första besök ökade under 2021. Den 31 december 2021 var det 456 451 patienter som väntade, varav 28 procent eller 127 228 personer hade väntat mer än 90 dagar. De som väntat längre än 90 dagar minskade något under hösten 2021 vilket bedöms vara till följd av prestationsersättning under hösten. Däremot ökade totalantalet under samma period, se figur 3.4.

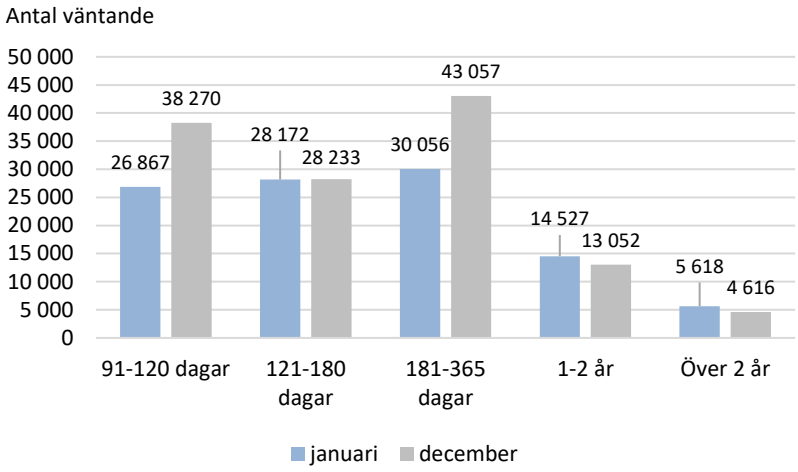
Figur 3.4 Antal som väntar på första besök inom den specialiserade vården



* Fr.o.m. januari 2021 används en ny modell för rapportering av väntetiderna. Den innebär bland annat att besök hos fler professioner och vårdområden ingår i modellen. Det medför att resultaten för 2019 och 2021 inte är helt jämförbara – med den nya modellen hade det varit något fler som väntade i december 2019 än vad figuren visar. Den nya modellen bör ge en mer fullständig bild.
Not: Patientvalt väntande över 90 dagar och medicinskt orsakat väntande ingår inte.
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR) via vantetider.se. Data inhämtad 2022-03-25.

Figur 3.5 visar hur de personer som hade väntat över 90 dagar fördelade sig på olika väntetidsintervall i januari respektive december 2021. Mellan januari och december ökade antalet som hade väntat över 180 dagar med omkring 20 procent eller 10 500 personer. De som väntat som längst, över ett år, minskade däremot med 12 procent (omkring 2 500 personer).

Figur 3.5 Antal patienter som hade väntat mer än 90 dagar på första besök inom den specialiserade vården, fördelat på olika tidsintervall, januari och december 2021



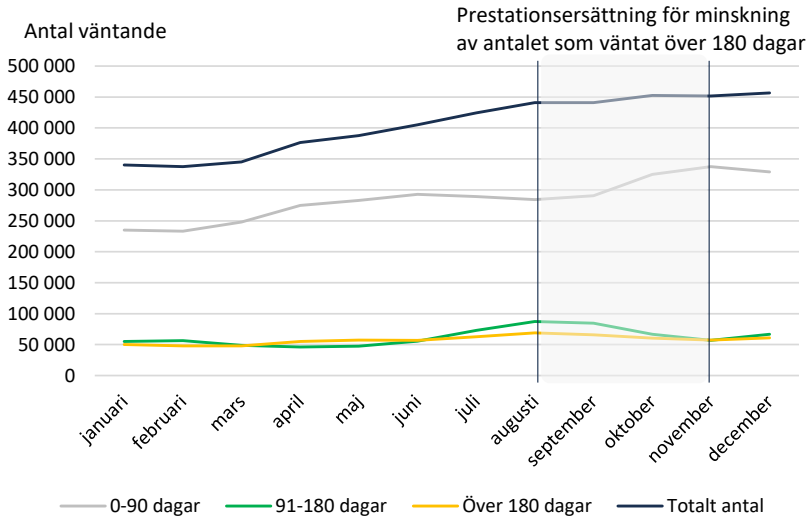
Not: Patientvalt väntande och medicinskt orsakat väntande ingår inte.
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR). Datauttag gjort 2022-03-25.

Under september, oktober och november 2021 kunde regionerna ta del av prestationsersättning om antalet som väntat 180 dagar eller mer minskade med 25 procent. Under perioden minskade antalet som väntat 180 dagar eller mer med omkring 11 600 personer, eller 17 procent, för riket som helhet. Även antalet som hade väntat 91–180 dagar minskade med omkring 30 700 personer, eller 35 procent. Samtidigt är det tydligt att antalet som hade väntat 0–90 dagar ökade, se figur 3.6, och under perioden ökade det totala antalet väntande med 10 700 personer, eller 2 procent. Prestationsersättningen verkar alltså ha haft en viss effekt på så sätt att antalet långväntare minskade. Fördelningen av väntande justerades så att färre hade väntat längre, se figur 3.6. Men sammantaget ökade antalet väntande, vilket innebär att det grundläggande problemet med att inflödet är större än utflödet inte kan sägas ha åtgärdats under perioden.

Elva regioner erhöll medel för att de hade klarat kravet att minska antalet som väntat mer än 180 dagar med 25 procent.[15]

[15] Skriftligt underlag från Regeringskansliet. Sammanställning av väntetidsstatistik.

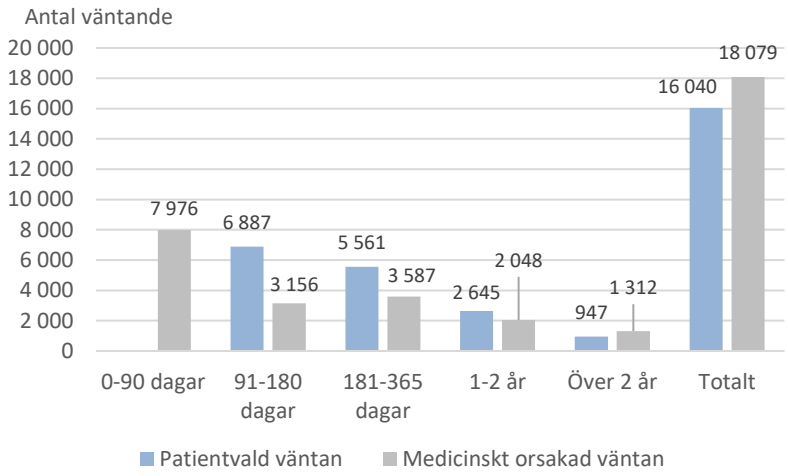
Figur 3.6 Antal som väntade på första besök inom den specialiserade vården per månad 2021



Not: Patientvalt väntande över 90 dagar och medicinskt orsakat väntande ingår inte.
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR). Datauttag gjort 2022-03-25.

I siffrorna som redovisas ovan ingår inte patientvalt väntande över 90 dagar och medicinskt orsakat väntande. I SKR:s uppföljning rapporteras inte patientvald väntan för patienter som väntat kortare tid än 90 dagar (undantaget barn- och ungdomspsykiatri där det registreras från 30 dagar) medan medicinskt orsakad väntan redovisas från dag noll. I december 2021 var de patientvalt väntande (över 90 dagar) och medicinskt orsakat väntande 34 119 personer, se figur 3.7. Totalt sett var det därmed 490 570 personer som väntade på ett första besök, varav 7 procent var registrerade som antingen patientvalt eller medicinskt orsakat väntande. Även om dessa patienter inte ingår när vårdgarantins efterlevnad beräknas är de patienter som har bedömts vara i behov av vård och har fått ett beslut om ett första besök, varför det också behöver genomföras och ses som en del av det totala vårdbehovet.

Figur 3.7 Antal patienter som var registrerade som patientvalt väntande respektive medicinskt orsakat väntande till första besök, december 2021



Källa: Väntetidsdatabasen (SKR). Datauttag gjort 2022-03-25.

I väntetidsdatabasen finns också viss information om väntetider utifrån ålder och kön. I många fall saknas informationen, men utifrån de fall då det finns information om kön och ålder framträder inga större skillnader, se bilaga 3, tabell 1. I december 2021 var det fler pojkar än flickor 0–18 år som väntade på ett första besök, men fördelningen mellan tidsintervallen var likartad. Bland vuxna var det fler kvinnor än män som väntade på ett första besök. Även bland vuxna var fördelningen mellan tidsintervallen likartad, dock med en liten tendens till att kvinnorna något oftare fanns bland dem som väntat längre, se bilaga 3, tabell 1.

Kön till första besök bli allt längre

Mellan 31 januari och 31 december 2021 ökade enligt väntetidsdatabasen antalet på väntelistorna till ett första besök inom den specialiserade vården med 114 650 personer, inklusive patientvalt och medicinskt orsakat väntande. Så många fler besök hade alltså behövts genomföras för att utflödet skulle hålla jämn takt med inflödet. Under samma period genomfördes enligt väntetidsdatabasen 2 326 188 första

besök. Grovt uppskattat motsvarar alltså ökningen av antalet väntande ett underskott på nära 5 procent. Med andra ord skulle produktionen behöva öka med 5 procent för att uppnå balans mellan inflödet och utflödet.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har gjort en liknande grov uppskattning av balansen mellan inflöde och utflöde för åren 2013–2016 baserat på väntetidsdatabasen. Då framkom underskott motsvarande omkring 0,5–1 procent för första besök inom den specialiserade vården.[16]

En nedbrytning per region visar att det totala antalet väntande, inklusive patientvalt väntande och medicinskt orsakat väntande, ökade mellan januari och december 2021 i alla regioner utom två (Dalarna och Västerbotten), se tabell 3.1. Lägst andel som i december 2021 hade väntat över 90 dagar, inklusive patientvalt väntande och medicinskt orsakat väntande, fanns i Region Stockholm (17 procent), Region Halland (18 procent) och Region Jönköpings län (19 procent).

[16] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2017. *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2017:6, s. 94.

Tabell 3.1 Antal väntande på första besök inom specialiserad vård per region i december 2021 samt förändring sedan januari 2021

Region	Förändring jan–dec	Totalt antal väntande dec	Över 90 dagar		Över 180 dagar		Över 1 år	
			Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Blekinge	6 061	10 081	2 914	29 %	1 101	11 %	312	3 %
Dalarna	-745	18 566	5 363	29 %	1 755	9 %	369	2 %
Gotland	127	3 344	984	29 %	456	14 %	132	4 %
Gävleborg	1 499	13 147	3 854	29 %	1 634	12 %	345	3 %
Halland	1 970	12 176	2 135	18 %	856	7 %	147	1 %
Jämtl. Härjed.	2 870	7 087	3 450	49 %	2 066	29 %	384	5 %
Jönköpings län	1 824	12 743	2 455	19 %	955	7 %	278	2 %
Kalmar län	2 483	11 216	2 978	27 %	1 252	11 %	291	3 %
Kronoberg	1 837	7 481	2 160	29 %	650	9 %	131	2 %
Norrbotten	1 905	19 691	11 075	56 %	7 922	40 %	4 016	20 %
Skåne	39 583	72 389	20 654	29 %	9 573	13 %	2 355	3 %
Stockholm	12 054	69 285	12 090	17 %	6 738	10 %	2 766	4 %
Sörmland	5 707	13 733	3 339	24 %	1 060	8 %	101	1 %
Uppsala	1 188	26 266	10 214	39 %	5 419	21 %	1 963	7 %
Värmland	3 958	18 345	8 236	45 %	4 301	23 %	1 314	7 %
Västerbotten	-129	13 970	4 166	30 %	1 356	10 %	206	1 %
Västernorrland	784	14 027	5 696	41 %	2 815	20 %	789	6 %
Västmanland	847	12 592	3 324	26 %	974	8 %	275	2 %
Örebro län	4 100	19 704	7 406	38 %	3 552	18 %	1 134	6 %
Östergötland	3 750	20 775	7 731	37 %	3 899	19 %	796	4 %
Västra Götaland	22 977	93 952	33 147	35 %	18 491	20 %	6 516	7 %
Totalt	**114 650**	**490 570**	**153 371**	**31 %**	**76 825**	**16 %**	**24 620**	**5 %**

Not: Inklusive patientvalt väntande och medicinskt orsakat väntande. Andel avser andel av dem som väntade på första besök i regionen.
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR). Datauttag gjort 2022-03-25.

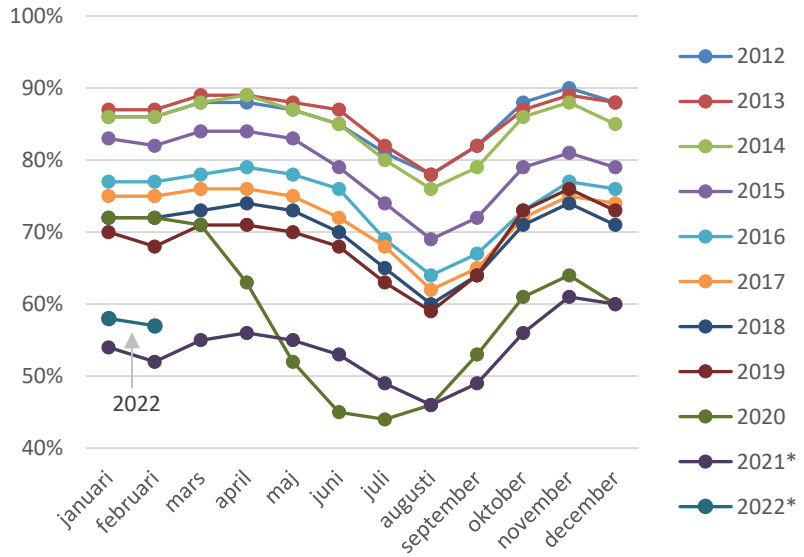
En nedbrytning på vårdområden visar att det totala antalet väntande, inklusive patientvalt väntande och medicinskt orsakat väntande, ökade mellan januari och december 2021 i princip inom alla vårdområden. Flest antal väntande över både 180 dagar och över 1 år fanns i december 2021 inom ögonsjukvården, öron-näsa-hals-sjukvården och ortopedin, se bilaga 3, tabell 2.

3.3.4 Behandling i specialiserad vård

Enligt vårdgarantin ska den enskilde få planerad vård inom 90 dagar (9 kap. 1 § 4 HSL och 6 kap. 1 § 4 HSF). Andelen som väntat längre än 90 dagar på operation eller annan åtgärd inom den specialiserade vården var högre hösten 2021 än hösten 2020. I februari 2022 var siffran för andelen som väntat högst 90 dagar 57 procent vilket var en något större andel än i februari 2021 (52 procent), se figur 3.8. Det bör observeras att en utökad uppföljningsmodell används sedan 1 januari 2021 och att patienter med patientvald och medicinskt orsakad väntan inte ingår i redovisningen.

Figur 3.8 Andel patienter som väntat högst 90 dagar på operation eller annan åtgärd inom den specialiserade vården

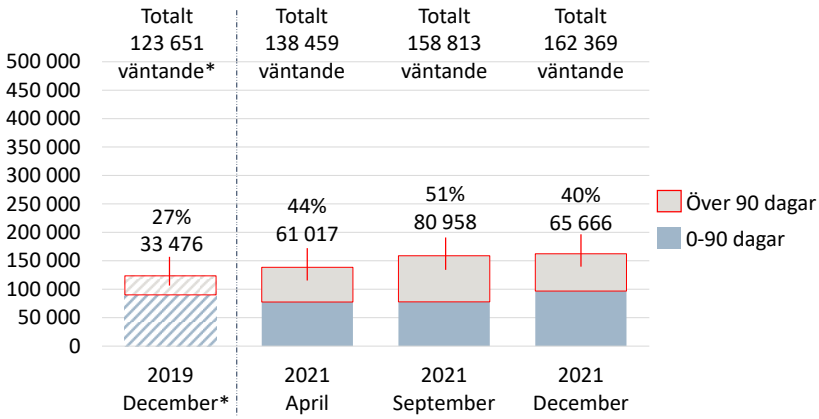
Utgår från antalet patienter på väntelistorna i slutet av varje månad, 2012–2022. Observera att y-axeln inte startar vid 0



* Fr. o. m. januari 2021 används en ny modell för rapportering av väntetiderna. Den innebär bland annat att fler vårdområden ingår i modellen. Det medför att resultaten för 2021 och 2022 inte är fullt jämförbara med tidigare år. Å andra sidan bör det ge en mer fullständig bild av åtgärder inom specialiserad vård på sikt.
Not: Patientvalt väntande över 90 dagar och medicinskt orsakat väntande ingår inte.
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR) via vantetider.se.

Det totala antalet väntande på operation eller annan åtgärd ökade under 2021. Den 31 december 2021 fanns det 162 369 patienter på väntelistorna, varav 40 procent eller 65 666 personer hade väntat mer än 90 dagar. Antalet som väntat längre än 90 dagar hade då minskat under hösten, vilket kan ha varit till följd av prestationsersättning under september–november. Däremot ökade det totala antalet väntande under samma period, se figur 3.9.

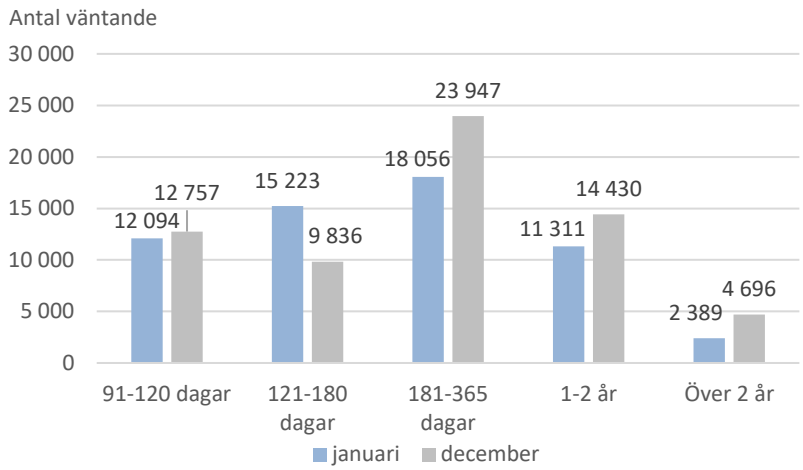
Figur 3.9 Antal som väntar på operation eller annan åtgärd inom den specialiserade vården



* Fr.o.m. januari 2021 används en ny modell för rapportering av väntetiderna. Den innebär bland annat att besök hos fler professioner och vårdområden ingår i modellen. Det medför att resultaten för 2019 och 2021 inte är helt jämförbara – med den nya modellen hade det varit något fler som väntade i december 2019 än vad figuren visar. Den nya modellen bör ge en mer fullständig bild.
Not: Patientvalt väntande över 90 dagar och medicinskt orsakat väntande ingår inte.
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR) via vantetider.se. Datauttag gjort 2022-04-01.

Figur 3.10 visar hur de personer som hade väntat över 90 dagar fördelade sig på olika väntetidsintervall i januari respektive december 2021. Mellan januari och december ökade antalet som hade väntat över 180 dagar med 36 procent, motsvarande 11 300 personer. Antalet som väntat i över 1 år ökade med 40 procent (5 400 personer).

Figur 3.10 Antal patienter som hade väntat mer än 90 dagar på operation eller annan åtgärd inom den specialiserade vården, fördelat på olika tidsintervall, januari och december 2021



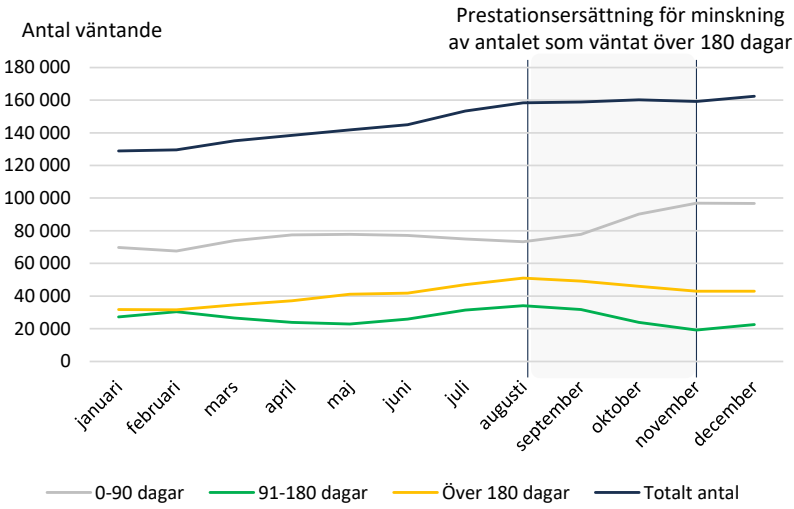
Not: Patientvalt väntande och medicinskt orsakat väntande ingår inte.
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR). Datauttag gjort 2022-04-01.

Liksom för första besök kunde regionerna ta del av prestationsersättning om antalet som väntat 180 dagar eller mer på operation eller annan åtgärd minskade med minst 25 procent mellan 31 augusti och 30 november 2021. Under perioden minskade antalet som väntat 180 dagar eller mer med omkring 8 000 personer, eller 16 procent, för riket som helhet. Även antalet som hade väntat 91–180 dagar minskade, med omkring 14 900 personer eller 44 procent. Samtidigt är det tydligt att antalet som hade väntat 0–90 dagar ökade, och under perioden ökade det totala antalet väntande lite grann (874 personer, motsvarande 1 procent). Liksom för första besök verkar alltså prestationsersättningen ha haft en viss effekt på så sätt att antalet långväntare minskade, men det handlade främst om en omfördelning inom väntelistan – det totala antalet väntande minskade inte, se figur 3.11.

Tretton regioner erhöll medel för att de hade klarat kravet att minska antalet som väntat mer än 180 dagar med 25 procent.[17]

[17] Skriftligt underlag från Regeringskansliet. Sammanställning av väntetidsstatistik.

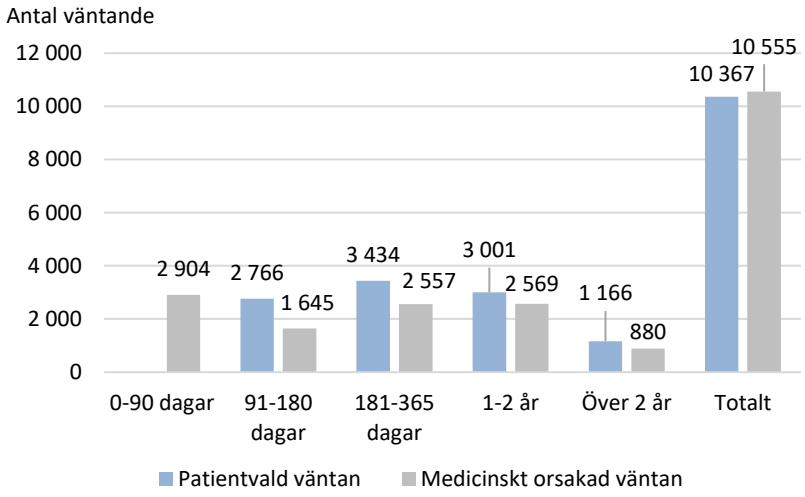
Figur 3.11 Antal som väntade på operation eller annan åtgärd inom den specialiserade vården per månad 2021



Not: Patientvalt väntande över 90 dagar och medicinskt orsakat väntande ingår inte.
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR). Datauttag gjort 2022-04-01.

I siffrorna som redovisas ovan ingår inte patientvalt väntande och medicinskt orsakat väntande. I SKR:s uppföljning rapporteras inte patientvald väntan för patienter som väntat kortare tid än 90 dagar (undantaget barn- och ungdomspsykiatri där det registreras från 30 dagar) medan medicinskt orsakad väntan redovisas från dag noll. I december 2021 var de patientvalt väntande (över 90 dagar) och medicinskt orsakat väntande 20 922 personer, se figur 3.12. Totalt sett var det därmed 183 291 som väntade på en operation eller annan åtgärd, varav 11 procent var registrerade som antingen patientvalt eller medicinskt orsakat väntande.

Figur 3.12 Antal patienter som var registrerade som patientvalt väntande respektive medicinskt orsakat väntande till operation eller annan åtgärd, december 2021



Källa: Väntetidsdatabasen (SKR). Datauttag gjort 2022-04-01.

Baserat på de fall då det finns information om kön och ålder för de som väntar var det i december 2021 fler pojkar än flickor 0–18 år som väntade på en operation eller annan åtgärd i december 2021, se bilaga 3 tabell 3. Pojkarna hade i något större utsträckning väntat över 90 dagar (en skillnad om sex procentenheter). Bland vuxna var det fler kvinnor än män som väntade på en operation eller annan åtgärd, men fördelningen mellan tidsintervallen var likartad mellan könen.

Kön till operationer eller andra åtgärder blir allt längre

Enligt uppgifterna från väntetidsdatabasen ökade antalet som väntade på en operation eller annan åtgärd med 34 327 personer mellan 31 januari och 31 december 2021, inklusive patientvalt och medicinskt orsakat väntande. Så många fler operationer eller andra åtgärder hade alltså behövts göras för att utflödet skulle hålla jämn takt med inflödet. Under samma period genomfördes enligt väntetidsdatabasen 980 747 åtgärder. Grovt uppskattat motsvarar alltså ökningen av antalet väntande ett underskott på omkring 3,5 procent, vilket är något

mindre i relativa mått än för första besök. Produktionen skulle således ha behövt öka med 3,5 procent för att uppnå balans mellan inflödet och utflödet.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har gjort en liknande grov uppskattning av balansen mellan inflöde och utflöde för åren 2013–2016 som visade ett underskott som varierade mellan 1,7 procent 2015 och 0,3 procent 2014 för åtgärder. Även små underskott leder till att kön successivt byggs upp.[18]

En nedbrytning per region visar att det totala antalet väntande, inklusive patientvalt väntande och medicinskt orsakat väntande, ökade mellan januari och december 2021 i 18 regioner. De tre regioner där det fanns en liten nedgång i det totala antalet väntande var Dalarna, Jämtland Härjedalen och Västernorrland, se tabell 3.2. Lägst andel som i december 2021 hade väntat över 90 dagar, inklusive patientvalt väntande och medicinskt orsakat väntande, fanns i Region Gotland (17 procent), följt av Region Halland (27 procent). Andelen väntande som väntat över 1 år varierade 0–30 procent mellan regionerna, se tabell 3.2.

Liksom för första besök visar en nedbrytning på vårdområden att det totala antalet väntande, inklusive patientvalt väntande och medicinskt orsakat väntande, ökade mellan januari och december 2021 inom i princip alla vårdområden. Flest antal väntande över både 180 dagar och över 1 år fanns i december 2021 inom ortopedi, följt av kirurgisk vård och öron-näsa-hals-sjukvård, se bilaga 3, tabell 4.

[18] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2017. *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2017:6, s. 94.

Tabell 3.2 Antal väntande på operation eller annan åtgärd inom specialiserad vård per region i december 2021 samt förändring sedan januari 2021

Region	För-ändring jan–dec	Totalt antal väntande dec	Över 90 dagar		Över 180 dagar		Över 1 år	
			Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Blekinge	145	2 883	907	31 %	493	17 %	160	6 %
Dalarna	-276	7 518	3 904	52 %	2 661	35 %	1 473	20 %
Gotland	391	1 094	182	17 %	31	3 %	**	0 %
Gävleborg	1 715	6175	2 997	49 %	1 884	31 %	691	11 %
Halland	2 067	4 879	1 294	27 %	543	11 %	159	3 %
Jämtl. Härjed.	-90	3 248	2 177	67 %	1 684	52 %	971	30 %
Jönköpings län	1 361	6 328	2 217	35 %	1 313	21 %	537	8 %
Kalmar län	754	5 035	1 949	39 %	1 221	24 %	553	11 %
Kronoberg	147	4 829	2 104	44 %	1 392	29 %	609	13 %
Norrbotten	990	4 864	2 706	56 %	1 883	39 %	773	16 %
Skåne	6 934	25 229	12 725	50 %	8 800	35 %	4 161	16 %
Stockholm	3 695	19 629	7 818	40 %	5 117	26 %	2 163	11 %
Sörmland	1 393	4 175	1 301	31 %	625	15 %	108	3 %
Uppsala	796	8 796	4 193	48 %	2 834	32 %	1 431	16 %
Värmland	134	7 509	3 996	53 %	2 854	38 %	1 389	18 %
Västerbotten	2 601	7 698	3 518	46 %	2 214	29 %	943	12 %
Västernorrland	-27	4 115	1 700	41 %	957	23 %	371	9 %
Västmanland	2 271	5 873	1 847	31 %	1 223	21 %	488	8 %
Örebro län	2 016	9 283	4 898	53 %	3 397	37 %	1 356	15 %
Östergötland	1 137	10 743	5 011	47 %	3 300	31 %	1 343	13 %
Västra Götaland	6 173	33 388	16 240	49 %	12 254	37 %	7 062	21 %
Totalt	**34 327**	**183 291**	**83 684**	**46 %**	**56 680**	**31 %**	**26 742**	**15 %**

**Antal färre än 10, uteslutet för att undvika småtal.
Not: Inklusive patientvalt väntande och medicinskt orsakat väntande. Andel avser andel av dem som väntade på första besök i regionen.
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR). Datauttag gjort 2022-04-01.

3.3.5 Socialstyrelsens rapporter om pandemi-effekter på produktion

Socialstyrelsen följer covid-19-pandemins effekter på hälso- och sjukvården. Pandemin har indelats i flera vågor. Med första vågen menas mars till september 2020, andra vågen oktober 2020 till januari 2021 och tredje vågen februari till juni 2021. Den fjärde vågen startade i

juli 2021 och avslutades med mars 2022.[19] Bland annat följer Socialstyrelsen följande fyra delar:

- antalet genomförda operationer inom slutenvården
- antalet genomförda dagkirurgiska åtgärder inom specialiserad öppenvård
- antalet genomförda vårdperioder inom somatisk slutenvård
- antalet genomförda läkarbesök inom specialiserad vård.

Uppföljningen baseras på patientregistret. Antalet genomförda insatser under pandemins olika vågor, och pandemiperioden som helhet, jämförs med ett medeltal av antalet som genomfördes motsvarande perioder 2017–2019 (jämförelseperiod, före pandemin). Följande går att utläsa av resultaten:

- För perioden mars 2020 till december 2021 genomfördes färre av samtliga fyra ovanstående områden.
- För samma period var den procentuella minskningen större för kvinnor än män i de tre områdena; genomförda vårdperioder i somatisk slutenvård, läkarbesök i specialiserad öppenvård och dagkirurgiska åtgärder.
- För samma period genomfördes färre åtgärder i alla tre åldersgrupperna 0–17 år, 18–69 år och 70 år och äldre. Den procentuella minskningen är minst för gruppen 70 år och äldre när det gäller alla fyra områden som följs upp. Under första vågen genomfördes betydligt färre åtgärder bland personer över 70 år jämfört med före pandemin, men därefter är minskningen inte lika påtaglig.
- Minskningen i antalet genomförda åtgärder var som störst under första vågen, speciellt under april–maj 2020. Även under andra vågen genomfördes färre åtgärder än före pandemin inom alla fyra områden som följs upp.
- Under tredje vågen genomfördes fler dagkirurgiska åtgärder och läkarbesök i specialiserad öppenvård än under jämförelseperioden. Detta gällde både kvinnor och män, och ses särskilt bland perso-

[19] Socialstyrelsen. 2022. *Regeringsuppdrag att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården. Slutrapport mars 2022.*

ner över 70 år. Antalet genomförda operationer inom slutenvård och vårdepisoder inom somatisk slutenvård fortsatte att vara färre än före pandemin.

- Under fjärde vågen gjordes återigen färre läkarbesök i specialiserad öppenvård än före pandemin, bland både kvinnor och män. Bland personer över 70 år gjordes dock fler läkarbesök även under fjärde vågen än motsvarande period före pandemin. Antalet dagkirurgiska åtgärder var något fler under fjärde vågen jämfört med jämförelseperioden, i synnerhet bland män. Det är bara i gruppen över 70 år som det ses en ökning när det gäller dagkirurgiska åtgärder.
- Under fjärde vågen genomfördes även totalt sett fler operationer i slutenvård än före pandemin, och det är operationer för personer 70 år och äldre som står för den ökningen. Underlaget är liksom för övrigt hämtat från patientregistret och jämförelsen gäller ett medeltal för motsvarande period 2017–2019.
- Under fjärde vågen var antalet genomförda vårdperioder i somatisk slutenvård fortsatt färre jämfört med före pandemin, men skillnaden var mindre under fjärde vågen än under de tre första vågorna. För personer 70 år och äldre genomfördes dock fler vårdperioder även under den fjärde vården jämfört med samma period före pandemin.[20]

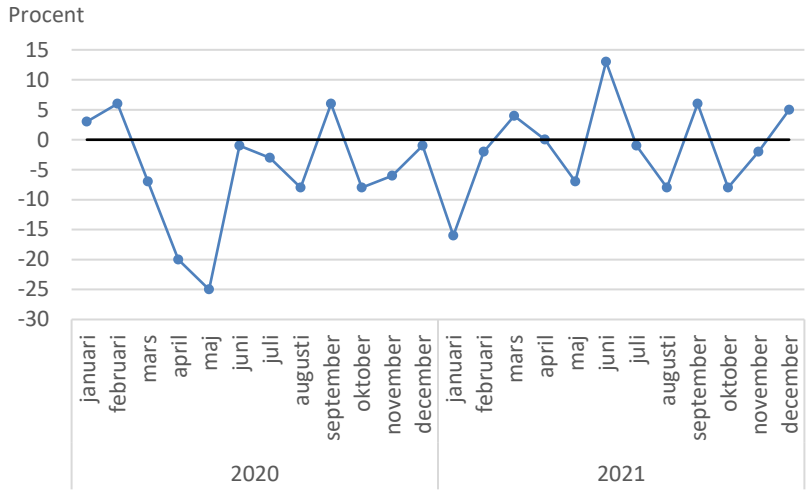
3.3.6 Läkarbesök i specialiserad öppenvård under pandemin

Socialstyrelsen har jämfört antalet läkarbesök i specialiserad öppenvård per månad från januari 2020 och framåt med genomsnitt för 2017–2019, se figur 3.13.

[20] Socialstyrelsen. 2022. *Regeringsuppdrag att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården. Slutrapport mars 2022*, s. 33 och 61–64; Socialstyrelsen. 2022. *Pandemins effekter på vården*, www.socialstyrelsen.se, uttag 2022-04-22.

Figur 3.13 Skillnad i antal läkarbesök inom specialiserad öppenvård 2020 och 2021 jämfört med genomsnitt för 2017–2019

Anger den procentuella avvikelsen i antal läkarbesök respektive månad jämfört med ett genomsnitt av samma månad 2017–2019. Värdet 0 innebär alltså att antalet läkarbesök var samma som jämförelseperioden



Källa: Socialstyrelsen. 2021. *Pandemins effekter på vården*. Data hämtad 2022-03-23. Siffrorna baseras på patientregistret.

Under 2021 finns månader då antalet besök når upp till eller överstiger jämförelsevärdet men totalt ligger produktionen lägre än jämförelseåren. Totalt har 4 procent (-798 631) färre läkarbesök genomförts under pandemiperioden från mars 2020 till december 2021, jämfört med jämförelseperioden.[21]

3.3.7 Operationer under pandemin

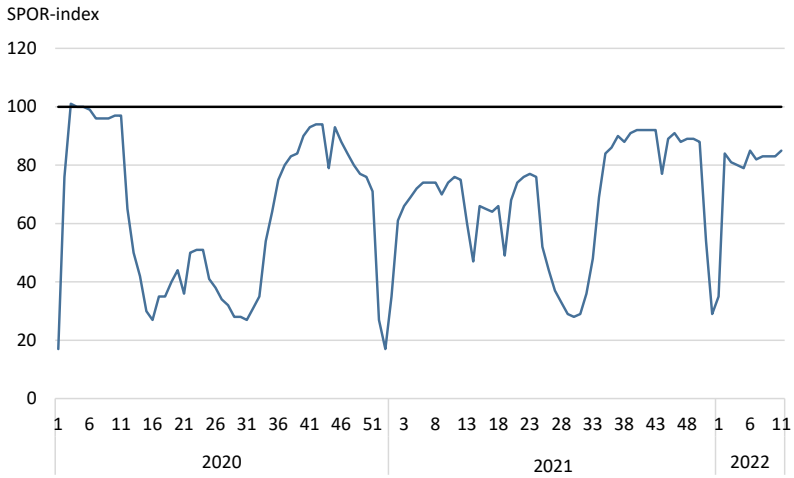
Svenskt perioperativt register (SPOR) följer antalet genomförda planerade operationer veckovis och jämför det med en normalvecka som definieras som medelvärdet av vecka tre–sex 2020. Detta kallas SPOR-index. För normalveckan antar indexet värdet 100. Det finns en normal säsongsvariation med nedgång sommartid under semesterperiod och även vid julhelg. Det ses en tydlig nedgång vid covid-19-

[21] Socialstyrelsen. 2022. *Pandemins effekter på vården*, www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/pandemins-effekter-pa-varden/, uttag 2022-03-23.

pandemins start våren 2020, se figur 3.14. Vecka 11 år 2022 var antalet genomförda operationer fortfarande lägre än normalveckan, och ingen vecka sedan pandemins start har nivån för normalveckan nåtts. Under vecka 11 2022 utfördes 15 procent färre planerade operationer jämfört med normalveckan i Sverige. Det finns däremot stora skillnader mellan regionerna och stora skillnader mellan veckorna för samma region.[22] Produktionen är på en för låg nivå vilket överensstämmer med figur 3.9 och 3.11 ovan som visar att antalet patienter på väntelista för operation eller annan åtgärd fortsätter öka.

Figur 3.14 SPOR-index per vecka, vecka 1 2020 till vecka 10 2022

Index=100 vid normalvecka, vilket är genomsnittet av vecka 3–6 år 2020. Övriga veckor jämförs med detta värde. Avser planerade operationer för riket som helhet



Källa: Svenskt Preoperativt register (SPOR).

Enligt Socialstyrelsen genomfördes totalt 854 112 operationer och kirurgiska åtgärder i slutenvård under pandemiperioden mars 2020 till december 2021. Det är en minskning med 5 procent (-45 766) jämfört ett medeltal för motsvarande period 2017–2019. Under pandemiperioden har enligt Socialstyrelsen 4 procent (-141 205) färre dagkirurgiska åtgärder inom specialiserad öppenvård genomförts.[23]

[22] Svenskt perioperativt register, www.spor.se, uttag 2022-03-18.
[23] Socialstyrelsen. 2022. *Pandemins effekter på vården*. www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/pandemins-effekter-pa-varden/, uttag 2022-03-23.

3.4 Nationell väntetidsuppföljning

I utredningens delbetänkande beskrivs utvecklingen av den nationella väntetidsuppföljningen och databasen vid SKR. Sedan 1 januari 2021 ska alla besök och väntande inom såväl primärvård som specialiserad vård rapporteras enligt en utvecklad modell för uppföljning där flera vårdprofessioner än läkare ingår samt även digitala kontakter och telefonkontakter. Eftersom databasen i dag är den främsta källan till information om väntetider i vården föreslog utredningen i delbetänkandet att regeringen skulle tillsätta en utvidgad och fördjupad granskning av väntetidsdatabasens kvalitet.

3.4.1 Uppdrag till Socialstyrelsen

Regeringen gav 9 september 2021 Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla förutsättningarna för att samla in data för att bättre kunna följa upp väntetider och utvärdera vårdgarantins efterlevnad. Socialstyrelsen ska göra en analys över vilka förutsättningar som myndigheten behöver för att kunna uppnå detta och ska lämna förslag på andra eventuella åtgärder. Syftet är att stärka Socialstyrelsens möjlighet att kunna följa upp och analysera hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och därmed förbättra statens överblick över väntetiderna. Genom bättre kunskap och analyser kan effektiva åtgärder sättas in och resurserna riktas dit behoven är som störst. Regeringen skriver att det finns en internationellt framväxande trend att eftersträva att data ska vara FAIR, det vill säga sökbar, tillgänglig, interoperabel och återanvändningsbar och inte samlas in flera gånger till olika databaser. Socialstyrelsen ska därför verka för att insamlad data ska vara tillgänglig för kommuner och regioner samt andra relevanta aktörer, i enlighet med FAIR-principerna.

Uppdraget ska ses som en del av statens samlade arbete med att stärka den statliga uppföljningen av hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen ska redovisa uppdraget senast 1 oktober 2022.[24]

En delredovisning av uppdraget har lämnats 15 mars 2022. Myndigheten har genomfört en sammanställning av olika intressenters behov av väntetidsdata. Ett önskemål som är genomgående är att kunna koppla väntetidsdata till personnummer för att möjliggöra djupare

[24] Regeringsbeslut S2021/06332. *Uppdrag att utveckla förutsättningar för insamling av Väntetidsdata.*

analyser men även för möjligheten att kunna samköra denna typ av data med andra datakällor. Ett annat behov som framhålls är tillgång till mer aktuella uppgifter om väntetider. Även kvalitetsaspekten och hur informationen kan tolkas vid jämförelser nämns som viktigt att utveckla. Socialstyrelsen skriver att det finns två möjliga vägar för en ny insamling av väntetidsdata, dels att skapa en särskild aggregerad insamling för detta, dels att samla in väntetidsdata som individdata, exempelvis genom patientregistret, eller en kombination av de båda. Socialstyrelsen förordar en framtida insamling på individnivå för att kunna möta de behov som finns av väntetidsdata, samtidigt som detta möjligen medför ett längre tidsperspektiv för att utveckla. Myndigheten kommer att utreda de juridiska förutsättningarna för de två alternativen och, om sådana bedöms nödvändiga, föreslå de författningsändringar som behövs för att utveckla förutsättningarna för att samla in väntetidsdata.[25]

3.4.2 Integritetsskyddsmyndighetens tillsyn av väntetidsdatabasen

Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) beslutade 8 november 2021 att granska den behandling av personuppgifter som sker i den nationella väntetidsdatabasen och inledde ett tillsynsärende. I skrivande stund pågår myndighetens granskning.[26]

[25] Socialstyrelsen. 2022. *Regeringsuppdrag om att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata. Delrapport, mars 2022.*
[26] Integritetsskyddsmyndigheten IMY Tillsynsärende DI-2021-9333.

4 En utökad vårdgaranti

Utredningen har utrett för- och nackdelar med en utökad vårdgaranti och lämnar i detta kapitel förslag på en utökad vårdgaranti. Först ges en beskrivning av utredningens uppdrag om en utökad vårdgaranti. Därefter ges en allmän bakgrund till vårdgarantin som inkluderar nuvarande reglering, synpunkter på den nuvarande vårdgarantin samt beskrivningar av särskilda tidsgränser som gäller i vissa regioner och vårdgarantier som gäller i vissa andra länder. Efter det beskrivs utredningens utgångspunkter, följt av utredningens förslag och bedömningar. Varje delavsnitt om utredningens förslag och bedömningar inleds med en bakgrund, följt av förslaget eller bedömningen i fråga och, till sist, en redogörelse för utredningens skäl till förslaget eller bedömningen.

4.1 Utredningens uppdrag

Utredningen ska enligt direktivet

– utreda för- och nackdelar med en utökad vårdgaranti, och

– lämna nödvändiga författningsförslag.[1]

Sedan vårdgarantin infördes har det framkommit synpunkter som bland annat handlar om att den riskerar leda till undanträngning, att den i praktiken saknar betydelse för patienter med svårare, mer brådskande, sjukdomar samt att flera delar av vårdkedjan inte ingår, vilket enligt direktivet sammantaget talar för en översyn av vårdgarantin.[2]

[1] Dir. 2020:81. *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, s. 13.
[2] Dir. 2020:81. *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, s. 12–13.

En del av den beskrivna problematiken med vårdgarantin kan enligt direktivet omhändertas genom de standardiserade vårdförloppen och de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. Till skillnad från vad som gäller för vårdgarantin är dock tidsgränserna för dessa vårdförlopp inte lagstadgade. Det finns därför ett behov av att utreda om vårdgarantin kan utvecklas och göras mer relevant för fler patientgrupper. Utredningen ska därför

– om det bedöms lämpligt, lämna förslag på hur vårdgarantin kan vidareutvecklas med särskild hänsyn till det pågående arbetet med att utveckla de standardiserade vårdförloppen inom cancerområdet och de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen inom andra sjukdomsområden, och
– lämna nödvändiga författningsförslag.[3]

För barn- och ungdomspsykiatri (BUP) finns det sedan 2011 en målsättning om en förstärkt vårdgaranti. Den är dock inte lagstadgad utan formulerad i överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Utredningen har i uppdrag att

– bedöma om målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti, och
– lämna nödvändiga författningsförslag.[4]

Eftersom det, enligt direktivet, är extra viktigt att barn och unga får hjälp i tid och väntetiderna till BUP fortsätter att öka är det särskilt relevant att beakta väntetiderna till denna del av vården.[5]

Genom ett tilläggsdirektiv fick utredningen i uppdrag att arbeta vidare med och lämna nödvändiga författningsförslag kring vissa av de bedömningar som gjordes i delbetänkandet *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* (SOU 2021:59). Delar av de områden som ingår i tilläggsdirektivet hanteras i detta kapitel. Det gäller att regionen bör agera i god tid och inte invänta tidpunkten då vårdgarantin överskridits innan åtgärder vidtas för att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare när det är nödvändigt.

[3] Dir. 2020:81. *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, s. 14.
[4] Dir. 2020:81. *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, s. 14–15.
[5] Dir. 2020:81. *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, s. 14.

Det gäller även att erbjuda patienten tid för vården inom rimlig tid och frågan om utökad information om vårdgarantin.[6]

4.2 Allmän bakgrund

I Sverige har det funnits vårdgarantier i olika former sedan 1990-talet. Dessa har genom åren varit föremål för synpunkter från olika aktörer och alternativa utformningar av vårdgarantin har lyfts. I detta avsnitt beskriver utredningen den nuvarande regleringen av vårdgarantin och flera av de synpunkter som tagits upp när det gäller vårdgarantins utformning. Därutöver beskriver utredningen vad som gäller om särskilda tidsgränser i vissa regioner. Till sist lämnas en kort beskrivning av vårdgarantier i andra skandinaviska länder.

4.2.1 Nuvarande reglering

Bakgrunden till och syftet med den nuvarande regleringen av vårdgarantin

Sedan 1 juli 2010 finns en författningsreglerad vårdgaranti i Sverige.[7] Bestämmelserna om vårdgarantin finns sedan 1 april 2017 i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF.

Innan vårdgarantin författningsreglerades hade det funnits vårdgarantier i olika former sedan 1990-talet, vilka reglerades genom överenskommelser mellan staten och dåvarande Landstingsförbundet (senare SKR). Syftet med att införa vårdgarantierna var inledningsvis att förkorta och utjämna köerna inom områden med speciellt omfattande problem. Överenskommelserna om vårdgarantin utvecklades senare med målsättningen att öka tillgängligheten för alla patienter och öka möjligheterna att få god vård inom rimlig tid.[8]

I skälen till att författningsreglera vårdgarantin anfördes att uppföljningar hade visat att de vårdgarantier som hade funnits, och alltså reglerats genom överenskommelser, inte hade inneburit förbättringar

[6] Dir. 2021:107. *Tilläggsdirektiv till Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården* (S 2020:12), s. 2–3.
[7] Lag (2010:243) om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och förordningen (2010:349) om vårdgaranti.
[8] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning,* s. 21–22.

i tillräcklig grad när det gällde tillgänglighet. Bland annat fanns brister hos huvudmännen när det gällde viljan att prioritera tillgänglighetsfrågor samt i rutiner och processer. Det angavs också att kännedomen om vårdgarantin var låg bland medborgare och hälso- och sjukvårdspersonal. Det bedömdes sammanfattningsvis att en författningsreglerad vårdgaranti skulle ha bättre förutsättningar än överenskommelser att komma till rätta med de problemen.[9]

Samtidigt som vårdgarantin författningsreglerades infördes bestämmelser om fast vårdkontakt, förnyad medicinsk bedömning och utökade informationskrav. Det samlade syftet med förändringarna var att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården.[10]

Den 1 januari 2019 förändrades den del av vårdgarantin som tidigare omfattade besök hos en läkare inom primärvården inom sju dagar till att omfatta en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad personal inom primärvården inom tre dagar.[11]

Ansvaret att erbjuda en vårdgaranti

Regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som är bosatt inom regionen eller i övrigt omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 § hälso- och sjukvårdslagen (9 kap. 1 § HSL). Förutom den som är bosatt inom regionen, ska regionen därmed erbjuda en vårdgaranti åt:

- den som har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som stadigvarande vistas inom regionen,
- den som, utan att vara bosatt i regionen, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen (personer från andra EU-länder under vissa förutsättningar), och
- den som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av förordningen (vissa utlandsstuderande under vissa förutsättningar).

[9] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 38.
[10] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 1.
[11] Lag (2018:553) om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och förordning (2018:1129) om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Däremot omfattas inte de personer som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård av regionens vårdgaranti (8 kap. 3 § HSL).

Vårdgarantins innehåll

Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

- kontakt med primärvården,
- en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,
- besöka den specialiserade vården, och
- planerad vård (9 kap. 1 § HSL).

Vårdgarantin reglerar alltså inom vilka tidsgränser patienten ska erbjudas kontakt, medicinsk bedömning, besök och planerad vård. Däremot reglerar den exempelvis inte om vård alls ska ges, vilken vård som i så fall ska ges eller hur lång tid utredning, diagnostisering, behandling m.m. av patienten får ta.[12]

Hos sådana utförare inom ett vårdvalssystem i primärvården där enskilda kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt, det vill säga vårdcentraler och motsvarande vårdenheter, gäller vårdgarantin enligt punkterna 1 och 2 ovan från och med 1 juli 2022 endast om den enskilde har listat sig hos utföraren.[13]

Vårdgarantins tidsgränser

Tiderna för hur länge en patient som längst ska behöva vänta på att få den vård som omfattas av vårdgarantins regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen. Där anges att den enskilde ska få

- kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti),

[12] Prop. 2017/18:83. *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*, s. 79.
[13] Lag (2022:273) om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

– en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom tre dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt (bedömningsgaranti inom primärvården),
– besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti inom den specialiserade vården), och
– planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården (behandlingsgaranti) (6 kap. 1 § HSF).

Tidsperioderna inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld regleras alltså i förordning, medan den grundläggande strukturen för vårdgarantin med dess olika delar regleras i lag. Syftet med att inte reglera tidsperioderna i lag var att uppnå en så smidig och flexibel lösning som möjligt.[14] Förordningar beslutas av regeringen medan lagar beslutas av riksdagen (8 kap. 1 § regeringsformen [1974:152]). Tidsperioderna kan också, i stället för att regleras i förordning, regleras i föreskrifter utfärdade av en myndighet som regeringen bestämmer, enligt ett bemyndigande i hälso- och sjukvårdslagen (9 kap. 4 § 1 HSL).

Rapportering av uppgifter om väntetider

Regionerna ska rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas som förs av SKR (9 kap. 3 § HSL och 6 kap. 3 § HSF). Socialstyrelsen får meddela ytterligare föreskrifter om regionernas rapporteringsskyldighet (6 kap. 4 § HSF), men har vid tidpunkten för överlämnandet av detta betänkande inte meddelat några sådana.

Enligt förarbetena från 2009 om införandet av den lagstadgade vårdgarantin är det avgörande att ha system för att följa väntetiderna och att rapportera dessa öppet. Väntetidsdatabasen bör i första hand innehålla uppgifter som kan användas i syfte att kontrollera efterlevnaden av vårdgarantin. Ett ytterligare syfte med uppgifterna är in-

[14] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 42.

formation till hälso- och sjukvårdspersonal, beslutsfattare och befolkningen.[15]

Tillsyn

Staten har ett ansvar för att säkerställa att lagar, förordningar och föreskrifter som riksdag, regering och myndigheter beslutat om följs. Ett viktigt kontroll- och styrinstrument som staten förfogar över är tillsyn.[16] Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har som uppgift bland annat att svara för tillsynen inom hälso- och sjukvården, samt av hälso- och sjukvårdspersonal (7 kap. 1 § patientsäkerhetslagen [2010:659], PSL).

Av förarbetena till bestämmelsen om vårdgaranti framgår att tillämpningen av lagstiftningen ska följas inom ramen för tillsynen av hälso- och sjukvården. Det kan till exempel handla om hur vårdgarantin och tillgänglighetsarbetet utgör en del av regionernas arbete för att upprätthålla kvalitet och hög patientsäkerhet. Andra exempel på frågor som kan omfattas av tillsynen är hur vårdgarantin i praktiken tillämpas och efterlevs i regionerna, vilka åtgärder man vidtar för att komma till rätta med eventuella brister samt hur regionen och hälso- och sjukvårdspersonalen fullgör sin informationsskyldighet vad gäller vårdgarantin.[17]

Vårdgarantins förhållande till prioriteringar i hälso- och sjukvården

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § första stycket HSL). Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (3 kap. 1 § andra stycket HSL). Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (3 kap. 1 § andra stycket HSL). Dessa principer preciseras ytterligare i den av riksdagen beslutande prioriteringsplattformen som

[15] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 45.
[16] Prop. 2012/13:20. *Inspektionen för vård och omsorg – en ny tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst*, s. 80.
[17] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 72.

innehåller allmänna riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.[18]

När det gäller vårdgarantins förhållande till prioriteringar inom vården angavs i förarbetena till införandet av den lagstadgade vårdgarantin att vårdgarantin inte reglerar om vård ska ges eller vilken vård som ska ges. En förutsättning för att vårdgarantin ska gälla är i stället att nödvändiga beslut är fattade. Tanken var att prioriteringar även fortsättningsvis skulle utgå från de av riksdagen fastställda prioriteringsriktlinjerna. Vårdgarantin ska enligt propositionen inte ses som att den uttalar hur snart en åtgärd för en specifik sjukdom bör ske. Den uttalar i stället att vården ska ske senast inom viss tid.[19]

4.2.2 Synpunkter på den nuvarande vårdgarantins utformning

Inför att vårdgarantin lagstadgades 2010 och sedan dess har det framkommit synpunkter på dess innehåll och utformning från olika håll, bland annat i samband med myndigheternas uppföljningar av vårdgarantins efterlevnad.

Vårdgarantin täcker inte hela vårdkedjan utan innebär fyra nedslag

Inför lagstadgandet av den nuvarande vårdgarantin fanns det tankar om att utöka omfattningen av vårdgarantin på sikt. Utredningen om patientens rätt i vården (S 2007:07) hade i uppdrag att analysera tillämpningen av den nationella vårdgarantin som infördes 1 november 2005 genom en överenskommelse mellan staten och SKR samt att lämna förslag till lagreglering av densamma.[20] Utredningen ansåg inte att den hade till uppgift att närmare diskutera innehållet i vårdgarantin, men uttryckte uppfattningen att en framtida vårdgaranti bör inkludera alla de åtgärder som är nödvändiga för att en behandling ska kunna inledas.[21] Enligt regeringens proposition var det en uppfatt-

[18] Prop. 1996/97:60. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, Socialutskottet. Betänkande 1996/97:SoU14. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* och riksdagsskrivelse 1996/97:186.
[19] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 40–41.
[20] Dir. 2007:90. *Patientens rätt i vården*, s. 1 och 5.
[21] SOU 2008:127. *Patientens rätt – Några förslag för att stärka patientens ställning,* s. 166.

ning som delades av flera remissinstanser, som bland annat framförde att vårdgarantins tillämpningsområde bör utvidgas till att omfatta hela vårdförloppet. Vid det tillfället saknades dock underlag och statistik för en konsekvensanalys av en sådan utvidgning. Av propositionen framgår också att regeringens ambition var att vårdgarantin i framtiden skulle omfatta patientens hela kontakt med vården, från det att en första kontakt tas till att patienten skrivs ut från en eventuell åtgärd i den planerade vården, inklusive utredningstiden och andra ledtider.[22]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har framhållit att vårdgarantin inte omfattar alla delar av en patients vårdkontakter, och uttryckt att målsättningen för vårdgarantin bör vara att omfatta hela vårdkedjan, från undersökning, utredning och röntgen till rehabilitering och uppföljning.[23] Myndigheten har också beskrivit att eftersom inte alla delar av vårdkedjan ingår, finns det inte heller någon tidsgräns för den totala väntan i situationer när vårdförloppet kräver mer än endast en medicinsk bedömning inom primärvården följt av en remiss till ett besök inom den specialiserade vården då beslut om behandling tas. Processen från att primärvården kontaktas till att en behandling inom den specialiserade vården påbörjas kan i praktiken bli betydligt längre än 183 (0 + 3+ 90 + 90) dagar – utan att vårdgarantins gränser har överskridits.[24]

Även SKR har uttryckt ett behov av en översyn av vårdgarantin som belyser hela vårdkedjan.[25]

Mindre relevant för personer med kronisk sjukdom och multisjuka personer

Inför vårdgarantins lagstadgande berörde vissa remissinstanser särskilt situationen för de som inte skulle komma att omfattas av vårdgarantin och de som redan finns i vårdsystemet, exempelvis de med

[22] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 39 och 43.
[23] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2014. *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?* Rapport 2014:3, s. 239.
[24] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2015. *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2015:5, s. 24.
[25] SKL. 2017. *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild – SOU 2017:53*, yttrande, s. 5.

kroniska sjukdomar och multisjuka.[26] Det framfördes att det är av särskild vikt att följa hur vården fördelas mellan långvarigt sjuka personer samt äldre med stora och komplexa behov i jämförelse med patienter som behöver ett nybesök eller engångsåtgärder.[27] Att inte alla delar av vårdkedjan eller alla typer av vårdkontakter ingår i vårdgarantin kan alltså medföra att garantin blir mindre relevant för personer med kronisk sjukdom och multisjuka personer, om den typ av kontakter som särskilt används av dessa grupper inte ingår (exempelvis återbesök).

Risk att vårdgarantin medför undanträngning

Risken för undanträngning har påtalats länge och av många

Att vårdgarantin riskerar att leda till undanträngning är en fråga som har diskuterats länge, särskilt utifrån att sådant som inte ingår i vårdgarantin riskerar att trängas undan till förmån för sådant som ingår. Inför att vårdgarantin först blev lagreglerad 2010 påpekade ett stort antal remissinstanser att vårdgarantin kunde komma att påverka regionernas prioriteringsarbeten och leda till undanträngning.[28] Socialstyrelsen uttryckte 2012 att vårdgarantins (och kömiljardens) krav riskerade att leda till ändrade prioriteringar och remissrutiner, vilket i sin tur kunde leda till undanträngning av sådant som inte ingår.[29] Även i remissvaren som gällde förslagen om den förstärkta vårdgarantin inom primärvården som trädde i kraft 2019 beskrevs risken för undanträngning eller att vissa grupper missgynnas som en följd av vårdgarantin.[30] Att mäta och inkludera en större del av vårdkedjan i vårdgarantin skulle enligt Myndigheten för vård- och omsorgsana-

[26] Vårdförbundet. 2009. *Vårdförbundets yttrande över betänkandet: Patientens rätt – Några förslag för att stärka patientens ställning (Delbetänkande SOU 2008:127)*, s. 2.
[27] Svensk sjuksköterskeförening. 2009. *Yttrande i remissbehandling av delbetänkandet Några förslag för att stärka patientens ställning (SOU 2008:127)*, s. 1.
[28] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 36–37.
[29] Socialstyrelsen. 2012. *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011*, s. 8.
[30] Svenska distriktläkarföreningen. 2017. Remissvar God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53), utan titel, daterad 2017-10-02; Pensionärernas riksorganisation. 2017. *Yttrande över utredningen Samordnad utveckling för god och nära vårds delbetänkande God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53)*, s. 2; Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation. 2017. *Remiss: God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild*, s. 2; Svenska Läkaresällskapet. 2017. *Remissvar God och nära vård SOU 2017:53*, s. 2–3; Sveriges läkarförbund. 2017. *Remissyttrande avseende God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild*, s. 2; Famna. 2017. *Famnas remissvar på delbetänkande av utredningen för samordnad utveckling för god och nära vård SOU 2017:53*, s. 2–3.

lys minska risken för undanträngning av sådant som i dag inte ingår i vårdgarantin, exempelvis undersökningar.[31]

Undanträngning definieras som avsteg från medicinska prioriteringar

Enligt propositionen som låg till grund för lagstadgandet av vårdgarantin innebär undanträngning situationer ”… när lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet (dvs. ett större medicinskt behov)”.[32] Detta är också den definition som Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys utgår från i analyser av undanträngning.[33] Det kan dock vara värt att notera att ordet undanträngning i mer dagligt tal ofta används i bredare bemärkelse, i vissa sammanhang så fort en patient får vänta till följd av en annan patient.[34] Utredningen uppfattar också att ordet i vissa sammanhang används för alla förändringar där det görs mindre av något det gjordes mer av tidigare. Det kan alltså finnas en uppfattning om att undanträngning i bemärkelsen *förändring* förekommer, men när det kommer till den mer specifika definitionen att prioriteringen är felaktig är det i många sammanhang svårare att belägga och det finns ofta mer tveksamheter i uppfattningarna.

Undanträngning till följd av vårdgarantin kan i teorin ske på flera olika sätt. Ett sätt är att personer som väntar på vård inom delar av vårdkedjan som inte ingår i vårdgarantin kan trängas undan, så som personer som väntar på undersökning eller återbesök. Ett annat sätt är att vissa personer trängs undan av andra personer på samma väntelista, exempelvis att en person med förhållandevis litet medicinskt behov får gå före mer allvarligt sjuka patienter för att vårdgarantins tidsgräns närmar sig.[35]

[31] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2014. *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?* Rapport 2014:3, s. 230 och 239.
[32] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning,* s. 40.
[33] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2015. *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2015:5, s. 87–88; Socialstyrelsen. 2012. *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011*, s. 78; Socialstyrelsen. 2019. *Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter – Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården – Slutrapport del 2, 2019*, s. 43.
[34] Socialstyrelsen. 2019. *Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter – Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården – Slutrapport del 2, 2019*, s. 44.
[35] Socialstyrelsen. 2012. *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011*, s. 78–79 och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2015. *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2015:5, s. 92–95.

Svårt att belägga i vilken utsträckning undanträngning sker i praktiken

Socialstyrelsen har genomfört tre kvantitativa studier om undanträngning i samband med regeringsuppdrag om uppföljning av vårdgarantin och kömiljarden. Två av dem fokuserade på återbesök för patienter med grön starr respektive diabetes. Slutsatsen var att det inte gick att fastställa att undanträngning förekom. Den tredje studien berörde i stället prioriteringar inom väntelistan för patienter som väntade på behandling för grå starr. Här menade Socialstyrelsen att resultaten tydde på att undanträngning förekommit genom att väntetiderna för lägre prioriterade grupper hade förbättrats på bekostnad av högre prioriterade patienters väntetid.[36]

De kvantitativa studierna har alltså svårt att ge tydliga svar på om undanträngning sker. Däremot finns det mer kvalitativa intervju- och enkätbaserade undersökningar som ger bilden av att undanträngning förekommer.[37] Från studierna är det dock svårt att veta om respondenterna har menat undanträngning i bemärkelsen förändring eller i bemärkelsen att prioriteringen är felaktig. Undersökningarna ger inte heller någon indikation på i vilken omfattning undanträngning i så fall sker och hur stort problemet är sammantaget.

De tre kvantitativa studier som nämns ovan, och de flesta av de kvalitativa, är genomförda runt 2011–2012, och är alltså tio år gamla. Utredningen känner inte till några nyare studier som fokuserar på undanträngning till följd av vårdgarantin (eller kömiljarden).

Erfarenheter från de standardiserade vårdförloppen inom cancer

Undanträngning har också diskuterats i samband med att de standardiserade vårdförloppen inom cancervården infördes. Socialstyrelsen har haft i uppdrag att redogöra för eventuella undanträngningseffekter, vilket ger en senare undersökningsperiod men inte fokus på vårdgarantin. Analyserna baserades huvudsakligen på teoretiska analyser, granskning av handlingsplaner 2015–2018 samt resultat från enkäter

[36] Socialstyrelsen. 2013. *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012*, s. 39–53.
[37] Socialstyrelsen. 2012. *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011*, s. 80–86; Sveriges läkarförbund. 2012. *Medicin med detsamma? Förslag till en rättvisare vårdgaranti*, s. 32–42; Winblad, U. och Andersson, C. 2010. *Kåren och köerna – en ESO-rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård*, rapport 2010:9, s. 86; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2015. *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2015:5, s. 98–99, 108–112 och 139–140.

till olika professioner inom utredningsteam samt intervjuer med personer på olika verksamhets- och beslutsnivåer. De huvudskäl till att undanträngning kan uppstå när det gäller vårdförloppen handlar i huvudsak om de trånga sektorer som finns inom utredning och diagnostik, risken för att onödiga undersökningar genomförs samt att tider planerade för patienter som följer vårdförlopp ibland står tomma.[38]

I Socialstyrelsens uppföljning framkommer det att det har funnits en medvetenhet om riskerna för undanträngning till följd av vårdförloppen och att dessa risker har funnits högt på agendan hela tiden vid implementeringen av vårdförloppen. Alla inblandade har uppmanats att arbeta förebyggande för att förhindra att undanträngning uppkommer. Sammantaget menade Socialstyrelsen 2019 att det inte var mycket som talade för att den faktiska undanträngningen är av stor omfattning, utan de flesta förändringar kan ses som förbättringar eller korrekta prioriteringar.[39]

Tidsgränserna utgår inte från medicinska behov

Vårdgarantins tidsgränser är samma för alla, oavsett sjukdom eller allvarlighetsgrad, och inte kopplade till det medicinska vårdbehovet. En följd av det är, enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, att dagens 90 dagars maximala väntan inom den specialiserade vården är en alldeles för lång väntan för vissa patienter, men en rimlig väntan ur ett medicinskt perspektiv i andra fall. På så vis kan vårdgarantin främst sägas vara relevant för patienter med relativt sett mindre medicinska behov – patienter med stora medicinska behov behöver vård långt tidigare och för dessa patienter är vårdgarantins tidsgränser inte ett meningsfullt riktmärke.[40]

I stället för samma tidsgränser för alla utan koppling till medicinska vårdbehov har Socialstyrelsen föreslagit målrelaterade tider mellan remiss och behandlingsstart som anpassas efter specifika sjukdomar.[41]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har uttryckt att en mer differentierad vårdgaranti kan separera mer och mindre brådskande

[38] Socialstyrelsen. 2019. *Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter – Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården – Slutrapport del 2, 2019*, s. 42–43 och 53.
[39] Socialstyrelsen. 2019. *Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter – Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården – Slutrapport del 2, 2019*, s. 42, 45 och 52.
[40] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2015. *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2015:5, s. 13 och 141.
[41] Socialstyrelsen. 2014. *Vårdgaranti och kömiljard – Uppföljning 2013*, s. 7 och 37.

behov. I mer brådskande fall kan väntetiden ha stor medicinsk betydelse, medan patienter med mindre brådskande diagnoser ibland kan vänta längre utan att utfallet påverkas.[42] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har också lyft att det eventuellt skulle kunna vara bra med en viss differentiering av vårdgarantin utifrån diagnos, på liknande sätt som i Norge och Danmark.[43]

Även Missbruksutredningen (S 2008:04) lämnade förslag på en typ av differentierad vårdgaranti i form av en förstärkt vårdgaranti för de som behöver vård för sitt missbruk eller beroende.[44]

Under arbetets gång har utredningen i dialoger med olika aktörer, inte minst med läkarprofessionen, även träffat på uppfattningen att vårdgarantins tidsgränser är politiskt satta och inte medicinskt relevanta. I linje med denna uppfattning uttrycks det bland remissvaren till den förstärkta vårdgarantin att det är ett problem att vårdgarantin inte rimmar med den etiska plattformen.[45]

Bara en del av tillgängligheten

Både Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har betonat att tillgänglighet till vård är ett brett begrepp som omfattar många aspekter utöver väntetider, bland annat fysisk tillgänglighet, öppettider, bemötande, kontinuitet och samordning, delgivning av information och kompetens.[46] Därför, menar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, skulle inte vården nödvändigtvis vara tillgänglig sett ur patientens perspektiv även om vårdgarantin uppfylldes, eftersom vårdgarantin inte ställer krav på vårdens kvalitet, hur vårdprocessen ska fungera för patienten eller hur kontakten ska se ut (till exempel hur tidsbokningar ska göras).[47] Dessa aspekter är

[42] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2014. *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?* Rapport 2014:3, s. 230.
[43] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2014. *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?* Rapport 2014:3, s. 218.
[44] SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende*, s. 43–44.
[45] Svenska Läkaresällskapet. 2017. *Remissvar God och nära vård SOU 2017:53*, s. 2.
[46] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2015. *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2015:5, s. 21–22 och Socialstyrelsen. 2016. *Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet – Slutrapport mars 2016*, s. 43–44.
[47] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2017. *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2017:6, s. 8–9 och 33.

naturligtvis också väsentliga för patienten, och de påverkar den totala väntetiden och vårdens sammantagna tillgänglighet.[48]

4.2.3 Högre ambitioner vad gäller yttersta tidsgränser i vissa regioner

Utöver de lagstadgade krav om maximala väntetider som vårdgarantin ställer på regionerna, har några regioner själva valt att anta interna krav och mål om kortare yttersta tidsgränser.

Region Halland

Utöver den lagstadgade vårdgarantin gäller följande i Region Halland:

- Patienten ska få tid för besök hos den specialiserade vården inom 60 dagar.
- Vid beslut om operation ska patienten erbjudas tid för operation inom 60 dagar.
- Även utredningar såsom röntgen, tester och prover omfattas. Det innebär att undersökningar, till exempel röntgen och provtagning, ska ske inom 60 dagar.
- Patienten ska få besked om tidpunkt för besök inom den specialiserade vården inom 14 dagar efter att remissen togs emot. Det gäller även om patienten sökt vård utan remiss.
- Patienten ska samtidigt med beslut om behandling få besked om tidpunkt för behandling.[49]

Regionens målsättning är att 80 procent av patienterna ska få sin vård inom 60 dagar.[50]

[48] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2015. *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2015:5, s. 12 och 137–138.
[49] 1177 Vårdguiden. *Vårdgaranti*, www.1177.se/Halland/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/vardgaranti/, uttag 2022-02-08.
[50] Det framgår av regionens handlingsplan och nulägesrapporter som utredningen har tagit del av. Det framgår även av regionens årsredovisning för till exempel 2020, s. 31. https://politik.regionhalland.se/welcome-sv/namnder-styrelser/regionfullmaktige/mote-2021-04-28/agenda/arsredovisning-region-halland-2020pdf?downloadMode=open, uttag 2022-02-08.

Region Stockholm

Utöver den lagstadgade vårdgarantin gäller följande i Region Stockholm:

- Det finns en målsättning om att det får ta högst 90 minuter att få kontakt med en vårdcentral (husläkarmottagning) per telefon.
- Det får ta högst 30 dagar att få besöka en specialist från beslut om remiss. Denna del av garantin har gällt sedan 2008 men frångåtts tillfälligt under pandemin. Återgång till 30 dagar planeras under 2022.
- Minnesutredningar och dyslexiutredningar ingår i garantin (90 dagar). Denna del av vårdgarantin har gällt sedan 2006. Neuropsykiatriska utredningar ingick till och med 2020, men har sedan pausats och är under utredning.[51]

Region Jönköpings län

Enligt utredningens kontakter med Region Jönköpings län har regionen sedan omkring 2010 en intern målsättning som säger att 80 procent av patienterna ska få sitt besök inom den specialiserade vården respektive påbörja behandling inom 60 dagar. Det är inte en vårdgaranti eller en ambition som kommuniceras till befolkningen, utan snarare ett mål som sätts i regionens budgetarbete som instruktion till verksamheterna. Ett syfte med målet är att förbättra förutsättningarna att klara de 90 dagar som den lagstadgade vårdgarantin kräver.

Målet har funnits i många år och framgår i regionens budget med verksamhetsplan för 2014 såväl som 2021.[52]

[51] 1177 Vårdguiden. *Vårdgarantin i Stockholms län.* www.1177.se/Stockholm/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/vardgarantin-i-stockholms-lan/, uttag 2022-02-08; Kompletterande information från kontakter med Region Stockholm; Stockholms läns landsting. 2016. Tjänsteutlåtande daterat 2006-01-26, LS 0509–1588; Stockholms läns landsting. 2006. Landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsutskottet, protokoll sammanträdesdag 2006-02-16.

[52] Region Jönköpings län. 2020. *Budget med verksamhetsplan 2021. Flerårsplan 2022–2023*, s. 82 och Landstinget i Jönköpings län. 2013. *Budget med verksamhetsplan 2014. Flerårsplan 2015–2016*, s. 26–27.

4.2.4 Vårdgarantier i andra skandinaviska länder

I uttalanden om vårdgarantin i Sverige jämförs den ofta med vårdgarantier i andra länder. Utredningen har därför gått igenom författningar gällande tidsgränser för vård i Danmark, Finland och Norge. Nedan beskrivs ländernas reglering översiktligt.

Danmark

I Danmark författningsregleras inom vilken tid patienten ska få information om tid och plats för undersökning, genomgå utredning och erbjudas behandling.

Den allmänna vårdgarantin

Patienten ska få information om tid och plats för undersökning och behandling senast åtta dagar efter remiss anlänt till ett av regionens sjukhus.[53]

En patient som remitterats till undersökning på sjukhus ska genomgå utredning inom en månad om det är medicinskt möjligt[54]. Om det inte är möjligt ska en plan för vidare utredningsförlopp tas fram.[55] Om regionen inte kan erbjuda utredning inom en månad kan patienten välja annan offentlig eller privat vårdgivare som har avtal med regionen.[56]

En patient som remitterats till sjukhusbehandling ska erbjudas behandling inom en månad. Om regionen inte kan erbjuda behandling inom en månad kan patienten välja annan offentlig eller privat vårdgivare som har avtal med regionen.[57]

[53] Kap. 23 § 90 sundhedsloven (LBK nr 210 af 27/01/2022). Patienten ska även få information om flera andra saker inom denna tid, bland annat rätten att välja sjukhus enligt vissa regler och väntetiderna på aktuella sjukhus, se kap. 23 § 90 sundhedsloven.
[54] Utredningens översättning av den danska termen *fagligt muligt.*
[55] Kap. 17 a § 82 a och § 82 b sundhedsloven.
[56] Kap. 19 § 87 första stycket sundhedsloven.
[57] Kap. 19 § 87 andra stycket sundhedsloven.

Vårdgaranti för livshotande sjukdomar

När det gäller behandling av misstänkt livshotande sjukdomar ska regionen inom åtta dagar från mottagen remiss informera om den kan erbjuda behandling vid regionens sjukvårdssystem inom den maximala väntetiden och i aktuella fall meddela patienten ett datum för bedömning. Om regionen inte kan erbjuda behandling inom de fastställda maximala väntetiderna ska patienten, om möjligt, erbjudas behandling hos annan vårdgivare.[58]

Vid misstanke om cancer är den maximala väntetiden 14 dagar till utredning, därefter 14 dagar till operation samt 14 dagar till initial medicinsk behandling och initial strålbehandling.[59]

Även för ischemisk hjärtsjukdom regleras maximala väntetider mellan 10 och 21 dagar till behandling beroende på tillstånd.[60]

Finland

I Finland lagregleras inom vilken tid patienten ska få kontakt med primärvården, bedömning av vårdbehovet, undersökningar och behandling.

Vårdgarantin inom primärvården

En patient ska vardagar omedelbart kunna få kontakt med primärvården och en bedömning av vårdbehovet ska göras av yrkesutbildad person senast den tredje vardagen från det att patienten tog kontakt med hälsovårdscentralen, om inte bedömningen har kunnat göras första gången patienten tog kontakt.[61]

[58] Kap. 21 § 88 sundhedsloven.
[59] § 2 bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme (BEK nr 584 af 28/04/2015).
[60] § 3 bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme (BEK nr 584 af 28/04/2015).
[61] 6 kap. 51 § första stycket finska hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010).

Vid specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård[62] ska bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att en remiss har kommit in till verksamhetsenheten.[63]

Vård som i samband med bedömningen av vårdbehovet har konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig ska med beaktande av patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp ordnas inom skälig tid, dock inom tre månader från det att vårdbehovet bedömdes. Denna längsta väntetid på tre månader får överskridas med högst tre månader inom mun- och tandvård och i specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård, om vården av medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande motiverade skäl kan skjutas upp utan att patientens hälsotillstånd äventyras.[64]

Vårdgarantin inom den specialiserade vården

Bedömning och beslut om vård ska ges i specialiserad vård inom tre veckor från remiss. Om bedömningen av vårdbehovet förutsätter en bedömning av en specialist, särskild bilddiagnostik eller särskilda laboratorieundersökningar, ska bedömningen och de behövliga undersökningarna göras inom tre månader.[65]

Vård, behandling och rådgivning som utifrån bedömningen av vårdbehovet konstaterats vara medicinskt, odontologiskt eller hälsovetenskapligt nödvändiga ska, med beaktande av hur brådskande den är, ordnas och inledas inom skälig tid, dock inom sex månader från det att vårdbehovet slogs fast.[66]

Vårdgarantin inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga

Inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga ska bedömningen av vårdbehovet göras inom tre veckor från det att remissen anlände till sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjuk-

[62] Av propositionen till tidigare reglering framgår att med specialiserad sjukvård i samband med primärvården avses bland annat kretssjukhusens specialiserade sjukvård, som har sammanförts med primärvården till en operativ helhet, samt den av specialister ledda sjukhus- och politikverksamheten i en del städer (RP 77/2004. *Regeringens proposition till Riksdagen med förslag till lagar om ändring av folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård samt vissa andra lagar*, s. 41).
[63] 6 kap. 51 § första stycket finska hälso- och sjukvårdslagen.
[64] 6 kap. 51 § andra stycket finska hälso- och sjukvårdslagen.
[65] 6 kap. 52 § andra stycket finska hälso- och sjukvårdslagen.
[66] 6 kap. 52 § tredje stycket finska hälso- och sjukvårdslagen.

vård som samkommunen för ett sjukvårdsdistrikt ansvarar för eller till en verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård i samband med primärvården. Om bedömningen av vårdbehovet kräver en bedömning av en specialist, särskild bilddiagnostik eller särskilda laboratorieundersökningar, ska bedömningen och de behövliga undersökningarna göras inom sex veckor från det att remissen anlände till ett sjukhus eller någon annan verksamhetsenhet för specialiserad sjukvård i sjukvårdsdistriktet.[67]

Vård eller behandling som utifrån en bedömning av vårdbehovet konstaterats vara nödvändig ska i fråga om personer under 23 år, med beaktande av hur brådskande vården är, ordnas inom tre månader från det att vårdbehovet konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.[68]

Om vårdgarantin inte uppfylls

Kommunen eller sjukvårdsdistriktet har en skyldighet att köpa vård hos annan vårdgivare om de inte klarar vårdgarantin.[69]

Norge

I Norge lagregleras inom vilken tid patienten ska få besked om rätten till vård och inom vilken tid den specialiserade vården ska fastställa en individuell tidsfrist för vården.

Information om rätten till vård

Den specialiserade vården bedömer utifrån remissen patientens behov av nödvändig sjukvård och kan avslå remissen eller kalla patienten till utredning eller behandling. Patienten har rätt till skriftligt besked om avslag eller när en utredning eller behandling ska inledas, inom

[67] 6 kap. 53 § första stycket finska hälso- och sjukvårdslagen.
[68] 6 kap. 53 § andra stycket finska hälso- och sjukvårdslagen.
[69] 6 kap. 54 § finska hälso- och sjukvårdslagen.

tio arbetsdagar efter remiss. Vid misstanke om allvarlig eller livshotande sjukdom har patienten rätt till snabbare hantering.[70]

Individuell tidsfrist

Den specialiserade vården ska inom tio arbetsdagar från mottagen remiss fastställa en tidsfrist för när patienten senast ska få nödvändig sjukvård.[71] Om patienten inte får nödvändig sjukvård inom tidsfristen har patienten rätt att utan dröjsmål få vård, som bekostas av patientens bostadsregion, från annan tjänsteleverantör.[72]

Den individuellt fastställda tidsfristen för barn och unga under 23 år med psykisk ohälsa eller missbruk får inte överstiga 65 dagar.[73]

4.3 Utredningens utgångspunkter

4.3.1 Det ska fortsatt finnas en vårdgaranti

Utredningen bedömer att den inte har uppdraget att ta ställning till om det ska finnas en vårdgaranti eller inte. Utgångspunkten är därmed att den lagstadgade vårdgarantin ska vara kvar.

Det är svårt att uttala sig om ifall dagens vårdgaranti har haft eller kommer ha någon effekt på väntetiderna i vården. Av det underlag utredningen har tagit del av, se kapitel 3, framgår det tydligt att vårdgarantin inte efterlevs. Det framgår även att väntetiderna har försämrats trots att vårdgarantin har varit lagstadgad i över tio år. Vissa menar därför att vårdgarantin inte gör någon nytta alls. Av den anledningen vill utredningen ändå kommentera sin syn på vårdgarantin i stort.

Att vårdgarantin inte efterlevs och att det är svårt att säga vilken effekt som vårdgarantin har haft på väntetiderna är ett problem, men utredningen ser trots detta att det finns fördelar med att ha en lagreglerad vårdgaranti. Tidsgränserna i vårdgarantin utgör konkreta gränser som tydliggör för patienten när hen senast ska få vård. Det främ-

[70] § 2–2 första stycket pasient- og brukerrettighetsloven (LOV-1999-07-02-63). Av Helsedirektoratets kommentar till § 2–2 framgår att en individuell bedömning av hur brådskande det är görs i det enskilda fallet (Helsedirektoratet. *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*, www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer, uttag 2022-04-01).
[71] § 2–1 b andra stycket och § 2–2 första stycket pasient- og brukerrettighetsloven.
[72] § 2–1 b fjärde stycket pasient- og brukerrettighetsloven och § 5–2 tredje stycket spesialisthelsetjenesteloven (LOV-1999-07-02-61).
[73] § 4 a prioriteringsforskriften (FOR-2000-12-01-1208).

jar patientens rättsliga ställning. Vårdgarantin ger även regionerna ramar för hur hälso- och sjukvården behöver dimensioneras och resurssättas. Dessutom ökar förutsättningarna för regional likvärdighet med en tydlig tidsgräns för när vård senast ska ges.

Utredningen kan därutöver konstatera att vårdgarantin har ett signalvärde för hälso- och sjukvården och patienterna. Under utredningens arbete har det framkommit att detta signalvärde uppfattas som viktigt av många av dem som utredningen talat med. Vårdgarantin efterlevs inte fullt ut i någon region, men det finns betydande regionala skillnader i efterlevnaden. Utredningen har uppfattat att vårdgarantin har haft stor betydelse i vissa regioner genom att regionen har utgått från den när regionala eller egna interna högre målsättningar har formulerats.

Mot bakgrund av ovanstående bedömer utredningen att en lagstadgad vårdgaranti är ett relevant styrmedel för att sätta ramen för vad hälso- och sjukvården ska förhålla sig till och vad patienten kan förvänta sig.

4.3.2 Vårdgarantins ändamål ska inte ändras

I avsnitt 4.2.1 beskrivs vad vårdgarantin syftar till att reglera. Som framgår där reglerar vårdgarantin inom vilka *yttersta tidsgränser* den enskilde ska erbjudas kontakt, medicinsk bedömning, besök och planerad vård. Vårdgarantin reglerar inte *om* vård alls ska ges, *vilken vård* som ska ges eller *kvaliteten på vården* som ska ges.

Det är även viktigt att komma ihåg att principen om att den som har störst behov av vård ska ges företräde till vården gäller samtidigt som vårdgarantin. Vårdgarantin är alltså inte överordnad den etiska plattformens principer.[74] Alla prioriteringar i hälso- och sjukvården ska göras utifrån de etiska principer som riksdagen beslutat om. Den slutsats som bör kunna dras är, enligt utredningens bedömning, att vårdgarantin är den yttersta gräns inom vilken den enskilde ska ges vård, och inom ramen för dessa tidsgränser ska den som har störst behov av vård ges företräde till vården i enlighet med den etiska plattformens principer.

[74] Se prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 40–41 och prop. 2017/18:83. *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*, s. 32.

När det gäller kvaliteten på vården vill utredningen understryka att det finns flera andra bestämmelser som handlar om det. Enligt kraven på god vård ska vården bland annat vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet (5 kap. 1 § HSL). Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls (3 kap. 1 § PSL). Vårdgivaren ska också vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador (3 kap. 2 § PSL). Långa väntetider ger upphov till patientsäkerhetsrisker och kan leda till undvikbara vårdskador.[75] Vårdskador till följd av för lång väntan kan uppkomma både inom och utom vårdgarantins tidsgränser, eftersom risken för vårdskador beror på patientens individuella tillstånd. Vårdgivare behöver alltså ta hänsyn till patientsäkerhetsrisker i sin planering och prioritering. De behöver bland annat förebygga att patienter drabbas av vårdskador till följd av långa väntetider. Detta gäller samtidigt som vården alltid ska ges *senast* inom vårdgarantins tidsgränser.

I arbetet med en utökad vårdgaranti är dessa förutsättningar vägledande. Utredningen har alltså inte avsikten att förändra vårdgarantins ändamål. Ändamålet har stor betydelse för vilka typer av utökningar som utredningen föreslår. Det kan också innebära att vissa synpunkter som framkommit på utformningen av nuvarande vårdgaranti, se avsnitt 4.2.2, inte nödvändigtvis bäst hanteras genom en utökad eller förändrad vårdgaranti.

4.3.3 Adekvat tillsyn och ändamålsenlig uppföljning behövs

För att väntetiderna ska kortas och ligga inom den författningsreglerade vårdgarantins tidsgränser bedömer utredningen att fler åtgärder än en utvidgning av vårdgarantin behövs. Det är bland annat viktigt med en förstärkt tillsyn och god uppföljning av vårdgarantin.

Utredningen gör bedömningen att det är avgörande att IVO förstärker den statliga tillsynen för att värna trovärdigheten för lagstiftningen och för att stärka patienternas rättsliga ställning. IVO är den myndighet som kan och ska agera i frågan när lagstiftningen inte efterlevs. IVO har genom sitt uppdrag en skyldighet att påpeka fel och brister i verksamheten samt fatta adekvata tillsynsbeslut som ger

[75] Inspektionen för vård och omsorg. 2021. *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvård*, s. 28.

effekt så att problem åtgärdas i vårdverksamheterna. Det är därmed angeläget att IVO inom ramen för gällande regelverk genomför adekvata tillsynsåtgärder för att kontrollera efterlevnaden av vårdgarantin. För att tillsynen av vårdgarantin ska bli så effektiv som möjligt är det viktigt att IVO nyttjar samtliga åtgärder som är möjliga att använda.

Det ingår inte i utredningens uppdrag att utreda eller lämna förslag kring tillsynens utveckling. Frågan om hur den framtida tillsynen av vårdgarantin bör utvecklas bedömer utredningen dessutom vara så nära kopplad till frågor om tillsyn av hälso- och sjukvårdens huvudmän i övrigt att den heller inte skulle vara betjänt av att hanteras separat inom ramen för denna utredning.

När det gäller uppföljning kan utredningen konstatera att det pågår visst arbete. Sedan utredningens delbetänkande lämnades har Socialstyrelsen fått i uppdrag att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata och att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet.[76] Det är två uppdrag som utredningen ser som centrala för den fortsatta utvecklingen. När det gäller insamling av väntetidsdata föreslog utredningen i delbetänkandet en utvidgad och fördjupad granskning av väntetidsdatabasen i syfte att få en sammanställning av vilka brister som finns och beskriva möjligheter att komma till rätta med dem.[77] Utöver detta förslag har utredningen dock inte utrett frågan om hur insamling och rapportering av väntetider bör se ut framöver; om den gällande ordningen där regionerna är ålagda att rapportera uppgifter till en databas som förs av SKR bör bestå eller vilka alternativ det finns. I arbetet med en utökad vårdgaranti har utredningen utgått från dagens reglering av inrapportering av väntetidsdata men förhåller sig också till det pågående arbetet på Socialstyrelsen.

[76] Regeringsbeslut S2021/06332. *Uppdrag att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata* och Regeringsbeslut S2022/01664. *Uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet*.
[77] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, s. 374–379.

4.4 Utredningens förslag och bedömningar

4.4.1 Vårdgarantin ska utökas

Utredningens förslag i korthet

Med utgångspunkt i att det ska finnas en vårdgaranti menar utredningen att den bör vara så ändamålsenligt utformad som möjligt. Utgångspunkten för utredningens arbete avseende för- och nackdelar med, och förslag om, en utökad vårdgaranti i detta kapitel är därför att försöka förstärka fördelarna med dagens vårdgaranti samt adressera flera av de nackdelar och risker som lyfts av olika aktörer och som utredningen har identifierat under sitt arbete.

Sammanfattningsvis föreslår utredningen att vårdgarantin, när det gäller primärvården, förändras på så sätt att den omfattar

1. kontakt med en vårdgivare samma dag,
2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom sju dagar,
3. en undersökning inom 60 dagar, och
4. en behandling inom 90 dagar.

När det gäller den specialiserade vården föreslår utredningen att vårdgarantin förändras på så sätt att den omfattar

1. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom 60 dagar,
2. en undersökning inom 60 dagar, och
3. en behandling inom 90 dagar.

Även om bestämmelsen om vårdgarantin föreslås utformas som numrerade listor ska den inte tolkas som att alla delar behöver gås igenom. En patient kan mycket väl först göra en medicinsk bedömning och sedan påbörja behandling direkt, utan att först göra ytterligare undersökningar. Det är patientens behov som avgör vilken vård som ska erbjudas. Vårdgarantin anger den maximala väntan på den vård som det har beslutats att den enskilde ska få.

Utredningen föreslår också att vårdgarantin ska omfatta information inom 14 dagar om tidpunkten för viss vård. Därutöver lämnar utredningen vissa andra förslag och bedömningar.

Förslagen syftar till att stärka patientens rättsliga ställning genom att skapa en vårdgaranti som täcker fler delar av vårdkedjan och som är mer relevant för fler patientgrupper, exempelvis för patienter med kroniska sjukdomar.

Förslagen syftar också till att säkerställa att regionen ser till att patienten faktiskt får sin vård inom vårdgarantins yttersta tidsgränser. Utredningen föreslår bland annat ett tydliggörande av den befintliga bestämmelsen om att regionen ska se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare *inom* vårdgarantins tidsgränser. Det är alltså upp till regionen att planera och organisera vården så att garantin alltid uppfylls, oavsett om vården ges i egen regi eller av vårdgivare som har avtal med en region. Utredningen beskriver också att det följer av gällande rätt att hänsyn ska tas till patientens önskemål om vårdgivare samt att patienten har möjlighet att välja utförare inom den offentligt finansierade öppna vården.

Utredningens förslag om att vårdgarantin ska omfatta information inom 14 dagar om tidpunkten för viss vård innebär en förbättring för patienten, men syftar också till att stimulera en längre framförhållning i vårdens planering och schemaläggning. Det är ytterligare något som bör bidra till att patienten får sin vård inom tidsgränserna.

De föreslagna förändringarna stöder omställningen till en god och nära vård genom att utöka garantin med flera delar i primärvården, göra den mer relevant för fler patientgrupper, såsom för patienter med kroniska sjukdomar och återkommande kontakter med hälso- och sjukvården, och göra vårdgarantin mer likartad för primärvården och den specialiserade vården.

För att säkerställa ett bättre praktiskt genomslag för vårdgarantin är det dock centralt att tillsynen och uppföljningen av vårdgarantin fungerar på ett ändamålsenligt sätt, vilket utredningen beskriver i avsnitt 4.3.3.

Förslag om vårdgarantins innehåll och tidsgränser presenteras separat

Utredningen lämnar inledningsvis förslagen som rör vårdgarantins innehåll, se avsnitt 4.4.2–4.4.8, det vill säga vilka delar som bör ingå i vårdgarantin och hur de bör utformas. Förslagen om vårdgarantins tidsgränser lämnas därefter i avsnitt 4.4.15. Förslagen som rör vårdgarantins innehåll respektive tidsgränser beskrivs alltså i olika avsnitt. Detta främst eftersom bakgrunden och skälen till förslagen om tidsgränserna är gemensamma för ett flertal olika delar av vårdgarantin.

4.4.2 Garantin om en medicinsk bedömning inom primärvården ska breddas

Bakgrund

Enligt dagens vårdgaranti ska en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården vid behov ges inom tre dagar. Utredningen har under arbetet sett ett behov av att se över vilka situationer som omfattas av denna garanti eftersom garantin i dag endast omfattar nya hälsoproblem eller oväntade eller kraftiga förändringar av tidigare kända hälsoproblem.

Vad som avses med en medicinsk bedömning enligt vårdgarantin

En medicinsk bedömning, enligt 9 kap. 1 § 2 hälso- och sjukvårdslagen, ska göras av läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal med legitimation. Det är patientens behov som i första hand ska avgöra vilken typ av yrkeskategori som bör komma i fråga för den medicinska bedömningen. Det innebär att den ska göras av någon med tillräcklig kompetens för att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Det är också patientens behov som ska styra om bedömningen bör göras vid ett fysiskt besök eller kan göras på distans. Oftast görs en medicinsk bedömning vid ett fysiskt möte, men bedömningen kan även göras med hjälp av olika digitala och virtuella lösningar.[78]

[78] Prop. 2017/18:83. *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*, s. 32 och 47.

En medicinsk bedömning enligt vårdgarantin har en vidare innebörd än en ren bedömning av patientens hälsotillstånd och vårdbehov. Vilka åtgärder som kan vidtas i samband med den medicinska bedömningen beror bland annat på vilken profession som den hälso- och sjukvårdspersonal som gör bedömningen tillhör. Det får anses ingå i hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesansvar att i samband med den medicinska bedömningen även vidta de adekvata åtgärder som är lämpliga och möjliga, till exempel i form av rådgivning för egenvård, förskrivning av läkemedel eller remittering till specialistläkare.[79]

Garantin omfattar nya hälsoproblem samt i vissa fall tidigare kända hälsoproblem

Av förarbetena utläser utredningen att avsikten var att endast nya hälsoproblem eller oväntade eller kraftiga förändringar av tidigare kända hälsoproblem skulle omfattas av dagens bedömningsgaranti inom primärvården.[80] Det är alltså inte alla kontakter som omfattas av bedömningsgarantin inom primärvården. Kontakter som rör vård för mindre förändringar i hälsan som bedöms vara relaterade till ett tidigare känt hälsoproblem omfattas inte. I förarbetena utvecklas inte vad som avses med ett nytt hälsoproblem respektive en kraftig eller oväntad förändring. Utredningen har inte heller påträffat några anvisningar, riktlinjer eller liknande som beskriver vad som avses med det. Det finns således ingen vägledning om i vilka situationer som avgränsningen till nya hälsoproblem eller kraftiga eller oväntade förändringar av tidigare kända problem får praktiska konsekvenser för patienten.

Det saknas uppgifter om hur mycket av vården som inte omfattas av vårdgarantin

Utredningen har sökt efter uppgifter om hur stor andel av den vård som ges inom primärvården som är av sådan karaktär att den inte ingår i vårdgarantin för att den bedöms vara relaterad till ett tidigare känt hälsoproblem men av karaktären mindre förändringar i hälsan. Sådan information saknas. Det som kan konstateras är att en stor del

[79] Prop. 2017/18:83. *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*, s. 32 och 47.
[80] Prop. 2017/18:83. *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*, s. 44. Se även s. 26 samma proposition där det anges att återbesök inte ingår i vårdgarantin.

av den vård som ges inom primärvården i dag inte omfattas av vårdgarantin.

Från uppgifter som Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har redovisat utifrån uppgifter från väntetidsdatabasen går det sammantaget att utläsa att omkring 28 procent var besök som ingår i vårdgarantin 2020.[81] Bland läkarbesök har andelen vårdgarantibesök uppskattats till omkring 40 procent, medan andelen således är lägre än 28 procent för andra yrkeskategorier totalt sett.[82]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys menar dock att täckningsgraden är låg i väntetidsdatabasen, särskilt för andra yrkeskategorier än läkare. Antalet besök som rapporteras till väntetidsdatabasen är nämligen betydligt färre än antalet besök som framgår av SKR:s verksamhetsstatistik, särskilt när det gäller andra yrkeskategorier än läkare. Om antalet *vårdgarantibesök* ändå antas vara korrekt i väntetidsdatabasen innebär det sammantaget att 28 procent sannolikt är en överskattning av andelen vårdgarantibesök.[83]

I SKR:s uppföljningsmodell är definitionen av *vårdgarantibesök* att personen bedöms ha ett nytt hälsoproblem, en oväntad eller kraftig försämring/förändring av ett tidigare känt medicinskt problem eller en utebliven behandlingseffekt.[84] De besök som inte är vårdgarantibesök inkluderar sådana där patientens besvär har bedömts vara relaterade till ett tidigare känt hälsoproblem men av karaktären mindre förändringar i hälsan – det vill säga den typ av besök som detta avsnitt fokuserar på – men även många andra typer av besök, exempelvis sådana som handlar om fortsatta undersökningar, behandlingstillfällen och planerad uppföljning. Det går inte särskilja olika typer av besök som inte är vårdgarantibesök.

[81] Socialstyrelsen. 2021. *Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården*, bilaga 4 (flik PV_K2) och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *I skuggan av covid-19 – Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin under 2020*, rapport 2021:6, s. 90.

[82] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *I skuggan av covid-19 – Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin under 2020*, rapport 2021:6, s. 90 och SOU 2017:53. *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild*, s. 91.

[83] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *I skuggan av covid-19 – Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin under 2020,* rapport 2021:6, s. 90–91.

[84] SKR. 2019. *Utvidgad modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom primärvården*. Utgåva 3.4, daterad 2019-10-16, s. 21.

Utredningens förslag

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.

Skäl

Särskilt personer med kroniska sjukdomar berörs av dagens avgränsning

Utredningen menar att avgränsningen, att medicinska bedömningar som har medicinskt samband med tidigare kända hälsoproblem endast omfattas av vårdgarantin när förändringen av hälsoproblemet är oväntad eller kraftig, är relevant särskilt för personer med kroniska sjukdomar och andra med återkommande kontakter med hälso- och sjukvården. Det saknas riktlinjer för vad som är en kraftig eller oväntad förändring, och det saknas uppgifter om hur vanligt det är att ett besvär bedöms vara en kraftig eller oväntad förändring. Sannolikheten att besväret som vården kontaktas för kan ha ett samband med tidigare kända problem är dock större om patienten har behov av återkommande kontakter av någon anledning. Därför berör avgränsningen, till enbart vissa förändringar av tidigare kända hälsoproblem, särskilt personer med kroniska sjukdomar och andra som av någon anledning har behov av återkommande kontakter med hälso- och sjukvården.

Genom att tydligt reglera att vårdgarantin för medicinska bedömningar även omfattar situationer som har medicinskt samband med tidigare kända hälsoproblem, utan avgränsning till kraftiga eller oväntade förändringar av besvären, blir vårdgarantin mer relevant för personer som har behov av återkommande kontakter med hälso- och sjukvården, däribland personer med kroniska sjukdomar. Förslaget innebär samtidigt att fler delar av vårdkedjan som utförs inom primärvården ska ingå i vårdgarantin.

Minskar otydlighet och gränsdragningsproblem

Genom att tydligt reglera att den enskilde ska få en medicinsk bedömning inom primärvården enligt vårdgarantin, oavsett om besväret som den enskilde söker kontakt med primärvården för har samband med tidigare känt hälsoproblem eller inte, försvinner vissa otydligheter och gränsdragningsproblem som utredningen menar finns i dag. Vad är ett *nytt hälsoproblem* och vad är en *kraftig eller oväntad förändring* av ett tidigare känt hälsoproblem (såsom en kronisk sjukdom)? Utredningen menar att det är oklart, och att det finns stor risk att gränsen dras på olika sätt i olika verksamheter, bland annat till följd av olika rutiner. Det finns också en risk att gränsen i praktiken dras olika beroende på möjligheterna att erbjuda en medicinsk bedömning inom tidsgränsen. För patienten kan det vara mycket svårt att avgöra om hens ärende omfattas av vårdgaranti eller inte. Exempelvis, en person som sedan tidigare har känd astma och efter en segdragen förkylning har fått hosta som gett ont i bröstet och sömnsvårigheter – omfattas en sådan kontakt av vårdgarantin i dag? Genom utredningens förslag uppstår inte den typen av gränsdragning, utan det är tydligt att det ingår.

Minskar risk för ojämlikhet

Utredningen menar att det finns en risk för ojämlikhet inbyggd i den avgränsning som gäller i dag. Exempelvis, en person som sedan tidigare har en depressionsdiagnos och efter en tid av stabilt läge söker vård på grund av försämring – en förändring som inte bedöms vara kraftig eller oväntad – omfattas inte av vårdgarantin. En person som har precis samma besvär, men som söker vård för första gången för depressionssymtom, omfattas däremot och ska få en medicinsk bedömning inom tre dagar. Att regionen inte har samma skyldighet att erbjuda personen med en tidigare depressionsdiagnos motsvarande medicinska bedömning inom samma tidsgräns innebär en risk att hen får vänta längre trots att behovet är detsamma.

Värdefull förändring trots osäkerhet om omfattningen av problemet

Vilken betydelse den föreslagna förändringen får i praktiken beror på hur primärvårdsverksamheter hanterar och kategoriserar patienter som hör av sig i dag med upplevda besvär som har ett samband med tidigare kända hälsoproblem. Data är osäkra, men av den information som finns framgår att en majoritet (drygt två tredjedelar) av besöken inom primärvården inte omfattas av vårdgarantin i dag. Även om det inte går att särskilja hur många av de besök som inte ingår som gäller situationer där patientens besvär har bedömts vara relaterade till ett tidigare känt hälsoproblem men av karaktären mindre förändringar i hälsan, menar utredningen att utredningsförslaget är en värdefull förändring som påverkar tillräckligt många personer för att motivera förslaget.

Risk för negativ konsekvens i stället för avsedd effekt?

Som framgår ovan är ett av skälen till den föreslagna förändringen att göra vårdgarantin mer relevant för personer med kroniska och långvariga sjukdomar och personer som har behov av återkommande kontakter med hälso- och sjukvården. Utredningen ser ingen bra anledning till att en person som tar kontakt med primärvården för ett nytt hälsoproblem som har medicinskt samband med tidigare känt hälsoproblem inte ska omfattas av vårdgarantin på samma sätt som personer utan tidigare kända medicinska besvär, även om förändringen av hälsotillståndet inte är oväntad eller kraftig.

Samtidigt ser utredningen att det kan finnas en risk att förslaget inte får den avsedda effekten, utan i stället gör det svårare för patienter med tidigare kända medicinska problem att få en tid för konsultation. Det kan exempelvis hända om primärvårdens svar på förslaget blir att en person med en kronisk sjukdom som tar kontakt med hälso- och sjukvården för ett besvär som kan relateras till den kroniska sjukdomen får ett kort besök för en snabb medicinsk bedömning av det nya besväret trots att det egentligen stod klart från början att personen behövde ett längre besök för att hinna hantera de besvär som patienten har, och att patienten sen får vänta minst lika länge som i dag för fortsatt undersökning. Det kan också hända om vårdcentralen anser att den medicinska bedömningen är genomförd i enlighet med garantin bara genom patientens första kontakt med primär-

vården där bedömningen görs att besväret inte är så brådskande att det behöver hanteras inom tidsgränsen, och att patienten sen får vänta minst lika länge som i dag för fortsatt undersökning. Men då är det viktigt att påminna sig om att en medicinsk bedömning enligt vårdgarantin har en vidare innebörd,[85] såsom det beskrivs i början av avsnittet.

Sammantaget bedömer dock utredningen att risken för att väntan för den här typen av patienter blir *längre* än i dag är liten. Däremot är risken större att den positiva effekten inte blir så stor som den skulle kunna bli för personer med kroniska och långvariga sjukdomar och personer som har behov av återkommande kontakter med hälso- och sjukvården. Även om risken att de får vänta *längre* än i dag är liten ser utredningen en risk att vården kan försöka lösa utmaningen att klara tidsgränsen, men ändå skjuta på den mer omfattande genomgången till ett senare skede. Det skulle innebära att bestämmelsen inte tillämpas på det sätt som är avsett. Uppföljning och analys av hur verksamheter hanterar och registrerar den här typen av medicinska bedömningar kan därför behövas som ett viktigt komplement för att säkerställa att vårdgarantin tillämpas på det sätt som den är avsedd. I avsnitt 4.4.15 om förslag om tidsgränser återkommer utredningen till frågan, och resonerar där om att även tidsgränsens längd, det vill säga antalet dagar, kan spela en roll för hur väl förslaget som det här avsnittet handlar om faller ut.

I konflikt med kontinuitet, fast vårdkontakt och fast läkarkontakt?

Utredningen ser också en viss risk för att förslaget motverkar möjligheterna till kontinuitet – trots att förslaget syftar till att göra vårdgarantin mer relevant för personer med kroniska eller långvariga sjukdomar, som är i behov av fler kontakter med primärvården än befolkningen generellt. När en person som har en fast läkarkontakt eller fast vårdkontakt, och har stor nytta av kontinuitet, kontaktar sin vårdcentral eller motsvarande för ett upplevt besvär finns det en risk att personen blir erbjuden en tid hos annan vårdpersonal än sin fasta kontakt, för att tidsgränsen ska kunna hållas. I en sådan situa-

[85] Prop. 2017/18:83. *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*, s. 32 och 47.

tion kan det vara tveksamt om patienten gynnas av utredningsförslaget.

För att möta det tänkbara problemet finns möjligheten till patientvald väntan, det vill säga att patienten blir erbjuden en tid inom vårdgarantin men själv väljer att vänta för att få tid hos sin fasta kontakt. I avsnitt 4.4.16 lämnar utredningen förslag på författningsreglering som rör detta. Samtidigt skulle syftet att göra vårdgarantin mer relevant för personer med kroniska eller långvariga sjukdomar gå förlorat om den här målgruppen i stor utsträckning valde att registreras som patientvalt väntande. Uppföljning och analys av hur vårdgarantin fungerar för den här målgruppen kan därför vara av särskild vikt.

Utredningen vill också framhålla att ökad tillgänglighet *med* kontinuitet är i linje med omställningen till god och nära vård och inte borde vara en omöjlighet. Utredningen har under arbetets gång haft kontakt med några vårdcentraler där fast läkarkontakt i kombination med goda möjligheter att kontakta den fasta läkarkontakten direkt har medfört korta väntetider till den egna läkaren.

Ett ytterligare sätt att möta det tänkbara problemet är att förlänga tidsgränsen för att därigenom öka möjligheterna till en medicinsk bedömning av en specifik vårdpersonal. I avsnitt 4.4.15 om förslag om tidsgränser återkommer utredningen till den frågan.

Avslutningsvis kan det noteras att den här möjliga konflikten mellan vårdgarantin och kontinuitet råder redan i dag. På så vis är det inte säkert att förslaget skulle få några omfattande ytterligare negativa konsekvenser utöver de som i så fall redan upplevs i dag.

4.4.3 Medicinska bedömningar inom den specialiserade vården ska omfattas av vårdgarantin

Bakgrund

År 2019 ändrades vårdgarantin inom primärvården från att omfatta besök hos läkare till att omfatta en medicinsk bedömning hos läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Utredningen har under arbetet med en utökad vårdgaranti sett ett behov av att se över om liknande förändringar bör göras av vårdgarantin om besök inom den specialiserade vården.

Besök inom den specialiserade vården

Den nuvarande vårdgarantin innehåller en besöksgaranti för patientens besök inom den specialiserade vården (9 kap. 1 § 3 HSL och 6 kap. 1 § 3 HSF). Den innebär att patienten ska få besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården (6 kap. 1 § 3 HSF). Bestämmelsen reglerar inte vem patienten ska träffa vid besöket. Den är alltså inte avgränsad till endast läkare och besöket kan också göras hos icke legitimerad personal.

När vårdgarantin blev författningsreglerad baserades den på den vårdgaranti som tidigare hade specificerats i överenskommelse mellan staten och SKR. Enligt överenskommelsen skulle enskilda inom viss tid erbjudas bland annat planerade nybesök inom den specialiserade vården.[86] Utredningen gör därför bedömningen att besöksgarantin endast omfattar nybesök.

Tidigare användes termen *besök* även i vårdgarantin för primärvården. I denna del var då vårdgarantin avgränsad till besök hos läkare inom primärvården. Denna del av vårdgarantin ändrades dock 2019 till att avse en *medicinsk bedömning* av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården. Som skäl till förändringen angavs bland annat att det tydligare bör öppnas upp för andra sätt att förmedla vård än det fysiska besöket för att primärvården ska kunna ha en mer neutral ansats i sin kommunikation med patienterna. Genom att gå från en besöks- till en bedömningsgaranti beskrevs att vårdgarantin skulle göras mer behovsstyrd vad gäller vårdens förmedlingsform. Genom att betona den medicinska bedömningen var syftet också att poängtera det kvalitetsmässiga innehållet ur ett patientperspektiv jämfört med det mer passiva begreppet besök.[87]

Vem besöker patienten i dag inom den specialiserade vården?

År 2021 rapporterades drygt 2,4 miljoner genomförda första besök inom den specialiserade vården till väntetidsdatabasen. Merparten av dessa, 76 procent, genomfördes av läkare. Näst vanligast var ett besök

[86] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 37–39.
[87] Prop. 2017/18:83. *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*, s. 30.

hos en sjuksköterska, 8 procent av besöken, vilket motsvarar omkring 190 000 besök. Därefter följde besök hos barnmorska, fysioterapeut och audionom med omkring 2 procent av besöken vardera, vilket motsvarar mellan 41 000 och 53 000 besök. Psykologer och kuratorer stod tillsammans för drygt 2 procent av besöken, nära 60 000 besök. Logopeder, arbetsterapeuter, ortoptister, dietister och optiker stod för 3 procent av besöken, och besök hos de olegitimerade yrkesgrupperna undersköterska och skötare stod för 0,7 procent. Kategorin ”övriga” stod för resterande 4 procent.[88]

Uppgifterna exkluderar medicinskt orsakad och patientvald väntan, vilket innebär att antalet genomförda första besök i praktiken var något högre, men behöver inte påverka fördelningen mellan yrkeskategorier nämnvärt. Det finns viss osäkerhet när det gäller hur väl rätt yrkeskategori registreras på besöket, men uppgifterna bör i alla fall ge en bra övergripande bild.

Utredningens förslag

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

Skäl

Bestämmelsen bör tydliggöra vad patienten kan förvänta sig av vården

Nuvarande bestämmelse reglerar inte vad som ska göras när den enskilde besöker den specialiserade vården. Det är inte heller något som har förtydligats i förarbeten till bestämmelsen. Det innebär enligt utredningen att det är otydligt vad patienten kan förvänta sig vid det första besöket inom den specialiserade vården. Utredningen gör därför bedömningen att bestämmelsen om att den enskilde ska få besöka den specialiserade vården inom en viss tid ska ersättas med en bestämmelse om en medicinsk bedömning av en läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den specialiserade

[88] Väntetidsdatabasen. *Utökad uppföljning av specialiserad vård,* www.vantetider.se, uttag 2022-02-10.

vården. Genom att på detta sätt tydliggöra vad som förväntas av vården kan patientens rättsliga ställning stärkas. Det skapas även förutsättningar för att vården blir mer jämlik över landet.

Vad som avses med en medicinsk bedömning

Precis som när det gäller den medicinska bedömningen inom primärvården har den medicinska bedömningen inom den specialiserade vården, enligt utredningen, en vidare innebörd än en ren bedömning av patientens hälsotillstånd och vårdbehov. Det innebär att det ingår i hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesansvar att i samband med den medicinska bedömningen vidta de adekvata åtgärder som är lämpliga och möjliga att vidta i samband med den medicinska bedömningen. Avgörandet om vem som bör utföra den medicinska bedömningen bör i första hand bero på patientens aktuella behov.[89]

På motsvarande sätt som föreslås i fråga om den medicinska bedömningen inom primärvården är den föreslagna medicinska bedömningen inom den specialiserade vården inte avgränsad utifrån sambandet med tidigare vård. Patienten ska få en medicinsk bedömning inom den specialiserade vården inom tidsgränsen i vårdgarantin oavsett om besväret som patienten söker vård för är nytt eller tidigare känt, om vårdgivaren beslutar att patienten ska få den medicinska bedömningen. Det är något som skiljer den föreslagna regleringen om en medicinsk bedömning inom den specialiserade vården från den nuvarande om att den enskilde ska få besöka den specialiserade vården inom viss tid. Som framgår ovan under rubriken *Besök inom den specialiserade vården* omfattar nuvarande bestämmelse endast nybesök.

Medicinska bedömningen ska göras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Nuvarande bestämmelse reglerar inte vem patienten ska träffa vid besöket. Av utredningens redogörelse ovan under rubriken *Vem besöker patienten i dag inom den specialiserade vården?* framgår att patienten vid det första besöket inom den specialiserade vården kan

[89] Jfr prop. 2017/18:83. *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*, s. 32 och 47.

få träffa andra professioner än läkare och att upp till 4,7 procent av besöken 2021 gjordes hos yrkesgrupper som inte omfattas av bestämmelserna om legitimation i patientsäkerhetslagen. Av uppgifterna framgår att 0,7 procent av besöken gjordes hos de icke legitimerade yrkesgrupperna undersköterska och skötare. Därutöver gjordes ytterligare 4 procent av besöken hos yrkesgrupper som faller under kategorin ”övriga”, vilket kan vara både legitimerade och icke legitimerade yrkesgrupper. Exempelvis ingår besök hos ortopedingenjörer och psykoterapeuter här, yrken som är legitimerade men inte särredovisas i väntetidsdatabasen.

Utredningen gör bedömningen att det bör specificeras vem som ska göra den medicinska bedömningen och att enbart legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska omfattas av bestämmelsen, vilket innebär en begränsning i förhållande till dagens reglering. I likhet med vad regeringen framhöll när bestämmelsen om medicinsk bedömning inom primärvården infördes, är utredningens främsta skäl för detta förslag att de som är legitimerade har ett yrkesansvar som prövas på ett annat sätt än för dem som inte är legitimerade, vilket kan vara av betydelse för patientsäkerheten och också för befolkningens förtroende för vården.[90] Utredningen föreslår därför att det anges i bestämmelsen att den medicinska bedömningen ska göras av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. En bedömning av personal som inte är legitimerad ska enligt förslaget alltså inte räknas som en medicinsk bedömning inom den specialiserade vården i vårdgarantins mening.

Bestämmelsen bör vara neutral när det gäller sättet för kontakten

Som beskrivs ovan bedömde regeringen nyligen att ett skäl till att ändra från termen *besök* till termen *medicinsk bedömning* inom primärvården var att vårdgarantin bör vara neutral när det gäller på vilket sätt kontakten ska ske. Utredningen bedömer att detta också är viktigt i fråga om den specialiserade vården.

[90] Jfr prop. 2017/18:83. *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*, s. 32.

Fördel att använda samma term som inom primärvården

Utredningen gör även bedömningen att det finns fördelar med att använda samma term som används för vårdgarantin gällande medicinsk bedömning inom primärvården (9 kap. 1 § 2 HSL). Detta eftersom bestämmelserna bör avse samma typ av bedömning med den skillnaden att den ena görs av professionerna inom primärvården och det andra av professionerna inom den specialiserade vården.

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

Bakgrund

Undersökningar har i samband med tidigare uppföljning och utvärdering exemplifierats som en del av vårdkedjan som inte ingår i dagens vårdgaranti. Undersökningar omfattas på olika sätt av vårdgarantin i Danmark, Finland och Norge. I Region Halland har även undersökningar en tidsgräns och i Region Stockholm finns en tidsgräns för två specificerade undersökningar, se vidare i avsnitt 4.2.3–4.2.4.

Många olika undersökningar

I hälso- och sjukvården finns många olika undersökningar som kan vara av mycket olika karaktär. Det finns sådana som går snabbt att genomföra, och sådana som pågår en längre tid. Undersökningar görs inom både primärvård och specialiserad vård.

Vissa undersökningar kräver tillgång till utrustning som bara finns på särskilda enheter (exempelvis magnetresonanstomografi (MR) och gastroskopi), medan andra kan göras vid en större bredd av mottagningar, kliniker och verksamheter och kräver inte lika mycket utrustning (exempelvis proktoskopi, elektrokardiogram (EKG) och vissa ultraljud). Många undersökningar görs inom både primärvård och specialiserad vård (exempelvis spirometri och EKG). Vilka undersökningar som kan göras var beror i stor utsträckning på hur organisering, kompetens och tillgång till utrustning skiljer sig mellan och inom regioner.

Några ytterligare exempel på undersökningar som görs i hälso- och sjukvården är kognitiva tester, neuropsykiatrisk undersökning,

fotundersökning vid diabetes, biopsier, blodprover, synskärpeundersökning och tryckmätning. Sammantaget utgör undersökningar en väsentlig del av det kliniska arbetet.

Väntan på undersökningar: Bild- och funktionsmedicin samt klinisk neurofysiologi

Sedan ett antal år tillbaka pågår ett arbete på SKR med att följa ledtider inom bild- och funktionsmedicin samt klinisk neurofysiologi. I rapporteringen ingår 11 olika undersökningar. Rapporteringen är frivillig för regionerna. Att döma av den information som redovisas ser alla regioner utom Stockholm och Västerbotten ut att rapportera uppgifter om någon av undersökningarna åtminstone delar av perioden från 2017. Alla regioner rapporterar dock inte över hela perioden.

Väntetiderna till de olika undersökningarna varierar, se tabell 4.1. År 2021 var det mellan 25 och 81 procent av de genomförda undersökningarna som gjordes inom 30 dagar, och mellan 70 och 98 procent som gjordes inom 90 dagar, beroende på vilken undersökning som avses. Exempelvis gjordes 93 procent av datortomografiundersökningarna och 84 procent av MR-undersökningarna inom 90 dagar.

Det finns regionala skillnader i väntetiderna till de olika undersökningarna. Exempelvis varierade andelen genomförda MR-undersökningar inom 30 dagar mellan 15 och 58 procent i oktober 2019 beroende på region. Motsvarande skillnader när det gäller datortomografiundersökningar var 43–91 procent, 12–94 procent för ultraljud hjärta, och 24–80 procent för spirometri.[91]

[91] Väntetidsdatabasen. *Bild- och funktionsmedicin samt klinisk neurofysiologi*, www.vantetider.se, uttag 2022-02-24.

Tabell 4.1 Väntetid till undersökningar – bild- och funktionsmedicin samt klinisk neurofysiologi

Andel (procent) av genomförda undersökningar som gjordes inom 30, 60 respektive 90 dagar, årsgenomsnitt 2017, 2019 och 2021

	Inom 30 dagar			Inom 60 dagar			Inom 90 dagar		
	2017	2019	2021	2017	2019	2021	2017	2019	2021
Arbets-EKG	38	42	45	71	69	71	87	84	85
Datortomografi	65	66	64	86	88	85	93	94	93
Elektroencephalografi EEG	43	52	50	81	82	78	94	93	88
Elektromyografi EMG	20	24	27	48	53	53	63	75	75
Långtids-EKG / Holter EKG	27	23	25	66	52	58	84	70	76
Magnetresonanstomografi-undersökningar (MR)	42	41	43	70	69	70	83	83	84
Myocardscintigrafi	24	27	25	55	57	50	73	78	70
PET CT	78	76	72	93	90	88	97	95	95
Spirometri	39	39	35	70	64	65	85	76	82
Ultraljud carotis (halskärl)	77	74	81	93	92	95	96	97	98
Ultraljud hjärta	38	42	40	60	64	61	73	75	74

Not: Med årsgenomsnitt avses (oviktat) genomsnitt av andelen för årets 12 månader. Det saknas information om täckningsgraden, det vill säga hur komplett data är för de olika undersökningarna. 19 regioner ingår vid något tillfälle, men alla regioner rapporterar inte över hela perioden. Resultaten är alltså inte jämförbara över tid eftersom underlaget för rapporteringen kan skilja sig. Det saknas även information om kvaliteten på data, bland annat i vilken utsträckning alla regioner rapporterar på samma sätt.

Källa: www.vantetider.se. Data hämtad 2021-12-21 och 2022-03-31.

Väntan på undersökningar: Skopier

Sedan januari 2020 redovisar SKR information om ett urval av undersökningar i den utökade uppföljningen av den specialiserade vården. De undersökningar som ingår är gastroskopi, koloskopi och övriga transluminala endoskopier, det vill säga skopier där ett endoskop används för att titta in i kroppen genom ett befintligt hålrum, till exempel undersökning av tarmens insida. Inrapporteringen består av information dels om väntetiden bland de personer som fick sin undersökning genomförd en viss månad, dels om hur länge de personer som väntar på en undersökning (men ännu inte fått någon) hade väntat i slutet av en månad.

I december 2021 väntade drygt 23 000 personer på någon av de undersökningar som ingår i rapporteringen. Över hälften av dem som väntade hade väntat mer än 90 dagar, och detsamma gäller för övriga

månader under året. Medan medianväntetiden varierade mellan 107 och 130 dagar beroende på månad, var medelväntetiden bland dem på väntelistorna omkring 300 dagar. Denna skillnad innebär att det finns långväntare på väntelistorna.

Andelen *genomförda* skopier inom de olika intervallen är alltid högre, och medianväntetiden och medelväntetiden är alltid lägre, än motsvarande mått för väntande. Även denna skillnad indikerar att det finns personer som väntat betydligt längre än 90 dagar på sin undersökning.

Tabell 4.2 Väntetid till undersökningar – skopier

Resultaten avser januari–december 2021, där spannet som anges för respektive rad och mått avser månaden med lägsta och högsta värde

	Genomförda	Väntande
Andel (%) inom 30 dagar	42–64	18–25
Andel (%) inom 60 dagar	63–86	28–37
Andel (%) inom 90 dagar	74–91	41–46
Medianväntetid (dagar)	23–35	107–130
Medelväntetid (dagar)	49–112	280–309
Totalt antal	**6 501–12 172**	**21 852–26 678**

Not: Måttet *genomförda* avser väntetiden bland de personer som fick sin undersökning genomförd en viss månad. Måttet *väntande* avser hur länge de personer som står på väntelistan till en undersökning (men ännu inte fått någon) i slutet av en månad hade väntat.
Källa: www.vantetider.se. Data hämtad 2022-03-31.

Inget om väntetider till undersökningar på Vården i siffror

På Vården i siffror visas omkring 700–800 indikatorer från olika källor, bland annat kvalitetsregister, Inera, väntetidsdatabasen, Dödsorsaksregistret, Läkemedelsregistret och Patientregistret. Utredningen har sökt efter information om väntetider till undersökningar, men en genomgång av indikatorerna visade att det i princip inte är någon av dem som handlar om väntetider till undersökningar.

Väntan på undersökningar: några ytterligare nedslag

Utöver det som redovisas ovan har utredningen haft svårt att hitta nationellt insamlade uppgifter om väntetider till undersökningar. Några ytterligare exempel och nedslag från olika delar av vården har

dock hittats. De uppgifter som framkommit presenteras kortfattat nedan.

– *Obstruktiv sömnapné*

  Antalet dagar från remiss till utredning (andningsregistrering) vid obstruktiv sömnapné var 90 dagar i median, med regionala skillnader mellan 27 och 183 dagar. Resultaten avser 2015 och baseras på kvalitetsregistret Andningssviktregistret (Swedevox).[92]

– *Demens*

  Antalet dagar mellan remiss och utredningsstart inom den specialiserade vården vid demens var 28 dagar i median, med regionala skillnader mellan 7 och 91 dagar. Basal demensutredning genomförs inom primärvården, och vid behov görs en utvidgad utredning inom den specialiserade vården. Utredningstiden, det vill säga från utredningsstart till diagnos, vilket inkluderar flera olika undersökningar, var knappt 60 dagar i median inom både primärvård och specialiserad vård. Även här sågs regionala skillnader. Resultaten avser 2015 och baseras på data från kvalitetsregistret Svenska Demensregistret (SveDem).[93] I Svenska Demensregistrets årsrapport finns liknande resultat även för 2019.[94] I årsrapporten kommenteras att:

  > Tiden från remiss till diagnos uppgick 2019 till i snitt 96 dagar vid SveDems specialistenheter vilket är en lång tid för personer med kognitiva symtom att vänta på diagnos. Åtgärder som förkortar vänte- och utredningstiden behöver prioriteras.[95]

  Enligt vårdförloppet för kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom är det ett mål att basal utredning ska ske inom 30 dagar, och att utvidgad utredning på specialistenhet ska ske inom 60 dagar från remiss. Ett av målen med vårdförloppet är att korta utredningstiderna.[96]

[92] Socialstyrelsen. 2017. *Väntetid, kontinuitet och samordning vid vissa kroniska sjukdomar – Metoder, resultat och utmaningar – Rapport februari 2017*, s. 29.
[93] Socialstyrelsen. 2017. *Väntetid, kontinuitet och samordning vid vissa kroniska sjukdomar – Metoder, resultat och utmaningar – Rapport februari 2017*, s. 23–26.
[94] Svenska Demensregistret. 2020. *Årsrapport 2019*, s. 30–31.
[95] Svenska Demensregistret. 2020. *Årsrapport 2019*, s. 31.
[96] Sveriges regioner i samverkan. 2021. *Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp – Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom*, s. 9.

– *Ledgångsreumatism*

  Medianväntetiden från symtom till diagnos var 154 dagar (omkring fem månader). Då ingår alltså hela utredningen, inte enbart till utredningsstart. Tiden till olika separata undersökningar framgår inte. Resultaten avser 2015 och baseras på data från Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).[97]

– *Multipel skleros (MS)*

  Tiden mellan sjukdomsdebut och diagnos vid MS var omkring 290 dagar (drygt nio månader). Då ingår alltså hela utredningen, inte enbart till utredningsstart. Tiden till olika separata undersökningar framgår inte. Resultaten avser 2015 och baseras på data från kvalitetsregistret MS-registret.[98]

– *Hjärtsvikt*

  I det sammanhållna och personcentrerade vårdförloppet för nydebuterad hjärtsvikt uttrycks att det vid förloppets godkännande 2021 fanns omotiverade skillnader över landet och mellan patientgrupper inom flera områden inom hjärtsviktsvården. En av dem som nämns är ojämn tillgång till och olika långa väntetider för ekokardiografiundersökning av hjärtat, en undersökning som är avgörande för såväl diagnos som behandling. Det framgår också att tiden till första ekokardiografiundersökning behöver kortas samt att den bör utföras och besvaras inom 14–30 kalenderdagar från remiss (beroende på riskfaktorer och allvarlighetsgrad). Andra skillnader som nämns är hur snabbt den uppföljande ekokardiografiundersökningen genomförs och tiden från den uppföljande undersökningen till ställningstagandet om det som i vårdförloppet kallas andra linjens behandling.[99]

[97] Socialstyrelsen. 2017. *Väntetid, kontinuitet och samordning vid vissa kroniska sjukdomar – Metoder, resultat och utmaningar – Rapport februari 2017*, s. 19–20.
[98] Socialstyrelsen. 2017. *Väntetid, kontinuitet och samordning vid vissa kroniska sjukdomar – Metoder, resultat och utmaningar – Rapport februari 2017*, s. 22.
[99] Sveriges regioner i samverkan. 2021. *Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp – Hjärtsvikt – nydebuterad*, s. 3 och 11.

Information om väntetider till undersökningar långt ifrån heltäckande

Utredningen kan konstatera att de uppgifter som finns tillgängliga om väntetider i stor utsträckning handlar om sådana undersökningar som görs på särskilda enheter inom den specialiserade vården snarare än sådana undersökningar som kan göras på den mottagning eller klinik som patienten besöker. Det innebär att det är svårt att få en uppfattning om hur det ser ut med väntetiderna till undersökningar som görs inom primärvården i dag, men även till undersökningar där patienten får en ny tid till mottagningen inom den specialiserade vården för att genomgå en undersökning på mottagningen vid ett senare tillfälle.

Några av regionernas nulägesrapporter berör väntetider till undersökningar

Som en del av överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården lämnade alla regioner in en nulägesrapport i oktober 2021. Utredningen har i läsningen av nulägesrapporterna fångat upp några skrivningar om väntetider till undersökningar.

– *Region Dalarna*

  Region Dalarna konstaterar att bild- och funktionsmedicin inte ingår i vårdgarantin. De skriver att regionen har haft underkapacitet under många år, framför allt vad gäller MR, med långa köer och många patienter som vänder sig till andra regioner för undersökning. Kösituationen ser bättre ut nu, dels genom rekrytering och ny kamera, dels utifrån att regionen har avtal med extern leverantör som ökar kapaciteten.

– *Region Blekinge*

  Region Blekinge beskriver försämrad och bristande tillgänglighet till medicinsk service, och att brist på kompetens är huvudorsaken till det. Ett exempel är att en MR-undersökning med en medicinsk prioritet inom 4 veckor får vänta 33 veckor. En undersökning med låg medicinsk prioritet (>8 veckor) får vänta 39 veckor. Undersökningar med medicinsk prioritet inom 1–2 veckor hålls bättre. Ett politiskt beslut har tagits som förväntas möjliggöra för-

bättrad tillgänglighet för de 7 000 patienter som i dag står i kö till en röntgenundersökning i regionen.

– *Region Norrbotten*

Region Norrbotten beskriver att akut och elektivt flöde delas upp inom bild- och funktionsmedicin, med målet att förbättra patientflöden och korta ledtider. De beskriver också att det pågår arbete för att jämna ut produktionen av bilddiagnostik i länet. Målet är att ingen ska behöva vänta längre än 60 dagar på sin undersökning, vilket inte uppnås i dag. Nulägesrapporten berör också ett pågående arbete med att utlokalisera mikrobiologiska analyser, blodinkubatorer och molekylärbiologiska snabbinstrument till länslaboratorierna med målet om snabb och tillgänglig diagnostik.

– *Region Skåne*

Region Skåne skriver att de sedan många år tillbaka har en målsättning att patienter som väntar på undersökning inom bild- och funktionsmedicin inte ska behöva vänta mer än 30 dagar från besök till undersökning. Under januari–augusti 2021 var det 61 procent av dem som väntade på röntgenundersökning som hade väntat högst 30 dagar, vilket var ungefär samma resultat som 2020. Däremot var det fler patienter som väntade 2021 jämfört med 2020.

Andelen väntande inom 30 dagar till klinisk fysiologi under perioden januari–augusti 2021 var 58 procent, vilket är oförändrat jämfört med samma period 2020. Även här har antalet väntande ökat under 2021. Andelen väntande inom 30 dagar till neurofysiologiska undersökningar under perioden januari–augusti 2021 var 44 procent, jämfört med 61 procent samma period 2020. Här har antalet väntande patienter mer än fördubblats under 2021.

Utredningens förslag

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

Skäl

Undersökningar är en viktig del av vårdkedjan

Genom att inkludera undersökningar i vårdgarantin täcks ytterligare en del av vårdkedjan. Därmed avhjälps delvis en av de invändningar som har uttryckts mot dagens vårdgaranti – att den inte täcker hela vårdkedjan. Undersökningar är en väsentlig del av hälso- och sjukvårdens insatser. De är grundläggande för att ställa diagnos, utesluta sjukdomar, bedöma omfattningen av problem såväl som för att besluta om lämplig behandling.

Väntetider till undersökningar kan bli långa

De uppgifter som utredningen har tagit del av när det gäller bild- och funktionsmedicin, klinisk neurofysiologi och skopier visar att väntetiderna till undersökningar i många fall är längre än 90 dagar. Resultaten för skopier, där det även finns information om antalet väntedagar i median och genomsnitt, indikerar dessutom att väntan kan bli långt över 90 dagar. De uppgifter utredningen har tagit del av visar sammantaget också betydande regionala skillnader. Väntetiderna varierar även mellan olika undersökningar, se tabell 4.1. Det kan åtminstone delvis ha att göra med brådskandegraden för de sjukdomar som undersökningen ofta används för.

Liksom för väntetider till andra delar av vårdkedjan finns det inget givet svar på vad som är en för lång väntetid. Men med utgångspunkt i de 90 dagar som gäller för första besök och start av behandling inom den specialiserade vården i dag förefaller ändå väntetiderna till vissa undersökningar kunna överstiga den tidslängden. Från de diskussioner som utredningen har haft med bland annat delegationen, expertgrupp och referensgrupper uttolkar utredningen att 90 dagar får anses vara en lång väntetid.

Den genomgång som utredningen gjort för att belysa väntetider till undersökningar i dag är inte heltäckande för hälso- och sjukvården, utan det saknas information om väntetider till många undersökningar. Av den information som finns drar dock utredningen sammantaget slutsatsen att väntan på undersökningar i många fall är lång och att det i dag finns ett problem med väntetider som skulle behöva synliggöras så att ytterligare insatser görs för att korta väntetiderna. Även om vårdgarantin i sig inte gör att väntetiderna kortas och det är svårt att veta vilken effekt vårdgarantin har, se avsnitt 4.3, är det ett sätt att påverka en förändring i rätt riktning och som uppmuntrar till ökad produktions- och kapacitetsplanering och andra insatser för att korta väntetiderna.

Alla typer av undersökningar ska ingå

I utredningens förslag finns ingen avgränsning i vilka undersökningar som ska omfattas av vårdgarantin, exempelvis att den enbart ska gälla bild- och funktionsmedicin och skopier. I stället föreslår utredningen att alla undersökningar ska ingå. Både undersökningar som kräver tillgång till särskild utrustning som bara finns på särskilda enheter (exempelvis viss röntgen och gastroskopi) och undersökningar som kan göras vid en större bredd av mottagningar, kliniker och verksamheter och inte kräver lika mycket utrustning (exempelvis spirometri, EKG och vissa ultraljud) ingår.

Ett skäl till att inkludera alla typer av undersökningar är för att undvika gränsdragningsproblem. Om exempelvis enbart undersökningar som behöver remitteras till en särskild enhet skulle ingå skulle det spela roll hur hälso- och sjukvården är organiserad för vad som ingår i vårdgarantin och inte. Organiseringen kan skilja sig både mellan och inom regioner. Sådant som kan utföras på en mottagning behöver i en annan region remitteras vidare till en annan mottagning.

Ett annat skäl är att vårdgarantin ska inkludera så mycket som möjligt av hälso- och sjukvårdens insatser. Alla undersökningar som är motiverade att genomföra är viktiga att de genomförs – oavsett vad det är för typ av undersökning och vem som kan genomföra den. Utredningen menar att det blir enklare och mer lättöverskådligt för både hälso- och sjukvården och patienter om samtliga undersökningar ingår.

Det är viktigt att framhålla att de undersökningar som föreslås omfattas av denna del av vårdgarantin är sådana som i det enskilda fallet inte kan göras i samband med en medicinsk bedömning i vårdgarantins bemärkelse. I samband med den medicinska bedömningen ska även de adekvata åtgärder, däribland undersökningar, som är lämpliga och möjliga att vidta, genomföras.

Undersökningar som görs i både primärvård och specialiserad vård ska ingå

Utredningen föreslår att det ska införas en vårdgaranti för undersökningar inom både primärvård och specialiserad vård.

Att undersökningar som görs inom den *specialiserade vården* ska ingå i en utökad vårdgaranti står klart inte minst från informationen om väntetider till undersökningar. Mycket av informationen om väntetider som finns tillgänglig och som presenteras i bakgrunden gäller undersökningar som genomförs inom den specialiserade vården och som genomförs på specialiserade enheter (som de i tabell 4.1 och 4.2). Att de ska ingå motiveras således ovan. Det handlar alltså om att undersökningar är en viktig del av vårdkedjan där väntetiderna i dag kan bli långa.

Ett skäl till att inkludera undersökningar inom *primärvården* är att utredningen anser att det är viktigt att åtgärder som görs inom primärvården uppmärksammas. Primärvården har en viktig roll i hälso- och sjukvården, och förväntas få en än mer framträdande roll i och med omställningen till en god och nära vård där primärvården ska fungera som basen och navet i hälso- och sjukvården.

Inom primärvården omhändertas många besvär och primärvården står ofta för starten av ett längre utredningsförlopp. Det är därför viktigt att undersökningar som primärvården kan göra görs skyndsamt, att eventuella väntetider till dem uppmärksammas och synliggörs, och att det finns en bortre gräns för hur länge en patient ska behöva vänta på en sådan undersökning.

Ett annat skäl till att även inkludera undersökningar som görs inom primärvården är att vissa undersökningar görs inom både primärvård och specialiserad vård (exempelvis spirometri). Utredningen har svårt att se starka skäl för att sådana undersökningar bara ska ingå i det ena fallet. Vad som kan göras inom primärvården skiljer sig åt mellan regioner, men också mellan olika primärvårdsenheter (exempel-

vis vårdcentraler) inom en region, delvis som en följd av hur regionerna har valt att organisera hälso- och sjukvården. Utredningen menar därför sammantaget att vårdgarantin skulle riskera att få olika innehåll beroende på var i landet patienten befinner sig och vilken mottagning hen vänder sig till om inte undersökningar ingick i vårdgarantin för både primärvård och specialiserad vård.

Begreppet undersökningar

Utredningens förslag innebär en skyldighet att erbjuda en undersökning inom viss tid. Begreppet undersökning har ingen legaldefinition och finns inte heller i Socialstyrelsens termbank.

Det som utredningen menar med undersökning är en åtgärd som syftar till att inhämta och analysera relevant information om patientens hälsotillstånd för att kunna ställa diagnos, besluta om lämplig behandling eller liknande.

Två näraliggande begrepp är utredning och diagnostik. Dessa två begrepp har inte heller några legaldefinitioner. Utredning finns i Socialstyrelsens termbank. Det har dock ingen definition där, men följande anges om begreppet:

> Utredning är en av åtgärdsgrupperna i Klassifikation av vårdåtgärder, KVÅ. Denna grupp avser åtgärder som syftar till att, oftast i samråd med den enskilde, fatta beslut om vilka åtgärder som ska vidtas, att inhämta och analysera relevant information samt att informera den enskilde om resultat av åtgärderna.[100]

Utredningen använder alltså en liknande beskrivning av begreppet undersökning. Utredningen menar att utredning och undersökning kan vara samma sak, men en utredning kan också bestå av flera undersökningar. Med undersökning avser utredningen varje specifik undersökningsåtgärd. Tillsammans kan flera sådana utgöra en utredning av ett sjukdomstillstånd, men det kan också förekomma fall då endast en undersökning utgör hela utredningen.

Diagnostik finns inte i Socialstyrelsens termbank. Däremot berörs diagnostisera och ställa diagnos, vilket beskrivs som att göra en bestämning av patientens tillstånd.[101] Undersökningar utgör en vik-

[100] Socialstyrelsen. *Termbank – utredning*.
https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=320&SrcLang=sv, uttag 2022-02-24.
[101] Socialstyrelsen. *Termbank – diagnoskod*.
https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=501&SrcLang=sv, uttag 2022-02-24.

tig del av det arbetet, men undersökningar kan också göras i andra syften, exempelvis för att utesluta en sjukdom.

Sammantaget menar utredningen att undersökningar är det begrepp som bäst beskriver det som utredningen avser med förslaget. Skälet är att undersökning pekar på en enskild åtgärd snarare än flera undersökningar tillsammans, och att det är brett nog att inkludera alla undersökningar oavsett syftet med dem.

Det är tiden till varje enskild undersökning som räknas

Det är enskilda undersökningar som föreslås ingå i vårdgarantin och inte ”paket” som innehåller flera olika undersökningar. Utredningen om patientens rätt i vården (S 2007:07) uttryckte uppfattningen att en framtida vårdgaranti *i tidräkningen* bör inkludera alla de åtgärder som är nödvändiga för att en behandling ska kunna inledas. Det uttrycktes att patienten inte ska behöva hålla några andra regler aktuella än att vårdgarantin räknas från det tillfälle då man först tar kontakt med vården.[102] De standardiserade vårdförloppen i cancervården, som utformats och introducerats med start 2015, är utformade enligt en sådan princip. Där är det den totala tiden från välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling som har en angiven tidsgräns som målsättning. Inom den tidsgränsen ingår flera undersökningar som specificeras i vårdförloppet.[103]

Utredningen har övervägt om vårdgarantin bör reglera när en patientens *samtliga* nödvändiga undersökningar ska vara *avslutade*, på ett liknande sätt som de standardiserade vårdförloppens upplägg, eftersom det skulle kunna tänkas vara en fördel ur ett patientperspektiv. Att få en diagnos ställd så snart som möjligt efter att symtomen uppmärksammats är avgörande för många sjukdomsförlopp.

Utredningen bedömer dock att det inte är ett ändamålsenligt alternativ när det gäller vårdgarantin. Skälet till det är att det inte är möjligt att identifiera en relevant gemensam tidsgräns med ett sådant upplägg, eftersom längden på olika undersökningar liksom antalet nödvändiga undersökningar skiljer sig åt så mycket. De standardiserade vårdförloppen inom cancerområdet är knutna till misstanke om

[102] SOU 2008:127. *Patientens rätt – Några förslag för att stärka patientens ställning*, s. 166.
[103] Regionala cancercentrum i samverkan. *Standardiserade vårdförlopp i cancervården (SVF)*. https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardforlopp/, uttag 2022-02-24.

en specifik cancerdiagnos, vilket gör det möjligt att specificera vilka undersökningar som ska ingå och därefter ange en tidsgräns. Vårdgarantin gäller för alla tillstånd och är därmed mycket bredare. Det gör det svårt att formulera den på ett liknande sätt som vårdförloppen. Utredningen vill dock betona att utredningsförslagets upplägg *inte* innebär att undersökningar måste göras sekventiellt. Utredningen vill tvärtom betona att när flera undersökningar kan förutses behövas, ska beslut om dessa tas samtidigt. Det finns inget i utredningsförslaget som hindrar att flera undersökningar eller utredningar pågår parallellt. Genom att fatta beslut vid ett och samma tillfälle om alla undersökningar som behövs för att fastställa en diagnos kan upplägget i de standardiserade vårdförloppen ändå efterliknas även för andra diagnoser inom ramen för vårdgarantin – förutsatt att den som beslutar om undersökningarna har kännedom om eller det finns kunskapsstöd som anger vilka undersökningar som ska göras.

I vissa fall skulle det kunna uppstå gränsdragningssvårigheter när det gäller vad som ingår i en enskild undersökning och vad som i stället anses vara flera olika undersökningar. Vad som anses ingå i en viss undersökning kan exempelvis skilja sig åt inom och mellan regioner samt förändras över tid. Men utredningen bedömer att sådana gränsdragningssvårigheter endast skulle uppstå i begränsad utsträckning och att de bör kunna hanteras i praktiken.

4.4.5 Behandlingar inom primärvården ska omfattas av vårdgarantin

Bakgrund

Dagens vårdgaranti innehåller inte någon särskild vårdgaranti för behandlingar inom primärvården, utöver sådant som kan göras i samband med den medicinska bedömningen. Av förarbetena framgår det att lagstiftarens avsikt var att den behandlingsgaranti som regleras i dagens vårdgaranti endast skulle avse behandling inom den specialiserade vården.[104] Inom primärvården genomförs behandlingar för såväl förhållandevis akuta tillstånd som mindre akuta besvär, som kan genomföras i samband med en medicinsk bedömning. Det finns

[104] Se prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 37 jfr med s. 39.

också behandlingar som snarare är planerade insatser och återkommande separata behandlingstillfällen.

Nationell statistik om genomförda behandlingar och väntetider till dem saknas

Det är svårt att få en samlad och övergripande bild av de insatser och åtgärder, bland annat behandlingar, som görs inom primärvården. I dag finns inget register för primärvårdsuppgifter på det sätt som patientregistret är för öppen och sluten specialiserad vård. Det finns således inte någon sådan källa att använda för att ge en bild av de behandlingar som ges i primärvården. Det saknas även information om väntetider till behandlingar inom primärvården. Utredningen har inte heller funnit någon analysrapport eller liknande som berör den frågan. Utredningen har därför gjort en egen beskrivning utifrån en sammanvägd tolkning baserat på flera olika källor.

För att skapa en bild av behandlingar som ges inom primärvården har utredningen använt Socialstyrelsens lathund för *Klassifikation av vårdåtgärder* (KVÅ) för allmänmedicin. KVÅ består av åtgärdskoder som används för statistisk beskrivning av åtgärder i bland annat hälso- och sjukvård. Lathunden innehåller ett urval av KVÅ-koder och ska fungera som hjälp för att hitta vanliga åtgärder inom ett vårdområde.[105] Den bör således ge en övergripande bild av vanliga åtgärder inom allmänmedicin. Utredningen har också använt de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen för att skapa bilden av behandlingar inom primärvården.

Beskrivningen ska inte ses som en heltäckande bild av primärvårdens arbete när det gäller behandlande åtgärder, utan ska snarare ses som ett antal exempel i syfte att åskådliggöra vad det kan handla om.

Vissa behandlingar behöver göras direkt

En del av de tillstånd som primärvården hanterar är av förhållandevis akut karaktär och behöver åtgärdas mer eller mindre direkt. Exempel på behandlingar som sannolikt ofta (men inte alltid) är av mer akut karaktär är såromläggning, suturering av (sy) mindre sår, rengöring

[105] Socialstyrelsen. *Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)*, www.socialstyrelsen.se/utvecklaverksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/kva/, uttag 2022-02-09.

av hörselgång, tamponadinläggning i öra (åtgärd exempelvis vid hörselgångseksem), viss läkemedelsförskrivning (exempelvis antibiotika), nästamponad (åtgärd vid näsblödning) och att ta bort exempelvis glasskärvor och annat vid trauma.

Den här typen av akuta åtgärder genomförs sannolikt i många situationer i samband med en medicinsk bedömning enligt 9 kap. 1 § 2 hälso- och sjukvårdslagen, och ingår därmed redan i vårdgarantin.

Mindre akuta behandlingar

Andra behandlingar inom primärvården är av mindre akut karaktär. Exempel på mindre akuta behandlande åtgärder är att ta bort infekterade naglar, rensning av tårkanal (en åtgärd vid rinnande ögon), behandlande omläggning av eksem, smärtbehandlande åtgärder som nervblockader med läkemedel, insulininsättning hos diabetiker, kateterisering av urinblåsa (dränage och kateterutbyte), läkemedelstillförsel (exempelvis intramuskulärt och subkutant), läkemedelsförskrivning och injektionsbehandling med exempelvis kortison.

Även om den här typen av åtgärder ofta inte är av direkt akut karaktär bör de ibland kunna genomföras i samband med att vissa undersökningar genomförs inom primärvården, om än inte alltid i samband med den medicinska bedömningen enligt 9 kap. 1 § 2 hälso- och sjukvårdslagen.

Hur lång väntan är till en undersökning eller behandling som inte görs i samband med en medicinsk bedömning är oklart och varierar sannolikt från fall till fall. Det är rimligt att anta att patienten i vissa fall får en ny tid för fortsatta undersökande och behandlande åtgärder, och att denna tid då sätts utifrån medicinsk prioritet med utgångspunkt i vad som är möjligt för mottagningen att erbjuda. Utredningen har uppfattat att det händer att sådana besök kan behäftas med onödigt långa väntetider ur både ett medicinskt perspektiv och ur ett patientperspektiv. Det beror då på att det inte finns tillräckligt med tider att boka in patienten på.

Planerade behandlande åtgärder

Det finns också behandlingar inom primärvården som är av mer omfattande eller upprepande karaktär, och som generellt inte genomförs i samband med en medicinsk bedömning. Exempel på sådana behandlingar är samtalsterapi, akupunktur, stöd till viktkontroll, rökavvänjning, patientutbildning (exempelvis artrosskola och osteoporosskola) och handledd träning hos fysioterapeut.

Karaktären på insatserna gör att de är särskilt relevanta för personer med kroniska eller långvariga besvär. Det kan finnas särskilda mottagningar och team för genomförandet av insatserna, exempelvis rehabiliteringsmottagning, hjärtsviktsmottagning, artrosmottagning, astma/KOL-mottagning och diabetesmottagning.

Här handlar det om planerade insatser och särskilda behandlingstillfällen. De genomförs i stor utsträckning av andra yrkeskategorier än läkare, såsom psykologer, kuratorer, fysioterapeuter, sjuksköterskor och dietister. Det är vanligt med särskilda sjuksköterskemottagningar, exempelvis diabetesmottagning.

I situationer då det inte är den vårdpersonal som har haft de tidigare kontakterna med patienten som ska genomföra behandlingen skickas ofta någon form av ”internremiss” eller intern signal för att meddela den som ska genomföra behandlingen att patienten är i behov av insatser. Men det förekommer också att patienten blir hänvisad att själv kontakta exempelvis en fysioterapeut eller psykolog.

Utredningen har uppfattat att väntan på den här typen av behandlingar kan bli onödigt lång ur både ett medicinskt perspektiv och ur ett patientperspektiv. Det finns exempel på patienter som får vänta 2–3 månader (ibland ännu längre) på exempelvis psykolog, kurator eller fysioterapeut.

Vårdens organisering och kompetens påverkar vad som görs var och av vem

Det skiljer sig åt mellan och inom regioner när det gäller vilka behandlingar som utförs inom primärvård respektive specialiserad vård. En del kan göras på båda vårdnivåerna. Vilka behandlingar som görs inom primärvården beror i många fall på hur vården är organiserad och vilken utrustning och kompetens som finns att tillgå på den aktuella primärvårdsenheten. Exempelvis framgår det av det personcen-

trerade och sammanhållna vårdförloppet för nydebuterad hjärtsvikt att det råder ojämn och bristande tillgång till hjärtsviktsmottagning. Det framgår också att vården av patienter med hjärtsvikt är organiserad på olika sätt i Sverige i dag, och att det många gånger beror på skillnader i resurstillgång och geografiska avstånd. I vissa regioner sker remittering från primärvård till specialistanknutna hjärtsviktsmottagningar inom specialiserad vård för utredning och start av behandling. Den specialiserade vården återremitterar sedan patienten för långtidsuppföljning. I andra regioner sköts större delen av vården inom primärvården.[106]

Utredningens förslag

Förslag: Behandlingar inom primärvården ska omfattas av vårdgarantin.

Skäl

Primärvården är viktig för patientens samlade vårdkontakter

Primärvården har en viktig roll i hälso- och sjukvården, och förväntas få en än mer framträdande roll i och med omställningen till en god och nära vård där primärvården ska fungera som navet i hälso- och sjukvården. Därför menar utredningen att det är viktigt att primärvården omfattas av en för patienterna relevant vårdgaranti. Beslutade insatser ska genomföras inom rimlig tid.

För att uppnå en god och nära vård och för att primärvården ska kunna bli navet i hälso- och sjukvården behöver primärvården bland annat ha en hög tillgänglighet och arbeta på ett sätt som gör att befolkningen har högt förtroende för den. Utredningen menar att en utökad vårdgaranti kan bidra till arbetet i den riktningen genom att skapa ett förändringstryck, synliggöra de insatser som görs och tydliggöra vilka resurser och kompetenser som primärvården behöver ha i regionen.

Vårdgarantin i sig eller ensamt kommer dock inte förändra primärvården, utan för att nå målet om en god och nära vård med primär-

[106] Sveriges regioner i samverkan. 2021. *Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp – Hjärtsvikt – nydebuterad*, s. 3 och 25–29.

vården som bas och nav krävs många andra insatser också, se kapitel 5, 6 och 7.

Behandlingar inom primärvården är en viktig del av vårdkedjan

Genom att inkludera behandlingar inom primärvården skulle ytterligare en del av vårdkedjan täckas av vårdgarantin. Därmed avhjälps delvis en av de invändningar som har uttryckts mot dagens vårdgaranti – att den inte täcker hela vårdkedjan.

Behandlingar som genomförs inom primärvården spelar stor roll för många patienter och ska omfattas av vårdgaranti precis som behandling inom specialiserad vård. Särskilt bland de behandlingar som är av mer planerad karaktär återfinns sådana som spelar stor roll för personer med kroniska eller långvariga besvär, exempelvis samtalsstöd vid psykisk ohälsa, akupunktur, fysioterapeutledd fysisk träning och patientutbildningar. Genom att inkludera sådana behandlingar blir vårdgarantin mer relevant för den gruppen av patienter.

Väntetider verkar kunna uppstå även till behandlingar inom primärvården

Även om det saknas statistik om väntetider till behandlingar inom primärvården har utredningen fått vissa indikationer på att det förekommer onödigt och orimligt lång väntan på behandlingar inom primärvården. Utredningen har uppfattat att sådana problem finns både när det gäller behandlingar där patienten får en ny tid för att komma tillbaka till samma vårdpersonal för vidare behandling och behandlingar där patienten remitteras vidare internt inom primärvården till en annan yrkeskategori eller en särskild mottagning.

Med en vårdgaranti som förtydligar hur länge en patient maximalt ska behöva vänta på att en beslutad behandling ska inledas bör alltför långa väntetider kunna synliggöras och undvikas. Det blir tydligare för både patienten och hälso- och sjukvården vilket krav som gäller. Det är regionens ansvar att säkerställa att det finns tillräckligt med resurser och rätt kompetens tillgänglig för att efterleva kravet.

Alla behandlingar ska ingå

I utredningens förslag finns ingen avgränsning i vilka behandlingar inom primärvården som ska omfattas av vårdgarantin, exempelvis att den enbart ska gälla planerade insatser som patienten blir hänvisad till genom någon form av ”internremiss”. Ett skäl till att inkludera alla behandlingar är att undvika gränsdragningsproblem. Om exempelvis enbart behandlingar som kräver ”internremiss” skulle ingå skulle det spela roll hur hälso- och sjukvården är organiserad för vad som ingår i vårdgarantin och inte. Organiseringen och vad som kräver en ”internremiss” och inte kan skilja sig både mellan och inom regioner.

Det kan också skilja sig vilka behandlingar som genomförs inom primärvården. Sådant som genomförs inom primärvården på vissa ställen kan göras inom den specialiserade vården på andra ställen. Även detta beror på hur hälso- och sjukvården är organiserad. Utredningen menar därför sammantaget att vårdgarantin skulle riskera att få olika innehåll beroende på var i landet patienten befinner sig och vilken mottagning hen vänder sig till om inte behandlingar ingick i vårdgarantin för både primärvård och specialiserad vård.

Ett annat skäl till att inkludera alla behandlingar är att vårdgarantin bör inkludera så mycket som möjligt av hälso- och sjukvårdens insatser. Alla behandlingar som är motiverade att genomföra är viktiga att de genomförs – oavsett vad det är för typ av behandling och vem som kan genomföra den. Utredningen menar att det blir enklare och mer lättöverskådligt för både hälso- och sjukvården och patienter om samtliga behandlingar ingår. Däremot är det sannolikt så att det finns en rad behandlingar där vårdgarantins tidsgräns sällan eller aldrig blir relevant för att de är av mer akut karaktär, och i stor utsträckning genomförs redan som en del av den medicinska bedömningen enligt vårdgarantin.

Det är viktigt att framhålla att de behandlingar som omfattas av denna del av vårdgarantin är sådana som inte kan göras i samband med en medicinsk bedömning enligt vårdgarantin. Som beskrivs i avsnitt 4.4.2 ska även de adekvata åtgärder som är lämpliga och möjliga att vidta genomföras i samband med den medicinska bedömningen, däribland behandlingar.

Utredningen har, på samma sätt som det övervägts när det gäller undersökningar, övervägt om vårdgarantin bör reglera när patientens

samtliga nödvändiga behandlingar ska vara avslutade. Utredningen har dock även när det gäller behandlingar bedömt att det inte är ett ändamålsenligt alternativ, eftersom tiden för genomförande av olika behandlingar liksom antalet nödvändiga behandlingar skiljer sig åt så mycket.

Vissa nackdelar med att införa vårdgaranti för behandlingar i primärvård

Ovan framgår utredningens skäl för att utöka vårdgarantin till att omfatta behandlingar inom primärvården. De skälen har utredningen vägt mot vissa möjliga nackdelar med förslaget. Utredningen ser i huvudsak två möjliga nackdelar med förslaget.

Den ena är att förslaget sannolikt kräver vissa förändringar i de vårdadministrativa systemen för att möjliggöra uppföljning och datainsamling.

Den andra är att det finns en möjlig risk att en tydlig bortre tidsgräns gör att behandlingar som i dag genomförs med mycket kort väntan får längre väntetider. Det kan tänkas hända dels för att vårdgarantin tillåter en längre väntan, dels för att viss omprioritering kan tänkas ske för att kunna ta hand om de patienter som i dag får vänta längre än den aktuella tidsgränsen. En sådan omprioritering kan men behöver inte bara vara av ondo, utan beror på hur de medicinska prioriteringarna görs i dag. Om det finns patienter som i dag får vänta längre än vad som är befogat utifrån deras behov, medan andra patienter får vård snabbare trots att deras behov egentligen inte kräver det, skulle en omprioritering mellan dessa grupper innebära ökad jämlikhet om den första gruppens väntan blir kortare.

Sammantaget bedömer utredningen att dessa nackdelar inte överväger fördelarna som framgår av skälen ovan.

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

Bakgrund

Patienten ska enligt vårdgarantin få planerad vård inom 90 dagar (9 kap. 1 § 4 HSL och 6 kap. 1 § 4 HSF).

När vårdgarantin författningsreglerades utgick regeringen från den vårdgaranti som byggde på en överenskommelse mellan staten och SKR. Enligt överenskommelsen skulle patienten inom viss tid erbjudas planerade nybesök och behandling inom den specialiserade vården.[107] Utredningen gör därför bedömningen att vårdgarantin om planerad vård inom 90 dagar endast omfattar planerad vård inom den specialiserade vården.

Begreppsanvändningen kopplat till denna vårdgaranti är i dag inte helt enhetlig. I lagen används termen *planerad vård*. I förarbeten används däremot till stora delar termen *behandling*. I förordningen namnges garantin behandlingsgarantin (6 kap. 1 § 4 HSF).

Utredningens förslag

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

Skäl

Utredningen gör bedömningen att det bör förtydligas att garantin om planerad vård inom viss tid (9 kap. 1 § 4 HSL) avser behandling i specialiserad vård. Som beskrivs ovan används både termen *planerad vård* och termen *behandling* i skrivningarna i förarbetena. Det finns dock flera skrivningar i förarbetena som med tydlighet talar för att det är just en garanti om behandling som avses. Bland annat döptes garantin gällande planerad vård till behandlingsgaranti i författningsförslaget.[108] I nuvarande lagreglering i hälso- och sjukvårdslagen finns

[107] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 37–39.
[108] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 7.

namnet inte kvar, däremot finns det kvar i hälso- och sjukvårdsförordningen.

Utredningen menar att termen *behandling* kan ha en snävare innebörd än termen *planerad vård* eftersom begreppet *vård* kan avse hälso- och sjukvårdens alla tjänster.[109] Med *hälso- och sjukvård* avses i hälso- och sjukvårdslagen åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt sjuktransporter och omhändertagande av avlidna (2 kap. 1 § HSL). I ljuset av detta och med beaktande av att utredningen föreslår att vårdgarantin ska utökas till fler delar av vårdkedjan anser utredningen att det är viktigt att tydliggöra i författningsformuleringen att denna del av garantin avser just behandling och inte annan typ av vård. Utredningen föreslår därför att termen *planerad vård* byts ut mot termen *behandling*.

4.4.7 Planerade uppföljningar bör fortsatt inte omfattas av vårdgarantin

Bakgrund

Utöver medicinska bedömningar, undersökningar och behandlingar, som utredningen lämnar förslag om i avsnitten 4.4.2–4.4.6, är många patienter även i behov av planerade uppföljningar.

Med en planerad uppföljning menar utredningen en medicinsk bedömning eller undersökning som har planerats på förhand och har ett uppföljande syfte, exempelvis att kontrollera sjukdomens status eller följa upp hur en behandling har fallit ut. Exempel kan vara att se om en fraktur har läkt på rätt sätt och att ta bort stygn. Vid kroniska diagnoser är det vanligt med regelbundna uppföljningar med längre intervall, exempelvis årsvis.

Flera nationella riktlinjer, vårdförlopp och vårdprogram innehåller rekommendationer om planerad uppföljning

Många av de nationella riktlinjer som Socialstyrelsen tar fram innehåller rekommendationer om regelbunden uppföljning. Även en del av de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen som tas

[109] Jfr hur vårdbegreppet används i 3 kap. 1 § HSL: ”Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”.

fram inom regionernas kunskapsstyrningsorganisation inkluderar uppföljning av patienten. Inom cancerområdet innehåller de nationella vårdprogrammen sådana riktlinjer. Den planerade uppföljningen kallas dock olika saker, exempelvis återbesök, årsbesök eller uppföljning.

I bilaga 4 finns en sammanställning av rekommendationer om återbesök och uppföljning i nationella riktlinjer. Sammantaget framgår att det finns många rekommendationer som berör planerad uppföljning, men inte i alla riktlinjer. När det finns handlar det om besök hos läkare och sjuksköterskor samt undersökningar. Hur ofta den planerade uppföljningen ska ske är inte alltid specificerat, utan det kan framgå att det ska göras vid behov eller kontinuerligt. När frekvensen är specificerad handlar det om tidsperioder från några veckor till vart tredje år. Några exempel som framkommer är:

- Ögonbottenfoto rekommenderas vart tredje år vid typ 2-diabetes utan ögonbottensjukdom.
- Årlig undersökning av förekomst av albumin i urinen rekommenderas vid diabetes.
- Uppföljning av behandlingseffekten rekommenderas cirka 3 månader efter behandling vid endometrios.
- Vid epilepsi rekommenderas återkommande uppföljning och neurologisk bedömning minst årligen för vuxna, minst två gånger per år för barn och ungdomar, och tätare för barn under två år.
- Undersökning av läkare med betydande erfarenhet av Parkinsons sjukdom rekommenderas minst två gånger per år vid Parkinsons sjukdom.
- Magnetresonanstomografi ska genomföras minst årligen vid multipel skleros.
- Regelbundna kontroller av metabola riskfaktorer med blodprov och fysisk undersökning rekommenderas vid schizofreni.

I bilaga 4 finns också en sammanställning av rekommendationer om återbesök och uppföljning i vårdprogrammen för ett urval av cancerdiagnoser. Även här framkommer det att frekvensen varierar, från månatligen till vartannat år beroende på cancerdiagnos, typ av uppföljning och hur lång tid det gått sedan behandlingen.

Planerad uppföljning görs inte alltid i enlighet med rekommendationer

Det finns data som visar att personer med kroniska sjukdomar inte får planerad uppföljning i enlighet med rekommendationer. Några av de indikatorer som visas på Vården i siffror berör planerad uppföljning och baseras på data från olika kvalitetsregister.

Ett exempel är regelbunden magnetkameraundersökning (MR) vid multipel skleros (MS). Regelbunden MR är en förutsättning för att kunna följa sjukdomens utveckling och vid behov kunna justera den sjukdomsmodifierande behandlingen. År 2017 var det totalt för de regioner som det fanns data för 75 procent som hade genomgått MR de senaste två åren, vilket sedan sjunkit med några procentenheter över åren till 71 procent 2020. Socialstyrelsens målnivå är 80 procent. Vissa regioner klarar gränsen och ligger även över 90 procent, medan andra regioner ligger långt under.[110]

Ett annat exempel är uppföljningsbesök efter start av läkemedelsbehandling vid reumatoid artrit. Det är viktigt att insatt läkemedelsbehandling utvärderas på ett strukturerat sätt vid adekvata tidpunkter för att bedöma nytta och risker med fortsatt behandling för den enskilde patienten. Omkring 60 procent av patienterna hade en uppföljningsregistrering inom 2–6 månader efter första behandling med läkemedlen under åren 2017–2019 (för 2020 saknas data), vilket är 20 procentenheter under den målnivå som är satt i nationella riktlinjer. Även här finns en betydande variation mellan regionerna.[111]

Även utredningens referensgrupp med patientorganisationer har påtalat att personer med kroniska sjukdomar inte alltid får den uppföljning som specificerats i olika kunskapsstöd.

Planerade uppföljningar är en typ av återbesök

Det har tidigare framförts att det är ett problem att återbesök inte ingår i vårdgarantin, se avsnitt 4.2.2. Det är dock inte självklart vad som avses med återbesök. Enligt Socialstyrelsens termbank är ett återbesök ett öppenvårdsbesök som har medicinskt samband med tidigare

[110] Vården i siffror. Indikator *Regelbundna MR-kontroller vid MS*, https://vardenisiffror.se/, uttag 2021-12-27.
[111] Vården i siffror. Indikator *Uppföljningsbesök efter start av läkemedelsbehandling vid reumatoid artrit*, https://vardenisiffror.se/, uttag 2021-12-27.

besök eller vårdtillfälle inom samma medicinska verksamhetsområde (klinik/basenhet/motsvarande), vårdcentral eller motsvarande.[112]

Planerade uppföljningar är en typ av återbesök, men återbesök enligt den definitionen inkluderar i dag även andra kontakter än planerad uppföljning som har medicinskt samband med ett tidigare besök. Det kan exempelvis vara besök som är relaterat till ett tidigare känt hälsoproblem men som inte anses vara en kraftig eller oväntad förändring så att det ingår i vårdgarantin eller fortsatta undersökningar, som diskuteras i avsnitt 4.4.2 respektive 4.4.4. I väntetidsstatistiken går det inte särskilja planerade uppföljningar från andra typer av besök som i dag också ingår i begreppet återbesök enligt definitionen i Socialstyrelsens termbank.

Det saknas uppgifter om antalet planerade uppföljningar och dess väntetid

I avsnitt 4.4.2 framgår att omkring två tredjedelar av primärvårdsbesöken inte ingår i vårdgarantin. Bland dessa två tredjedelar ingår planerade uppföljningar, men det går inte särskilja dem från andra typer av besök som inte heller ingår i vårdgarantin, se avsnitt 4.4.2.

Även för den specialiserade vården är det oklart hur stor del av det som följs upp som återbesök i väntetidsdatabasen som är planerade uppföljningar. Enligt SKR:s anvisningar är återbesök kontakter som inte klassas som första kontakt, operation/åtgärd, undersökning eller akut kontakt.[113] Det beskrivs alltså som en form av restpost. För 2021 rapporterades totalt omkring 13,7 miljoner genomförda återbesök till väntetidsdatabasen. Under samma period rapporterades 2,4 miljoner genomförda första besök och 1 miljon genomförda operationer eller andra åtgärder till väntetidsdatabasen.[114] I förhållande till första besök och operationer och andra åtgärder står alltså återbesöken för en betydande del av den specialiserade vårdens insatser. Men det framgår alltså inte hur många av dem som är planerade uppföljningar.

[112] Socialstyrelsen. *Termbank – återbesök*, https://termbank.socialstyrelsen.se/#results, uttag 2022-02-10.
[113] SKR. 2020. *Modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom specialiserad vård*, daterad 2020-12-15, s. 18.
[114] Väntetidsdatabasen. *Återbesök* respektive *Utökad uppföljning av specialiserad vård*, www.vantetider.se, uttag 2021-12-27 (för januari–november) och 2022-04-21 (för december). Avser exklusive patientvalt och medicinskt orsakat väntande.

Återbesök följs upp utifrån medicinskt måldatum

Väntetiden till alla besök som klassas som återbesök i uppföljningen till väntetidsdatabasen följs upp utifrån medicinskt måldatum. Enligt Socialstyrelsens termbank är medicinskt måldatum den tidpunkt i en vårdprocess då beslutade hälso- och sjukvårdsåtgärder bör inledas.[115] För varje återbesök registreras ett medicinskt måldatum och sedan även datumet för när återbesöket ägde rum. På så sätt går det att se om återbesöket ägde rum inom måldatumet eller inte.

SKR:s redovisning visar att omkring 80 procent av återbesöken inom den specialiserade vården genomfördes inom medicinskt måldatum varje månad under 2021 när man ser till alla regioner tillsammans.[116] Detta avser då alla typer av återbesök sammantaget, och inte enbart planerade uppföljningar. För primärvården finns inga resultat redovisade för hur väl de medicinska måldatumen hålls för återbesök.

Utredningens bedömning

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

Skäl

Svårt att hitta en relevant bortre tidsgräns för planerade uppföljningar

Utredningen har övervägt om även planerade uppföljningar bör ingå i vårdgarantin, men dragit slutsatsen att nackdelarna överväger fördelarna.

Ett viktigt skäl är att det inte är möjligt att sätta en gemensam bortre tidsgräns för planerade uppföljningar. Tidshorisonten för planerade uppföljningar skiljer sig åt beroende på situation. I vissa fall kan det handla om några dagar eller en vecka, medan det i andra fall handlar om ett halvår och i många fall om en årlig uppföljning.

En möjlighet skulle vara att använda det medicinska måldatumet som den bortre gränsen. Det skulle i princip innebära en individuellt

[115] Socialstyrelsen. *Termbank – Medicinskt måldatum*, https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=376&SrcLang=sv, uttag 2022-02-10.
[116] Väntetidsdatabasen. *Återbesök*, www.vantetider.se, uttag 2021-12-27 och 2022-04-21.

satt gräns. Utredningen ser nackdelar med det. Ett viktigt skäl emot är att det inte innebär någon tydlighet på förhand gentemot befolkningen eller den enskilde patienten om hur lång tiden som längst kan bli. Det finns också en risk att den individuella tidsgränsen sätts godtyckligt utifrån vilken tidshorisont som är möjlig att erbjuda på den aktuella mottagningen, snarare än utifrån ett absolut medicinskt behov. Det innebär i sin tur också att tiden kan variera mellan olika verksamheter och regioner.

Sammantaget är det svårt att se att en tidsgräns utifrån medicinskt måldatum i vårdgarantin skulle innebära någon skillnad mot nuläget. Se mer om utredningens bedömning i fråga om vårdgarantier som differentieras utifrån brådskandegrad i avsnitt 4.4.10.

Planerade uppföljningar är fortsatt viktiga

Utredningen ser att det är ett problem för många patienter, särskilt med kroniska sjukdomar, om planerade uppföljningar inte görs med den frekvens som riktlinjer och rekommendationer anger. Av ovan angivna skäl menar utredningen dock att vårdgarantin inte är rätt verktyg för att åtgärda det problemet. Problemet bör i stället åtgärdas genom att de framtagna kunskapsstöden implementeras i regionerna. Utredningen anser också att medicinska måldatum med fördel kan följas upp även framöver.

Många återbesök inkluderas i utredningens andra förslag

Att återbesök inte ingår i nuvarande vårdgaranti har ibland framförts som en nackdel. Även om utredningen bedömer att planerad uppföljning även fortsättningsvis inte ska ingå i vårdgarantin är det viktigt att framhålla att utredningens övriga förslag innebär att en del av det som i dag benämns återbesök och inte ingår i vårdgarantin kommer att ingå framöver. Det handlar om att vad som omfattas av garantin om medicinsk bedömning i primärvården ska breddas, se avsnitt 4.4.2, att undersökningar ska ingå, se avsnitt 4.4.4, och att behandlingar i primärvården ska ingå, se avsnitt 4.4.5.

4.4.8 Information om tidpunkten för viss vård ska omfattas av vårdgarantin

Bakgrund

I delbetänkandet beskrev utredningen att en region i Sverige har en tydligt fastställd tidsfrist för hur länge en patient ska behöva vänta på besked om tid för sin vård. I de flesta svenska regioner får patienter dock vänta länge på sådan information, vilket beskrevs som problematiskt ur flera perspektiv.[117]

Krav på information om vid vilken tidpunkt patienten kan förvänta sig att få vård

Av den informationsplikt som regleras i patientlagens (2014:821) tredje kapitel följer bland annat att patienten ska få information om vid vilken tidpunkt hen kan förvänta sig att få vård (3 kap. 1 § 4 patientlagen). I det ingår bland annat att få veta hur och när patienten ska få svar på resultat av genomförda prover och undersökningar.[118] Kravet har inte samband med vårdgarantin, utan gäller oavsett om vården kan ges inom ramen för vårdgarantin eller inte.[119]

Ett skäl till att införa detta informationskrav var att det är angeläget för många patienter att få veta när man kommer att få vård. Att slippa osäkerhet kring när man kommer att få en kallelse till exempelvis en undersökning eller en behandling bedömdes ge patienterna ökad trygghet och bättre möjligheter till egen kontroll och planering.[120]

Även av kravet på att informera patienten om vårdgarantin följer att patienten bland annat ska ges information om eventuell väntetid för besök eller åtgärd, vilket beskrivs i avsnitt 4.4.13.[121]

Det finns ingen fast yttersta tidsgräns för när patienten senast ska få informationen om vid vilken tidpunkt hen kan förvänta sig att få vård. Enligt förarbetena bör informationen i stället ges så snart den är tillgänglig.[122] Sverige skiljer sig från vissa andra skandinaviska län-

[117] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, s. 172.
[118] Prop. 2013/14:106. *Patientlag*, s. 48.
[119] Prop. 2013/14:106. *Patientlag*, s. 114.
[120] Prop. 2013/14:106. *Patientlag*, s. 48.
[121] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 49.
[122] Prop. 2013/14:106. *Patientlag*, s. 114.

der i detta avseende. Som framgår av redovisningen i avsnitt 4.2.4 finns både i Danmark och Norge författningsreglerade krav på att patienten ska få information om tidpunkten för viss vård inom en yttersta tidsgräns.

Hur ser det ut i dag?

I delbetänkandet redovisades, utifrån utredningens kartläggning av vilken information patienterna kan ta del av när det gäller vårdgarantin respektive valfrihet, att endast en region i Sverige har en tydligt fastställd tidsfrist för hur länge en patient som längst ska behöva vänta på besked om tid för sin vård.[123] Som anges i avsnitt 4.2.3 gäller i Region Halland att information om tidpunkten för vården ska lämnas inom 14 dagar från mottagen remiss. I sammanhanget kan nämnas att Region Halland efterlever vårdgarantins tidsgränser i större utsträckning än många andra regioner. År 2021 hörde Region Halland till de tre regioner som varje månad under året hade minst andel patienter som hade väntat över 90 dagar på första besök och operation eller annan åtgärd.[124] Liknande mönster har setts flera år tillbaka i tiden.[125]

I andra regioner saknas en rutin för när information om tidpunkten för vården ska lämnas. Det förekommer att patienter får vänta länge på sådan information, vilket bland annat framkom i den enkätundersökning som utredningen presenterade i delbetänkandet.[126]

Utredningen har genom regionernas kontaktpersoner för handlingsplaner om tillgänglighet fått information om att planering och schemaläggning ser mycket olika ut såväl mellan enheter i en region som mellan regionerna. De enheter som har produktions- och kapacitetsplanerat har en längre schemaläggning, vilket bland annat framkommit vid de möten om goda exempel som utredningen har organiserat. Utredningen har dock uppmärksammats på att de flesta enheters framförhållning vad gäller planering och schemaläggning är

[123] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, s. 172.
[124] Väntetidsdatabasen. *Utökad uppföljning av specialiserad vård,* www.vantetider.se, uttag 2022-02-24.
[125] Vården i siffror, baserat på data från väntetidsdatabasen. Indikatorerna *Väntande 90 dagar eller kortare på första besök inom specialiserad vård* och *Väntande 90 dagar eller kortare på operation/åtgärd inom specialiserad vård*, avser årsgenomsnitt för åren 2012–2020, uttag 2021-02-03.
[126] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, s. 172.

kortare än tre månader, även om det finns några exempel på enheter som har relativt lång framförhållning.

Utredningen har även uppmärksammat att det finns pågående arbeten där patienten själv kan boka sin tid, såsom i system för webbtidbokning.[127] Inom vilken tid sådana tider görs tillgängliga för patienten saknar utredningen kännedom om.

Utredningens förslag

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.

Skäl

Stort värde för patienten att få information om tidpunkten för vården inom rimlig tid

Utredningen bedömer att det är av stort värde för patienten att få information om tidpunkten för vården inom rimlig tid efter att en remiss har utfärdats eller beslut om vården har fattats. Att få den informationen inom en rimlig tid skulle enligt utredningens bedömning minska risken för stress och oro som drabbar många patienter till följd av att de får vänta länge på information om vid vilken tidpunkt de kan förvänta sig att få vård. Det underlättar också för patienten att planera sitt liv, till exempel när det gäller att boka semester eller resor inom arbetet. Det är även av stor betydelse för närstående som behöver planera ledighet för att följa med patienten till vården.

Att ge patienten information om tidpunkten för vården inom en rimlig tid handlar ytterst om att visa patienten respekt och ge patienten möjlighet att vara delaktig i sin vård. På så sätt kan patientens ställning stärkas och en mer personcentrerad vård åstadkommas. Utredningen bedömer också att det kan påverka förtroendet för vården på ett positivt sätt. Även väntetiden till själva vården kan tänkas bli mer godtagbar för patienten om hen har en bokad tid och vet när tillfället är.

[127] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, s. 177, 228 och 245.

Ur patienters och närståendes perspektiv torde det vara viktigt att informationen är så konkret som möjligt, varför förslaget innebär att patienten åtminstone ska få information om datum och klockslag för när vården ska utföras. I många fall torde det vara naturligt att vid samma tillfälle informera patienten om platsen för vårdens utförande, vilket enligt utredningen bör eftersträvas.

Stimulerar lång framförhållning och bättre produktions- och kapacitetsplanering

Ett krav på att regionen ska informera om tidpunkten för vården, oavsett hur lång väntetiden till vården är, förutsätter en lång framförhållning i planering och schemaläggning, vilket kan åstadkommas genom produktions- och kapacitetsplanering. Även om det inledningsvis kan vara utmanande för vissa vårdgivare att planera på det sättet och därmed för regioner att uppfylla den föreslagna garantin om information om tidpunkt för viss vård, är ett av syftena med förslaget att stimulera en bättre produktions- och kapacitetsplanering. En bättre produktions- och kapacitetsplanering skulle bidra till att tidigt ge regionen kunskap om huruvida vården kan ges inom vårdgarantins gränser hos den aktuella vårdgivaren, vilket skulle innebära att regionen får god tid på sig att vid behov hjälpa patienten till annan vårdgivare inom vårdgarantins gränser. Därmed skapar förslaget bättre förutsättningar för att vårdgarantins tidsgränser efterlevs.

Minskad risk för av- och ombokningar

Utredningen bedömer att risken för avbokningar och ombokningar skulle minska om patienten inom rimlig tid får information om tidpunkten för sin vård. Patienten kan då i god tid innan vården ska utföras planera sitt arbete och andra aktiviteter så att hen kan närvara på den utsedda tiden för vården.

Kravet ska gälla medicinska bedömningar i specialiserad vård samt undersökningar och behandlingar inom primärvård och specialiserad vård

Utredningen bedömer att det finns ett behov av att inom viss tid få information om tidpunkten för vård i form av medicinska bedömningar inom specialiserad vård samt undersökningar och behandlingar inom primärvård och specialiserad vård. De tidsgränser som utredningen föreslår för de delarna av vårdkedjan är så pass långa att det är särskilt värdefullt för patienten att inom viss tid få information om tidpunkten för just sådan vård.

Dessutom kan de delarna av vårdkedjan många gånger kräva viss förberedelse från patientens sida som gör att information om tidpunkten inom rimlig tid blir särskilt viktig. Detta exempelvis för att det för medicinska bedömningar, undersökningar och behandlingar inom den specialiserade vården samt behandlingar och undersökningar inom primärvården ibland kan krävas att patienten reser för att få vården, eftersom sådan vård ges på färre ställen än exempelvis medicinska bedömningar inom primärvården. När det är fråga om sluten vård kan patienten också behöva vidta vissa särskilda åtgärder inom ramen för arbete, studier eller privatlivet inför att hen ska vårdas. Det är till exempel inte ovanligt att en äldre patient behöver göra särskilda arrangemang inför att hen ska läggas in på sjukhus, för att stötta en närstående som är kvar i hemmet.

Utredningen ser inte behov av krav på information inom en viss tid när det gäller medicinska bedömningar inom primärvården, eftersom det ska ske så pass snart efter att patienten tagit kontakt med primärvården. Utredningen har inte heller sett det som motiverat att införa krav på information om tidpunkten för vården när det gäller sådana delar av vårdkedjan som inte omfattas av vårdgarantin, exempelvis återbesök i form av tidigare planerade uppföljningar.

Kravet ska vara en del av vårdgarantin

För att säkerställa att alla patienter får information om tidpunkten för vården inom viss tid bedömer alltså utredningen att det behöver införas ett författningsreglerat krav på det. Utredningen har övervägt olika placeringar av kravet och bedömt att det lämpligast utgör en del av vårdgarantin. Detta eftersom det är ett krav på att regionen ska se

till att informationen lämnas inom en viss tid och vårdgarantiregleringen i dag är den enda reglering inom den allmänna hälso- och sjukvårdslagstiftningen som reglerar att något ska göras inom en viss tid.

Ett alternativ som har övervägts är att placera kravet tillsammans med bestämmelserna om information i 3 kap. patientlagen. Eftersom det kapitlet inte i övrigt innehåller några tidsgränser för informationslämnandet bedömer dock utredningen det som ett mindre lämpligt alternativ.

Det nu föreslagna kravet kan sägas förhålla sig till 3 kap. 1 § 4 patientlagen på så sätt att det fastställer tidsgränser inom vilka regionen ska se till att den enskilde får viss sådan information som den ska få enligt 3 kap. 1 § 4 patientlagen, det vill säga information om tidpunkten för vissa utpekade delar av vårdkedjan. Enligt 3 kap. 1 § 4 patientlagen ska patienten dock även få information om vid vilken tidpunkt hen kan förvänta sig att få vård i övrigt, oavsett vilken typ av vård det är fråga om och oavsett om vården kommer kunna ges inom vårdgarantin eller inte. Informationen om när den enskilde kan förvänta sig att få vård bör, i den mån den inte omfattas av den nu föreslagna garantin, på samma sätt som i dag lämnas så snart den finns tillgänglig.

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

Bakgrund

Listningskrav och avgränsad vårdgaranti

Den 1 juli 2022 träder lagändringar i kraft som innebär att patientens valfrihet inom primärvården ges en ny form, där patienten väljer utförare av hälso- och sjukvårdstjänster inom vårdvalssystem genom att på förhand lista sig hos en utförare.[128] Enligt regeringen gäller detta endast utförare där det finns fasta läkarkontakter, det vill säga vårdcentraler, hälsocentraler, husläkarmottagningar och motsvarande vårdenheter.[129] (Fortsättningsvis i detta kapitel används termen *vårdcentraler* i betydelsen utförare inom ett vårdvalssystem inom primärvården där enskilda kan välja och få tillgång till en fast läkarkon-

[128] Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[129] Prop. 2021/22:72. *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform*, s. 20–22.

takt.[130]) Lagändringarna innebär även att vårdgarantin hos vårdcentraler endast ska gälla om den enskilde är listad hos vårdcentralen. Hos andra utförare inom primärvården där det inte förekommer någon fast läkarkontakt som den enskilde kan välja, som exempelvis mottagningar för mödravård, barnhälsovård, logopedi, fysioterapi och rehabilitering krävs inte att den enskilde har listat sig hos utföraren för att vårdgarantin ska gälla. När det gäller dessa utförare förändras alltså inte vårdgarantins omfattning av lagändringarna.[131]

Eftersom vårdgarantin endast gäller i den enskildes hemregion[132] innebär lagändringen om en avgränsad vårdgaranti att de enskilda som listar sig hos vårdcentraler utanför sin hemregion över huvud taget inte kommer att omfattas av vårdgarantin som gäller hos vårdcentraler. Regeringen gjorde därför bedömningen att frågan om huruvida vårdgarantin inom primärvården bör utvidgas till att även gälla när den enskilde har listat sig hos en vårdcentral i någon annan region än hemregionen bör ses över.[133]

Listning och besök i andra regioner inom primärvården

Utredningen har inte funnit robusta och aktuella uppgifter om hur vanligt det är med listning över regiongränser, men utifrån den data som utredningen sett förefaller det relativt ovanligt.

I sitt slutbetänkande redovisar utredningen Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08) förekomst av listade individer i andra regioner 2018 utifrån ej publicerade data från SKR. För tre regioner fanns inga uppgifter (Dalarna, Västerbotten och Örebro) och i fem regioner gjordes uppskattningar av antalet, vilket i vissa fall gjordes med stor osäkerhet eftersom det inte skedde någon ”avlistning” i systemet. Med dessa osäkerheter uppgick antalet listade individer över länsgränser i Sverige 2018 till drygt 56 000.[134] Det motsvarar ungefär en halv procent av befolkningen.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har gjort en uppskattning av utomlänsvårdens utveckling inom primärvården utifrån vänte-

[130] Det är sådana typer av utförare som avses i 7 kap. 3 a § första stycket hälso- och sjukvårdslagen. Paragrafen träder i kraft 1 juli 2022 enligt lagen om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[131] Prop. 2021/22:72. *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform*, s. 49–53.
[132] Termen används här i betydelsen den region som ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård åt den enskilde enligt 8 kap. 1 och 2 §§ HSL.
[133] Prop. 2021/22:72. *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform*, s. 49–53.
[134] SOU 2019:42. *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*.

tidsdatabasen. Uppskattningen bör tolkas med försiktighet, bland annat på grund av låg täckningsgrad i en del regioner. Resultaten visade att omkring 4 procent av de fysiska läkarbesöken i primärvården avsåg utomlänspatienter både 2019 och 2020. Relativt små skillnader sågs även jämfört med liknande uppgifter som myndigheten tidigare publicerat för 2013–2016.[135]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys genomförde 2020 en patientenkät som bland annat innehöll frågor om vård i andra regioner. 15 procent av respondenterna angav att de själva sökt vård på en vårdcentral i en annan region än den de bor i under de senaste 12 månaderna, och 5 procent att de sökt vård hos en digital vårdgivare utöver sin vanliga vårdcentral. Av de patienter som valt primärvård i en annan region ansåg 60 procent att vårdcentralen de valt på det hela taget var bättre än vårdcentralerna i deras hemregion. Geografisk närhet var en annan viktig förklaringsfaktor. 26 procent svarade att anledningen var att de befann sig i den andra regionen när de behövde söka vård.[136]

Kostnader för primärvård i andra regioner

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har utifrån uppgifter från Statistiska centralbyrån (SCB) konstaterat att kostnaderna för köp av primärvård från andra regioner stod för cirka 1,7 procent 2019 (exklusive digitala utomlänsbesök), jämfört 3,9 procent för den specialiserade somatiska öppenvården. För primärvården sågs en ökning med omkring 1 procentenhet från 2015. Tidigare hade myndigheten konstaterat att kostnadsandelen låg relativt konstant under perioden 2012–2015.[137] Siffrorna inkluderar all köpt primärvård och inte bara den som skett av personer som valt att lista sig på en vårdcentral i en annan region än hemregionen. Det går inte att särskilja kostnaderna för dem som valt att lista sig på en vårdcentral i en annan region.

Kostnaderna för digitala utomlänsbesök inom primärvården har ökat kraftigt de senaste åren. Enligt en rapport från SKR var kostnaderna 906 miljoner kronor 2020 att jämföra med 523 miljoner kro-

[135] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet*, rapport 2021:10, s. 109.
[136] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet*, rapport 2021:10, s. 99.
[137] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet*, rapport 2021:10, s. 111–112.

nor för 2019 och 153 miljoner kronor 2017. Summan för 2020 motsvarade cirka 2 procent av regionernas totala kostnader för primärvård.[138]

Utredningens förslag

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.

Skäl

Alla som listar sig ska omfattas av en vårdgaranti inom primärvården

Om regionen ansvarar för att vårdgarantin inom primärvården uppfylls även för utomlänspatienter som listat sig hos vårdcentraler i regionen står dessa patienter inte helt utan den vårdgaranti som gäller hos vårdcentraler. Den enskilde kan därmed nyttja möjligheten att fritt välja var hen ska lista sig och kommer att omfattas av den vårdgaranti som gäller hos vårdcentraler i den region som patienten listat sig inom.

Utredningen Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08), vars betänkande ligger till grund för lagändringen, menade att patienternas möjlighet att välja att få vård i en annan region än hemregionen försvårade regionernas planeringsansvar. Detta eftersom regionerna är skyldiga att tillhandahålla och planera vård för sina invånare trots att invånarna väljer att söka sig till vården i en annan region.[139] Utredningen gjorde även bedömningen att en utvidgning av vårdgarantin skulle kunna bidra till det utökade planeringsansvar som regionerna fick i samband med att möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård infördes.[140] Utredningen menade dock att vårdgarantins begränsning till hemregionen skulle sakna praktisk betydelse för patienten. Enligt utredningen Styrning för en mer jämlik vård var det

[138] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet*, rapport 2021:10, s. 112.
[139] SOU 2019:42. *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*, s. 264.
[140] SOU 2019:42. *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*, s. 466.

osannolikt att vårdgivarna i det dagliga arbetet skulle särbehandla patienter från andra regioner eftersom valet av primärvård i annan region enligt utredningens förslag skulle ske genom listning på samma sätt som för regionens invånare.[141]

Denna utredning gör bedömningen att planeringsvårigheter inte är ett hållbart argument för att inte omfatta de enskilda som listat sig i annan region än hemregionen i den vårdgaranti som gäller hos vårdcentraler. Detta eftersom syftet med regleringen om listningskrav bland annat är att skapa förutsättningar för bättre planering.[142] Enligt regleringen gäller vårdgarantin endast där den enskilde är listad.[143] Syftet med detta är att alla vårdcentraler i en region inte ska behöva ha beredskap för att kunna ha kontakt med alla patienter i regionen dagligen och inom vårdgarantins tidsgräns kunna ge en medicinsk bedömning till samma antal personer.[144] Utredningen menar att när en enskild har listat sig hos en vårdcentral utanför sin hemregion kan vårdregionen utifrån listningen planera verksamheten så att vårdgarantin kan uppfyllas även för utomlänspatienten.

Givet att den enskilde fortsatt ska ha möjlighet att välja att lista sig hos en vårdcentral i en annan region än hemregionen anser utredningen att det inte är bra att de enskilda som nyttjat denna valmöjlighet varken omfattas av den vårdgaranti som gäller hos vårdcentraler i sin hemregion eller i sin vårdregion. Denna utredning menar till skillnad från utredningen Styrning för en mer jämlik vård att det finns en risk för att vårdgivarna kommer att särbehandla patienter från andra regioner genom att prioritera regionens egna patienter för att på så sätt kunna uppfylla vårdgarantin. Utomlänspatientens enda möjlighet att omfattas av den vårdgaranti som gäller hos vårdcentraler är att i stället lista sig hos en vårdcentral inom sin hemregion. I praktiken begränsas därmed patientens valmöjligheter. Utredningen föreslår därför att 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.

Utredningens förslag avser endast sådana utförare som avses i den nyligen beslutade bestämmelsen i 7 kap. 3 a § första stycket hälso- och sjukvårdslagen, det vill säga vårdcentraler i den betydelse som

[141] SOU 2019:42. *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*, s. 467.
[142] Prop. 2021/22:72. *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform*, s. 21.
[143] Prop. 2021/22:72. *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform*, s. 50.
[144] Prop. 2021/22:72. *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform*, s. 51.

beskrivs ovan. Det innebär att vårdgarantin inom primärvården i övrigt endast gäller i den enskildes hemregion.

Följdändringar behövs i fråga om regionens ansvar

Om regionens ansvar att erbjuda vårdgaranti utökas enligt utredningens förslag ovan behöver en förändring av 8 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen göras. Detta eftersom paragrafens första stycke i dag anger att patienter som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård inte omfattas av regionens vårdgaranti.

Kostnadsansvaret påverkas inte

Att regionens ansvar utökas på så sätt att även utomlänspatienter som listat sig hos en vårdcentral i regionen omfattas av vårdgarantin inom primärvården innebär även att regionen, enligt utredningens förslag i avsnitt 4.4.13, ska se till att även dessa patienter får vård hos en annan vårdgivare under de förutsättningar som anges i 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

I 8 kap. 3 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen regleras kostnadsansvaret för vård som patienten ges med stöd av första stycket. Om en patient är bosatt i en region eller om patienten är kvarskriven där och stadigvarande vistas i en region är det den regionen som ska svara för kostnaderna för öppen vård som patienten får i en annan region. Det innebär att om en patient listar sig på en vårdcentral i annan region än hemregionen är det hemregionen som ska bekosta vården. Om hemregionen ställer krav på remiss för vården måste dessa remissregler dock följas för att hemregionen ska bekosta vården. (8 kap. 3 § andra stycket HSL)

Utredningen bedömer att kostnadsansvaret inte skulle påverkas av det aktuella förslaget om att utvidga regionens ansvar att erbjuda vårdgaranti till utomlänspatienter i vissa fall eller utredningens förslag om att utvidga bestämmelsen i 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen till att avse delar av primärvården. Det innebär att för att hemregionen ska stå för kostnaden för vården ska hemregionens eventuella remisskrav följas även när en region hjälper en utomlänspatient till en annan vårdgivare enligt 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

4.4.10 Differentierade vårdgarantier bör inte införas

Bakgrund

Som beskrivs i avsnitt 4.2.2 har flera aktörer lyft frågan om dagens vårdgaranti bör utvecklas genom att differentieras på olika sätt. Olika typer av differentieringar har beskrivits som tänkbara. Som beskrivs i det avsnittet har både Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys lyft frågan om behovet av vårdgarantier som tar hänsyn till hur snabbt patienten ur ett medicinskt perspektiv bör få vård. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har också lyft frågan om viss differentiering av vårdgarantin utifrån diagnos. Även Missbruksutredningen har lämnat förslag på en form av differentierad vårdgaranti.

Differentieringar av vårdgarantier av olika slag finns i vissa andra länder. Som anges i avsnitt 4.2.4 finns i Danmark och Norge särskilda vårdgarantier för vissa diagnoser eller patientgrupper, såsom för personer med cancer i Danmark och för personer under 23 år med psykisk ohälsa eller missbruk i Norge. Norges individuella tidsgränser kan också sägas vara en form av differentiering utifrån brådskandegrad.

Utredningens bedömning

Bedömning: Det bör inte införas författningsreglerade differentierade vårdgarantier.

Skäl

Vad avses med differentierade vårdgarantier utifrån diagnos eller vårdområde?

I de rapporter där behovet av differentierade vårdgarantier utifrån diagnos eller vårdområde har framförts finns ingen specificerad beskrivning av hur sådana typer av vårdgarantier skulle kunna se ut. Med differentierade vårdgarantier utifrån diagnos avser utredningen här en reglering av olika vårdgarantier som ska tillämpas beroende på vilken diagnos en patient har. Det skulle till exempel kunna handla

om att en vårdgaranti gäller för personer med en viss typ av cancer och en annan för personer med en viss psykiatrisk diagnos.

Med differentierade vårdgarantier utifrån vårdområde avser utredningen en reglering av olika vårdgarantier som skiljer sig åt beroende på inom vilket vårdområde patienten får vård. Det skulle exempelvis kunna handla om att en vårdgaranti gäller för barn- och ungdomspsykiatri, en annan för ortopedi, osv. En sådan typ av differentiering skulle ha flera likheter med en differentiering som utgår från diagnos. En skillnad skulle dock vara att ett vårdområde tar hand om många olika diagnoser liksom om personer utan fastställd diagnos. Inom vårdområdet ortopedi hanteras exempelvis många olika diagnosticerade sjukdomar och skador inom rörelseorganen i hela kroppen hos barn och vuxna.

Det skulle kunna tänkas att en eller några få vårdgarantier som gäller för specifika diagnoser eller vårdområden införs och gäller parallellt med en mer allmän vårdgaranti som gäller för resterande hälso- och sjukvård. Ett annat alternativ är att i princip alla olika diagnoser eller vårdområden täcks av en egen vårdgaranti. Differentierade vårdgarantier skulle kunna ha olika utformning och omfattning. De skulle till exempel kunna omfatta olika delar av vårdkedjan och innehålla olika tidsgränser.

Utredningen har inte konstruerat exakta förslag på hur differentierade vårdgarantier utifrån diagnos eller vårdområde skulle kunna se ut men beskriver nedan några för- och nackdelar som har identifierats på en övergripande nivå.

Det skulle kunna finnas vissa fördelar med att införa differentierade vårdgarantier utifrån diagnos eller vårdområde

En tänkbar fördel med att införa differentierade vårdgarantier utifrån diagnos eller vårdområde är att sådana vårdgarantier skulle kunna ges ett mer preciserat innehåll än vad som är möjligt i fråga om en vårdgaranti som omfattar alla patienter på samma sätt. Det skulle kunna göra att det på en mer detaljerad nivå än i dag blev tydligt och förutsägbart för patienten när hen ska få vård. Sådana vårdgarantier skulle kunna bli mer relevanta för patienterna som omfattas av dem, både till sitt innehåll och vad gäller tidsgränser.

Det är även tänkbart att sådana vårdgarantier skulle få en högre grad av legitimitet hos professionen, eftersom medicinsk kunskap skulle beaktas i utformningen av vårdgarantierna.

Det finns dock mer och mindre brådskande behov inom alla diagnoser och vårdområden

En av de främsta utmaningarna som utredningen ser när det gäller diagnos- eller vårdområdesspecifika vårdgarantier är att patienter kan ha mer eller mindre brådskande behov oavsett vilken diagnos de har eller inom vilket vårdområde de får vård. Det skulle alltså vara svårt att utforma en vårdgarantireglering som syftar till att vara särskilt relevant för specifika diagnoser eller vårdområden, samtidigt som den skulle behöva vara förenlig med principen om att den som har störst behov ska ges företräde till vården. Det skulle bland annat krävas noggranna överväganden för att avgöra och motivera vilka diagnoser eller vårdområden som skulle omfattas av en särskild vårdgaranti, om ambitionen inte skulle vara att alla diagnoser eller vårdområden skulle omfattas av en särskild vårdgaranti. Det skulle också vara svårt att avgöra och motivera skillnader i innehåll och tidsgränser mellan olika vårdgarantier.

Det finns även andra nackdelar med att införa differentierade vårdgarantier utifrån diagnos eller vårdområde

En nackdel med att införa differentierade vårdgarantier utifrån diagnos eller vårdområde är att det skulle kunna leda till en omfattande regelmassa, med tanke på det stora antalet diagnoser och vårdområden som finns i dag och kan tänkas utvecklas med tiden. Det gäller särskilt om i princip samtliga diagnoser eller vårdområden skulle omfattas av en egen vårdgaranti, men även om ett fåtal differentieringar görs kan regelmassan bli omfattande. Det kan bli svårt att överblicka och hantera en alltför omfattande reglering för såväl patienter som för huvudmän, vårdgivare, hälso- och sjukvårdspersonal och för de aktörer som skulle arbeta med tillsyn och uppföljning av vårdgarantierna. Det skulle även vara svårt att förena en alltför omfattande och detaljerad reglering av vårdgarantier med befintlig ramlagsstruktur i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Vidare riskerar en alltför detaljerad reglering att snabbt bli obsolet, eftersom den medicinska utvecklingen på flera områden går snabbt. Ett omfattande arbete skulle alltså krävas för att löpande ändra regleringen och för att se till att nya vårdgarantier tas fram i takt med att nya diagnoser och kunskapen på olika områden utvecklas.

Det saknas också medicinska underlag som skulle kunna användas för att utforma diagnos- eller vårdområdesspecifika vårdgarantier för flertalet sjukdomar och vårdområden, vilket gör att sådana typer av regleringar endast skulle vara möjliga i viss utsträckning.

När det gäller vårdgarantier som utgår från vilken diagnos patienten har är en nackdel vidare att det är svårt att hänföra samtliga åtgärder i vården till en viss diagnos, vilket kan leda till svårigheter att avgöra vilken vårdgaranti som ska tillämpas i det enskilda fallet. Detta dels eftersom alla inte har en fastställd diagnos, dels för att det ibland kan vara svårt att avgöra om en bedömning, undersökning, behandling eller annan åtgärd har att göra med en viss fastställd diagnos eller inte. Det är tänkbart att den sistnämnda svårigheten skulle bli särskilt påtaglig för personer som har flera olika diagnoser.

Nackdelarna överväger fördelarna när det gäller att införa differentierade vårdgarantier utifrån diagnos och vårdområde

Utredningen ser, som beskrivs ovan, att det kan finnas flera för- och nackdelar med att införa differentierade vårdgarantier utifrån diagnos eller vårdområde. Utredningen har identifierat för- och nackdelar på en övergripande nivå och inte konstruerat exakta förslag på hur sådana vårdgarantier skulle kunna se ut. De olika för- och nackdelarna skulle alltså kunna bli relevanta i olika grad beroende på hur vårdgarantierna skulle konstrueras, exempelvis om endast tidsgränserna skulle skilja sig åt eller även de olika delar som garantierna skulle innehålla. Flera av de nackdelar som nämns ovan skulle sannolikt också kunna bli mindre påtagliga om endast en eller ett fåtal diagnoser omfattades av särskilda vårdgarantier medan det för resterande hälso- och sjukvård fanns en vårdgaranti som gällde alla på samma sätt. Utredningen bedömer dock sammantaget att nackdelarna överväger fördelarna när det gäller att införa flera olika vårdgarantier som skiljer sig åt utifrån diagnos eller vårdområde. Ett av de främsta skälen till det är att det finns mer och mindre brådskande behov inom alla diagnoser och vårdområden. Ett annat viktigt skäl är det omfat-

tande arbete med framtagande och uppdateringar av regleringen som skulle krävas till följd av den medicinska utvecklingen.

Som beskrivs i avsnitt 4.3.2 är utredningens utgångspunkt att vårdgarantin reglerar yttersta tidsgränser inom vilka prioriteringar ska göras. Att differentierade vårdgarantier inte föreslås innebär alltså inte att utredningen bedömer att prioriteringar inte ska ske i vården. Tvärtom, regleringen om att den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (3 kap. 1 § andra stycket HSL) ska fortsatt följas. Om det exempelvis finns misstanke om livshotande sjukdom hos en patient torde det utifrån den bestämmelsen vara nödvändigt att erbjuda patienten vård betydligt snabbare än vid vårdgarantins yttersta tidsgränser.

Även utifrån bestämmelserna som rör patientsäkerhet behöver vården i vissa fall ges betydligt snabbare än vid vårdgarantins yttersta tidsgränser. Utredningen ser dock ingen möjlighet att använda patientsäkerheten som en utgångspunkt för att bestämma tidsgränserna i vårdgarantin, eftersom lämpliga tidpunkter ur patientsäkerhetsperspektiv är individuella för varje patient och situation.

Inte heller aktuellt med differentierade vårdgarantier utifrån brådskandegrad

Med författningsreglerade vårdgarantier som är differentierade utifrån brådskandegrad avser utredningen reglering av olika vårdgarantier, som skiljer sig åt utifrån hur bråttom det är, ur ett medicinskt perspektiv, att den enskilde ges vård. Sådana regleringar skulle kunna utformas på olika sätt, exempelvis genom att olika kategorier av brådskandegrader ges olika tidsgränser. Tiderna skulle vara samma för alla diagnoser, men fördelningen av patienter i de olika kategorierna skulle skilja sig. Exempelvis skulle troligen en stor del av patienter som har cancer allokeras till en kategori med högre brådskandegrad än exempelvis patienter med kroniska ledbesvär. Olika personer med olika diagnoser skulle kunna höra till samma kategori av brådskandegrad om behovet av vård är lika brådskande.

Ett annat tänkbart upplägg skulle kunna vara en reglering som anger att det ska utses ett medicinskt måldatum som utgår från patientens individuella situation. Skillnaden mot ovan skulle vara att det inte finns olika kategorier av brådskandegrader att välja mellan, utan

att den yttersta tidsgränsen för vården sätts helt individuellt såsom inom den specialiserade vården i Norge.

Utredningen har svårt att se några fördelar med en vårdgaranti som utgår från brådskandegrad, mot bakgrund av att utredningens utgångspunkt är att vårdgarantins syfte ska förbli oförändrat. Utredningen ser i stället differentieringar utifrån brådskandegrad som olika sätt att reglera prioriteringar i hälso- och sjukvården, en fråga som redan regleras på annat sätt. Utredningen uppfattar dessutom att det redan i dag sker en medicinsk prioritering i vården, där patienter med mer brådskande behov också får sina insatser snabbare och att detta fungerar förhållandevis väl.

Särskilt när det gäller helt individuella måldatum för vården ser utredningen en risk för att vårdgarantins syfte undergrävs, eftersom det med en sådan ordning inte skulle bli lika tydligt och förutsägbart som i dag för patienten när den senast ska få vård. Men även en vårdgaranti som utgår från olika kategorier av brådskandegrad skulle alltså enligt utredningen ha ett annat syfte än dagens vårdgaranti.

4.4.11 Vårdförlopp bör ses som komplement till vårdgarantin

Bakgrund

I utredningens uppdrag ingår att, om det bedöms lämpligt, lämna förslag på hur vårdgarantin kan vidareutvecklas med särskild hänsyn till det pågående arbetet med att utveckla de standardiserade vårdförloppen inom cancerområdet och de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen inom andra sjukdomsområden.[145]

De standardiserade vårdförloppen inom cancer

Nationella vårdförlopp började införas inom svensk cancervård 2015, i enlighet med en överenskommelse mellan staten och SKR. Det bedömdes att införandet av sådana vårdförlopp var den viktigaste åtgärden för att förkorta vårdförloppet mellan misstanke om att cancer föreligger till behandlingsstart. Införandet av vårdförloppen skulle i sin tur också leda till en mer sammanhållen vårdprocess kring patienten. Förutom förbättrad tillgänglighet syftade införandet av vård-

[145] Dir. 2020:81. *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, s. 14.

förloppen även till att skapa ökad nöjdhet hos patienterna, genom bland annat bättre information, mer delaktighet och kortare väntetider.[146]

Standardiserade vårdförlopp är ett nationellt arbetssätt som beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos, samt vilka tidsgränser som ska eftersträvas från välgrundad misstanke till start av första behandling. Vad som är välgrundad misstanke, hur det ska utredas och hur lång tid detta får ta, framgår av det nationella vårdprogrammet för varje cancerdiagnos.[147]

Varje standardiserat vårdförlopp anger det optimala förloppet för den aktuella diagnosen utan hänsyn till hur olika diagnoser bör prioriteras mot varandra.[148]

De standardiserade vårdförloppen tas oftast fram av nationella vårdprogramgrupper, vilka beslutas av Regionala cancercentrums samverkansgrupp. I de vårdprogramsgrupperna finns representanter från alla samverkansregioner, från primärvård och relevanta specialiteter i specialiserad vård samt patient- och närståendeföreträdare.[149]

De personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen

En satsning på personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för fler områden än cancer inleddes 2019. Syftet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården utan att det medför onödig administrativ börda för sjukvårdspersonal. Syftet är också att patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling.[150]

De personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen utgår från erfarenheterna från de standardiserade vårdförloppen på cancerom-

[146] *Kortare väntetider i cancervården – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2015*, s. 5.
[147] Regionala cancercentrum i samverkan. *Standardiserade vårdförlopp i cancervården (SVF).* https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardforlopp/, uttag 2022-02-17.
[148] Regionala cancercentrum i samverkan. *Så tas ett standardiserat vårdförlopp fram.* https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardforlopp/andringar/sa-tas-ett-vardforlopp-fram/, uttag 2022-02-17.
[149] Regionala cancercentrum i samverkan. *Så tas ett standardiserat vårdförlopp fram.* https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardforlopp/andringar/sa-tas-ett-vardforlopp-fram/, uttag 2022-02-17. Även Regionala cancercentrum i samverkan. *Framtagande och revidering av nationella vårdprogram.* https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardprogram/framtagande-av-nya-vardprogram/, uttag 2022-02-17.
[150] *Sammanhållen, jämlik och säker vård 2022, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, s. 22.

rådet, men de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen gäller andra sjukdomsområden, till exempel hjärt-kärlsjukdomar och psykisk sjukdom. Jämfört med de standardiserade vårdförloppen i cancervården, som främst är inriktade på tiden fram till behandling, ska de nya personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen kunna omfatta hela vårdkedjan, inklusive uppföljning och rehabilitering.[151]

De personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen kan starta var som helst i vårdkedjan där patienten befinner sig, bland annat inom primärvården, och omfatta insatser från primärvård, specialiserad vård och vid behov även socialtjänst. En annan skillnad mellan vårdförloppen inom cancer och övriga sjukdomsområden är bland annat att de senare har ett bredare fokus än väntetider.[152]

Regionernas gemensamma kunskapsstyrningsorganisation, Nationellt system för kunskapsstyrning, har ansvaret att ta fram och följa upp de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. SKR tillhandahåller en stödfunktion i arbetet, som bidrar med att stötta och samordna arbetet och uppföljningen.[153]

Utredningens bedömning

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

[151] *Standardiserade vårdförlopp – Jämlik och effektiv vård med god kvalitet, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019*, s. 7. Även *Sammanhållen, jämlik och säker vård 2022, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, s. 26.
[152] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *Ledas lika, ledas rätt? Kunskapsunderlag om standardiserade vårdförlopp*, rapport 2021:9, s. 94.
[153] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *Ledas lika, ledas rätt? Kunskapsunderlag om standardiserade vårdförlopp*, rapport 2021:9, s. 96.

Skäl

Innehållet i vårdförloppen bör inte regleras inom ramen för en vårdgaranti

Utredningen har övervägt om innehållet i de standardiserade vårdförloppen inom cancer och de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen inom andra sjukdomsområden bör regleras inom ramen för en vårdgaranti, som en form av differentierad vårdgaranti.

En möjlig fördel med vårdförloppen i förhållande till dagens vårdgaranti är att professionens deltagande i framtagande av vårdförloppen och det faktum att regionerna beslutar om dem ger goda förutsättningar för legitimitet inom regionerna och den medicinska professionen. Det är dock svårt att se att det skulle vara möjligt att göra vårdförloppen bindande och samtidigt behålla den framtagande- och beslutsprocess som används i dag. Vårdförloppens innehåll skulle i stället behöva regleras i författning på någon nivå, exempelvis genom att myndighetsföreskrifter anger det som i dag anges i vårdförloppen.

Trots detta skulle det kunna tänkas att det finns vissa fördelar med att reglera innehållet i vårdförloppen inom ramen för en vårdgaranti, liknande de som angetts när det gäller differentierade vårdgarantier utifrån diagnos eller vårdområde. Vårdförloppen är mer precisa i sitt innehåll än vårdgarantin och innehåller många relevanta insatser för patienten. De beskriver på ett mer detaljerat sätt vilken vård patienten ska kunna förvänta sig att få i vilken ordning.

Utredningens sammantagna bedömning är dock att det inte vore lämpligt att reglera vårdförloppens innehåll inom ramen för en vårdgaranti. Den främsta anledningen till det är att vårdgarantin och vårdförloppen har delvis olika syften och reglerar olika saker. Eftersom vårdgarantin syftar till att reglera de yttersta tidsgränserna för olika delar av vårdkedjan men inte vilka undersökningar och behandlingar som ska göras, vilket är centrala delar av vårdförloppen, skulle vårdgarantins syfte och omfattning utökas väsentligt med ett sådant upplägg. Eftersom varje standardiserat vårdförlopp utgår från optimala väntetider utan hänsyn till hur vård för patienter med olika diagnoser bör prioriteras mot varandra skulle ett sådant upplägg också innebära att lagstiftaren skulle påverka prioriteringarna på ett sätt som inte vore medicinskt underbyggt, annat än om tidsgränserna i de olika vårdförloppen ändrades så att de blev i linje med hur prioriteringar mellan olika områden ska göras. Som framgår av avsnitt 4.4.10 bedömer dock

utredningen att det finns många utmaningar med att i författning specificera hur prioriteringar mellan olika områden ska göras.

När det gäller personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp kan det vidare konstateras att dessa skiljer sig en del från varandra och från standardiserade vårdförlopp i cancervården, bland annat i fråga om huruvida vårdförloppen anger tider, viken vård som bör ges och vilka delar av vårdkedjan som täcks av vårdförloppet. Därför finns det en risk för att det uppstår väsentliga skillnader i den vårdgarantireglering som olika patientgrupper skulle omfattas av om det blev obligatoriskt att följa de olika typerna av vårdförlopp som finns i dag. Dessutom saknas vårdförlopp för en mycket stor del av hälso- och sjukvården, så en sådan vårdgarantireglering skulle endast vara möjlig för en del av hälso- och sjukvården.

Vårdgarantin och vårdförloppen kompletterar varandra

Som framgår av resonemangen i det föregående menar utredningen att vårdförloppen och vårdgarantin har delvis olika syften. Därmed ser utredningen arbetet med vårdförloppen som ett komplement till vårdgarantin. Medan vårdgarantin anger de yttersta tidsgränserna inom vilka patienten ska få vård, innehåller vårdförloppen vägledning som kan vara relevant i till exempel arbetet med prioriteringar inom ramen för de yttersta gränserna. Vissa av vårdförloppen kompletterar också vårdgarantin genom att ta fasta på andra tillgänglighetsaspekter än bara väntetider, såsom information och delaktighet.

I de vårdförlopp där det finns angivna tider kan dessa vara kortare än de tidsgränser som gäller enligt vårdgarantin, men de kan inte vara längre. Exempelvis, om ett vårdförlopp anger en tidsgräns för när en patient bör påbörja en viss behandling, bör den angivna tidsgränsen inte vara längre än vad som följer av vårdgarantin, för då skulle lagen inte efterlevas om vårdförloppet följdes. På så vis ska vårdgarantin ses som ramen för väntetider, men inom dessa gränser finns det utrymme för mer precisa vägledningar om vårdens innehåll och väntetider.

Utredningen har inte funnit något standardiserat vårdförlopp eller personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp som i dag innehåller längre väntetider än de tidsgränser som finns i dagens vårdgaranti eller de som utredningen föreslår. I stället är tidsgränserna i de fall

som de anges ofta betydligt kortare. Det finns flera exempel i vårdförloppen där det anges en tidsgräns för flera undersökningar, det vill säga att flera olika undersökningar ska genomföras inom en och samma tidsperiod. Det är en något annorlunda formulering gentemot den föreslagna vårdgarantin som i stället anger en tidsperiod för en enskild undersökning eller behandling. Samtidigt finns det inget som hindrar att det fattas beslut om flera undersökningar vid ett och samma tillfälle, vilket i så fall innebär att alla de undersökningarna ska genomföras inom tidsgränsen. Tvärtom menar utredningen att det är önskvärt att det fattas beslut om alla undersökningar som man vet att patienten bör genomgå vid samma tillfälle. Ett vårdförlopp kan vara ett stöd för att veta vilka beslut som behöver fattas.

Utredningen ser inte att de förslag som läggs om en utökad vårdgaranti hindrar varken befintliga vårdförlopp eller fortsatt arbete med fler vårdförlopp. Så länge tiderna i vårdförloppen inte rör sig utanför vårdgarantins tidsgränser efterlevs vårdgarantin om vårdförloppet följs. Utredningen anser att vårdförloppen är ett bra komplement till vårdgarantin avseende inte bara tid för utredning och behandling utan även för andra tillgänglighetsaspekter som inte regleras i vårdgarantin. Vårdförloppens kortare tider kan bidra till att driva på tillgänglighetsarbetet så att vårdgarantin uppfylls.

4.4.12 Målsättningen om förstärkt vårdgaranti inom BUP bör inte lagstadgas

Bakgrund

För barn- och ungdomspsykiatri (BUP) finns det sedan 2011 en målsättning om en förstärkt vårdgaranti som innebär att barn och ungdomar inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar till en fördjupad utredning eller behandling. Målsättningen är inte lagstadgad utan formulerad i en överenskommelse mellan staten och SKR. Utredningen beskriver överenskommelsen om BUP och arbetet med målsättningen om den förstärkta vårdgarantin utförligare i kapitel 7. Utredningen har i uppdrag att bedöma om denna målsättning bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti. Utredningen ska också lämna nödvändiga författningsförslag.

Utredningens bedömning

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.

Skäl

En särskilt författningsreglerad vårdgaranti för BUP skulle vara en form av differentierad vårdgaranti utifrån vårdområde på det sätt som beskrivs i avsnitt 4.4.10. Som framgår av det avsnittet bedömer utredningen att nackdelarna överväger fördelarna när det gäller att införa sådana typer av differentierade vårdgarantier. Samtidigt skulle de nackdelar som anges där sannolikt uppstå i mindre utsträckning om endast en differentierad vårdgaranti, i stället för ett flertal olika, skulle införas och gälla samtidigt som en samlad vårdgaranti för resten av hälso- och sjukvården.

Trots det bedömer utredningen sammantaget att det inte vore ändamålsenligt att författningsreglera målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP som en del av en differentierad vårdgaranti. Det beror dels på att de nackdelar som utredningen identifierat vad gäller differentierade vårdgarantier utifrån vårdområde till viss del skulle kvarstå även om endast ett område skulle differentieras. Exempel på sådana nackdelar är att regelmassan om vårdgarantin skulle ökas och att det skulle vara svårt att motivera varför just BUP skulle omfattas av en egen vårdgaranti när det kan finnas både mer och mindre brådskande vårdbehov inom alla vårdområden. Dels beror det på att en sådan författningsreglering riskerar att leda till för stort fokus på specialiserad vård i stället för tidiga insatser för barn och unga med psykisk ohälsa. Dessutom lämnar utredningen i kapitel 7 bedömningar avseende andra insatser som den bedömer vara mer relevanta för patientgruppen i fråga.

Målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP bör dock i nuläget kvarstå. Utredningen redovisar sina skäl för det i kapitel 7, avsnitt 7.9.5.

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

Bakgrund

I delbetänkandet beskrev utredningen att flera regioner väntar länge, inte sällan tills vårdgarantins tidsgräns passerats, innan de hjälper patienten att få besök i den specialiserade vården och planerad vård hos en annan vårdgivare när det krävs. Ofta läggs också ett stort ansvar på patienten att hålla reda på när vårdgarantins tidsgräns är nådd och då be om hjälp att få vård hos en annan vårdgivare. Dessutom beskrevs att patienter får bristande information om vårdgarantin och möjligheten att välja utförare av öppen vård. Allt detta beskrevs vara problematiskt av flera olika skäl.[154]

Regionen ska se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare under vissa förutsättningar

Om regionen inte uppfyller besöksgarantin inom den specialiserade vården eller behandlingsgarantin ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten (9 kap. 2 § HSL). Av propositionens författningskommentar följer att regionen ska hjälpa till med att ordna besök eller behandling inom rätt tid hos någon annan vårdgivare om det vid tiden för remissen till den specialiserade vården eller beslutet om planerad vård är troligt att vårdgarantins längsta godtagbara väntetider kommer att överskridas. Detsamma gäller om det först en tid efter beslutet står klart att den längsta godtagbara väntetiden kommer att överskridas.[155] Samtidigt finns vissa uttalanden i propositionen som beskriver bestämmelsen som en sanktion och en konsekvens av att regionerna inte förmår uppfylla delar av vårdgarantin, vilket kan bidra till viss otydlighet i fråga om när regionen ska agera.[156]

Erbjudandet kan avse såväl andra vårdgivare inom regionen, som vårdgivare utanför regionen. Regionen har därutöver möjlighet att erbjuda patienten vård i ett annat land. Oavsett hos vilken vårdgivare

[154] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, s. 170–179.
[155] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 79.
[156] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 52 och 79.

regionen erbjuder patienten vård ska erbjudandet inte innebära några extra kostnader för patienten.[157]

Enligt propositionen om vårdgarantins lagstadgande från 2009 ska patientens önskemål om vårdgivare, om något sådant uttrycks, tillmätas stor betydelse inför att patienten blir hjälpt till en annan vårdgivare.[158] Sedan 2015 är det dessutom möjligt att välja utförare av all offentligt finansierad öppen vård (9 kap. 1 § patientlagen).

Regioner väntar ofta länge innan de hjälper patienten till en annan vårdgivare

Utredningen har uppmärksammat brister hos regioner när det gäller att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare när det krävs. I delbetänkandet presenterade utredningen sin kartläggning av vilken information som invånare och patienter kan ta del av när det gäller vårdgarantin respektive möjligheter att välja bland olika utförare. Den kartläggningen visade att regionerna ofta saknar en planerad tidpunkt för att hjälpa patienten att få vård hos en annan vårdgivare om patientens vårdgivare inte kan erbjuda vård inom vårdgarantins gräns. Det är inte ovanligt att det dröjer till vårdgarantins gräns innan regionen hjälper patienten till en annan vårdgivare, vilket innebär att patienten i sådana fall inte får sin vård inom garantin.[159]

Flera regioner lägger ett stort ansvar på patienten

Kartläggningen visade också att en majoritet av regionerna tillämpar en rutin som innebär att det är patienten själv som förväntas ta kontakt med ansvarig vårdenhet, vårdlots eller motsvarande för att efterfråga vård hos annan vårdgivare. Ett vanligt förfarande är att patienten i samband med vårdbesöket eller remissbekräftelsen informeras om vad vårdgarantin innebär och vart patienten kan vända sig med eventuella frågor eller önskemål om att nyttja sin möjlighet att få vård hos en annan vårdgivare.[160]

---

[157] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 52.
[158] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 52.
[159] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, s. 173–174.
[160] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, s. 173–174.

Trots krav på att informera om vårdgarantin finns det brister i praktiken

Inom ramen för hälso- och sjukvårdens informationsplikt ligger bland annat att patienten ska få information om vårdgarantin (3 kap. 2 § 3 patientlagen). I kravet ligger att, utifrån vad situationen i det enskilda fallet kräver, informera om både innehållet i och innebörden av vårdgarantin samt om det kan förväntas att patienten kan ges besök eller åtgärd inom de tidsgränser som följer av vårdgarantin. Av detta följer att patienten ska ges information om eventuell väntetid för besök eller åtgärd. Det ingår också att informera patienten om regionen inte kommer klara att upprätthålla vårdgarantin och lämna information om de åtgärder som regionen avser vidta samt om vilka alternativa vårdgivare som patienten kan hänvisas till om längsta godtagbara väntetider kommer att överskridas. Informationsskyldigheten gäller under hela vårdförloppet, det vill säga inte enbart under den första kontakten med patienten. Informationen bör lämnas i former som stärker patientens delaktighet och självbestämmande. Den får inte ges slentrianmässigt utan måste anpassas till den aktuella patientens förutsättningar och behov.[161]

Utöver information om vårdgarantin ska patienten bland annat få information om möjligheten att välja vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård (3 kap. 2 § 1 patientlagen).

Trots dessa bestämmelser om information visade utredningens kartläggning att det finns brister i praktiken. Patienter lämnas ofta lite eller ingen information om dessa frågor. Patienter kan bland annat undra om vårdgarantin gäller om patienten själv hittar en annan vårdgivare när regionen talat om att vård inte kan ges inom vårdgarantins gräns, men även i en situation då vårdgivaren eller vårdlotsen uppmuntrar patienten att själv hitta alternativ. Vad som gäller vid om- eller avbokning av erbjuden tid är andra exempel på frågor som kan uppkomma hos patienter.[162]

[161] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 49 och 77.
[162] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, s. 178.

Utredningens förslag och bedömningar

Förslag: Det ska regleras i 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen att regionen ska se till att patienten inom vårdgarantin får vården 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 regionernas ansvar och patienten ska inte behöva ta initiativet till att det sker.

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

Skäl

Bestämmelsen ska omformuleras för att tydligt ange att regionen ska se till att vården ges inom garantin

Utredningen bedömer att det inte är en ändamålsenlig ordning att regionen väntar tills vårdgarantins tidsgränser har passerats innan den hjälper patienten till en annan vårdgivare när den skyldigheten finns. Utredningen har dock uppmärksammat att det sker i flera regioner i dag och menar att 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen i dag inte tillräckligt tydligt anger vad som gäller i det avseendet. Genom att införa orden *inom garantin* görs det klart att den vård som patienten ska erbjudas hos en annan vårdgivare enligt 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen ska utföras inom vårdgarantins tidsgränser. Det framgår på så sätt tydligt att det är upp till regionen att planera och organisera vården så att garantin alltid uppfylls, oavsett vilken vårdgivare som utför vården. Vården kan både ges i regionens egen regi eller av vårdgivare som har avtal med en region. Utifrån vad som sägs i förarbetena om regionens skyldighet att hjälpa patienten till en annan vårdgivare när det är troligt att vårdgarantins längsta godtagbara

väntetider kommer att överskridas, bedömer utredningen att förslaget om att införa orden *inom garantin* innebär ett tydliggörande av vad som gäller redan i dag.

Bestämmelsen ska avse vård i form av en medicinsk bedömning inom den specialiserade vården samt en undersökning och en behandling inom primärvården och den specialiserade vården

Som en följd av utredningens ovan presenterade förslag om att utöka vårdgarantin med fler delar av vårdkedjan har utredningen även sett över vilka delar av vården som ska kopplas till bestämmelsen om att regionen ska se till att patienten utan extra kostnad får vård hos en annan vårdgivare enligt 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

Utredningen menar att den bestämmelsen bör kopplas till en medicinsk bedömning inom den specialiserade vården samt en undersökning och en behandling inom primärvården och den specialiserade vården. Detta eftersom utredningen inte ser att det finns skäl att göra skillnad på den specialiserade vården, som bestämmelsen är kopplad till i dag, och primärvården när det gäller att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare inom garantin. Patienten torde, oavsett vårdnivå, vara hjälpt av att få vård hos en annan vårdgivare om det är nödvändigt för att kunna få vården inom garantin.

Utredningen ser denna utökning av bestämmelsen som ett förtydligande av de föreslagna lydelserna av 9 kap. 1 och 1 a §§ hälso- och sjukvårdslagen. Redan av dem följer att regionen ska se till att en medicinsk bedömning inom den specialiserade vården samt en undersökning och en behandling inom primärvården och den specialiserade vården ges inom vårdgarantins tidsgränser, utan begränsning när det gäller hos vilken vårdgivare vården ska ges.

Inget behov av att inkludera övrig vård i bestämmelsen

Utredningen ser inte något behov av en uttrycklig reglering om en skyldighet att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare i fråga om kontakt med eller medicinsk bedömning inom primärvården. Detta eftersom den medicinska bedömningen ska ske så snart inpå att patienten tagit kontakt med primärvården att det inte finns tillräckligt med tid för att hjälpa patienten till en annan vårdgivare

inom garantin. Skyldigheten att fullt ut följa vårdgarantin gäller dock även i dessa delar.

Skyldigheten ska även inträda om patienten inte ges information om tidpunkten för vården inom tidsgränsen

Det bör följa av bestämmelsen att regionen ska se till att patienten får vården hos en annan vårdgivare om information om tidpunkten för vården inte lämnas inom utsatt tid. Det innebär alltså en specificering av en ny förutsättning för att skyldigheten att hjälpa patienten till en annan vårdgivare ska inträda. Detta bedömer utredningen vara ett effektivt sätt att säkerställa en långsiktig planering och schemaläggning hos vårdgivare, vilket kan bidra till att säkerställa ett praktiskt genomslag för vårdgarantin. Om en vårdgivare inte planerar vården med en sådan framförhållning att den inom den utsatta tiden lyckas lämna information om tidpunkten för vården blir konsekvensen för vårdgivaren att vården i stället ska utföras av någon annan vårdgivare. Förslaget innebär alltså att vårdgivaren redan efter att tidsgränsen för information om tidpunkten för viss vård nåtts riskerar att vården ska utföras av någon annan, vilket bör innebära ett incitament för att ha en långsiktig planering och schemaläggning. Det är något som kan bidra till regionens efterlevnad av vårdgarantin.

Den föreslagna lydelsen av 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen innebär dock också att regionen ska se till att patienten får vården hos en annan vårdgivare, även om patienten får information om tidpunkten för vården inom utsatt tid, om det efter att patienten fått informationen inträffar något som gör det sannolikt att vården inte kommer kunna ges inom garantin. För att regionen ska kunna se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare inom garantin förutsätts alltså att regionen agerar så snart det är troligt att vårdgarantins tidsgränser inte kommer kunna hållas. Det kräver ett visst förutseende och en beredskap att agera från regionens sida. I praktiken innebär det att regionen i god tid innan vårdgarantins gräns passerats behöver ta reda på vilka vårdgivare som har ledig kapacitet och hjälpa patienten att få vård hos någon av dessa.

Flera regioner bör ta ett större ansvar för att hjälpa patienten till en annan vårdgivare

Utredningen bedömer att ansvaret att hitta en annan vårdgivare när det krävs ligger på regionen. Det följer av att regionen ska ”se till” att patienten får vård hos en annan vårdgivare enligt 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen. Patienten ska inte själv behöva ta reda på var ledig kapacitet finns och hur den kommer i kontakt med en alternativ vårdgivare. Utredningen har dock uppmärksammat att regioner lägger ett stort ansvar på patienterna i detta avseende.

Om regionen lägger ansvaret på patienten riskerar vården att bli ojämlik. Det finns patienter som av olika skäl inte har förmågan att ta till sig informationen, inte förstår hur de kan agera eller saknar modet att göra det. Det kan till exempel handla om språksvårigheter, funktionsnedsättningar eller oförmåga till handling. En känsla av att inte vilja vara till besvär är ett skäl som kan påverka exempelvis äldre patienters agerande. Det leder till en ojämlik vård när bara de resursstarka individer som förstår och förmår att nyttja sina möjligheter har nytta av vårdgarantin. Att regionen och inte patienten har ansvaret att initiera ett ärende om vård hos en annan vårdgivare har således ett egenvärde, oavsett hur det påverkar väntetider och resurseffektivitet i regionen eller nationellt.

Det finns dock patienter som själva väljer att söka efter ledig kapacitet bland olika vårdgivare. Om de då hittar ledig kapacitet hos vårdgivare som regionen har möjlighet att erbjuda vård hos, kan det innebära en hjälp för regionen när det gäller att uppfylla kravet. Ansvaret att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare inom garantin när det krävs enligt 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen ligger dock inte på patienten, utan på regionen. Däremot bör regionen ta stor hänsyn till patientens önskemål om vårdgivare, om något sådant uttrycks.[163] Inom den offentligt finansierade öppna vården ska patienten dessutom få möjlighet att välja utförare om det finns flera som kan utföra den aktuella vården (9 kap. 1 § patientlagen).

[163] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 52 och 80.

Viktigt att patienten ges information

För att vårdgarantin ska fungera på avsett sätt är det viktigt att patienten ges tydlig och korrekt information om vårdgarantin på det sätt som följer av lagstiftningen och dess förarbeten. Att patienter får bristande information om vårdgarantin och hur den förhåller sig till patientens möjlighet att välja utförare i den offentligt finansierade öppna vården riskerar att leda till att patienten inte kan ta vara på sina möjligheter i vården. Risken är särskilt påtaglig i de fall patienten får vänta länge på vård och därför söker sig till en annan vårdgivare. Om patienten exempelvis inte informeras om att vårdgarantin inte gäller när hen nyttjar sin möjlighet att söka vård i en annan region enligt 9 kap. 1 § patientlagen eller om att det är *regionen* som är skyldig att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare när det krävs, riskerar patienter som väntat länge på vård och som därför själva väljer att söka sig till en annan region att gå miste om möjligheten att få vård inom vårdgarantin.

Utredningens bedömning är att ovan presenterade förslag, om att i lagen tydligt ange att regionen ansvarar för att se till att vården ges *inom garantin* samt att skyldigheten enligt 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen träder in om information om tidpunkten för vården inte lämnas inom viss tid, kommer minska risken för sådana typer av händelser. De förslag som utredningen lämnade i delbetänkandet om uppdrag till Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys avseende information och kunskapshöjande insatser syftade också till att stärka patientens förutsättningar att tillvarata sina möjligheter i vården.[164]

Utredningen bedömer samtidigt att det i flera regioner finns behov av att stärka arbetet med att se till att patienten inom rimlig tid ges tydlig och individuellt anpassad information om vårdgarantin, inklusive skyldigheten för regionen att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare, och dess förhållande till patientens möjlighet att välja utförare.

[164] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, s. 184.

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

Bakgrund

När vårdgarantins tidsgränser utformas behöver det finnas tydliga start- och slutpunkter för vad antalet dagar ska räknas emellan. I dagens vårdgaranti används fyra olika startpunkter, vilka beskrivs i avsnitt 4.2.1. Se även tabell 4.3 för en sammanfattning.

Slutpunkten för samtliga delar av vårdgarantin i dag är när den enskilde får kontakt med primärvården, en medicinsk bedömning inom primärvården, besöka den specialiserade vården respektive planerad vård.

Tabell 4.3 Startpunkter i nuvarande vårdgaranti

Del av vårdgarantin	Startpunkt (från det att …)
Kontakt med primärvården	den enskilde söker kontakt med primärvården
Medicinsk bedömning inom primärvården	den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt
Besök inom den specialiserade vården	remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården
Planerad vård	vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården

Källa: 6 kap. 1 § HSF.

Utredningens förslag

Förslag: Vårdgarantins tidsgränser för en medicinsk bedömning inom den specialiserade vården, en undersökning och en behandling inom primärvården och den specialiserade vården samt information om 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.

Skäl

Remissens utfärdande eller beslut om vård är lämpliga startpunkter för flera delar av vårdgarantin

Utredningen bedömer att det är en fördel att startpunkterna för beräkningen av tidsgränserna är utformade på samma sätt för så många delar av vårdgarantin som möjligt, vilket har varit en utgångspunkt för utredningens förslag i denna del. Undersökningar och behandlingar inom primärvård och specialiserad vård samt medicinska bedömningar inom specialiserad vård ges i dag efter vårdgivarens beslut, vilket ibland fattas efter en utfärdad remiss. Därför bedömer utredningen att remissens utfärdande eller, när en remiss inte är nödvändig, vårdgivarens beslut om att den enskilde ska få den aktuella vården är lämpliga startpunkter vid beräkningen av tidsgränserna för samtliga de delarna av vårdgarantin. Det finns enligt utredningen inte heller skäl att göra skillnad på dessa delar av vårdgarantin och information om tidpunkten för viss vård när det gäller startpunkterna. Därför föreslås att samma startpunkter även ska gälla för beräkningen av tidsgränsen för information om tidpunkten för viss vård.

Även ett annat alternativ har övervägts

Utredningen har övervägt om tidsgränserna för undersökningar och behandlingar inom primärvård och specialiserad vård, medicinska bedömningar inom specialiserad vård samt information om tidpunkten för viss vård enbart ska ha vårdgivarens beslut som startpunkt. Detta eftersom det alltid krävs ett beslut av vårdgivaren för att patienten ska få vård men det krävs inte alltid en remiss. Utredningen gör ändå bedömningen att det ur ett patientperspektiv är bättre att utgå från utfärdandet av remiss när en sådan krävs, eftersom tidpunkten för remiss ligger före tidpunkten för beslut om vården. Att utgå från utfärdandet av remiss när en sådan krävs kan även innebära ett incitament för regionerna att stärka samarbetet mellan de olika vårdnivåerna och att tillse att utfärdade remisser kommer remissmottagaren tillhanda så snabbt som möjligt efter utfärdandet.

Förslaget innebär inget krav på att utfärda remiss till specifik vård

Det ska understrykas att det faktum att vårdgarantins tidsgränser ska räknas från remiss till flera av vårdgarantins delar inte i sig innebär något påbud att remittera patienter direkt till specifika undersökningar eller behandlingar. Det är upp till den som utfärdar remissen att avgöra om den ska avse en medicinsk bedömning, undersökning eller behandling. Det vanligaste torde vara att primärvårdens remisser till den specialiserade vården avser en medicinsk bedömning eller en undersökning.

Tidsgränsen ska räknas från remiss eller beslut för respektive åtgärd

I sammanhanget är det viktigt att understryka att förslagen om startpunkten inte innebär något krav på att vårdgarantins olika delar ska genomgås stegvis eller i någon viss ordning, utan vårdgarantins tidsgränser ska, för de delar som omfattas av det aktuella förslaget, börja räknas när en remiss utfärdas eller beslut om vården fattas för respektive åtgärd som omfattas av vårdgarantin. Det innebär exempelvis att om flera remisser har utfärdats eller beslut har fattats om att göra flera olika undersökningar eller behandlingar samtidigt så ska samtliga dessa göras inom vårdgarantins tidsgräns från det att remisserna utfärdades eller besluten fattades. Det kan även förekomma situationer där beslut om behandling fattas samtidigt som en undersökning pågår. Då ska behandlingen inledas senast inom vårdgarantins tidsgräns från det att beslutet fattades, även om en undersökning pågår samtidigt.

Den enskildes kontakt ska inte längre vara en startpunkt inom den specialiserade vården

När det gäller den del av vårdgarantin som i dag avser besök inom den specialiserade vården, men som utredningen föreslår ska avse en medicinsk bedömning inom den specialiserade vården, innebär förslaget att patientens kontakt med den specialiserade vården inte längre ska vara en startpunkt för beräkningen av tidsgränsen. I stället ska vårdgivarens beslut om att den enskilde ska få den medicinska bedömningen vara startpunkten, om någon remiss inte är nödvändig. Ut-

redningen bedömer att det endast skulle innebära en mindre praktisk förändring när det gäller startpunkten. Detta eftersom det är utredningens uppfattning att vårdgivarens beslut redan i dag oftast fattas i samband med att patienten tar kontakt med den specialiserade vården.

Utredningen bedömer inte att denna förändring innebär någon risk för att vårdgivare avvaktar med att fatta beslut om att den enskilde ska få en medicinsk bedömning inom den specialiserade vården, eftersom ett sådant handlingssätt inte torde vara förenligt med god vård och personalens yrkesansvar.

Regionens ansvar att patienten får vården inom tidsgränsen från den aktuella startpunkten

Vårdgarantin innebär att regionen ansvarar för att den enskilde får vård inom viss tid. Detta förtydligas i 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen. Regionen ska alltså göra vad den kan för att uppfylla vårdgarantin. Det innebär även att när en remiss utfärdas är det regionens ansvar att se till att patienten får vård i enlighet med remissen inom vårdgarantins tidsgräns. Det är därmed inte en ändamålsenlig ordning att ge patienten en remiss som saknar mottagare och lämna över ansvaret till patienten att hitta en utförare som kan ta emot hen inom tidsgränsen. Utredningen har fått indikationer på att så kan vara fallet när en remiss för exempelvis psykoterapi utfärdas. Enligt utredningen borde regionen många gånger ha bättre förutsättningar att hitta en utförare som kan ta emot patienten inom tidsgränsen än vad patienten själv har. Utredningen menar inte att patientens möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård (se 9 kap. 1 § patientlagen) ska inskränkas utan enbart att det är regionen som har ansvar för att se till att patienten får vård inom vårdgarantins tidsgränser. Utredningen anser därför att regionen behöver ha ett system som säkerställer att alla patienter får vård inom vårdgarantins gränser oavsett vilken typ av vård patienten behöver.

4.4.15 Vissa av tidsgränserna i vårdgarantin ska ändras

Bakgrund

De tidsgränser som gäller i dagens vårdgaranti framgår i avsnitt 4.2.1 och kan sammanfattas enligt följande:

- kontakt med primärvården – samma dag,
- medicinsk bedömning inom primärvården – inom 3 dagar,
- besök inom den specialiserade vården – inom 90 dagar,
- planerad vård (behandling) – inom 90 dagar.

Tre av dagens tidsgränser har varit desamma sedan de infördes

Tidsgränserna för tre av vårdgarantins delar har varit desamma sedan vårdgarantin lagstadgades 2010. Det gäller kontakt med primärvården, besök inom den specialiserade vården och planerad vård.

Tidsgränsen om 90 dagar inom den specialiserade vården har även gällt sedan den första vårdgarantin infördes 1992 genom en överenskommelse mellan regeringen och dåvarande Landstingsförbundet, även om den vårdgarantin endast omfattade ett urval av tolv behandlingar. Att primärvården skulle erbjuda hjälp, antingen per telefon eller genom besök, samma dag som vården kontaktades infördes 1997. Då infördes också tidsgränsen 90 dagar till besök inom den specialiserade vården. Samtidigt togs den del som handlade om de tolv behandlingarna som tidigare hade omfattats av vårdgarantin bort, och vårdgarantin blev en besöksgaranti. År 2005 utvidgades den till att även omfatta en behandlingsgaranti, med tidsgränsen 90 dagar.[165]

Tidigare resonemang om tidsgränserna inom den specialiserade vården

Den utredning som skrev betänkandet som låg till grund för propositionen om vårdgarantins lagstadgade ansåg inte att den hade till uppgift att närmare diskutera innehållet i vårdgarantin. I betänkandet uttrycktes dock uppfattningen att en framtida vårdgaranti bör

[165] SOU 2008:127. *Patientens rätt – Några förslag för att stärka patientens ställning*, s. 81–83.

inkludera alla de åtgärder som är nödvändiga för att en behandling ska kunna inledas. Utredningen uttryckte också att patienten inte ska behöva hålla några andra regler aktuella än att vårdgarantin räknas från det tillfälle då man först tar kontakt med vården, och utredningen ansåg att den yttre ramen för vårdgarantin skulle sättas till 120 dagar. Utredningen ansåg också att tidsgränsen för besök inom den specialiserade vården borde justeras till 30 dagar. Flera regioner hade redan då angett maximalt 30 dagar.[166]

Regeringen gjorde sedan bedömningen att tidsgränserna vid tidpunkten för den första författningsregleringen av vårdgarantin borde motsvara de som reglerades i den dåvarande överenskommelsen mellan staten och SKR om vårdgarantin, och delade således inte utredningens bedömning att tidsgränsen i det läget borde ändras till 30 dagar för besök inom den specialiserade vården och att en yttre ram om 120 dagar skulle införas. Regeringen menade att det visserligen fanns en positiv utveckling gällande tillgänglighet, men att det ännu var för tidigt att dra några definitiva slutsatser om förbättringarna var bestående. Även regionala skillnader i väntetider, oklarheter när det gällde rapporteringen till väntetidsdatabasen och att det saknades underlag som visade på konsekvenserna för bland annat regionen av en sänkning av tidsgränserna, framhölls.[167]

Enligt propositionen var flera remissinstanser tveksamma till att sätta vårdgarantins yttre ram till 120 dagar. Exempelvis framförde en region att en skärpning av vårdgarantin skulle kunna göra att trovärdigheten till begreppet vårdgaranti förlorade sin kraft eftersom redan de befintliga tiderna var svåra att uppnå. Andra remissinstanser ansåg att utredningens förordade tidsgränser var rimliga eller att de tidsgränser som gällde i den dåvarande överenskommelsen behövde kortas.[168]

I ett avsnitt där vårdgarantins förhållande till prioriteringar i vården diskuterades uttryckte regeringen att den dåvarande vårdgarantin med dess relativt vida tidsram hade utgångspunkten att det i princip aldrig kunde anföras vare sig medicinska eller ekonomiska skäl till

[166] SOU 2008:127. *Patientens rätt – Några förslag för att stärka patientens ställning,* s. 166–167.
[167] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning,* s. 41–44.
[168] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning,* s. 41–42.

att en behandling eller ett besök bör ske utanför dessa ramar.[169] 90 dagar ansågs alltså vara en vid tidsram.

Tidigare resonemang om tidsgränsen för medicinsk bedömning inom primärvården

Den del i vårdgarantin som i dag handlar om medicinsk bedömning inom primärvården ändrades 2019. Innehållet förändrades och tidsgränsen ändrades från sju till tre dagar. Resonemangen bakom att tre dagar föreslogs finns delvis i betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) där förslaget om den förstärkta vårdgarantin först lades. Sju dagar ansågs som en onödigt lång tidsram, bland annat i jämförelse med Sveriges grannländer. Utredningen bedömde att en kortare tidsgräns borde kunna sättas om lagstiftningen samtidigt ändrades så att garantin inte bara gällde läkare. Utredningen bedömde också att primärvården, som i en internationell jämförelse har en stor bredd av professioner, var väl rustade för att klara förändringen. I detta sammanhang påtalades att tekniska lösningar innebär att konsultationer ibland kan och bör ske på helt andra sätt än genom ett fysiskt besök, exempelvis genom videokonferens eller telefonsamtal, och att det i en nära framtid kan tänkas vara en dator som kommer att stå för den initiala bedömningen och bedömningen då kan göras snabbt.[170]

I betänkandet *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild* (SOU 2017:53) togs förslaget om en förändrad vårdgaranti inom primärvården vidare. I betänkandet anges att det i utredningens analys fanns en stor samstämmighet bland i princip samtliga aktörer om att den bortre tidsgränsen i denna del av vårdgarantin behövde kortas, och att det var avgörande för medborgarnas förtroende för primärvården och därmed för viljan att vända sig dit och inte till en sjukhusansluten akutmottagning. Utredningen övervägde även ett mellanalternativ med en bortre gräns på fem dagar.[171]

Utredningen använde uppgifter från väntetidsdatabasen om den tidigare vårdgarantin, som alltså avsåg läkarbesök inom sju dagar, och såg att 81 procent av patienterna fick träffa en läkare inom tre dagar, 85 procent inom fem dagar och 89 procent inom sju dagar 2017.

[169] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning,* s. 41.
[170] SOU 2016:2. *Effektiv vård*, s. 493 och 501–506.
[171] SOU 2017:53. *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild*, s. 102–107.

Eftersom det inte fanns motsvarande statistik för övriga yrkesgrupper ansåg utredningen att det var svårt att uttala sig om förutsättningarna för andra yrkesgrupper att leva upp till olika tidsgränser. Utredningens antagande var att tre dagar var en rimlig målsättning, utifrån dels avgränsningen att ansvaret skulle gälla att erbjuda de kompetenser respektive vårdgivare har inom den egna verksamheten, dels att de flesta besöken redan då genomfördes inom tidsgränsen, dels en tydligare styrning mot att bättre nyttja den breda kompetensen inom primärvården.[172]

Bland remissvaren på betänkandet fanns det instanser som framförde att konsekvensanalysen av en förkortad tidsgräns var bristfällig samt att det fanns en risk för kulissbesök och försämrad kontinuitet. Exempelvis framförde Läkarförbundet att de såg en risk att tidsgränserna uppnåddes i statistiken men utan mervärde för patienterna. Flera remissinstanser påpekade också behovet av stärkt bemanning för att kunna klara tre dagar.[173]

Utredningens förslag

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 vården inom 60 dagar,

[172] SOU 2017:53. *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild*, s. 102–107.
[173] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2017. *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys remissyttrande över betänkandet God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53, S2017/03549/FS)*, s. 6–7; Sveriges läkarförbund. 2017. *Remissyttrande avseende God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild*, s. 7–8; Svensk förening för allmänmedicin. 2017. *Svensk förening för allmänmedicins synpunkter på Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård SOU 2017:53*, s. 1; SPF Seniorerna. 2017. *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53)*, s. 3; Riksförbundet för Social och Mental Hälsa. 2017. *RSMH:s yttrande över delbetänkandet God och nära vård (SOU 2017:53)*, s. 2.

- 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.

Skäl

En yttersta tidsgräns som möjliggör prioritering och planering

Utredningens sammantagna och övergripande utgångspunkt när det gäller vårdgarantins tidsgränser är att de måste vara tillräckligt långa för att möjliggöra prioritering och planering. Bortom det kan tidsgränserna sägas vara politiskt satta, snarare än medicinskt, på så vis att de kan sägas sätta en ram för vad som ska erbjudas i svensk hälso- och sjukvård. Ur ett patientperspektiv kan generellt snabbare omhändertagande antas vara önskvärt, även om väntan inte nödvändigtvis innebär en direkt medicinsk risk eller en risk ur patientsäkerhetssynpunkt. Väntan kan ändå innebära oro, värk och nedsatt livskvalitet. Den kan också ha betydelse för samhällsekonomin om patienten inte kan arbeta på grund av sin åkomma, vilket kan leda till sjukskrivningskostnader som sammantaget i landet kan vara omfattande.

Utredningen vill påminna om att utgångspunkten och syftet med vårdgarantin är att den ska ange *yttersta* tidsgränser för när vård ska ges. Prioriteringar ska ske *inom* de tidsgränserna. Tidsgränserna behöver därför sättas tillräckligt långt bort för att möjliggöra prioriteringar. En alltför snäv gräns gör att alla i princip måste få sin vård direkt, vilket inte innebär något utrymme för prioritering.

Den bortre gränsen behöver också sättas tillräckligt långt bort för att möjliggöra planering och ett effektivt system som inte står med alltför mycket ledig kapacitet. En alltför snäv gräns skulle kunna innebära att vården inte hinner planera exempelvis olika operationer på ett optimalt sätt eller inte hinner förbereda patienterna tillräckligt.

Kontakt med primärvården

Utredningen föreslår ingen förändring utan bedömer att det fortsatt är rimligt att kontakt med primärvården ska erhållas samma dag som kontakten söks.

Medicinsk bedömning inom primärvården

Utredningens förslag är att tidsgränsen för medicinsk bedömning inom primärvården är sju dagar. Skälen till att tidsgränsen föreslås förlängas anges i det som följer. Sammanfattningsvis handlar skälen om att styra mot att fler patienter, även personer med kroniska sjukdomar och behov av återkommande kontakter med hälso- och sjukvården, ska få vård snabbare genom att omfattas av tidsgränsen. Därutöver handlar skälen om att öka förutsättningarna för att tillämpa behovsprincipen, att klara kontinuitet inom vårdgarantin och att tillämpa vårdgarantin på det sätt som den är avsedd. Detta är skäl som utredningen ser som viktiga inte minst mot bakgrund av omställningen till en god och nära vård där primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården.

– *Även personer med kroniska sjukdomar ska omfattas av vårdgarantins del om medicinska bedömningar inom primärvården*

  Förslaget att förlänga tidsgränsen för medicinsk bedömning inom primärvården ska ses i ljuset av utredningens förslag om att bredda den delen av vårdgarantin så att alla besök där en person tar kontakt med primärvården och bedöms vara i behov av en medicinsk bedömning av det besvär som kontakten gäller ska omfattas av vårdgarantin och erbjudas en tid inom tidsgränsen, se avsnitt 4.4.2. Det ska enligt förslaget gälla oavsett om kontakten tas för ett besvär som har ett medicinskt samband med tidigare besök eller är ett helt nytt problem. Det saknas information om hur många besök som kan tänkas tillkomma till följd av det förslaget och antalet beror på hur gränsen till vilka situationer som räknas in i vårdgarantin dras i dag, se avsnitt 4.4.2. Med ett ökat antal kontakter att hantera menar utredningen att det kan vara rimligt att förlänga tidsgränsen, även om antalet som tillkommer är okänt. Sammantaget syftar ändringen av tidsgränsen ändå till att göra så att fler får vård snabbare, eftersom personer

som tidigare inte alls hade någon bortre tidsgräns för sin medicinska bedömning nu ska ingå.

– *Bättre förutsättningar att tillämpa behovsprincipen*

Utredningen har tidigare i betänkandet betonat syftet med vårdgarantin och grunden i dess utformning, se avsnitt 4.3.2. Vårdgarantin reglerar inom vilka yttersta tidsgränser den enskilde ska få vård. Den som har det minsta behovet ska maximalt behöva vänta så länge. Mot den bakgrunden menar utredningen att de tre dagar som gäller i dag kan anses vara en alltför snäv tidsgräns. Det är svårt att se att en person med mindre brådskande behov skulle behöva få en medicinsk bedömning så snabbt som inom tre dagar. Med en sådan snäv tidsgräns är det svårt att se att vårdcentraler och andra primärvårdsenheter har tillräckligt med utrymme att göra prioriteringar. I stället behöver alla kontakter som faller inom ramen för vårdgarantin hanteras i princip lika skyndsamt.

– *Bättre förutsättningar för korrekt tillämpning av vårdgarantin*

Det finns en risk att dagens förhållandevis korta tidsgräns innebär att patienterna inte alltid får en så genomgående medicinsk bedömning som avses i vårdgarantin, utan i stället får en kortare mer övergripande bedömning av tillståndets brådskandegrad, för att därefter bokas in på en ytterligare tid längre fram – en risk som också lyftes fram av vissa remissinstanser i samband med att den förändrade vårdgarantin i primärvården föreslogs. Denna utredning har fått vissa indikationer på att det är ett tillvägagångssätt som förekommer i praktiken om det inte finns en ledig tid att boka in patienten på inom tre dagar. Det kan särskilt inträffa om patienten är känd sedan tidigare. Denna risk kan dessutom tänkas öka om antalet kontakter som omfattas av vårdgarantin blir fler i enlighet med utredningens förslag om att den delen av vårdgarantin ska breddas.

För patienter som hanteras på detta sätt är vårdgarantin i praktiken satt ur spel. Utredningen menar att det inte är förenligt med hur vårdgarantin inom primärvården är tänkt att fungera. Ett sådant tillvägagångsätt får även konsekvenser för uppföljningen av vårdgarantins efterlevnad, eftersom en medicinsk bedömning registreras som genomförd inom tre dagar även när bedömningen inte är så omfattande som den bör vara.

Det är inom ramen för den första kontakten som den initiala bedömningen, av om personen är i behov av en medicinsk bedömning av det aktuella besväret, ska göras. Om så är fallet ska den medicinska bedömningen göras inom tre dagar. Att bedöma att besväret är av sådan karaktär att det inte behöver hanteras inom tre dagar kan, enligt utredningens mening, inte anses uppfylla innebörden av en medicinsk bedömning enligt vårdgarantin. Utredningen menar att en förlängd tidsgräns skulle öka primärvårdens förutsättningar att erbjuda patienterna besökstider i tillräcklig omfattning för att tillämpa vårdgarantin för medicinsk bedömning på det sätt som lagstiftaren avsåg.

Om en längre tidsgräns skulle leda till en mer korrekt tillämpning av vårdgarantin ökar också förutsättningarna för att uppföljningen av vårdgarantins efterlevnad blir mer rättvisande.

– *Bättre förutsättningar för att klara kontinuitet inom vårdgarantin*

Möjligheten till kontinuitet, det vill säga att patienten kan träffa sin fasta vårdkontakt eller fasta läkarkontakt, eller i alla fall träffa samma vårdpersonal vid så många tillfällen som möjligt, ökar om tidsgränsen förändras till sju dagar. Det finns en strävan mot att andelen i befolkningen som har en fast läkarkontakt ska öka, och om vårdgarantin ska fungera samtidigt och dessutom göras mer relevant för personer som har större behov av fler vårdkontakter, behöver det finnas goda möjligheter att kunna träffa sin ordinarie läkare eller annan vårdkontakt inom ramen för vårdgarantin. Här torde tidsgränsen vara en viktig komponent. Ju kortare tidsgränsen är, desto svårare blir det att få en medicinsk bedömning av just sin fasta läkarkontakt eller sin fasta vårdkontakt.

Samtidigt kommer det finnas situationer då det inte är rimligt att förvänta sig att det finns tider hos specifika personer, exempelvis vid mycket akuta besvär eller vid vårdkontaktens sjukdom, semester eller längre utbildningsperioder. I sådana situationer finns möjlighet till patientvald väntan. Alternativt får man acceptera att kontinuiteten frångås till förmån för det medicinska behovet – på samma sätt som sådana avvägningar görs redan i dag.

– *Motsägelsefullt att förlänga tidsgränsen när god tillgänglighet är viktigt?*

Den förstärkta vårdgarantin inom primärvården, som innebar att tidsgränsen kortades till tre dagar, infördes 2019. Tredagarsgränsen har således använts en förhållandevis kort tidsperiod och har inte utvärderats. Det är därmed inte optimalt att ändra denna tidsgräns så snart efter förändringen. Det ansågs finnas en stor samstämmighet kring att tidsgränsen behövde kortas. Ett argument som framfördes var att en kortare tidsgräns var avgörande för medborgarnas förtroende för primärvården och därmed för viljan att vända sig dit och inte till en sjukhusansluten akutmottagning.[174]

Denna utredning delar bedömningen om vikten av en god tillgänglighet till primärvården för att upprätthålla ett högt förtroende i befolkningen. Det är också centralt för att primärvården ska kunna bli navet i den nära vården. Mot den bakgrunden kan det tyckas motsägelsefullt att förlänga tidsgränsen. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att tidsgränsen är den bortre gränsen. Utredningens intention är inte att försämra tillgängligheten, utan snarare att ge primärvården utrymme att förbättra den. Som i alla delar av vårdgarantin ska prioriteringar göras inom denna tidsgräns. Det innebär att akuta åkommor fortfarande ska hanteras akut.

En längre tidsgräns innebär i sig inte nödvändigtvis att det ska ta fler dagar än i dag att få en medicinsk bedömning. Det kan innebära det i vissa fall – om det aktuella besväret är av sådan karaktär att det bedöms kunna vänta upp till den maximala tidsgränsen medan det finns andra patienter som behöver sin medicinska bedömning snabbare. Som beskrivs ovan är syftet att fler av primärvårdens kontakter ska inrymmas och räknas in i tidsgränsen – både sådana som i dag tolkas ligga utanför vårdgarantin, se avsnitt 4.4.2, och sådana som i dag inte hanteras på det sätt som är avsett.

Utredningen ser som en möjlig konsekvens att användningen av digitala besök hos nationella digitala vårdgivare, som erbjuder mycket snabb kontakt, kan öka ytterligare om inte alla åkommor hanteras snabbt nog ur patientens perspektiv i den ordinarie primärvården. Utredningen menar dock att det problemet inte bör bli så stort om det är enkelt att komma i kontakt med primärvården och få en bokad tid för en medicinsk bedömning, även om

[174] SOU 2017:53. *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild*, s. 102.

den tiden skulle vara sju dagar bort i de fall då det handlar om ett icke medicinskt brådskande problem. Värdet av kontinuitet i sådana situationer bör vägas in, och möjligheten till kontinuitet ökar om tidsgränsen förändras till sju dagar. Som framhålls ovan ska däremot akuta ärenden hanteras snabbt även framöver. Det är alltså viktigt att arbeta med tillgängligheten till den första kontakten, och den initiala bedömningen av om det föreligger ett behov av en medicinsk bedömning. För att nå dit krävs ändrade arbetssätt och tillräcklig kapacitet på vårdcentralerna.

Medicinsk bedömning inom den specialiserade vården

Utredningens förslag är att tidsgränsen för medicinsk bedömning inom den specialiserade vården är 60 dagar.

Tidsgränsen för besök inom den specialiserade vården, som utredningen föreslår utvecklas till medicinsk bedömning, se avsnitt 4.4.3, har haft 90 dagars tidsgräns sedan den först infördes i vårdgarantin genom överenskommelse på 1990-talet. I betänkandet som låg till grund för vårdgarantins lagstadgande framfördes en uppfattning om att tiden till besök skulle sänkas till 30 dagar. En del remissinstanser var positiva till detta, andra negativa. Även om regeringen inte gick på den linjen i det läget kan utredningen tolkas som att det sedan i alla fall 15 år tillbaka har funnits en idé om att 90 dagar till ett besök är en lång tid som borde kunna kortas. Region Stockholm tillämpar sedan många år tillbaka 30 dagar till besök inom den specialiserade vården i sin regionala vårdgaranti. Region Halland har 60 dagar i sin vårdgaranti, med målsättningen att det ska uppnås för 80 procent av patienterna.

I samband med att utredningen lämnar förslag på flera åtgärder för att korta väntetiderna och flera förändringar i vårdgarantin menar utredningen att det också är dags och läge för en förkortad tidsgräns i vårdgarantin när det gäller medicinsk bedömning (tidigare besök) inom den specialiserade vården. Detta samtidigt som utredningen föreslår att begränsningen till nybesök, se avsnitt 4.4.3, ska tas bort vilket kan innebära att fler patienter kan komma att omfattas av denna del av vårdgarantin. Hälso- och sjukvården är ansträngd till följd av en uppbyggd kö till vård sedan många år tillbaka och därutöver en pandemi som ställt särskilda krav och bidragit till ytterligare kö.

Samtidigt ser utredningen att hälso- och sjukvården kan dra nytta av erfarenheter under pandemin som bland annat visat på nya arbetssätt där olika verksamheter arbetar närmare varandra för att prioritera gemensamt och nyttja den kapacitet som finns på bästa möjliga sätt. Omställningen till en god och nära vård bör enligt utredningens syn också omfatta nya arbetssätt mellan primärvård och specialiserad vård och därigenom bidra till förbättrad tillgänglighet. Väntetider och uppdämt vårdbehov har under pandemin blivit en prioriterad fråga och alla arbetar för närvarande för att hitta lösningar. Sedan 2021 finns också ett fokus på att ta hand om de patienter som väntat mer än 90 dagar på vård i enlighet med överenskommelse mellan staten och SKR.[175] I samband med att det uppdämda vårdbehovet från pandemin tas omhand är det också läge att komma till rätta med den mer långvariga strukturella obalansen mellan behov och kapacitet.

Utredningen har övervägt tidsgränserna 30 och 60 dagar, och väljer att föreslå den längre tidsgränsen bland dessa. Det kan ses som en kompromiss mellan en ökad ambitionsnivå och vad som kan uppfattas som genomförbart för regionerna, givet den väntetidssituation som råder i nuläget. På lång sikt bör tidsgränsen dock kunna sänkas till 30 dagar.

Utredningen menar att 60 dagar är tillräckligt för att möjliggöra prioritering och planering. När den sedan tidigare uppbyggda kön har arbetats bort, och det råder balans mellan inflöde och utflöde bör det inte vara svårare att erbjuda en tid inom 60 dagar än inom en mycket längre tidsperiod. Utredningen menar också att 60 dagar är en rimlig *bortre* gräns, det vill säga den tid som den med minst brådskande behov som längst ska behöva vänta. Tillsammans med förslaget om ett krav på att lämna information om tidpunkten för vården redan inom 14 dagar, se avsnitt 4.4.8, tror utredningen att det skulle vara en acceptabel väntan ur patient- och befolkningsperspektiv.

Under 2021 var det runt 55–60 procent av de väntande på första besök inom den specialiserade vården som hade väntat maximalt 60 dagar. Mellan regionerna varierade det från omkring 35 procent i

[175] *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021. Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, s. 7–8 och *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, s. 14–17.

någon region till 60–70 procent i flera andra, och över 80 procent i någon.[176]

Undersökningar inom primärvården och specialiserade vården

Utredningens förslag är att tidsgränsen för undersökning är 60 dagar. Detta gäller undersökningar som genomförs såväl inom primärvård som specialiserad vård.

Att få sina besvär undersökta, och en diagnos ställd, så snart som möjligt så att behandling kan påbörjas är avgörande för många sjukdomsförlopp. Långa väntetider till undersökningar gör att behandlingen påbörjas senare. Väntan på en undersökning är ofta också behäftad med osäkerhet, oro och rädsla för patienten eftersom man kanske inte vet ännu vad som orsakar besvären och därmed vad som är en lämplig åtgärd. Väntan kan även vara behäftad med smärta och nedsatt livskvalitet ur andra aspekter.

Utredningens förslag om 60 dagar bygger huvudsakligen på det underlag som finns tillgängligt om väntetider till undersökningar inom den specialiserade vården i dag. Uppgifterna visar att det var omkring två tredjedelar av patienterna som hade väntat längre än 30 dagar på en undersökning inom bild- och funktionsmedicin eller klinisk neurofysiologi. Tre fjärdedelar hade väntat längre än 30 dagar på skopi, se avsnitt 4.4.4. Även om en kortare tidsgräns än 60 dagar kan ses som önskvärd inte minst för att minska risken för alltför långa totala väntetider när flera påföljande undersökningar behövs, menar utredningen att 60 dagar är en rimlig bortre tidsgräns med tanke på vad som är görbart. Det är också en tillräcklig tid för att ge utrymme för prioriteringar och planering.

Liksom i fallet för medicinsk bedömning inom den specialiserade vården tror utredningen att 60 dagar skulle vara en acceptabel maximal väntan ur patient- och befolkningsperspektiv, tillsammans med förslaget om ett krav på att lämna information om tidpunkten för vården redan inom 14 dagar, se avsnitt 4.4.8. Samtidigt är utredningen medveten om att det för många sjukdomsförlopp är avgörande att genomföra undersökningar och ställa diagnos skyndsamt, så att behandling kan påbörjas. I många fall är 60 dagar en för lång väntan ur

[176] Väntetidsdatabasen. *Utökad uppföljning av specialiserad vård,* www.vantetider.se, uttag 2022-02-16. Andelen väntande inom 60 dagar varierade 47–63 procent beroende på månad, de flesta månader 57–61 procent.

ett medicinskt perspektiv, och då ska undersökningen också göras snabbare än så. Prioriteringar ska göras *inom* tidsgränsen, där 60 dagar är den tidsgräns som kan bli aktuell för dem med de minsta behoven.

När det gäller primärvården saknas det uppgifter om vilka undersökningar som genomförs där och hur länge patienter får vänta i dag på en undersökning som genomförs inom primärvården, se avsnitt 4.4.4. Utredningen anser att 60 dagar är en lång tidsgräns för väntan inom primärvård, men ser åtminstone i ett första steg ett värde i att använda samma tidsgräns för undersökningar oavsett om de genomförs inom primärvården eller den specialiserade vården.

Vissa undersökningar kan göras inom både primärvården och den specialiserade vården (exempelvis spirometri och EKG). I de fall det finns ett val att göra undersökningen inom primärvården eller den specialiserade vården kan en kortare tidsgräns i primärvården medföra att primärvården väljer att remittera fler patienter till en undersökning inom specialiserad vård för att tidsgränsen då är längre – ett flöde som inte är önskvärt i omställningen till en god och nära vård där primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården. Det finns inga uppgifter om hur vanligt förekommande sådana här situationer är, därutöver saknas information om vilka undersökningar som görs i primärvården och hur väntetiderna till dem ser ut. Utredningen anser att det största steget i nuläget är att över huvud taget inkludera en större del av primärvården i vårdgarantin och att utveckla en bättre uppföljning av den vård som ges inom primärvården. Utredningen ser med fördel att gränsen kan kortas vid senare tillfälle när uppföljningen är på plats och det finns bättre underlag för att se omfattningen av, typer av och väntetider till undersökningar i primärvården. Utredningen bedömer sammantaget att risken att införa oönskade incitament och flöden mellan primärvården och den specialiserade vården till följd av olika tidsgränser i nuläget är större än fördelen med att ha en kortare tidsgräns för undersökningar i primärvården. Utredningen ser det i nuläget inte som rimligt att föreslå 30 dagar för den specialiserade vården, eftersom det innebär att *alla* patienter skulle få sin undersökning gjord inom den tidsgränsen, vilket är långt ifrån dagens verklighet. I de fall där 60 dagar är en alltför lång väntan ur ett medicinskt och patientsäkerhetsperspektiv ska undersökningen göras snabbare än så – oavsett om undersökningen görs inom primärvården eller den specialiserade vården. Det följer av

bestämmelserna om god och säker vård (se 5 kap. 1 § HSL samt 3 kap. 1 § och 6 kap. 1 § PSL).

Även fast utredningen föreslår att tidsgränserna för en undersökning ska vara desamma inom primärvården och den specialiserade vården anser utredningen att det finns skäl att reglera dem i separata delar av vårdgarantin. Detta dels av pedagogiska skäl. Utredningen bedömer att vårdgarantin blir lättöverskådlig genom att de delar av primärvården respektive den specialiserade vården som ingår anges i två olika punktlistor. Dels är skälet att det innebär flexibilitet genom att skapa förutsättningar för att relativt enkelt göra om regleringen så att tidsgränserna för undersökningar skiljer sig åt mellan vårdnivåerna om det skulle bedömas ändamålsenligt i framtiden.

Behandling inom primärvården och specialiserade vården

Utredningens förslag är att tidsgränsen för behandling är 90 dagar. Detta gäller behandlingar som genomförs såväl inom primärvård som specialiserad vård. Liksom för undersökningar bygger förslaget huvudsakligen på det underlag som finns tillgängligt om väntetider till behandlingar inom den specialiserade vården i dag. I nuläget ser inte utredningen det som möjligt att föreslå en kortare tidsgräns för behandlingar inom den specialiserade vården. Därtill ser utredningen i nuläget en fördel i att ha samma tidsgräns för behandlingar oavsett på vilken vårdnivå de genomförs.

Även om det är attraktivt att tänka sig en sänkt tidsgräns även för behandlingar, är det utredningens bedömning att det i nuläget är tillräckligt att sänka gränsen för medicinsk bedömning inom den specialiserade vården och införa en vårdgaranti för undersökningar, som också föreslås få en tidsgräns som är kortare än 90 dagar. Utredningen anser att det är mer prioriterat att korta tidsgränserna till medicinsk bedömning och undersökning än till behandling, eftersom det vid beslutet om behandling finns mer information om patientens tillstånd som kan ligga till grund för prioritering och ett erbjudande om tid för behandling inom en rimlig tid utifrån den enskildes medicinska behov.

Utredningen menar också att operationsverksamhet kan antas vara mer komplex att planera än mottagnings- och undersökningsverksamhet, vilket gör att planeringshorisonten för behandlingar i

många fall kan behöva vara längre. Det kan skilja sig åt mellan olika typer av behandlingar vilken tidsgräns som minst krävs för att kunna prioritera och planera inom gränsen, men eftersom vårdgarantin gäller oavsett typ av behandling behöver man ta höjd för verksamheter som kräver mer planering och prioritering.

När det gäller primärvården saknas det information om hur länge patienter får vänta på behandlande åtgärder, men utredningen har uppfattat, bland annat i diskussioner med referensgruppen för professionsorganisationer, att det förekommer onödigt långa väntetider ur både ett medicinskt perspektiv och ur ett patientperspektiv, se avsnitt 4.4.5. Det finns exempel på patienter som får vänta 2–3 månader (ibland ännu längre) på exempelvis psykolog, kurator eller fysioterapeut. Det har då uttryckts som orimligt länge.

Utredningen anser i likhet med detta att 90 dagar är en lång tidsgräns för väntan på behandling inom primärvård, och att tidsgränsen med fördel gärna kan sänkas framöver när det finns mer underlag om primärvården. I likhet med hur utredningen resonerar när det gäller undersökningar menar utredningen dock att det största steget i nuläget är att över huvud taget inkludera en större del av primärvården i vårdgarantin och att utveckla en bättre uppföljning av den vård som ges inom primärvården.

Liksom i fallet för medicinsk bedömning och undersökningar inom den specialiserade vården tror utredningen att 90 dagar skulle vara en acceptabel maximal väntan ur patient- och befolkningsperspektiv, tillsammans med förslaget om ett krav på att lämna information om tidpunkten för vården redan inom 14 dagar, se avsnitt 4.4.8, även om 90 dagar kan tyckas vara en lång tid. Det är återigen viktigt att framhålla att 90 dagar är den maximala väntan som gäller för den patient som har det minsta behovet av vård – inom primärvården såväl som den specialiserade vården.

Av samma skäl som beskrivs när det gäller en undersökning bedömer utredningen att det är ändamålsenligt att reglera en behandling inom primärvården respektive den specialiserade vården i två olika delar av vårdgarantin trots att tidsgränserna som nu föreslås är desamma oavsett vårdnivå.

Information om tidpunkten för viss vård

I vissa andra länder ska information om tidpunkten för viss vård ges inom en kortare tidsgräns än 14 dagar. Utredningen bedömer dock att en tidsgräns på 14 dagar från det att remiss har utfärdats eller beslut om vård har fattats är ett rimligt krav i Sverige när det gäller att ge information om tidpunkten för medicinsk bedömning inom den specialiserade vården samt undersökning och behandling inom primärvården och den specialiserade vården. Detta bland annat eftersom en liknande tidsgräns redan är beprövad i en svensk kontext, i Region Halland. Utredningens bedömning är också att 14 dagar kan vara en rimlig tid att vänta på information om tidpunkten för vården ur patientens perspektiv. Med en tidsgräns på 14 dagar för informationen har dessutom regioner som inom den tiden inte ser till att patienten får informationen därefter god tid på sig för att hitta en annan vårdgivare innan tidsgränsen för den aktuella vården nås.

De tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld ska även fortsättningsvis regleras i förordning

Utredningen bedömer att bemyndigandet om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om de tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld och i övrigt om garantins innehåll (9 kap. 4 § 1 HSL, se avsnitt 4.2.1) bör bestå. Endast en förändring när det gäller hänvisningen till regleringen av vårdgarantins innehåll föreslås i det bemyndigandet, till följd av att utredningen föreslår att vårdgarantins innehåll ska regleras i en ny paragraf, 9 kap. 1 a § hälso- och sjukvårdslagen, se kapitel 1. Bemyndigandet bör kvarstå för att uppnå en så smidig och flexibel lösning som möjligt. Utredningen bedömer exempelvis att det på sikt skulle kunna vara relevant att se över de nu föreslagna tidsgränserna i syfte att överväga om de kan förkortas. Det är smidigt om sådana typer av förändringar kan ske utan att genomföra lagändringar.

I nuläget föreslår utredningen att de tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld, det vill säga preciseringen av startpunkter och slutpunkter för beräkningen av tidsgränserna, även fortsättningsvis regleras i 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen. Utredningen ser inget skäl att i nuläget föreslå att en myndighet som regeringen bestämmer ska meddela föreskrifter om detta, även om utredningen

bedömer att det finns skäl att ha kvar bemyndigandet som ger den möjligheten.

När det gäller innehållet i 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen har utredningen i avsnitt 4.4.14 redovisat förslag till förändringar och tillägg i fråga om startpunkter för beräkningen av vårdgarantins tidsgränser. De föreslagna tidsgränserna redovisas ovan i detta avsnitt. I övrigt föreslås endast mindre språkliga och redaktionella förändringar av paragrafen. När det gäller kontakt med primärvården och medicinsk bedömning inom primärvården föreslår utredningen exempelvis vissa språkliga förändringar, som en följd av den föreslagna användningen av termen *vårdgivare* i 9 kap. 1 a § första stycket 1 hälso- och sjukvårdslagen, se kapitel 1.

4.4.16 Regleringen om bedömningen av vårdgarantins uppfyllnad ska ändras

Bakgrund

Vid en bedömning av om besöksgarantin inom den specialiserade vården eller behandlingsgarantin är uppfylld ska i dag inte sådan tid räknas då patienten

- av medicinska skäl inte kan ges vård,
- utnyttjat sin möjlighet att välja vård i en annan region enligt 9 kap. 1 § patientlagen, eller
- frivilligt avstår från vård (6 kap. 2 § första stycket HSF).

Patienten anses frivilligt avstå från vård om patienten har

- informerats om vårdgarantin,
- erbjudits vård i enlighet med vårdgarantin, och
- meddelat vårdgivaren att hen avstår från erbjudandet om vård (6 kap. 2 § andra stycket HSF).

Någon motsvarande reglering finns inte när det gäller tillgänglighetsgarantin eller besöksgarantin inom primärvården.

Däremot har SKR tagit fram riktlinjer för avvikelseregistrering inför rapportering till den nationella väntetidsdatabasen. Det anges

där att det är viktigt att registrering och rapportering av tillgängligheten görs på samma sätt på alla vårdcentraler och verksamheter i landet samt att alla vårdcentraler och verksamheter i landet måste tillämpa riktlinjerna för att nå fullständig jämförbarhet i uppföljningen. Syftet med de gemensamma riktlinjerna är att ge varje enskild region ett underlag för anpassning av sina lokala riktlinjer. Riktlinjerna gäller avvikelseregistrering för primärvård, specialiserad vård, barn och ungdomar med psykisk ohälsa och vissa funktionsnedsättningar samt standardiserade vårdförlopp.[177]

Riktlinjerna innehåller bland annat exempel på olika vårdsituationer inom primärvården och den specialiserade vården med beskrivningar av om patientvald väntan ska registreras eller inte. För den specialiserade vården finns också exempel på vårdsituationer med beskrivningar av om medicinskt orsakad väntan ska registreras eller inte. Det finns dock inte för primärvården. I stället anges att registrering av medicinskt orsakad väntan vid vårdgarantibesök inom primärvården inte förekommer.[178]

Utredningens förslag

Förslag: Regleringen som rör 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 som listat sig hos en vårdcentral i regionen omfattas av vårdgarantin inom primärvården.

Det ska också införas en bestämmelse som anger att patienten ska anses frivilligt avstå från information om tidpunkten för vård

[177] SKR. 2020. *Riktlinjer för avvikelseregistrering inför rapportering till den nationella väntetidsdatabasen*, version 1.5, s. 4.
[178] SKR. 2020. *Riktlinjer för avvikelseregistrering inför rapportering till den nationella väntetidsdatabasen*, version 1.5, s. 8–12.

om patienten getts möjlighet 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 i vissa delar ersättas med termen *patienten*.

Skäl

Regleringen om bedömningen av vårdgarantins uppfyllnad ska utökas

Utredningen bedömer att det kan finnas medicinska skäl att vänta på vård såväl inom primärvården som inom den specialiserade vården. Likaså ser utredningen att patienten kan välja att vänta på vård oavsett vilken vårdnivå det är fråga om. Därför bedömer utredningen att regleringen om såväl medicinskt orsakad väntan som patientvald väntan bör utökas till att gälla alla delar av vårdgarantin, förutom kontakt med primärvården som ska ske samma dag och där en sådan reglering inte fyller någon funktion.

Det kan visserligen anföras att regleringen inte behöver utökas eftersom SKR:s riktlinjer till stora delar anger vad som gäller för medicinskt orsakad väntan och patientvald väntan inom såväl primärvården som den specialiserade vården. Utredningen menar dock att det är en mer långsiktigt hållbar lösning att författningsreglera dessa frågor. En författningsreglering utesluter inte att det finns riktlinjer som utgår från författningen. Dessutom täcker SKR:s riktlinjer i dag inte medicinskt orsakad väntan inom primärvården.

Ett undantag ska göras i bestämmelsen om att utnyttja sin möjlighet att välja vård i en annan region

Utredningen föreslår i avsnitt 4.4.9 att 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. Till följd av detta föreslår utredningen att ett undantag införs i bestämmelsen i 6 kap. 2 § första stycket 2 hälso- och sjukvårdsförordningen, som i dag anger att tid då den enskilde har utnyttjat sin möjlighet att välja vård i en annan region enligt 9 kap.

1 § patientlagen inte ska räknas vid bedömningen av vårdgarantins uppfyllnad. Det föreslagna undantaget innebär att det som står i 6 kap. 2 § första stycket 2 inte ska gälla i fråga om vårdgaranti inom primärvården som regionen ska erbjuda till utomlänspatienter som listat sig hos en vårdcentral i regionen. Detta eftersom förslaget i avsnitt 4.4.9 innebär att patientens val av vård i en annan region inte ska påverka bedömningen av om vårdgarantin är uppfylld eller inte när det är fråga om vård hos vårdcentraler utanför hemregionen.

En bestämmelse om patientvald väntan i fråga om information om tidpunkten för vården som avser de fall patienten fått möjlighet att välja mellan olika tidpunkter

Som anges ovan föreslår utredningen att regleringen om patientvald väntan ska utökas till att avse alla de delar som utredningen föreslår ska omfattas av vårdgarantin, förutom kontakt med primärvården. Det gäller alltså även den del av vårdgarantin som föreslås gälla information om tidpunkten för viss vård. På motsvarande sätt som det i dag i 6 kap. 2 § andra stycket beskrivs vad som avses med patientvald väntan på vård, menar utredningen att det behövs en beskrivning av vad som avses med patientvald väntan på information om tidpunkten för viss vård. Ett sådant behov påkallas av att vissa vårdgivare erbjuder patienter möjlighet att själva boka tidpunkten för vården via ett digitalt bokningsverktyg eller att på annat sätt välja bland olika tillgängliga tidpunkter för vården.[179] Det är också möjligt att sådana typer av lösningar används i högre utsträckning om utredningens förslag till bestämmelse om att samråda med patienten om tidpunkten för vården, som beskrivs i kapitel 5, avsnitt 5.5.2, genomförs. Utredningen bedömer att det vore orimligt att bedömningen av regionens uppfyllnad av vårdgarantin skulle påverkas av hur lång tid patienten tar på sig att välja tidpunkten för vården, om patienten erbjuds möjlighet att välja mellan olika tidpunkter.

Samtidigt är det viktigt att understryka att en sådan reglering inte innebär att det finns någon skyldighet för regionen att erbjuda alla patienter möjlighet att själv välja tidpunkt för vården. Det kan finnas patienter som av olika skäl inte har möjlighet att använda digitala bokningsverktyg eller som inte vill vara delaktiga i valet av tidpunk-

[179] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, s. 177.

ten för vården. Dessa ska inte tvingas att välja tidpunkt. En annan sak är att utredningen föreslår ett krav på att vårdgivaren så långt som möjligt bör samråda med patienten om tidpunkten för vården, men det kan ske på olika sätt utifrån patientens förutsättningar och bara så långt det är möjligt, vilket bland annat beror på patientens förutsättningar.

Det ska göras vissa språkliga ändringar

Utredningen bedömer att termen *den enskilde* bör ersättas med termen *patienten* i 6 kap. 2 § första och andra stycket hälso- och sjukvårdsförordningen, eftersom det i tidigare förarbeten på hälso- och sjukvårdens område anges att en patient är någon som på eget initiativ eller på annat sätt etablerat en kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal angående sitt eget hälsotillstånd.[180] Det är också termen *patienten* som föreslås användas i det föreslagna tredje stycket i samma paragraf. Alla de som avses i den paragrafen, det vill säga personer som har erbjudits en medicinsk bedömning, en undersökning, en behandling eller information om tidpunkten för vården är alltså patienter i den bemärkelsen.

Utredningen menar vidare att orden *han eller hon* inte är könsneutrala eftersom de exkluderar ickebinära könsidentiteter. Utredningen ser det som särskilt viktigt att författning på hälso- och sjukvårdsområdet är inkluderande i detta avseende och gör bedömningen att bestämmelsen bör omformuleras för att undvika orden *han eller hon* i samband med att övriga ändringar i paragrafen görs.

4.4.17 Vissa följdändringar i patientlagen ska göras

Bakgrund

I patientlagens 2 kap. 3 § upprepas vårdgarantins innehåll. I bestämmelsen anges följande. Enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen ska patienter erbjudas en vårdgaranti. Den ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

[180] Se prop. 1993/94:149. *Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m.*, s. 77, och prop. 2013/14:106. *Patientlag*, s. 110.

1. kontakt med primärvården,
2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

I 2 kap. 4 § patientlagen finns även en bestämmelse som motsvarar 9 kap. 2 § HSL. I patientlagen har bestämmelsen följande lydelse. ”Om vårdgarantin enligt 3 § 3 eller 4 inte uppfylls, ska patienten få vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten”.

Utredningens förslag

Förslag: 2 kap. 3 § 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 ändras så att den motsvarar 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen.

Skäl

Utredningen föreslår flera förändringar av vårdgarantibestämmelserna i 9 kap. hälso- och sjukvårdslagen. Bestämmelserna om vårdgarantin i patientlagen behöver således också ändras. Utredningen föreslår ändringar som innebär att bestämmelserna i patientlagen har motsvarande innebörd som bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen men språkligt överensstämmer med patientlagen i övrigt.

5 En nära och tillgänglig vård med fokus på primärvården

I detta kapitel presenteras först utredningens uppdrag och en kort sammanfattning av utredningens redogörelse för arbetet på området nära vård i delbetänkandet. Sedan beskrivs utredningens fortsatta arbete för att följa och stödja omställningen till en mer nära och tillgänglig vård efter att delbetänkandet överlämnades. Därefter redogörs för det omställningsarbete som pågått i regioner, kommuner, hos Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samt vid berörda myndigheter sedan utredningen lämnade delbetänkandet i juni 2021. Därefter presenterar utredningen sina förslag och bedömningar. Utredningens ambition är att med förslagen och bedömningarna i detta kapitel bidra till att omställningen ger patienten en stärkt ställning, se avsnitt 5.5.1 och 5.5.2, att vårdens medarbetare upplever att det görs satsningar på kärnverksamhetens långsiktiga utveckling, se avsnitt 5.5.3, och att regioner och kommuner får fortsatt stöd från statliga myndigheter för att genomföra, utvärdera och följa upp omställningsarbetet med att göra kommunal och regional primärvård till navet i hälso- och sjukvården, se avsnitt 5.5.4.

I kapitel 6 lämnar utredningen bedömningar inom områdena forskning, utbildning, och utveckling av hälso- och sjukvård som syftar till att stödja utvecklingen för en bättre kompetensförsörjning och kunskapsutveckling i en mer nära, evidensbaserad och tillgänglig vård. Även utredningens förslag om en utökad vårdgaranti i kapitel 4 stöder omställningen till en mer nära och tillgänglig primärvård. I kapitel 7 finns förslag som stöder omhändertagandet inom primärvården av barn och unga med psykisk ohälsa.

5.1 Utredningens uppdrag

Utvecklingen av och arbetet med en mer nära vård med fokus på primärvården är, enligt direktivet, en prioriterad fråga för regeringen. Regeringen har för avsikt att fortsätta stödja hälso- och sjukvårdens utveckling av en nära vård så att arbetet ska kunna fortgå med kraft och intensitet. Utredningen ska enligt direktivet

- följa arbetet i regioner och kommuner vad gäller utvecklingen av en mer nära vård, med fokus på primärvården,
- föreslå ändamålsenliga och kostnadseffektiva insatser för hur regeringen och statliga myndigheter kan fortsätta stödja utvecklingen av den nära vården, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.[1]

I ett tilläggsdirektiv fick utredningen i uppdrag att arbeta vidare med och lämna nödvändiga författningsförslag kring vissa av de bedömningar som gjordes i utredningens delbetänkande *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* (SOU 2021:59). En del av de områden som ingår i tilläggsdirektivet hanteras i detta kapitel. Det handlar om att göra patienten delaktig i tidsbokning för vård.[2]

5.2 Sammanfattning av området nära vård i utredningens delbetänkande

Utredningen konstaterade i delbetänkandet att omställningen är i sin linda och att det pågår utvecklingsarbeten runt om i landet på både lokal, regional och nationell nivå med insatser och åtgärder som ännu inte utvärderats eller följts upp. I delbetänkandet lyftes vikten av att de insatser och åtgärder som pågår inom ramen för omställningen bidrar till de tre målen ökad tillgänglighet, ökad kontinuitet och ökad delaktighet och att resurser behöver avsättas lokalt för utvärdering och uppföljning. Utredningen beskrev att patientkontraktets ingående delar skulle kunna stärka delaktighet och personcentrering om det fungerar som ett samordnande paraply för patientens hela vård-

[1] Dir. 2020:81. *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, s. 8–9.
[2] Dir. 2021:107. *Tilläggsdirektiv till Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården* (S 2020:12).

kedja för en eller flera sjukdomar. Att digitaliseringen kan öka tillgängligheten och stärka patientens ställning framhölls, men det beskrevs också att det finns ett behov av att forskningen stärks på området för att belysa digitaliseringens risker, dess kostnadseffektivitet och hur vi på bästa sätt tar till vara digitaliseringens goda effekter för patienter, vårdens medarbetare och hälso- och sjukvårdssystemet i stort. I och med utvecklingen av de digitala läkarbesöken i vården påpekade utredningen behovet av mer kunskap och forskning om när och hur digitala vårdbesök är lämpliga och effektiva.[3]

Utredningen framhöll att god samverkan mellan olika vårdnivåer och olika huvudmän för hälso- och sjukvården stärker tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet. God samverkan exemplifierades i delbetänkandet med digital specialistkonsult mellan primärvård och specialiserad vård, närsjukvårdsteam och virtuella hälsorum i glesbygd. Involvering av patienter och närstående i utveckling och utformning av vården medför en vård som är bättre anpassad efter behov och målgrupp och ökar förutsättningarna för patientnöjdhet och effektiv vård.[4]

För att det samlade arbetet i omställningen till en nära vård ska kunna ge de önskade effekterna av ökad tillgänglighet, ökad kontinuitet och ökad delaktighet, konstaterade utredningen vikten av att berörda aktörer på alla nivåer har kunskap om varandra och varandras uppdrag och arbete. Behovet av forskning på omställningen belystes. Inga förslag eller bedömningar om den nära vårdens omställning lämnades i delbetänkandet.[5]

5.3 Utredningens fortsatta arbete efter delbetänkandet

Det huvudsakliga arbetet för att ställa om till en mer nära och tillgänglig vård pågår både i regioner och kommuner. Det är angeläget att insatser från nationellt håll stöder redan pågående utvecklingsarbete, något som utredningen vill måna om i bedömningar och förslag på ändamålsenliga och kostnadseffektiva insatser som regeringen och myndigheter kan göra för att fortsatt stödja kommunernas och regionernas omställningsarbete. Omställningsarbetet pågår i regioner och kommuner liksom det nationella utvärderings- och uppfölj-

[3] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan.*
[4] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan.*
[5] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan.*

ningsarbetet av omställningen. Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp och stödja regionerna och kommunerna fram till och med 2023.[6] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska enligt tilläggsuppdrag utvärdera omställningen fram till och med år 2025. Enligt tilläggsuppdraget ska myndigheten genomföra kartläggningar av patientens tillgång till fast läkarkontakt. Kartläggningen ska göras årligen och vara kvantitativ. Myndigheten ska därutöver analysera graden av måluppfyllnad avseende de nationella målen om fast läkarkontakt.[7]

Flera olika förslag och bedömningar från statliga utredningar, regeringen och dess myndigheter relaterar till den här utredningens uppdrag om att stödja regionernas och kommunernas omställning till den nära vården. Utredningen menar att det är viktigt att regeringen och myndigheterna samordnar sig och sina insatser för att på bästa sätt kunna stödja regioner och kommuner i omställningsarbetet. Utredningen har under arbetets gång haft dialog och möten med företrädare för myndigheter och utredningar med uppdrag som också ska stödja omställningen till en mer nära vård.

För att stödja och sprida information om utvecklingsarbete med gott resultat för tillgängligheten inom primärvården arrangerade utredningen ett möte med goda exempel 16 november 2021 där tre regionala exempel presenterades, se kapitel 8, avsnitt 8.3.3.

5.3.1 Inhämtning av information och synpunkter

Utredningen har träffat nyckelpersoner för omställningen till nära vård i några regioner och hos SKR. Utredningen har också deltagit i möten med SKR:s nära vårdteam och SKR:s nätverk med regionala representanter och företrädare för forskning och utbildning inkluderande företrädare för några universitetssjukvårdsenheter. Utredningen har även träffat företrädare för Svensk förening för allmänmedicin och Svensk Primärvårdsförening. Därutöver har utredningen haft möten med representanter från Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys som arbetar med myndigheternas nära vårdarbete.

Utredningen har fått två delvis olika bilder. Den ena bilden är att arbetet pågår på bred front, det finns målbilder som är framtagna

[6] Regeringsbeslut S2019/03056/FS. *Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård.*
[7] Regeringsbeslut S2020/03320. *Ändring av uppdraget att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård.*

tillsammans av region och kommuner i en majoritet av länen. Projekt och pilottester pågår och startas upp för att exempelvis testa nya arbetssätt som organiseras under ”nära vårdkonceptet”. Den andra bilden är att vårdens kärnverksamhet inte märkt av några effekter av omställningsarbetet. Bristen på specialister i allmänmedicin är tydlig och medarbetarna i primärvårdsverksamheterna märker inte av de medel som går till omställningen eller att primärvården på något sätt stärkts. Primärvårdsforskningen uppfattas som svag i dag och behöver stärkas.

5.3.2 Workshop om nära vård med delegationen

Utredningen anordnade en workshop med utredningens rådgivande delegation 21 oktober 2021. Syftet med workshopen var att utifrån olika inspel skapa en bild av hur den nära vården bör se ut 2027 och komma fram till vad denna utredning kan göra utöver det som redan görs av andra aktörer. Till stöd för diskussionen hade delegationen fyra externa inspiratörer. Inför workshopen tog utredningen även emot synpunkter från tre personer ur utredningens rådgivande delegation.

I workshopen berördes följande frågeställningar: Behövs en tydligare nationell målbild för den nära vården 2027? Bör en sådan målbild i så fall utgå från patienten? Vilka är de viktigaste mätbara målen och indikatorerna för uppföljning årsvis? Vad kan utredningen, regeringen och myndigheterna göra för ökad tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet i primärvården? Vilka inspel är viktigast att utredningen går vidare med? Vad kan regeringen och myndigheterna göra för att stödja omställningen till den nära vården ytterligare?

Under workshopen framkom att de patienter som kan och vill ofta är beredda på att ta mer eget ansvar för sin vård om rätt förutsättningar ges. En sådan förutsättning skulle vara att som patient kunna ta del av en samlad överblick över sin planerade vård och råd om egenvård på ett och samma ställe, gärna digitalt. En namngiven fast kontakt i vården är viktigt för patienten, antingen fast vårdkontakt eller fast läkarkontakt. För patienten är det viktigaste att det ska finnas någon där som kan stödja i att samordna patientens olika vårdkontakter. Teamarbetet tillsammans med patienten är viktigt och att följa

upp patientens upplevelser av vården med patientrapporterade mått (Patient Reported Experience Measures, PREM).

Andra reflektioner och frågor som lyftes men inte besvarades under workshopen var: Kan vi låta triagera vissa direkt till specialiserad vård? Kombinationstjänster mellan fler huvudmän – hur kan det stimuleras? Patientens olika hälsoappar – ska det och hur ska det i så fall integreras i patientens vård och journal?

Patientkontrakt som begrepp upplevdes inte helt rätt, kanske ska det avvecklas eller utvecklas? Det man vill åstadkomma med patientkontraktet handlar mer om att skapa förutsättningar för samordningen av patientens vård och att patienten ska veta och se sin planerade vård, vilket ska bidra till att patienten blir mer medskapare av vården. Under workshopen föreslogs att utredningen bör påverka utvecklingen av patientkontrakt så att patientens kontakter och kommunikation med vården blir lättare tillgänglig och visualiseras på ett och samma ställe, gärna digitalt. Det framhölls att ersättningsfrågan för nätläkarna behöver lösas nationellt, liksom att patienten borde få kunna välja slutenvård i hela Sverige och få omkostnader betalda.

Så vill patienterna ha det år 2027

Hur vill patienterna att vården ska fungera 2027? Den målbild som är framtagen av utredningen, efter inspiration från delegationens workshop och efter synpunkter framkomna vid möten med utredningens referensgrupp med patient- och närståendeorganisationer, presenteras nedan. Utredningen lämnar inte bedömningar och förslag kopplat till alla förändringar som beskrivs här men i överväganden och förslag om förändringar av vården är det lärorikt och viktigt att utgå från hur patienterna vill att det ska fungera. Denna målbild kan vara ett komplement till regeringens målbild om att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Patienten ska också vara delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser.

Så vill jag att vården ska fungera år 2027

I mars 2015 konstaterade läkarna att jag insjuknat i en kronisk bindvävssjukdom. Sedan dess har jag haft otaliga kontakter med vården. Inte bara på grund av min kroniska diagnos utan också för att få hjälp med sådana hälsobekymmer som vi alla drabbas av då och då. Genom de många kontakterna med vården har jag lärt känna den ganska väl och jag kan se att den förändrats ganska mycket sedan jag blev sjuk, inte minst de senaste fem åren. Nu, 2027, upplever jag faktiskt att den fungerar på det sätt jag har önskat under alla dessa år.

De jag träffar i vården nu möter mig med full respekt för min egen kunskap om mig och min sjukdom. Jag har ett ”eget” vårdteam vid Närvården Lugnet som jag oftast har kontakt med och de låter mig ansvara för de delar av vården jag själv kan göra utifrån mina förutsättningar. De låter mig ingå i teamet på mina villkor och med mina resurser. Samtidigt tar de fullt ansvar för att stödja mig, ge mig råd om och ordna de undersökningar och behandlingar jag behöver, oavsett om dessa ska göras på Lugnet eller på sjukhuset och oavsett om jag behöver ligga kvar på sjukhuset eller ej. Det gör att jag är välinformerad och äntligen kan känna mig lugn och trygg med min vård.

Lättillgänglig information samlat och digitalt

Nuförtiden går det lätt och snabbt att få kontakt med både Lugnet och sjukhusklinikerna de gånger jag behöver. Oftast loggar jag in och kontaktar dem digitalt, men ibland ringer jag. Om de inte kan svara ringer de alltid tillbaka inom utlovad tid och kan de inte erbjuda mig den vård jag behöver hjälper Lugnet mig vidare till rätt mottagning. Jag har ju min fasta läkare på Lugnet som min närmaste kontakt, men jag har även andra fasta vårdkontakter från olika yrkesgrupper vid andra kliniker som jag har regelbunden kontakt med på grund av min kroniska sjukdom. De vårdkontakterna håller Lugnet och min fasta läkare informerade så att jag alltid i första hand kan vända mig till Lugnet. Jag känner att Lugnet är navet i min vård. Jag hittar lätt mina fasta vårdkontakter när jag loggar in på min samlade digitala översikt på 1177.se. Varje år får jag en fråga om jag är nöjd eller vill byta fasta vårdkontakter.

I min digitala översikt finns bland annat vårdplanen för min kroniska sjukdom. Den betyder verkligen mycket för mig. Jag kan ju läsa min journal på nätet också, men det är inte samma sak. Vårdplanen är verkligen ”min”. Både jag och mina vårdgivare använder och uppdaterar den. I den kan vi utbyta information och ställa frågor och få svar oberoende av tid och rum. I vårdplanen finns också råd om egenvård och beskrivning av förebyggande insatser som jag själv kan göra för att behålla och förbättra min hälsa. I min digitala översikt finns kommande aktiviteter med inlagda tider för alla mina vårdkontakter. Jag har även gett tillåtelse till mina närmaste anhöriga att ta del av innehållet i den digitala översikten, det underlättar både för mig och dem att de förstår och känner sig delaktiga i min vård och hälsa.

Tiden för vård kan påverkas

När en ny insats ska planeras in kan jag antingen boka tiden själv eller också stämmer vården av lämpliga tider med mig och återkommer med bekräftelse. Jag får alltid besked om kommande tid senast 14 dagar efter att den kommande vårdinsatsen beslutades. Och jag får alltid en påminnelse per mejl eller SMS några dagar innan den aktuella tidpunkten.

Lugnet erbjuder både digitala och fysiska vårdkontakter. Många gånger räcker det med chatt- eller videokontakt men för enklare undersökningar och behandlingar går jag till Lugnet. Det känns som de ger mig den tid jag behöver för olika frågor och bedömningar och jag behöver inte boka nya besök för varje enskilt problem. I mitt vårdteam ingår både läkare, sjuksköterskor och andra yrkespersoner så jag får oftast hjälp där även med mina lite mer komplicerade besvär.

För det mesta kan de ordna en medicinsk bedömning samma dag om det är mer akut och numera har de öppet för enklare vård även på helgerna. Några gånger har jag faktiskt inte kunnat ta mig dit. Då har de skickat hem någon från det mobila teamet till mig, och det mobila teamet har full tillgång till min journal och vårdplan så att de är uppdaterade på min sjukdomshistoria när de kommer hit. Och min fasta läkare på Lugnet kan se resultaten av alla mina vårdkontakter oavsett var jag fått min vård.

Delaktig i vården

Jag är själv lite överraskad över hur fort jag vant mig vid och lärt mig uppskatta att sköta mycket av provtagning och övervakning kring min hälsa och sjukdom här hemma. Jag har min aktivitetsklocka, telefon, våg och blodtrycksmätare som tillsammans med några ytterligare apparater hjälper mig att mäta sömn, puls, syremättnad, hjärtrytm, blodsocker och blodtryck med mera. Jag loggar in och laddar upp mina värden i min digitala översikt via några olika appar så att mitt vårdteam kan bedöma dem och föreslå åtgärder om det behövs.

Jag får återkoppling när de bedömt uppgifterna jag laddade upp och de brukar så gott som alltid ge mig råd om vad jag själv kan göra för att leva och må så bra som möjligt utifrån mitt hälsoläge och mina mål och förutsättningar. De kommer inte med pekpinnar eller moralpredikningar och har inga fördomar om mig som person, så för det allra mesta blir jag både inspirerad och motiverad att försöka förbättra min hälsa lite ytterligare. Det är ju inte alltid så lätt när man är kroniskt sjuk som jag och vissa dagar är svårare än andra. Men de är bra på att hjälpa mig att försöka se till det friska och positiva i stället för att bara fokusera på min sjukdom.

Min sjukdom gör att jag behöver ha ganska många kontakter även med andra kliniker än Lugnet. Och nu känns det faktiskt som att vården äntligen hänger ihop och flyter på utan gränser eller konstiga glapp eller stopp. Både jag och mina barn har ju tyvärr haft ganska många kontakter med vården genom åren på grund av oklarheter. Men nu känns det som att olika mottagningar, kliniker och sjukhus har lyckats få ihop sina olika it-system och att de kan samarbeta mycket bättre än tidigare. Och de har bättre koll på och förståelse för mina behov och min totala livssituation. Jag får dessutom ofta besvara frågor digitalt om min upplevelse av vården, vad jag tycker är viktigt och hur jag anser att vården kan utvecklas och förbättras. Så jag vågar påstå att jag får den vård jag behöver när jag behöver den och hos den vårdgivare jag väljer. Och det gäller både i primärvården och vid de olika specialistenheterna på sjukhusen. Jag vet att jag får hjälp av min region att komma dit jag vill om jag skulle känna att jag vill eller behöver vård av någon annan än de jag nu går hos. Av nyfikenhet tittade jag nyligen i det nationella vårdsöksystem som kom för några år sedan och som

kan vara till hjälp för mig och mina fasta vårdkontakter om jag skulle behöva vård snabbare än i min hemregion. Men jag konstaterade snart att jag inte kände några behov att söka mig någon annanstans än där jag går nu. Jag är mycket nöjd med de kontakter jag har och den fina vård jag får.

5.4 Omställningens pågående arbete

I utredningens delbetänkande presenteras en redovisning av bakgrunden till omställningen, en nulägesbild med då pågående statliga utredningar med beröringspunkter med omställningen till en god och nära vård samt de två propositioner[8] med fokus på primärvården som det fattats beslut om fram till delbetänkandets överlämnande i juni 2021. I delbetänkandet finns även en sammanställning av Socialstyrelsens och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppdrag och rapportering relaterade till nära vård, liksom en beskrivning av statens överenskommelser med SKR om en god och nära vård för åren 2019–2021. I detta avsnitt redovisas överskådligt vilket arbete som gjorts och görs av regioner, kommuner, SKR, statliga myndigheter och regeringen efter att utredningen lämnade sitt delbetänkande.

5.4.1 Regionernas handlingsplaner för fast läkarkontakt och patientkontrakt

Fast läkarkontakt i överenskommelser

I enlighet med överenskommelsen om en god och nära vård mellan staten och SKR för 2021 har regionerna i samråd med kommunerna tagit fram handlingsplaner för hur målen om kontinuitet, fast vårdkontakt och fast läkarkontakt ska uppnås i primärvården. För att skapa en bättre och mer personcentrerad samordning i vården har regionerna som en del i det arbetet även haft i uppdrag att under 2021 upprätta handlingsplaner för införandet av patientkontrakt.[9] Enligt

[8] Prop. 2017/18:83. *Styrande principer för hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti i primärvården* och prop. 2019/20:164. *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

[9] *God och nära vård 2021 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

anvisningar från SKR kunde de två handlingsplanerna med fördel slås ihop till en och samma handlingsplan.[10]

Målen om att öka andelen med fast läkarkontakt i befolkningen finns i överenskommelsen om god och nära vård för både 2021 under området *Stöd till relationsskapande och ökad kontinuitet i vården* och för 2022 under området *Insatser för att öka kontinuiteten och relationsskapande i hälso- och sjukvården*. Målen innebär följande:

- Senast vid utgången av 2022 ska andelen i befolkningen som har en namngiven fast läkarkontakt i primärvård utgöra minst 55 procent. Samtidigt ska en 20-procentig ökning av kontinuitetsindex till läkare samt kontinuitetsindex för patientens totala kontakter ha skett i regionen.
- För dem i befolkningen som bor på ett särskilt boende för äldre och som där får sin huvudsakliga hälso- och sjukvård ska andelen som har en fast läkarkontakt utgöra minst 80 procent vid utgången av 2022 samtidigt som en betydande ökning av kontinuitetsindex till läkare ska ha skett.

Regionerna lämnade in handlingsplanerna till Socialstyrelsen i september 2021. I handlingsplanerna skulle uppdrag, ansvar och befogenheter för fast läkarkontakt utifrån lokala behov och förutsättningar definieras. Regionerna skulle enligt överenskommelsen även utarbeta rutiner för dokumentation och registrering av uppgifter om en patients fasta läkarkontakt och fasta vårdkontakt, så att datainsamling kan ske effektivt och likvärdigt i syfte att kunna följa den nationella utvecklingen löpande och över tid. Det fanns dock inget krav på att de regionalt utarbetade rutinerna för dokumentationen finns presenterade i handlingsplanen.[11]

I september 2021 har även regionerna tillsammans med de Regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) för kommunerna lämnat en delredovisning till Socialstyrelsen om genomförda insatser, uppnådda resultat och användning av medlen inom överenskommelsen om god och nära vård.[12]

[10] SKR. 2021. *Vägledning – Underlag för handlingsplan Nära vård 2021*.
[11] *God och nära vård 2021 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*
[12] *God och nära vård 2021 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

Inom ramen för Socialstyrelsens pågående regeringsuppdrag om att följa upp det regionala och lokala omställningsarbetet ska myndigheten ta emot handlingsplaner och delredovisningar från regionerna samt redovisningarna från RSS och redogöra för uppföljningen i en delrapportering 30 augusti 2022.[13]

Patientkontrakt i överenskommelser

Redan 2017 pågick en av regeringen finansierad pilotverksamhet med patientkontrakt. Region Kalmar län, Region Halland och Region Norrbotten genomförde projektet under 2017.[14] Sedan 2018 har patientkontrakt ingått i olika överenskommelser mellan staten och SKR.

I det nu pågående införandet ska regionerna inkludera patientkontraktet i kunskapsstyrningen och ge information och utbildning till personal för spridning av patientkontrakt. Därutöver ska regionerna bidra till utvecklingen av rutiner för dokumentation av patientkontrakt i lokala it-stöd samt för anslutning till tjänster i den nationella tjänsteplattformen.[15] I överenskommelsen om den nära vården för 2022 beskrivs patientkontrakt på följande sätt:

> Patientkontrakt är en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare som säkerställer delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan, med patientens perspektiv som utgångspunkt. Patientkontrakt kan finnas i alla delar av vården – oavsett organisationsform. Det ska stödja relationen mellan patienten och vården, och avser en sammanhållen planering över patientens samtliga vård- och omsorgskontakter som bland annat ska kunna visualiseras digitalt via 1177 Vårdguiden. I första hand ska patientkontrakt erbjudas patienter med omfattande och komplexa vårdbehov.[16]

Genom överenskommelserna om en god och nära vård har regionerna och kommunerna fått medel till utvecklingsområdet *Nära vård* där införandet av patientkontrakt är en del. Även SKR har inom ramen för överenskommelsen fått medel för att stödja regionerna i deras

[13] Regeringsbeslut S2019/03056/FS. *Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård* och Regeringsbeslut S2020/03319/FS. *Insatser för att stödja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård.*
[14] Region Halland, Landstinget i Kalmar län och Region Norrbotten. 2018. *Patientkontrakt, Slutrapport januari 2018, Samarbetsprojekt i tre landsting/regioner.*
[15] *God och nära vård 2022 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.
[16] *God och nära vård 2022 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

utveckling av arbetssätt och rutiner för en strukturerad dokumentation av patientkontrakt i lokala it-stöd samt att ansluta till tjänster i den nationella tjänsteplattformen.[17] SKR ska även nationellt samordna arbetet med digitalisering av hälso- och sjukvård utifrån regeringens och SKR:s gemensamt framtagna Vision e-hälsa 2025. Inom ramen för SKR:s arbete med införandet av patientkontrakt gavs Inera i uppdrag att genomföra en förstudie för framtagandet av en digital lösning för sammanhållen planering. Förstudien presenterades i mars 2020, se avsnitt 5.5.1.[18]

5.4.2 SKR om sitt och medlemmarnas arbete med omställningen

Enligt SKR har intresset för omställningen av hälso- och sjukvården till en mer nära vård varit högt trots pågående pandemi. Ett tecken på det stora intresset är enligt SKR det höga deltagandet i SKR:s *Ledarskapsprogram Nära vård* som SKR erbjuder chefer, ledare och förtroendevalda i syfte att öka kunskaperna om att leda storskaliga förändringar i komplexa miljöer. Programmet har haft cirka 3 000 deltagare under 2021 och till våren 2022 har cirka 1 500 personer anmält sig.[19] I mars 2022 påbörjade SKR ett pilotprogram för regiondirektörer och kommundirektörer i samma län som tillsammans med sina ledningsgrupper ska skapa en arena i syfte att stärka systemledningen och tydliggöra högsta ledningarnas roll i omställningen.[20]

Aktiviteter för att utveckla den nära vården pågår i kommuner och regioner tillsammans men också hos var och en för sig. Andra delar av välfärden så som exempelvis skola och samhällsplanering intresserar sig för vad nära vård är och hur det påverkar deras verksamheter. SKR menar att rörelsen är igångsatt, men att det finns ett stort behov av fortsatt finansiellt stöd och stöd till verksamhetsutveckling. SKR har finansierat olika studier och rapporter om utvärdering och uppföljning av den nära vården och organisationen har fortsatt

[17] *God och nära vård 2021 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner* och *God och nära vård 2022 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*
[18] Inera. 2020. *Förstudie om sammanhållen planering via 1177 Vårdguiden – Behov och lösningsförslag för ökad delaktighet och samskapande Slutrapport förstudie 2020-02-28.*
[19] SKR. 2021. *Delrapport av överenskommelsen, God och nära vård 2021 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.*
[20] Skriftlig information från SKR, 2022-02-23.

att arrangera forum för erfarenhetsutbyte, utbildningar och dialoger riktade till sina medlemmar. SKR fortsätter stötta regionerna att integrera patientkontrakt i omställningen till en nära vård och menar att patientkontraktet binder samman några av vårdens största utmaningar: delaktighet, tillgänglighet, samverkan och samordning.[21]

5.4.3 Socialstyrelsen stöder och följer upp omställningen

Övergripande om omställningen

Socialstyrelsen menar att vissa delar i omställningen har försvårats under pandemin. På andra områden har utvecklingen gått framåt. Fler kommuner än tidigare redovisar att man har en gemensam målbild med regionen och Socialstyrelsen menar att det går att se en utvecklad förståelse och samverkan mellan kommuner och regioner som är en bra grund för det fortsätta omställningsarbetet. Att ta fram lokala målbilder för omställningen på politisk- och tjänstemannanivå har också varit ett krav för att få ta del av medlen i överenskommelsen.[22]

Socialstyrelsen ser ett fortsatt fokus på nya arbetssätt i regioner och kommuner och att det pågår en snabb utveckling av digitaliseringen. Insatser för förbättrad kompetensförsörjning fortsätter i regionerna, så som uppgiftsväxling, utökat antal tjänster för läkares specialiseringstjänstgöring (ST-tjänster) i allmänmedicin, ledarskapsutbildningsinsatser och arbeten för förbättrad arbetsmiljö.[23]

Socialstyrelsen menar att omställningen kommer att ta tid och att primärvården behöver stärkas för att kunna vara navet i vården. Strategier och målbildsarbete behöver leda till en stärkt primärvård både i kommuner och regioner. Digitala tjänster som utvecklas behöver underlätta samarbetet både mellan vårdgivare och mellan huvudmän. De digitala tjänsterna behöver också anpassas så att de inte försvårar tillgängligheten för vissa grupper.[24]

[21] SKR. 2021. *Delrapport av överenskommelsen, God och nära vård 2021 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.*
[22] Socialstyrelsen. 2021. *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 – Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer.*
[23] Socialstyrelsen. 2021. *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 – Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer.*
[24] Socialstyrelsen. 2021. *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 – Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer.*

Utmaningar med att följa upp fast läkarkontakt

Socialstyrelsen ser att det fortfarande skiljer sig åt mellan regionerna vad gäller möjligheterna att följa upp fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i vården.[25] Socialstyrelsen konstaterade redan 2020 i rapporten *Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt* att det fanns utmaningar med att kvantitativt följa utvecklingen av fast läkarkontakt såväl i regionerna som på nationell nivå. Detta hänger delvis samman med att begreppet fast läkarkontakt tolkas olika av olika aktörer och att det saknas en nationell samsyn om hur det ska dokumenteras i regionernas informationssystem. Det saknas även en samsyn mellan regionerna om hur begreppet ska tolkas. Det görs även överlappningar mellan fast vårdkontakt och fast läkarkontakt och i flera regioner likställs fast läkarkontakt med den läkare som patienten är listad hos eller blivit tilldelad.[26]

Socialstyrelsen menar att det är tekniskt möjligt att dokumentera listning på namngiven läkare men ställer sig tveksam till dokumentationens kvalitet som anses bristfällig och icke heltäckande. För att göra det möjligt att följa utvecklingen av fast läkarkontakt på nationell nivå behövs, enligt Socialstyrelsen, ett informatikarbete. I informatikarbetet behöver, enligt Socialstyrelsen, regionernas (i september 2021) framtagna handlingsplaner för arbetet med fast läkarkontakt, fast vårdkontakt och kontinuitet beaktas, se avsnitt 5.4.1. Socialstyrelsen har för avsikt att följa upp och redovisa tidigare genomförd undersökning för att kunna följa utvecklingen av fast läkarkontakt.[27]

Stödmaterial för arbetet om fast läkarkontakt

Regeringen angav i proposition 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* att ett kunskapsstöd som stöder verksamheter och vårdgivare att fördela patienter på funktionen fast läkarkontakt är mer lämpligt än att ta fram en reglering av hur många patienter en fast läkarkontakt kan ansvara för. Med rådande brist på specialister i allmänmedicin menade regeringen att det kan ifrågasättas vad en reglering skulle betyda för primärvården utifrån ett medarbetar- och arbetsmiljöperspektiv. Eftersom antalet

[25] Socialstyrelsen. 2021. *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 – Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer.*
[26] Socialstyrelsen. 2020. *Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt.*
[27] Socialstyrelsen. 2020. *Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt.*

patienter per fast läkare är beroende av många olika parametrar och överväganden som påverkas av den kontext man verkar i, exempelvis parametrar som vårdtyngd och läkarens erfarenhet, beskrev regeringen att den såg risker med att arbetssituation och arbetsmiljö skulle kunna försämras i primärvården med en författningsreglering. Socialstyrelsen fick därmed i uppdrag av regeringen att ta fram ett kunskapsstöd som stöder verksamheter och vårdgivare att fördela patienter på funktionen fast läkarkontakt.[28]

Uppdraget har genomförts och resultatet sammanfattas nedan.

Ett stöd i vård- och hälsocentralernas kvalitetsarbete

Socialstyrelsen har, för arbetet med fast läkarkontakt, tagit fram stödmaterial som vänder sig till regioner, vårdgivare, verksamhetschefer och vårdpersonal i primärvården. Underlagen kan vara ett stöd i vård- eller hälsocentralernas systematiska kvalitetsarbete för att utveckla arbetssätt, fördela och dimensionera antalet patienter per fast läkarkontakt. Materialet kan även bidra till dialog och reflektion med medarbetare om begreppet kontinuitet och dess innebörd. Materialet består av fyra delar:

- *Vägledning – Stöd för arbetssättet fast läkarkontakt* är tänkt att öka kunskapen om funktionen och arbetssättet med fast läkarkontakt. Med vägledningen vill Socialstyrelsen bidra till att öka kontinuiteten i primärvården och öka antalet med fast läkarkontakt.[29]
- *Meddelandeblad – Fast läkarkontakt m.m.* med syftet att öka kunskapen om reglerna och förarbetena till regleringen av fast läkarkontakt.[30]
- *Material för utveckling av funktionen fast läkarkontakt,* ett reflektionsmaterial om arbetssättet fast läkarkontakt som innehåller verksamhetsnära reflektionsfrågor för planeringsmöten och arbetsplatsträffar och som syftar till att involvera medarbetarna i verksamhetsnära frågor.[31]

[28] Prop. 2019/20:164. *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* s. 94–95; regeringsbeslut S2019/03056/FS. *Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård*; regeringsbeslut S2020/03319/FS. *Insatser för att stödja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård*.
[29] Socialstyrelsen. 2022. *Stöd för funktionen och arbetssättet med fast läkarkontakt*.
[30] Socialstyrelsen. 2021. *Meddelandeblad – Fast läkarkontakt m.m.*
[31] Socialstyrelsen. 2021. *Material för utveckling av funktionen fast läkarkontakt*.

- *Planeringsverktyg – Stöd för funktionen och arbetssättet med fast läkarkontakt*, ett verktyg för dimensionering av fast läkarkontakt som syftar till att underlätta kartläggning, analys och planering för fast läkarkontakt utifrån vårdenhetens förutsättningar, läkarresurser och patienternas vårdbehov.[32]

Socialstyrelsen har skickat stödmaterialet på remiss för synpunkter varefter uppdateringar är gjorda. I januari 2022 publicerades den färdigställda vägledningen *God och nära vård – vägledning, Stöd för funktionen och arbetssättet med fast läkarkontakt* på Socialstyrelsens webbsida.[33] Utredningen presenterade det remitterade utkastet av stödmaterialet för kontaktpersoner i regionerna i samband med det möte om goda exempel om primärvården som utredningen anordnade 16 november 2021.

Utveckling av indikatorer för uppföljning av omställningen till en mer nära vård

Socialstyrelsen presenterade i rapporten *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020* ett utvecklat förslag på indikatorer för att kunna följa hur omställningen påverkar hälso- och sjukvården. Där ingår drygt 100 indikatorer och andra mått. För att underlätta en överblick och ingång valde Socialstyrelsen ut en delmängd indikatorer, som kallas kärnindikatorer. Därtill identifierades andra centrala mått som spelar stor roll för omställningen. Socialstyrelsen fokuserade främst på resultatmått, dels för att det stöds i överenskommelsen om nära vård dels för att begreppet nära vård inte är nationellt definierat efter vad som ska göras utan snarare ses som ett förhållningssätt. Trots att Socialstyrelsen identifierade indikatorer anser myndigheten att det är svårt att veta om de uppmätta värdena för de olika indikatorerna är direkta resultat av insatserna eller förändringarna som gjorts i regioner och kommuner inom omställningen. Uppföljningen med de nationella indikatorerna bör kombineras med andra kvantitativa och kvalitativa data om arbetet med nära vård i

[32] Socialstyrelsen. 2022. *Planeringsverktyg – Stöd för funktionen och arbetssättet med fast läkarkontakt.*
[33] Socialstyrelsen. *Fast läkarkontakt*. www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/god-och-nara-vard/fast-lakarkontakt/, uttag 2022-02-10.

kommuner och regioner. Socialstyrelsen planerar för utveckling och fortsatt arbete med indikatorerna.[34]

För att kunna följa patienter över vårdnivåer och vårdgivargränser på nationell nivå är det enligt Socialstyrelsen nödvändigt med ett individdataregister för primärvården så som föreslagits av myndigheten i februari 2021.[35] Socialstyrelsen belyste också att en framtida förvaltning av indikatorer innebär ett nödvändigt arbete med uppdatering, anpassning och utveckling då förbättrade data, förändrade behov eller ny kunskap tillkommer.[36]

Socialstyrelsen har i uppdrag att fortsätta följa omställningen och ska följa upp de insatser som görs av regionerna under 2021 och redovisa dem i augusti 2022. Insatserna som görs av regioner och kommuner under 2022 ska Socialstyrelsen följa upp och rapportera i augusti 2023.

5.4.4 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys utvärderar omställningen

Övergripande om omställningen

I oktober 2021 publicerade Myndigheten för vård- och omsorgsanalys sin utvärderingsrapport *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård* och där konstaterades att det hittills finns få indikationer på att omställningen har lett till måluppfyllelse, vare sig det gäller ur ett patientperspektiv, ur de yrkesverksammas perspektiv eller ur ett mer övergripande systemperspektiv. Det finns få tecken på att omställningen inneburit förbättringar. Omställningen har bara lett till mindre förändringar när det gäller ekonomiska resurser, kompetensförsörjning och vårdkonsumtion, men en kostnadsökning ses i kommunernas hälso- och sjukvård. Det kvarstår kända brister när det gäller arbetsbelastning, bemanning och tillgången till kompetens, i primärvården.[37]

[34] Socialstyrelsen. 2021. *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 – Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer.*
[35] Socialstyrelsen. 2021. *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård, Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården.*
[36] Socialstyrelsen. 2021. *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 – Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer.*
[37] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*, rapport 2021:8.

Enligt myndigheten pågår en mängd aktiviteter som lokala initiativ och projekt. Det kommer troligen ta tid innan utvecklingsarbetet implementerats, lett till ändrade arbetssätt och mer övergripande resultat sett till omställningens målsättningar[38]. Det syns få tecken på att de ekonomiska resurserna i primärvården ökar tillräckligt för att möta målsättningarna med omställningen. De flesta regioner verkar sakna tydliga planer för att öka finansieringen till primärvården under kommande år. Kostnaderna för regionernas primärvård har ökat något de senaste åren, och primärvårdens andel av regionernas totala hälso- och sjukvårdskostnader har ökat långsamt. Däremot har kostnaderna för kommunernas hälso- och sjukvård ökat påtagligt de senaste åren. Kostnadsuppgifterna är dock osäkra och svåra att tolka enligt myndigheten.[39] Det går inte att se i regionernas ekonomiska planering att medel avsatta för omställningen har stärkt primärvården under dessa år med överenskommelsen. Det går inte heller att se att medlen nått fram till primärvårdens medarbetare.[40]

Enligt myndigheten är det utmanande att mäta det omställningen ska bidra till. Det saknas nationell statistik för att skapa en heltäckande bild av kostnader och patientbehov samt av omfattningen av och innehållet i de insatser som görs i primärvård, kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det finns dock en samsyn och ett brett stöd för reformens mål, i synnerhet ökad kontinuitet och tillgång till fast vårdkontakt, och en stor efterfrågan på förbättringar. Primärvården behöver ökade ekonomiska och personella resurser, men ännu syns ingen förbättring när det gäller andelen specialistläkare i allmänmedicin. Myndigheten uttryckte oro över att regionerna ännu inte verkar ha gett primärvården tillräckliga förutsättningar för att nå omställningens mål.[41]

[38] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport,* rapport 2021:8.
[39] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*, rapport 2021:8.
[40] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport,* rapport 2021:8.
[41] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport,* rapport 2021:8.

Fast läkarkontakt och kontinuitetsmått

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterade att det är svårt att hitta tillförlitliga uppgifter gällande andelen med fast kontakt i vården nationellt, och att veta vad det i praktiken bidrar till för patienten. Utifrån den fallstudie om fast läkarkontakt som myndigheten gjort, påtalas vikten av att följa fler kontinuitetsmått än bara fast kontakt. Andelen listade med fast läkarkontakt på vårdcentralerna uppvisade, enligt myndighetens fallstudie, inte något samband med vårdcentralernas resultat på de två andra kontinuitetsmåtten: kontinuitetsindex enligt Primärvårdskvalitet och frågan i Nationell Patientenkät (NPE) om man fått träffa samma läkare. Regionerna uppmanades av myndigheten att tänka på detta i sitt utvecklingsarbete. Myndigheten påvisade i fallstudien att det finns ett starkt samband mellan måttet kontinuitetsindex till läkare i Primärvårdskvalitet och patienternas upplevelse av att träffa samma läkare i NPE, vilket stärker tillförlitligheten för båda mätetalen.[42]

Primärvården i landsbygden

I rapporten *Långt bort men nära – Kartläggning av primärvården i landsbygden* presenterade myndigheten en kartläggning av kvaliteten och tillgängligheten i primärvården i Sveriges landsbygder. Det konstaterades att det finns generella brister inom primärvården oberoende av kommuntyp. Det är därför viktigt att arbeta med att stärka primärvården i alla delar av landet för att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor.[43]

Geografisk tillgänglighet, kontinuitet och vissa medicinska utfallsmått för medicinsk kvalitet har något sämre resultat i landsbygden, men bara små skillnader syns i det som analyserats. Det finns behov av att utveckla vården för att bättre möta befolkningens förväntningar. Förväntningar på vården beror enligt myndigheten på andra faktorer än bostadsort. Kompetensförsörjning framstår som den

[42] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport,* rapport 2021:8.
[43] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *Långt bort men nära – Kartläggning av primärvården i landsbygden*, rapport 2021:11.

enskilt största utmaningen i landsbygden. Det finns behov av kontinuerliga insatser för att attrahera, rekrytera och behålla medarbetare.[44]

Digitalisering kan öka tillgängligheten och kontinuiteten, och har extra stor betydelse för landsbygdens specifika utmaningar. I rapporten framkommer att privata vårdgivare upplever att det är svårare att etablera sig i landsbygden på grund av svårigheter med kompetensförsörjning, avtalens utformning och planeringsförutsättningar. Det framkommer att olika former av glesbygdsersättning används av regionerna för att kompensera ett ökat resursbehov. Det kan exempelvis handla om ersättning baserad på vårdcentralens avstånd till närmaste sjukhus och vårdcentralens befolkningsunderlag eller ökad ersättning för hembesök i vissa avlägset belägna områden.[45]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys menar att primärvården i landsbygden har förhållandevis goda förutsättningar att lyckas med omställningen beroende på att primärvården i landsbygden tar ett större ansvar för patienternas vård och omhändertar fler personer med komplexa behov och därmed verkar fungera som navet i vården. Landsbygdskommuner har även ett bättre resultat än tätortskommuner sett till delaktighet i och samordning av vården. Myndigheten anser att det finns behov av forskning och utvärdering för att identifiera kostnadseffektiva insatser för att utveckla vården i landsbygden.[46]

Myndigheten lämnade tre rekommendationer inom centrala utvecklingsområden. Rekommendationerna riktar sig till regering, regioner och kommuner. Myndigheten rekommenderade dessa aktörer att säkerställa och förbättra förutsättningarna för kompetensförsörjning i landsbygden och att säkerställa att förutsättningar finns för att utveckla och införa en bredd av digitala verktyg. Därutöver rekommenderade myndigheten att det noga behöver följas hur omställningen till en god och nära vård påverkar kvaliteten på vården i landsbygden.[47]

[44] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *Långt bort men nära – Kartläggning av primärvården i landsbygden*, rapport 2021:11.
[45] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *Långt bort men nära – Kartläggning av primärvården i landsbygden*, rapport 2021:11.
[46] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *Långt bort men nära – Kartläggning av primärvården i landsbygden*, rapport 2021:11.
[47] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *Långt bort men nära – Kartläggning av primärvården i landsbygden*, rapport 2021:11.

5.4.5 Andra aktuella arbeten och förändringar

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård

Sista betänkandet *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk ohälsa* från utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) som lämnades till regeringen i januari 2021 har varit på remiss fram till och med 30 september 2021 och bereds nu i Regeringskansliet. I denna utrednings sista betänkande lämnades förslag om ändring i primärvårdens uppdrag för att tydliggöra primärvårdens ansvar för psykiska vårdbehov, se kapitel 7, avsnitt 7.8.1.[48]

Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga

Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (S 2019:05) lämnade sitt delbetänkande *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga* i maj 2021 med förslag på hur fast vårdkontakt kan stärkas för barn och unga samt förslag på tydligare krav på samverkan mellan regionerna och huvudmännen för skolväsendet, se kapitel 7, avsnitt 7.8.2.

Utredningens slutbetänkande *Börja med barnen! Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård* lämnades i oktober 2021. Enligt utredningen är utvecklingen av kvalitetsregister nödvändig för att kunna säkra kvaliteten i de hälsovårdande verksamheterna, exempelvis inom elevhälsan och vid barnavårdscentraler. Ändringar i patientdatalagen (2008:355) föreslogs för att förtydliga att uppgifter om hälsofrämjande och förebyggande insatser kan registreras i kvalitetsregister. Utredningen lämnade också bedömningar i syfte att bidra till en god informationsförsörjning för såväl hälso- och sjukvårdens verksamheter som för den enskilde och uttryckte stöd för förslag som lämnats av Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:1) i maj 2021[49].[50]

Förslagen som gavs stöd rör personuppgiftshantering inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, vilka ska underlätta informationsöverföring inom och mellan olika verksamheter och huvud-

[48] SOU 2021:6. *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa.*
[49] SOU 2021:39. *Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården.*
[50] SOU 2020:19. *Goda och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.*

mannagränser. Därutöver gav Utredningen en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (S 2019:5) förslag på ett flertal uppdrag till myndigheter. Socialstyrelsen föreslogs få i uppdrag att följa upp om barns och ungas behov tillgodoses i omställningen som ett kompletterande uppdrag till den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen föreslogs även få i uppdrag att stödja genomförandet av det i delbetänkandet föreslagna nya nationella hälsovårdsprogrammet för barn och unga. Därutöver föreslogs Socialstyrelsen få i uppdrag att ta fram indikatorer för att kunna följa utvecklingen av barn- och ungdomshälsovården. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys föreslogs få i uppdrag att utvärdera effekterna av den nationella hälsoreformen för barn och unga.[51]

Samsjuklighetsutredningen

Samsjuklighetsutredningen fick i juni 2020 uppdraget att föreslå hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd.[52]

I delbetänkandet som lämnades 30 november 2021 föreslog Samsjuklighetsutredningen förändringar av samhällets insatser till personer med samsjuklighet som förutsätter ett förändrat huvudmannaskap för vård och stöd till alla personer med skadligt bruk eller beroende. Samsjuklighetsutredningen har fått ett tilläggsdirektiv och förlängt uppdrag. Den ska enligt tilläggsdirektivet lämna förslag på en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (1988:870), LVM, eller lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128), LPT. Uppdraget ska redovisas 31 januari 2023.[53]

[51] SOU 2021:78. *Börja med barnen! Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård.*
[52] Dir. 2020:68. *Samordnande insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd.*
[53] Dir. 2021:96. *Tilläggsdirektiv till Samsjuklighetsutredningen* (S 2020:08).

Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner

I december 2020 fick Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner (S 2020:16) i uppdrag att

- föreslå en äldreomsorgslag som kompletterar socialtjänstlagen (2001:453) med särskilda bestämmelser om vård och omsorg om äldre och som bland annat innehåller bestämmelser om en nationell omsorgsplan,
- överväga och vid behov lämna förslag som stärker tillgången till medicinsk kompetens inom äldreomsorgen.[54]

Uppdraget ska redovisas senast 30 juni 2022.[55]

Socialstyrelsens och Vårdkompetensrådets uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården

Regeringen har gett Socialstyrelsen och Vårdkompetensrådet ett uppdrag om kompetensförsörjning i primärvården som ska göras i dialog med berörda aktörer. Enligt uppdraget ska de ta fram förslag på insatser som kan göras nationellt och av regioner och andra aktörer i syfte att stärka medarbetare i primärvården och säkra framtida kompetensförsörjning. Uppdraget ska delredovisas 1 maj 2022 och slutredovisas 30 november 2022. Uppdraget beskrivs mer ingående i kapitel 6, avsnitt 6.2.8.[56]

Överenskommelsen om nära vård 2022

För år 2022 avsätter regeringen knappt 6,4 miljarder kronor för överenskommelsen om en mer nära vård. Av dessa medel avsätts cirka 5 miljarder kronor till regionerna respektive 1 miljard kronor till kommunerna. 53 miljoner avsätts till SKR för att stödja regionerna och kommunerna i omställningen och 250 miljoner kronor avsätts till regioner och kommuner gemensamt för en satsning på verksamhets-

[54] Dir. 2020:142. *En äldreomsorgslag.*
[55] Dir. 2020:142. *En äldreomsorgslag.*
[56] Regeringsbeslut S2021/06575. *Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården.*

förlagd utbildning.[57] Överenskommelsen om en god och nära vård för 2022 består av fyra olika utvecklingsområden, dessa är:

1. Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav
2. Goda förutsättningar för vårdens medarbetare
3. Insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025
4. Förstärkning av ambulanssjukvården

Överenskommelsen omfattar totalt cirka 6,4 miljarder kronor. För det första utvecklingsområdet, utvecklingen av den nära vården, avsätts totalt cirka 3,2 miljarder kronor. Av dessa 3,2 miljarder går cirka 2,4 miljarder kronor till regionerna och 750 miljoner kronor till kommunerna. Av den totala satsningen på utvecklingsområdet *Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav* avsätter regeringen 200 miljoner kronor till regionernas arbete med att utveckla funktionen fast läkarkontakt under året 2022.[58]

Dessförinnan har regeringen genom överenskommelser om den nära vården för de tre åren 2019, 2020 och 2021 avsatt totalt cirka 15 miljarder kronor för att stötta regionernas och kommunernas omställningsarbete till en mer nära vård där primärvården ska bli navet.[59]

Proposition 2021/22:72 *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform*

I december 2021 överlämnade regeringen proposition 2021/22:72 *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform* till riksdagen. Den grundar sig på betänkandena *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39) och *Digifysiskt vårdval – tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet* (SOU 2019:42). I propositionen föreslogs bland annat att val av vårdgivare inom den regio-

[57] *God och nära vård 2022 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.
[58] *God och nära vård 2022 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*
[59] *God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019*; *God och nära vård 2020 – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner; God och nära vård 2021 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

nala primärvården ska ske genom listning och att möjligheten att få fast läkarkontakt förtydligas. Det föreslogs även att regionen ska kunna besluta om en tillfällig begränsning av antalet listade patienter på en vårdcentral, det vill säga en lagstadgad möjlighet till listningstak. Riksdagen antog i april 2022 de i propositionen föreslagna författningsändringarna med tillägg av ett förtydligande.[60] I kapitel 4, avsnitt 4.4.9 beskrivs de beslutade bestämmelserna om listningskrav och begränsad vårdgaranti närmare.

I propositionen lämnades även ett antal bedömningar. Regeringen gjorde bland annat bedömningen att en fast läkarkontakt bör vara specialist i allmänmedicin eller fullgöra specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin. För äldre patienter bör specialist i geriatrik kunna vara fast läkare och för barn bör specialist i barn- och ungdomsmedicin kunna vara det. Regeringen bedömde även att läkare med annan likvärdig kompetens kan vara fast läkare, och ansåg att en myndighet bör analysera vilken sådan kompetens som kan vara lämplig.[61]

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

I detta avsnitt presenteras de förslag och bedömningar som utredningen anser kommer stödja omställningen till en nära vård så att primärvården blir navet och vården mer tillgänglig och nära. Utredningen lämnar förslag och bedömningar inom följande områden

- utökat informationskrav samt samlad och digital information,
- samråd med patienten om tidpunkten för vården,
- tydliggörande av användningen av lokala medel och riktade medel till primärvården för att omställningen ska märkas, och
- fortsatt uppföljning och utvärdering.

Varje område introduceras av en bakgrund, följt av förslag och bedömningar samt utredningens skäl för förslagen och bedömningarna.

[60] Prop. 2021/22:72. *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform*; Socialutskottet. Betänkande 2021/22: SoU22. *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform*; riksdagsskrivelse 2021/22:225.
[61] Prop. 2021/22:72. *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform*, s. 64.

I kapitel 6 lämnar utredningen bedömningar som ska stödja omställningen inom områdena kompetensförsörjning, utbildning, forskning och utveckling av hälso- och sjukvård.

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

Bakgrund

Under utredningens arbete har det bland annat framkommit att det saknas möjlighet för patienten att kunna ta del av samlad information om sin planerade vård och sina kontakter med hälso- och sjukvården.

Patienter behöver lättillgänglig information och vill vara delaktiga

Det finns redan i dag krav på att patienten ska få information av olika slag men under utredningens arbete har det framkommit att patienten inte alltid får den information patienten behöver. Vid delegationens workshop i oktober 2021 om framtidens nära vård tydliggjordes även att patienter som kan och vill ofta är beredda att ta mer eget ansvar för sin vård om rätt förutsättningar ges. Patientens möjlighet att på en och samma digitala plats kunna få en överblick över vad som gäller för sin planerade vård lyftes som en sådan viktig förutsättning.

Begreppet patientkontrakt är oklart

Det pågående arbetet med att införa patientkontrakt i regionerna och kommunerna handlar bland annat om att tillgängliggöra information samlat och digitalt för patienter, se avsnitt 5.4.1. Genom överenskommelserna om en god och nära vård för åren 2021 och 2022 har regionerna och kommunerna fått medel till utvecklingsområdet *Nära vård* där införandet av patientkontrakt är en del av det regioner och kommuner ska göra.

I utredningens möten med olika aktörer har det framkommit en oklar bild av vad ett patientkontrakt egentligen är och att ordet patientkontrakt är olyckligt, eftersom det inte handlar om någon bindande

överenskommelse mellan parterna även om ordet ger sken av det. Det framgår inte heller vilken information som ska ingå i ett patientkontrakt, men i utredningens möten lyfts patientkontraktets intentioner som att patienten lätt ska kunna ta del av kontaktuppgifter till sina fasta kontakter i vården, få en överblick över sin planerade vård och på ett och samma ställe – gärna digitalt – kunna se sin/a vårdplan/er.

Nuvarande reglering om informationskrav

Enligt patientlagen (2014:821) gäller i dag att patienten ska få information bland annat om

1. sitt hälsotillstånd,
2. de metoder som finns för undersökning, vård och behandling,
3. de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning,
4. vid vilken tidpunkt hen kan förvänta sig att få vård,
5. det förväntade vård- och behandlingsförloppet,
6. väsentliga risker för komplikationer och biverkningar,
7. eftervård, och
8. metoder för att förebygga sjukdom eller skada (3 kap. 1 § patientlagen).

Patienten ska även få information om

1. möjligheten att välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,
2. möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,
3. vårdgarantin, och
4. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz (3 kap. 2 § patientlagen).

Från och med 1 juli 2022 ska patienten även få information om regionens elektroniska system för listning av patienter hos utförare och möjligheten att få tillgång till fast läkarkontakt.[62]

En patient som skrivs ut från sluten vård ska få sammanfattande information om den vård och behandling som getts under vårdtiden, om avsikten är att patienten ska få insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller den regionfinansierade öppna vården. Om information finns tillgänglig, ska patienten även få uppgifter om vem som är patientens fasta vårdkontakt, tidpunkt för när samordnad individuell planering avses genomföras och uppgifter om befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivningen. (3 kap. 2 b § patientlagen)

Uppräkningen i patientlagen om vilken information patienten ska få är inte uttömmande. Det innebär att om patienten behöver ytterligare information måste sådan ges. Det är dock inte alla gånger aktuellt att informera enligt samtliga punkter i paragraferna. Informationen ska därför anpassas efter vad som är relevant i det enskilda fallet.[63] Informationen ska vidare anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar (3 kap. 6 § patientlagen).

Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Informationen ska lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om hen ber om det. (3 kap. 7 § patientlagen)

Om informationen inte kan lämnas till patienten, ska den i stället såvitt möjligt lämnas till en närstående till patienten (3 kap. 4 § patientlagen). Informationen får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta (3 kap. 5 § patientlagen).

Gällande rätt avseende direktåtkomst och utlämnande på medium för automatiserad behandling

En vårdgivare får medge en enskild direktåtkomst till sådana uppgifter om den enskilde själv som får lämnas ut till den enskilde och som behandlas för ändamål som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1

[62] Lagen (2022:272) om ändring i patientlagen (2014:821).
[63] Prop. 2013/14:106. *Patientlag*, s. 114–115.

och 2 patientdatalagen, det vill säga för vårddokumentation. Den enskilde får under samma förutsättningar medges direktåtkomst till dokumentation som avses i 4 kap. 3 § första stycket första meningen patientdatalagen, det vill säga uppgifter om den åtkomst som förekommit till uppgifter om patienten (logglistor). (5 kap. 5 § patientdatalagen) Bestämmelsen är inte tvingande och innebär ingen rättighet för den enskilde, utan ger en möjlighet för vårdgivare att ge patienter direktåtkomst till uppgifter om sig själva.[64] Av Högsta förvaltningsdomstolens dom HFD 2017 ref. 67 framgår att en vårdgivare som behandlar personuppgifter med stöd av patientdatalagen inte får ge ett ombud för en enskild direktåtkomst till vårdgivarens uppgifter om den enskilde.

Får en personuppgift lämnas ut, kan det ske på medium för automatiserad behandling (5 kap. 6 § patientdatalagen). Sådant utlämnande kan ske genom exempelvis e-post eller filöverföring från ett datorsystem till ett annat. Till skillnad från direktåtkomst sker vid utlämnande på medium för automatiserad behandling en prövning i varje enskilt fall av om uppgifterna kan lämnas ut eller om exempelvis sekretessbestämmelser utgör hinder för utlämnande.[65]

Förslag om ombuds tillgång till uppgifter från Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01)

Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) har i sitt slutbetänkande lämnat förslag som syftar till att möjliggöra att ge ombud elektronisk tillgång till uppgifter om den enskilde. Bestämmelsen ska enligt förslaget vara frivilligt för vårdgivare att använda. Ett antal villkor ska gälla enligt förslaget. Den elektroniska tillgången får enligt förslaget ges till en annan fysisk person som patienten uppger sig känna personligen och tillgången får som mest omfatta de patientuppgifter som patienten själv får ha elektronisk tillgång till. Den elektroniska tillgången ska, enligt förslaget, på patientens begäran kunna begränsas till uppgifter registrerade efter ett visst datum eller vid en viss vårdenhet. Om någon inom hälso- och sjukvårdspersonalen får anledning att misstänka att patientens medgivande inte ger uttryck för patientens fria vilja eller att den enskilde varaktigt inte längre är i stånd att lämna ett sådant med-

[64] Prop. 2007/08:126. *Patientdatalag m.m.*, s. 245.
[65] Prop. 2007/08:126. *Patientdatalag m.m.*, s. 77.

givande, ska denne vara skyldig att genast anmäla detta till den vårdgivare som gett tillgången varpå vårdgivaren ska utreda om det finns skäl att avsluta den elektroniska tillgången.[66]

Reglering gällande fast vårdkontakt och fast läkarkontakt

Patienten ska få en fast vårdkontakt om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet, eller om patienten begär det (6 kap. 2 § patientlagen). Det innebär att patienten ska få en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser. Syftena med bestämmelsen är framför allt att stärka patientens ställning men även att tydliggöra vårdens ansvar för samordning och kontinuitet.[67]

Beroende på vilket behov patienten har kan en fast vårdkontakt vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, till exempel en läkare, sjuksköterska, eller psykolog, men det kan också i vissa fall vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård.[68]

En fast vårdkontakt bör kunna bistå patienterna i att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter som till exempel Försäkringskassan.[69]

En patient kan få fler än en fast vårdkontakt om den har kontakter med flera olika delar av hälso- och sjukvården. De fasta vårdkontakterna ska då samverka och samordna vårdens insatser för en enskild patient. Samordning av insatser och förmedling av information med till exempel andra myndigheter förutsätter dock samtycke från patienten och att allmänna bestämmelser om sekretess beaktas.[70]

---

[66] SOU 2021:39. *Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården*, s. 20 och 117–142.
[67] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 61.
[68] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 61.
[69] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 62.
[70] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 62.

Patienten ska även få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården (6 kap. 3 § patientlagen). Syftet är bland annat att skapa trygghet och kontinuitet. Genom att patienten har möjlighet att välja en fast läkarkontakt förbättras möjligheterna till en förtroendefull relation mellan läkare och patient.[71]

Den fasta läkarkontakten ska svara för att patienten undersöks, om möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som patientens tillstånd fordrar eller att andra relevanta åtgärder vidtas. I ansvaret ingår även att vägleda patienten i dennes kontakter med övrig hälso- och sjukvård och i förekommande fall samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas.[72]

Vårdplaner

Det finns en mängd olika vårdplaner varav några är författningsreglerade. Vissa gäller generellt för hälso- och sjukvården medan andra gäller för ett specifikt område, exempelvis Min vårdplan cancer. Vissa författningsreglerade planer avser särskilda delar av hälso- och sjukvården, exempelvis smittskydd eller tvångsvård.[73] I detta avsnitt (5.5.1) använder utredningen termen vårdplan som ett samlingsnamn för de planer som finns inom hälso- och sjukvården.

Nationellt beslut om fortsatt utvecklingsarbete för digital lösning saknas

SKR har inom ramen för sitt arbete med införandet av patientkontrakt gett Inera i uppdrag att genomföra en förstudie för framtagandet av en digital lösning för sammanhållen planering. Ineras målbild för utvecklingsarbete tillsammans med regioner och kommuner är att det ska tas fram en digital sammanhållen vy där patienten, närstående och vårdpersonal kan se vårdplaner, flera olika vårdgivares planerade insatser och där det ska gå att integrera digitala kommunika-

[71] Prop. 1994/95:195. *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*, s. 41–42.
[72] Prop. 1994/95:195. *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*, s. 41–42.
[73] För en grundlig genomgång av författningsreglerade planer, se kapitel 5 i SOU 2019:29 *God och nära vård – Vård i samverkan*.

tionskanaler mellan patient och vårdgivare. Även tidbokning ska kunna göras och synas i den sammanhållna vyn i framtiden.[74]

Inera presenterade resultatet av uppdraget i en förstudie i mars 2020. Det tydliggjordes i förstudien att hälso- och sjukvårdens huvudmän behöver ha en samsyn angående det fortsatta utvecklingsarbetet om gemensamma digitala lösningar för att det ska gå att realisera patientkontraktets intentioner med en för patienten samlad överblick av planerad vård, vårdplaner och fasta kontakter i vården digitalt på *1177 Vårdguiden*. Det är regionerna och kommunerna som behöver ta det huvudsakliga ansvaret för att informationen som upprättas av vården, så som exempelvis en patients vårdplanering, ska kunna ges digitalt till patienten. Detta är dock ett komplext område som innebär att information från flera olika vårdinformationssystem ska integreras och länkas samman så att patienten ska kunna få ta del av en samlad digital information.[75] Det finns enligt Inera både lagstöd och teknisk infrastruktur som medger att digitalt visa upp mer än vad som görs i dag av vårdplanering via Ineras nationella e-tjänster på *1177 Vårdguiden*. Det finns dock begränsade möjligheter att dela information med socialtjänsten och med närstående.[76]

Inera framhöll att samtliga regioners medverkan är en förutsättning om utvecklingsarbetet ska vara ändamålsenligt. Det måste exempelvis ställas krav på att regionerna kommer att delta i arbetet och genomförandet samt att det tas fram en bindande regiongemensam ekonomisk plan för förvaltning och utveckling om man ska nå målet om en för patienten mer sammanhållen digital information.[77]

Den av Inera framtagna förstudien har efter diskussion med Ineras programråd beslutats bli underlag för en så kallad *Intresseanmälan* från regionerna avseende gemensam digital lösning där patienten kan få tillgång till en översikt över sin vård och sina kontakter med vården. Intresseanmälan har tillsänts regionerna i mars 2022 och svaren som ska inkomma senast juni 2022 kommer att ligga till grund för Ineras

[74] Inera AB. 2020. *Förstudie om sammanhållen planering via 1177 Vårdguiden – Behov och lösningförslag för ökad delaktighet och samskapande, Slutrapport förstudie 2020-02-28*.
[75] Inera. 2020. *Förstudie om sammanhållen planering via 1177 Vårdguiden – Behov och lösningförslag för ökad delaktighet och samskapande, Slutrapport förstudie 2020-02-28.*
[76] Inera. 2020. *Förstudie om sammanhållen planering via 1177 Vårdguiden – Behov och lösningförslag för ökad delaktighet och samskapande, Slutrapport förstudie 2020-02-28.*
[77] Inera. 2020. *Förstudie om sammanhållen planering via 1177 Vårdguiden – Behov och lösningförslag för ökad delaktighet och samskapande, Slutrapport förstudie 2020-02-28.*

fortsatta handläggning. Inera har för avsikt att bjuda in kommunerna längre fram, men startar med regionerna.[78]

Utredningens förslag

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 samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet.

Skäl

Omställningen till nära vård ska ge en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser, där patientens ställning stärks och förutsättningarna för att som patient vara mer delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser ökar.[79]

I utredningens möten med företrädare för både profession, patienter och närstående och i utredningens arbete med att följa och stödja den nära vårdens utveckling i övrigt har det framkommit att det saknas möjlighet för patienten att kunna ta del av en samlad information om sin planerade vård och sina kontakter med hälso- och sjukvården. Vid delegationens workshop i oktober 2021 om framtidens nära vård tydliggjordes att patienter som kan och vill ofta är beredda att ta mer eget ansvar för sin vård om rätt förutsättningar ges. En viktig sådan förutsättning för att kunna ta mer ansvar är att patienten får en samlad information om sin planerade vård. Får patienten en samlad information blir det lättare att skapa sig en överblick och vara mer delaktig i sin vård.

[78] Inera. 2022. *Intresseanmälan gällande Sammanhållen planering på 1177.se – digitalt stöd till patientkontrakt*, 2022-03-30.
[79] Prop. 2019/20:164. *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 32.

Patientkontraktets intentioner innebär att det ska vara lätt för patienten att ta del av kontaktuppgifter till sina fasta kontakter i vården, få en överblick över sin planerade vård och på ett och samma ställe, gärna digitalt, kunna se sina vårdplaner.[80] Utredningens samlade bedömning är att det är oklart vilken information som ska ingå i ett patientkontrakt och att det går långsamt framåt med införandet av patientkontraktet i regioner och kommuner.

Tillgänglig information är av avgörande betydelse för patientens möjlighet att utöva självbestämmande och vara delaktig i vården och bör genomsyra hela hälso- och sjukvården. Att öka patientens kunskap är ett medel för att stärka dennes makt och inflytande. Patientens kunskaper om sitt eget hälsotillstånd är viktiga för att patienten ska kunna förhålla sig till sin vårdsituation och formulera sina behov samt kunna ställa krav på hälso- och sjukvården. En informerad patient är också en förutsättning för en effektiv vård.[81]

När patienten kan ta del av information från vården om exempelvis undersökning, behandling, rehabilitering och planerade vårdkontakter skapas förutsättningar för att patienten får en tydligare helhetsbild av både vården som är planerad och på vilket sätt vården kan stötta patienten. Detta kan i sin tur skapa en större tillit och trygghet i kontakt med vården. Vet patienten dessutom vem den kan kontakta för vilka frågor och när det går att komma i kontakt med önskad person i vården finns ännu större förutsättningar för att patienten känner trygghet och tillit till vården och att patienten upplever vården mer tillgänglig. En välinformerad patient har större förutsättningar att kunna vara autonom och att kunna ta ansvar för sin egen vård när den kan och vill utifrån sina förutsättningar.[82]

Utredningens förslag syftar till att skapa förutsättningar för att patienten ska få relevant information på ett lättillgängligt sätt oavsett var i Sverige patienten bor.

Som beskrivs i kapitel 4, avsnitt 4.4.16 gör utredningen bedömningen att orden *han eller hon* inte är könsneutrala eftersom de exkluderar ickebinära könsidentiteter och att det är viktigt att författning på hälso- och sjukvårdsområdet är inkluderande i detta avseende. Utredningen föreslår därför att lagtexten formuleras på sådant sätt att termen *patienten* används i stället för orden *han eller hon*.

[80] Prop. 2019/20:164. *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 25–27.
[81] Prop. 2013/14:106. *Patientlag*, s. 47
[82] Jfr regeringens uttalande i prop. 2013/14:106. *Patientlag*, s. 47.

Patienten ska få information om sina fasta kontakter i vården och deras kontaktuppgifter

Förslaget innebär ett förtydligande av att patienten ska få information även om sina fasta kontakter i vården och kontaktuppgifterna till dessa och sina vårdenheter. Enligt utredningen ska det föreslagna informationskravet ses som ett förtydligande av vilken information patienten ska få. Som beskrivs ovan är bestämmelserna i 3 kap. patientlagen, vilka reglerar vilken information patienten ska få, inte avsedda att tolkas uttömmande. Om patienten behöver ytterligare information måste sådan alltså ges redan i dag. Utredningen ser dock ett behov av att det tydliggörs att patienten ska få denna information. Har patienten information om sina fasta kontakter i vården och kontaktuppgifter till dessa och sina vårdenheter underlättar det för patienten när patienten är i behov av och vill kontakta vården. Förslaget kommer förenkla för patienter med kroniska sjukdomar och för patienter med många kontakter i vården. Detta eftersom det utökade informationskravet är placerat i 3 kap. patientlagen och därmed gäller all hälso- och sjukvård som ges enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och för tvångsvård som ges enligt lag oavsett vem som finansierar och bedriver vården.[83] Det innebär att patienten ska få information om sina fasta vårdkontakter i bland annat regionalt och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.

Förslaget skapar förutsättningar för patienten att smidigare och enklare komma i kontakt med patientens namngivna fasta kontakt i vården eller med rätt vårdenhet på en gång. Patienten behöver inte lägga sin energi på att först kontakta vården för att ta reda på om hen har en fast vårdkontakt eller en fast läkarkontakt och vem det är i så fall, och inte heller leta efter relevanta och aktuella kontaktuppgifter utan kan kontakta rätt vårdenhet eller person direkt. När patienten har denna information lätt tillgänglig stärks patientens ställning i vården och utredningen menar att det kan skapa bättre förutsättningar för att patienten upplever vården som ansvarstagande för samordningen av vårdens insatser och att vården erbjuds med bättre kontinuitet.

Har patienten information som hålls aktuell och uppdaterad om sina fasta kontakter i vården så att det klart och tydligt framgår vem

[83] Prop. 2013/14:106. *Patientlag*, s. 45 och Johnsson, L.-Å. *Patientlagen – En kommentar* (12 februari 2020, Version 2, JUNO), under rubrikerna Patientlagen gäller för all hälso- och sjukvård och Patientlagens närmare tillämpningsområde.

den fasta kontakten är, hur den kan kontaktas och när det är lättast att få tag i personen så kan också vårdpersonalens tid som läggs på att hjälpa och lotsa patienten rätt minska.

Det utökade informationskravet kan även underlätta för den som har haft få kontakter i vården, den som har liten erfarenhet av att kontakta vården och, när informationen finns tillgänglig, den som kanske inte vet om att den har en utsedd fast vårdkontakt eller fast läkarkontakt.

Patienten ska få informationen samlat och digitalt

Utredningens föreslår ett krav på att ge patienter digital information på ett samlat sätt i de fall det är relevant för patienten att få information på det sättet. Vilken information som ska lämnas samlat och digitalt ska anpassas efter vad som är relevant i det enskilda fallet. Om patienten inte har behov av digital information behöver sådan inte lämnas. Så kan till exempel vara fallet om patienten inte har förmåga att ta till sig digital information eller inte vill ha informationen digitalt. Kravet på att ge patienten information samlat och digitalt ersätter inte andra sätt att informera patienten. Av nuvarande bestämmelser i patientlagen framgår att den som ger informationen så långt som möjligt ska försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Det framgår även att informationen ska lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om hen ber om det. (3 kap. 7 § patientlagen) Det innebär att patienten ska få informationen muntligt eller utskriven om det behövs för att patienten ska kunna ta till sig informationen.

Utredningens förslag gäller endast patienter och ger inte patientens närstående möjlighet att få elektronisk tillgång till uppgifter om patienten. Som beskrivs ovan har Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01) dock lämnat förslag som syftar till att möjliggöra detta.

Med en ny bestämmelse i patientlagen som anger att patienten ska få information samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet skapas bättre möjligheter för patienten att kunna få en överblick över sin vård och sina vårdkontakter. Syftet med en samlad digital information är att patienten ska

kunna ta del av den för patienten relevanta informationen om sin vård. Exempel på sådan information som utredningen menar kan vara relevant att få samlat och digitalt är

- bokade tider,
- uppdaterade vårdplaner,
- planerade vårdkontakter,
- information om namngiven fast vårdkontakt och namngiven fast läkarkontakt med kontaktuppgifter, och
- information om planerade och pågående utredningar samt planerade och pågående behandlingar.

Utredningen gör bedömningen att om patienten får samlad information digitalt som hålls aktuell och uppdaterad kan en annars fragmentiserad vård upplevas mer samordnad, tillgänglig och lättorienterad.

Med samlad och digital information, enligt utredningens förslag, kan det skapas bättre förutsättningar för patienten att vara delaktig i sin vård och för den patienten som kan och vill, att kunna ta mer ansvar för sin vård. Hålls informationen samlad och digital kan det förenklas för den som kan och vill att själv samordna sin vård och sina vårdkontakter, något som kan förbättra och ha stor betydelse för patienter med kronisk sjukdom och för patienter med många vårdkontakter. Om insatserna samordnas blir även vården effektivare. Har patienten tidpunkter för olika planerade vårdinsatser samlade på ett och samma ställe ges patienten dessutom en större möjlighet att synkronisera och samordna vårdens insatser med sitt privatliv, så som exempelvis skola, arbete, familj och fritid, något som är eftersträvansvärt i en personcentrerad vård. Med en ny bestämmelse om att patienten ska få informationen samlat och digitalt kan således förutsättningarna stärkas för delaktighet och personcentrering i den regionala och kommunala hälso- och sjukvården. Utredningen ser därmed förslagen som en del i att stödja regionernas och kommunernas arbete med att införa, visualisera och realisera patientkontrakt.

Att information ska finnas digitalt är enligt utredningen en viktig del i hälso- och sjukvårdens digitalisering. Den ökade användningen av *1177 Vårdguidens* digitala tjänster under covid-19-pandemin kan ses som en indikation på att invånare och patienter dels blivit mer digitala i sina kontakter med hälso- och sjukvården, dels förväntar

sig att kunna vara mer digitala i sina kontakter med vården fortsättningsvis. En ökad digital förmåga hos invånare i stort tillsammans med en ökad användning av digitala verktyg i kommunikationen mellan patienter och vården innebär att hälso- och sjukvården kommer att behöva fortsätta att erbjuda och utveckla digitala lösningar för att möta, träffa och kommunicera med patienter och befolkning. Utvecklingen kommer behövas för att möta både invånares och patienters förväntningar på framtidens hälso- och sjukvård vad gäller tillgänglighet och en ömsesidig snabb och effektiv kommunikation. Utredningen menar att det är önskvärt att sträva efter ett nationellt samarbete mellan regioner och kommuner så att utvecklingen leder till att patienter och befolkning som använder hälso- och sjukvårdens digitala tjänster kan logga in på och använda en och samma digitala plats för information och kommunikation med flera olika vårdgivare.

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

Bakgrund

I delbetänkandet beskrev utredningen att tidbokning i vården sker på olika sätt i olika regioner. I många fall finns det inget utrymme för patienten att vara delaktig i beslutet om vilken tid som bokas. Det beskrevs vara problematiskt av flera olika skäl.[84]

Nuvarande bestämmelser om självbestämmande, delaktighet och samråd

Det finns flera bestämmelser som rör patientens självbestämmande och delaktighet samt samråd med patienten.

Det ligger bland annat i kravet på god vård att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (5 kap. 1 § 3 HSL). Syftet med kravet är att understryka vikten av en medmänsklig och förstående inriktning av hälso- och sjukvården. Det framhölls i förarbetena inför att kravet för första gången infördes att det är viktigt för resultatet av vården att vården kan genomföras i en atmosfär av samförstånd och samverkan mellan vårdpersonalen och

[84] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*s, s. 177.

patienten, även om patientens rätt till självbestämmande och integritet inte i sig innebär att patienten får bestämma innehållet och omfattningen av vården. Bestämmelsen berör även grundprincipen om att patienten som huvudregel inte kan påtvingas vård utan stöd i lag.[85] I den juridiska litteraturen har det uttalats att det i bemötandekravet ligger att vårdgivarens personal, till exempel i kallelser till vårdtillfällen, inte får bortse från att all somatisk vård är frivillig och att man inte kan förutsätta att varje patient inte har något arbete och kan inställa sig när som helst. Kraven på ett gott bemötande anses vara viktiga när till exempel en bestämd operationsdag flyttas fram med kort varsel, remisser kommer på villovägar eller administrativa rutiner inte fungerar.[86]

Det finns ett samband mellan ovan beskrivna bestämmelse om självbestämmande och integritet och 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), som bland annat anger att vården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten och att hälso- och sjukvårdspersonalen ska visa patienten omtanke och respekt. Vad som avses med detta har inte beskrivits särskilt utförligt i förarbetena. Ett skäl till införandet av kravet var att patienten inte får ses som ett passivt föremål för vård, utan ska ges tillfälle att aktivt medverka. Det angavs att personalen tillsammans med patienten bör utforma och genomföra vården och behandlingen. I sammanhanget framfördes också att patienten behöver ges så utförlig information som förhållandena kräver, där det exemplifierades att patienten bör ges information om behandlingssituationen och uppgift om riskerna med en eventuell behandling.[87] I kravet på att behandla patienten med omtanke och respekt ligger också att beakta den grundläggande principen om att ingen får påtvingas vård mot sin vilja eller på annat sätt utsättas för tvång i vården utan stöd av lag.[88]

Ovannämnda bestämmelser om respekt för patientens självbestämmande och integritet samt att genomföra vården i samråd med patienten kommer också till uttryck i patientlagen. Ett av syftena med patientlagen är att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet (1 kap. 1 § patientlagen).

---

[85] Prop. 1981/82:97 *om hälso- och sjukvårdslag m.m.*, s. 117–118.
[86] Johnsson, L.-Å. *Hälso- och sjukvårdslagen – Med kommentarer* (1 juli 2021, Version 11, JUNO), kommentaren till 5 kap. 1 § under rubriken Självbestämmande och integritet.
[87] Prop. 1978/79:220 *om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen, m.fl.*, s. 20.
[88] Prop. 1978/79:220 *om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen, m.fl.*, s. 44.

Att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras anges, förutom i den ovan beskrivna 5 kap. 1 § 3 hälso- och sjukvårdslagen, även i 4 kap. 1 § patientlagen. Patientlagen innehåller även ett tydliggörande av den grundläggande principen om att vård inte får ges utan samtycke om inte annat följer av lag (4 kap. 2 § patientlagen).

I 5 kap. 1 § patientlagen stadgas att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Detta återspeglar i sak vad som sägs om att vården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten i den ovan beskrivna 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen.[89]

Det finns också bestämmelser som handlar om samråd och delaktighet när det gäller vissa mer specifika frågor. Enligt 5 kap. 2 § patientlagen ska patients medverkan i hälso- och sjukvården genom att patienten själv utför vissa vård- eller behandlingsåtgärder utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. I förarbetena till den bestämmelsen uttalas att den ytterst handlar om att individanpassa vårderbjudandet och förstå att det som fungerar för en patient inte alltid är den optimala lösningen för andra patienter.[90] I 11 kap. 4 § patientlagen anges att patienten och dennes närstående ska få möjlighet att delta i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete.

Hur ser det ut i praktiken när det gäller val av tidpunkten för vården?

Utredningens bild utifrån möten med regionala kontaktpersoner och utifrån olika projekt som utredningen har uppmärksammat är att tidbokning sker på olika sätt i olika regioner och inom olika verksamheter. Ansvariga enheter skickar ofta en kallelse till patienten utan att patienten haft möjlighet att påverka tiden.

Det finns dock exempel på enheter där patienterna erbjuds att själva boka tid. Ett sådant exempel som beskrivits för utredningen kommer från en mottagning där patienten erbjuds att boka tid i en digital tidbok, efter att inledningsvis ha besvarat ett antal frågor. Om en patient baserat på de inledande frågorna inte bedöms uppfylla alla kriterier för att få boka själv, skapas ett ärende hos en sjuksköterska som kontaktar patienten och bokar in en tid. Utredningen har också uppmärksammats på att webbtidboken på 1177.se i dag används i allt högre

[89] Se prop. 2013/14:106. *Patientlag*, s. 121.
[90] Prop. 2013/14:106 *Patientlag*, s. 72.

utsträckning. Webbtidbokning är ett utvecklingsområde som lyftes i regionernas handlingsplaner för ökad tillgänglighet.[91]

Utredningens förslag

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.

Skäl

Viktigt av flera skäl att patienten görs delaktig i valet av tidpunkten för vården

Utredningens bedömning är att det finns flera fördelar med att tidpunkten för vården väljs i samråd med patienten. Dels stärker det patientens delaktighet i en för patienten viktig fråga rörande vårdprocessen. Dels är det ett sätt att visa patienten respekt, vilket bland annat kan bidra till ett högt förtroende för vården. Att patienten kan påverka tiden så att den passar för livet i övrigt kan också minska risken för avbokningar och ombokningar och därmed underlätta för vården ur ett administrativt perspektiv i hantering av ny tid för patienten men också för att tidigt kunna erbjuda en annan patient den tid patienten tackar nej till. En ombokning eller avbokning av en tid för exempelvis operation kan beröra många enheter i vården, såsom operationsavdelning, narkosenhet, intensivvård och röntgen.

Befintlig reglering innehåller inget krav på att samråda om tidpunkten för vården

I dag skiljer det sig åt mellan regioner, vårdgivare och vårdenheter om patienten görs delaktig i valet av tidpunkten för vården eller inte. Med ett krav på att samråda om tidpunkten införs en grundläggande garanti för alla patienter om att få vara delaktig i den frågan, vilket stärker patientens rättsliga ställning och främjar en mer jämlik vård.

[91] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, s. 177.

Därför bör det anges tydligt i lagstiftningen att tidpunkten för vården så långt som möjligt ska väljas i samråd med patienten.

Det finns redan i dag flera bestämmelser som rör patientens självbestämmande och delaktighet och samråd i olika frågor. Dessa är dock relativt allmänt hållna och handlar till stora delar om att understryka vikten av en medmänsklig och förstående inriktning av hälso- och sjukvården, understryka att patienten som huvudregel inte kan påtvingas vård utan stöd i lag och att allmänt visa patienten omtanke och respekt. När det gäller kraven på att samråda med patienten, som följer av flera olika paragrafer, tycks de utifrån vad som anges i förarbetena främst handla om samråd rörande innehållet i och utformningen av vård- och behandlingsinsatserna. Även om det finns uttalanden i den juridiska litteraturen som beskriver att befintliga bemötandekrav även torde handla om att visa respekt och omtanke om patienten i samband med exempelvis bokningar och ombokningar av tider för vård, bedömer utredningen att det i dag inte följer av gällande rätt att tidpunkten för vården faktiskt ska väljas i samråd med patienten.

Inte heller av informationskravet som gäller tidpunkten för vården eller av förarbetena till detta framgår att det skulle finnas någon skyldighet att göra patienten delaktig i valet av tidpunkten för vården. I stället framgår av bestämmelsen att patienten ska få information om vid vilken tidpunkt hen kan förvänta sig att få vård (3 kap. 1 § 4 patientlagen). Syftet med detta informationskrav var bland annat att se till att patienter slipper osäkerhet kring när patienten kommer att få en kallelse till exempelvis en undersökning eller en behandling, vilket bedömdes ge patienterna ökad trygghet och bättre möjligheter till egen kontroll och planering.[92]

Samråd kan ske på olika sätt

Det föreslagna kravet på att samråda med patienten i fråga om tidpunkten för vården är inte i sig ett krav på *hur* ett sådant samråd ska ske. Utredningen bedömer att det kan ske på olika sätt och att sättet för samrådet så långt som möjligt bör utgå från patientens förutsättningar och önskemål. Det är dock viktigt att samrådet sker innan tidpunkten för vården väljs, varför det inte är tillräckligt att en tidpunkt meddelas patienten och att patienten uppmanas kontakta

[92] Prop. 2013/14:106. *Patientlag*, s. 48.

vårdgivaren om tidpunkten inte passar. För sådan vård som omfattas av vårdgarantin är det också viktigt att patienten får möjlighet att samråda om tidpunkter som ligger inom vårdgarantins yttersta tidsgränser, så att ett samråd i första hand inte leder till patientvald väntan.

I många fall kan exempelvis användning av digital tidbokning, där patienten får välja bland ett antal lediga tider för vården, vara ett sätt att uppfylla kravet. I vissa fall kan det dock vara mer lämpligt att tala med patienten om lämpliga tidpunkter för vården. Det kan handla om att tala med patienten i samband med ett innevarande vårdmöte eller vid annat tillfälle för att efterhöra om patienten har särskilda önskemål om en viss vecka, vissa dagar, en viss tid på dagen eller om det finns tider som inte passar patienten. En patients önskemål om att inte vara delaktig i valet av tidpunkten för vården måste också respekteras.

5.5.3 Omställningen behöver märkas av vårdens medarbetare

Bakgrund

Trots stora satsningar visar utvärderingar att primärvården saknar tillräckliga förutsättningar för att nå omställningens mål

Regeringen har stöttat omställningen till nära vård via överenskommelser med SKR under åren 2019, 2020 och 2021 med totalt cirka 15 miljarder kronor. Förår 2022 avsätts cirka 6,4 miljarder kronor i överenskommelsen om god och nära vård.[93] I Socialstyrelsens och Myndigheten för vård- och omsorganalys uppföljnings- och utvärderingsrapporter om omställningen som publicerats fram till och med februari 2022 har myndigheterna inte kunnat fastställa om eller hur de tillförda statliga medlen från överenskommelserna kommit primärvården till gagn.[94]

[93] *God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019; God och nära vård 2020 – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*; *God och nära vård 2021 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*; *God och nära vård 2022 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*
[94] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport,* rapport 2021:8 och Socialstyrelsen. 2021. *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 – Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer*

Insatser och förändringar görs lokalt men oklart om det leder till målen med omställningen

Myndigheten för vård och omsorgsanalys beskrev i sin utvärderingsrapport att en mängd aktiviteter pågår som lokala initiativ och projekt och ser att det troligen kommer att ta tid innan utvecklingsarbetet implementerats, lett till ändrade arbetssätt och mer övergripande resultat sett till omställningens målsättningar.[95] Socialstyrelsen menade att det finns ett fokus på att testa och utveckla nya arbetssätt inom ramen för omställningen och det pågår en snabb utveckling av digitaliseringen. Myndigheten lyfte att de digitala tjänster som utvecklas behöver underlätta samarbetet mellan vårdgivare och mellan huvudmän.[96]

Trots att Socialstyrelsen inom ramen för sitt uppdrag att stödja och följa upp omställningen har identifierat indikatorer för att mäta omställningens utveckling anser myndigheten att det är svårt att veta om de uppmätta värdena för de olika indikatorerna är direkta resultat av insatserna eller förändringarna som gjorts i regioner och kommuner inom omställningen. Myndigheten beskrev att uppföljningen med de nationella indikatorerna bör kombineras med andra kvantitativa och kvalitativa data om arbetet med nära vård i kommuner och regioner.[97]

En omställning som kräver ändrade arbetssätt inom både den specialiserade vården och primärvården

I utredningens delbetänkande lyftes vikten av att den specialiserade vården samverkar med primärvården och bidrar med både kompetens och resurser för att öka förutsättningarna för att stärka primärvården både regionalt och kommunalt.[98] God samverkan och högt förtroende mellan primärvården och den specialiserade vården är av vikt för att omställningen ska lyckas och utredningen ser att stora vinster finns att göra i såväl tillgänglighet som delaktighet och kontinuitet när samverkan mellan primärvård och specialiserad vård sker.

[95] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*, rapport 2021:8.
[96] Socialstyrelsen. 2021. *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 – Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer.*
[97] Socialstyrelsen. 2021. *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 – Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer.*
[98] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan.*

Olika lokala pilottester och projekt pågår med specialistkonsultationer i primärvården där ett gott exempel på ett sådant projekt är projektet som kallas Digital specialistkonsult mellan primärvård och ortopedklinik i Region Kalmar län.[99] Där finns en specialist i ortopedi lätt tillgänglig för primärvården via videokonferenssystem. Ingen tidsbokning krävs utan när primärvårdsläkaren har en patient med behov av en ortopedisk konsultation kopplas ortopeden upp digitalt. Ett trepartssamtal mellan patient, primärvårdsläkare och ortoped påbörjas. Med specialistkonsultationer kommer den specialiserade vården nära patienten och stärker primärvården. Patientens ställning stärks genom att patienten görs mer delaktig i sin vård och vårdprocess. Patienten behöver inte heller vänta på en remiss eller en tid till den specialiserade vården, inte heller resa för en bedömning inom den specialiserade vården och en eventuell behandling kan påbörjas på en gång. För primärvården ökar kunskapen om de specifika besvären, i detta projekt ortopediska besvär, vilket leder till bättre remisser och därmed bättre nyttjande av den specialiserade vårdens resurser.[100]

Arbetssättet har dock ännu inte fått en större spridning till vare sig flera primärvårdsenheter eller andra verksamheter inom specialiserad vård, trots att det är ett arbetssätt som innebär att den specialiserade vården, primärvården och patienten stärks och gagnas av arbetssättet.[101]

Utredningens bedömningar

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

[99] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* och Eriksson D. 2021. *Sammanställning Direktkonsult ortoped.*
[100] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* och Eriksson D. 2021. *Sammanställning Direktkonsult ortoped.*
[101] Eriksson D. 2021. *Sammanställning Direktkonsult ortoped.*

digital 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.

Skäl

Regionerna behöver säkerställa och tydliggöra resurserna till primärvården

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys påtalar att de flesta regioner tycks sakna tydliga planer för att öka primärvårdens finansiering under kommande år.[102]

Utredningen menar att det i första hand är regionerna som behöver säkerställa att det går mer resurser till primärvården i omställningsarbetet och att regionerna behöver tydliggöra för vårdens medarbetare hur regionen planerar för långsiktiga medel till primärvårdens kärnverksamhet. Även regeringen behöver säkerställa att användningen av de statliga medel som ska stärka primärvården kommer kärnverksamheten till del.

Ska Sverige nå målet om en stärkt primärvård till år 2027 behöver statens satsningar användas till hållbara och långsiktiga insatser. Utredningens uppfattning är att medel som fördelas genom överenskommelser inte med säkerhet används till långsiktiga strukturer och insatser som stärker primärvården utan snarare till kortare tillfälliga projekt. Många av de utredningen träffat uttrycker att dessa medel inte kommer vårdens kärnverksamhet till del. Representanter från primärvården uttrycker att det är otydligt för medarbetarna hur statens ekonomiska medel för omställningen används i regionerna. Utredningen menar att regioner och kommuner behöver förtydliga hur medel prioriteras långsiktigt till primärvårdens kärnverksamheter i sina ekonomiska planer. Utredningen menar att det är väsentligt att omställningen genomförs på så sätt att den framtida primärvården kommer kännetecknas av hög kvalitet. Det är angeläget att regioner och kommuner avsätter adekvata resurser för genomförandet av omställningen så att målen om en god och nära vård nås.

[102] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*, rapport 2021:8.

Primärvården saknar tillräckliga förutsättningar

I rapporterna från Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys som följt och utvärderat omställningen i regioner och kommuner hittills framkommer det inte att någon faktisk omställning skett i vårdens kärnverksamheter. Myndigheterna har inte heller kunnat fastställa om eller hur de tillförda statliga medlen från överenskommelserna kommit primärvården till nytta. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys beskrev att det inte skett någon nämnvärd ökning av primärvårdens andel av regionernas sjukvårdskostnader och påtalade dessutom att de flesta regioner tycks sakna tydliga planer på att öka primärvårdens finansiering under kommande år.[103]

När vården ställs om till att primärvården ska vara basen och navet finns också skäl att överväga vilka professioner som i dag företrädesvis finns inom specialiserad vård och som kan behövas inom den regionala och kommunala primärvården. Kompetenser och kunskap som i dag framför allt finns inom den specialiserade vården behövs även inom den regionala och kommunala primärvården. Utredningen menar att utvecklandet av fler olika konsultativa arbetssätt mellan specialiserad vård och primärvård är ett sätt att stärka primärvården och skapa goda förutsättningar för en mer effektiv, tillgänglig och kvalitativ hälso- och sjukvård för patienten.

Ett exempel på att samverka och samarbeta över vårdnivåerna är specialistkonsultationer i primärvården, det vill säga ett arbetssätt där den specialiserade vårdens medarbetare medverkar i primärvårdens bedömningar och behandlingar av patienterna. Exempel på när primärvården och specialiserade vården arbetat på nya sätt tillsammans är digital specialistkonsult mellan primärvården och ortopeden i Kalmar län (beskrivs ovan), teledermatoskopisk bedömning mellan primärvården och hudsjukvården och mobila närsjukvårdsteam mellan den specialiserade vården och den kommunala primärvården. Utförligare beskrivningar av arbetssätten finns i utredningens delbetänkande.[104]

[103] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*, rapport 2021:8; och Socialstyrelsen. 2021. *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 – Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer*.
[104] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, s. 228–235.

Omställningen upplevs inte vara förankrad hos vårdens medarbetare

I utredningens möten, framför allt i möten med företrädare för vårdens professioner, har det märkts en besvikelse och frustration över att omställningen hittills främst fokuserat på att huvudmännen på en övergripande och administrativ nivå tagit fram olika strategier och styrdokument. Det saknas en tillfredsställande förankring av omställningen hela vägen ut i vårdverksamheterna och hos medarbetarna. Det framkommer en bild där vårdens medarbetare inte anser sig märka av någon förstärkning av primärvården av de statliga medel som tillskjutits regioner och kommuner i syfte att just stärka primärvården. Det saknas tillit till att de medel som regeringen tillskjutit används för att specifikt stärka primärvården långsiktigt ekonomiskt eller att medel används i syfte att stärka strukturer och bemanning i primärvården. Medel till primärvården upplevs snarare gå till tillfälliga kortsiktiga projekt som saknar plan för uppföljning, utvärdering och långsiktigt införande.

Utredningen menar att vårdens medarbetare, vars engagemang är betydelsefullt för omställningen, måste märka att de ekonomiska medel som satsas på primärvården gör någon faktisk skillnad i vardagen och det kliniska arbetet. Medarbetarna behöver också uppleva att regionernas och kommunernas övergripande omställningsarbete förankras väl med primärvårdens verksamheter. Märks inte statliga medel eller upplevs inte lokala målbilder och färdplaner vara förankrade med vårdens medarbetare finns risk för att vårdens och framför allt primärvårdens medarbetare inte kommer känna tilltro till regeringens, regionernas eller kommunernas ambitioner med satsningarna och att omställningens önskade effekter och mål riskerar att minska eller till och med utebli. Utredningen ser att det finns risk för att omställningen inte når målet om medarbetarnas engagemang saknas vilket kan bli fallet om vårdens medarbetare inte nämnvärt märker av att primärvården blir stärkt av de ekonomiska satsningar som deklareras och är avsedda för att just stärka primärvården och göra den till navet i svensk hälso- och sjukvård.

I det sista betänkandet från utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) påpekas i avslutande ord, att för att lyckas med omställningen är det avgörande att de ekonomiska resur-

ser som avsätts tydligt kommer primärvården till godo på ett sätt som syns för medarbetarna.[105]

Utredningen ser att det konkreta omställningsarbetet i vårdverksamheterna till stor del handlar om att utveckla och implementera nya arbetssätt mellan primärvård och specialiserad vård utifrån lokala behov och förutsättningar. Inkluderas medarbetarna och verksamheterna som har kunskap om lokala behov och förutsättningar i omställningsarbetet, menar utredningen att möjligheterna för att nå målet om en stärkt primärvård kommer att öka.

Statliga ekonomiska medel till vårdens kärnverksamhet

För att regeringens satsningar på den nära vården ska märkas i vårdens kärnverksamheter och bli ett stöd till det lokala och verksamhetsnära omställningsarbetet bör regeringen rikta statliga ekonomiska medel i syfte att stimulera uppstart och implementering av nya konsultativa arbetssätt, som exempelvis digital specialistkonsult, som stärker primärvården och dess samverkan med annan vård.

Utredningen har valt att föra fram konsultativa arbetssätt av flera skäl. Patientens anknytning, trygghet och tilltro till primärvården och sin fasta läkarkontakt kan stärkas om fler arbetssätt likt digital specialistkonsult kan identifieras, utvecklas och implementeras i ordinarie vårdverksamheter. Används konsultativa arbetssätt i samverkan mellan primärvård och specialiserad vård kan det medföra att patientens besvär i utökad omfattning kan hanteras av primärvården. Kunskapsöverföring mellan primärvård och specialiserad vård ökar och den specialiserade vården kan på sikt få färre men ännu bättre underbyggda remisser. Onödiga väntetider mellan primärvård och specialiserad vård kan minskas och den gemensamma vården bli mer effektiv. För patienten kan det innebära en känsla av att vården är bättre samordnad och att vården upplevs som sömlös.

När den specialiserade vården medverkar och bidrar med kompetens och resurser till primärvården ökar också förutsättningarna för att primärvården blir mer tillgänglig.[106] De konsultativa arbetssätten är till nytta både för primärvården, den specialiserade vården och patienten.[107]

[105] SOU 2021:6. *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa*, s. 323–324.
[106] SOU 2018:39. *God och nära vård – En primärvårdsreform*.
[107] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*.

Utredningen anser att målet med riktade medel bör vara att de stimulerar långsiktiga strukturer som kommer vårdverksamheterna till godo genom att stödja uppstart och implementering av nya effektiva arbetssätt som sedan blir en del av verksamheternas ordinarie arbetssätt. Regioner och kommuner har kommit olika långt i sin omställning och det är viktigt att i utformningen av statsbidraget beakta att nya arbetssätt och metoder har en god förankring i både berörda verksamheter och i ledning och styrning för att de ska bli långsiktiga och kunna implementeras i den ordinarie verksamheten. Medlen bör avse uppstart och implementering som görs i samverkan mellan olika vårdgivare på olika vårdnivåer och det ska stödja kommunernas och regionernas omställning till en mer nära och tillgänglig vård. Utredningen menar att med föreslaget statsbidrag kan regioner och kommuner utifrån lokala överväganden om vilka professioner från specialiserad vård som behövs i primärvården ta fram nya konsultativa arbetssätt som blir långsiktigt hållbara. Med konsultativa arbetssätt sätts samverkan och nya samverkansformer i fokus för att utnyttja hälso- och sjukvårdens resurser och kompetenser på bästa sätt mellan vårdnivåerna vilket även ger patienterna en mer sammanhållen vård.

I utformningen av statsbidraget är det också viktigt att i möjligaste mån försöka säkerställa att verksamhetsområdena som tillförs statliga medel inte får en minskad ram i den regionala eller kommunala budgeten på grund av att externa medel tillförs. Ett möjligt alternativ att överväga skulle kunna vara en princip om att ansökningar där kommun eller region har en hög grad av egenfinansiering prioriteras när det gäller fördelningen av medel. Utredningen vill lyfta vikten av att det bör finnas en plan för utvärdering för att medel ska tilldelas. Arbetet och arbetssätten bör följas upp för att kunna utvärdera om statligt satsade medel har haft avsedd effekt. Det bör med utvärderingarna gå att svara på om och hur de statliga resurser som avsatts kommer primärvården till godo samt om de leder till omställningens mål om en mer nära, tillgänglig och effektiv vård där kontinuitet och delaktighet har ökat.

Utredningen anser att medel som följs upp och som märks i primärvården och av primärvårdens medarbetare, tillsammans med övrigt arbete som pågår i regioner, kommuner och hos statliga myndigheter för att stötta omställningen, kommer kunna bidra till att medarbetare i hälso- och sjukvården känner sig inkluderade och arbetar gemensamt på alla nivåer för att nå omställningens mål om en mer tillgäng-

lig och nära vård där primärvården är navet och patienten är stärkt och delaktig.

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

Bakgrund

En pågående omställning i flera år till

Utredningen Samordnad utveckling för en god och nära vård (S 2017:1) presenterar i sitt första delbetänkande 2017 en färdplan för en omställning som skulle pågå 10 år, det vill säga fram till 2027.[108] Regeringen har meddelat att den har för avsikt att fortsätta stödja hälso- och sjukvårdens utveckling av en nära vård så att arbetet ska kunna fortgå med kraft och intensitet.[109] De statliga myndigheterna behöver stödja omställningen genom stödinsatser, tillsyn, uppföljning och utvärdering, därför har både Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att utvärdera och följa upp omställningen.[110] I utredningens delbetänkande *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* finns sammanfattande beskrivningar av myndigheternas uppdrag.[111]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys utvärderingsuppdrag förändrades och förlängdes i mars 2022. Uppdraget löper nu fram till och med 31 mars 2025 och myndigheten ska i tillägg till tidigare uppdrag årligen genomföra kvantitativa kartläggningar av patienternas tillgång till fast läkarkontakt samt analysera graden av måluppfyllelse avseende målen om fast läkarkontakt som finns i överenskommelsen om en god och nära vård 2021 och 2022 mellan regeringen och SKR.[112]

Socialstyrelsen har i sin framtagna strategiska plan för myndighetens arbete med att stödja omställningen till en god och nära vård beskrivit utvecklingsområden som myndigheten identifierat, med mål

[108] SOU 2017:53. *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild.*
[109] Dir. 2020:81 *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.*
[110] Regeringsbeslut S2019/03056/FS. *Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård;* regeringsbeslut S2020/03319/FS. *Insatser för att stödja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård*; regeringsbeslut S2020/03220/FS. *Uppdrag att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård.*
[111] SOU 2021:59 *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan.*
[112] Regeringsbeslut S2020/03320. *Ändring av uppdraget att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård.*

för myndighetens fortsatta arbete fram till och med 2027.[113] I skrivande stund finns inget beslut fattat om fortsatt regeringsuppdrag för genomförandet efter 2023. SKR fortsätter det stödjande arbetet för sina medlemmar i omställningen, där visst stöd inriktar sig på regionernas och kommunernas uppföljning och utvärdering av omställningen.[114]

Förutom att fortsätta följa och utvärdera själva omställningen är det enligt utredningen av vikt att följa och utvärdera hur omställningen påverkar andra viktiga kvalitetsfaktorer inom vården så som exempelvis medicinsk kvalitet och patientsäkerhet.

Regionala och kommunala uppföljningar och utvärderingar av projekt och pilottester saknas

Utredningen konstaterade i delbetänkandet *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* att många av de insatser, åtgärder och projekt som regioner och kommuner gör för att ta fram nya arbetssätt och ställa om vården så att den blir mer nära ännu inte har hunnit utvärderas eller följas upp på lokal nivå. Delvis beror det på att insatserna är nyligen påbörjade, delvis beror det på att arbetet med covid-19-pandemin har haft högre prioritet. I utredningens möten om olika lokala projekt och utvecklingsarbeten framkommer att det saknas resurser och kompetens lokalt för att kunna genomföra en uppföljning eller utvärdering med god kvalitet. Regioner och kommuner har inte heller prioriterat resurser i form av tid eller pengar för att utvärdera insatser, projekt eller nya arbetssätt ur ett systemperspektiv.[115] Utredningen menar att det är angeläget att regioner och kommuner prioriterar tid och resurser för egen uppföljning och utvärdering av de insatser och nya arbetssätt som tas fram inom ramen för omställningen. Eftersom regioner och kommuner arbetar under olika förutsättningar är det viktigt med uppföljning och utvärdering som utgår ifrån och har kunskap om och förståelse för den lokala kontexten som insatser och nya arbetssätt genomförs i.

[113] Socialstyrelsen. 2019. *Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård.*
[114] SKR. 2021. *Delrapport av överenskommelsen, God och nära vård 2021 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.*
[115] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan.*

Utveckling av kontinuitetsmått som mäter patientens upplevelse av kontinuitet behövs

Patientens behov av kontinuitet i vården ska tillgodoses (5 kap. 1 § 2 HSL och 6 kap. 1 § patientlagen).

Kontinuitet lyfts ofta fram som en bärande princip som ska genomsyra vårdens organisation och arbetssätt. Kontinuitet i vårdrelationer framhålls som en av de viktigaste faktorerna för en effektivare vård och ses som särskilt viktigt för patienter med många vårdkontakter. Både kontinuiteten i relationerna mellan patienter och vårdens medarbetare och mellan olika vårdprofessioner och vårdkontakter bedöms ha stor betydelse för såväl patientens upplevelse, vårdens kvalitet som för medarbetarnas arbetsmiljö och effektiviteten i hälso- och sjukvården.[116]

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) visar i en utvärdering om relationskontinuitet[117] i vården att högre relationskontinuitet i vården för personer med astma eller kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) ger lägre risk att dö i förtid, lägre risk för sjukhusinläggning, lägre risk för akutmottagningsbesök och lägre hälso- och sjukvårdskostnader. För personer med allvarlig psykisk sjukdom ger högre relationskontinuitet i vården lägre risk att dö i förtid, lägre risk för akutmottagningsbesök och förbättrad livskvalitet. Utifrån den sammanställning SBU gjort framhålls att vårdkontinuitet i bred bemärkelse har flera gynnsamma effekter för olika grupper av patienter.[118]

Kontinuitet har flera olika dimensioner[119] och kan mätas på flera olika sätt.[120] Kontinuitetsindex till läkare är en kvalitetsindikator som väger samman hur många olika läkare en patient träffar och frekvensen av besök till de olika läkarna. Kontinuitetsindex används som en kvalitetsindikator i kvalitetsregistret för primärvården, *Primärvårds-*

[116] SOU 2016:2. *Effektiv vård, slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*.
[117] Med relationskontinuitet avses att en patient och dennes läkare eller annan vårdperson har kontakt över en längre tid, med möjlighet att utveckla en ömsesidig vårdrelation.
[118] SBU. 2021. *Kontinuitet i vården – En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska och etiska aspekter.*
[119] Kontinuitetsbegreppets olika dimensioner: hur lång tid en relation med en läkare/annan person varar (Duration), hur stor andelen av besöken som görs hos en viss läkare/den ”egna” läkaren/annan person under en definierad tidsperiod (Density), antalet eller andelen besök med andra läkare/annan personal (Dispersion, spridning) eller i vilken ordning patienten träffar olika läkare/annan personal (Sekvens). Det går också mäta patientupplevd kontinuitet vilken tenderar att vara högre än den ”objektivt uppmätta” kontinuiteten.
[120] SKR. *Primärvårdskvalitet, Kontinuitet.*skr.se/primarvardskvalitet/kvalitetsindikatorer/indikatorerao/kontinuitet.58443.html, uttag 2022-02-28.

kvalitet. Anledningen till att man valt att använda kontinuitetsindex som mått är att det används i många internationella studier som visat god effekt av kontinuitet i vården. Det är dock inte säkert att det är det bästa måttet för att följa kontinuitet över tid. Oftast mäts läkarkontinuitet men det går också att mäta kontinuitet för andra yrkesgrupper.[121] Även Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har konstaterat att det är viktigt att följa fler kontinuitetsmått än bara fast vårdkontakt eller fast läkarkontakt i vården. I myndighetens utvärderingsrapport visar resultat från en fallstudie att andelen listade med fast läkarkontakt på vårdcentraler inte uppvisade något samband med vårdcentralens resultat för de två andra kontinuitetsmåtten, kontinuitetsindex enligt Primärvårdskvalitet och frågan i Nationella Patientenkäten (NPE) om man fått träffa samma läkare.[122]

Utredningens bedömningar

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 utifrån uppnådda 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 uppdraget bör det ingå utveckling och plan för fortsatt förvaltning av påbörjat indikatorsarbete, för att på nationell nivå kunna fortsätta följa hur omställningen påverkar hälso- och sjukvården även 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.

[121] SKR. *Primärvårdskvalitet, Kontinuitet*. skr.se/primarvardskvalitet/kvalitetsindikatorer/indikatorerao/kontinuitet.58443.html, uttag 2022-02-28.
[122] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*, rapport 2021:8.

Skäl

Regionala och kommunala utvärderingar viktigt för lokal förankring och implementering av omställningens resultat

I utredningens sökande efter goda exempel på nya arbetssätt för att göra vården mer nära och tillgänglig, saknas det många gånger en uppföljning eller utvärdering av det nya testade arbetssättet som kan visa på effekter på någon av parametrarna tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet. Projekt och pilottester tycks stanna i det lilla, trots att de uppfattas som lovande och effektiva, eftersom det är svårt att veta om resultatet av det som har gjorts har motiv och skäl nog för att kunna spridas. Utan utvärderingar av projekt och pilottester som tar hänsyn till den lokala kontexten är det svårt att veta om det utvecklats ett nytt effektivare arbetssätt som kan implementeras i större skala. Det är också svårt att veta om arbetssättet bidrar till ökad kontinuitet, tillgänglighet och delaktighet.[123]

Utredningen anser att uppföljning och utvärdering av omställningen på regional och kommunal nivå kommer att vara viktigt för att kunna visa på både positiva och negativa effekter i den lokala kontexten. För att kunna uppmärksamma eventuella brister och problem som kan åtgärdas i det lokala arbetet är det av vikt att uppföljningar och utvärderingar prioriteras och genomförs av regioner och kommuner själva. Med uppföljning och utvärdering nära kopplad till det lokala utvecklingsarbetet kan de förändringar som görs lättare analyseras av dem de berör, vilket skapar förutsättningar för lärande och för att förändringarna leder till förbättringar för både patienter, vårdens medarbetare och hälso- och sjukvårdsystemet i stort.

Utredningen ser att de regionala och kommunala kunskapsstyrningsorganisationerna med fördel kan bidra med kunskap och verktyg i de regionala och kommunala utvärderingarna av omställningsarbetet. Regionerna kan exempelvis nyttja sin kompetens och de resurser som finns lokalt inom ramen för hälso- och sjukvårdens HTA (Health Technology Assessment) – analysarbete.

HTA är det internationella begreppet som används för utvärderingar av hälso- och sjukvårdens metoder. Inom HTA-arbetet finns vetenskaplig kompetens och erfarenhet av att utvärdera i syfte att ta

[123] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan.*

fram beslutsunderlag som främjar effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet.[124]

Utredningen menar att när regionernas och kommunernas medarbetare är delaktiga i både lokal utveckling av nya arbetssätt och de lokala utvärderingarna kan det ge ett ökat medarbetarengagemang och ökad upplevelse av att omställningen gör nytta inte bara nationellt utan även på lokal nivå och framför allt i mötet med patienterna.

Myndigheternas nationella utvärdering och uppföljning av omställningen behöver fortsätta

Omställningens målbild är fastställd till 2027 och det finns ett fortsatt behov av att följa upp och utvärdera omställningen fram till dess. År 2027 behöver regeringen ha en tydlig bild av om målet med primärvården som nav i hälso- och sjukvården har nåtts och om patienten är delaktig i vården som ska vara god, nära och samordnad och av om vården har en mer effektiv resursanvändning. Uppföljningen på nationell nivå behöver ske årligen för att kunna påvisa både positiva och negativa effekter av omställningen. Uppföljning och utvärdering är även viktigt för att snabbt kunna uppmärksamma och hantera brister och problem som identifieras under omställningens gång.

Utredningen anser att uppföljning och utvärdering bör ske under hela omställningsperioden fram till och med 2027 och förmodligen även en tid efter den perioden eftersom det kommer att ta tid innan utvecklingsarbetets lokala initiativ och projekt implementerats, lett till ändrade arbetssätt och kunnat bidra till mätbara övergripande resultat sett till omställningens målsättningar. Det finns utmaningar som behöver hanteras inom ramen för omställningens uppföljning, exempelvis hur data ska inhämtas för att kunna mäta målen om fast läkarkontakt på nationell nivå. Infrastruktur och processer behöver utvecklas för insamling av data så att det exempelvis går att följa upp fast läkarkontakt för personer i särskilt boende. Det finns behov av att utveckla uppföljningen med kvalitativa data från regioner och kommuner för att veta om de framtagna indikatorernas uppmätta värden kan ses som mått på att insatserna eller förändringarna ger effekt på omställningen över tid.

[124] SBU. *Så beskrivs begreppet HTA*. www.sbu.se/sv/publikationer/nya-vetenskap-och-praxis/sa-beskrivs-begreppet-hta/, uttag 2022-03-25.

Fortsatta uppföljnings- och utvärderingsuppdrag ändamålsenligt och kostnadseffektivt

För att regeringen ska kunna uppmärksamma eventuella behov av att justera målbilden och färdplanen för omställningen är det av vikt att myndigheterna som har uppdrag att följa upp och utvärdera omställningen nationellt redogör för utmaningar och framgångsfaktorer hos berörda aktörer.[125] Utredningen ser att fortsatt uppföljning och utvärdering kommer behövas årligen fram till och med minst år 2027 för att säkerställa att omställningen går i rätt riktning och för att på nationell nivå kunna följa resultat, kvalitet, kostnader och resultat av omställningen i hälso- och sjukvården. Myndigheternas årliga utvärderingar av omställningen till en nära vård bör ligga till grund för de insatser som staten gör påföljande år så att vägen mot målet 2027 blir tydlig.

Genom att ge Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorganalys fortsatta uppdrag med att följa, stötta och utvärdera omställningen skapas förutsättningar för att stöd, uppföljning och utvärdering av omställningen hålls samman och utvecklas långsiktigt under hela omställningsperioden utifrån redan påbörjat arbete på myndigheterna. Kompetens och kunskap om omställning finns redan på plats inom myndigheterna, liksom upparbetade nätverk och kontakter med för uppdragen relevanta och berörda aktörer, vilket innebär att fortsatta myndighetsuppdrag till Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys är både ändamålsenligt och kostnadseffektivt.

Socialstyrelsens fortsatta uppdrag att följa upp och stödja

Med ett fortsatt uppdrag till Socialstyrelsen att stödja och följa upp omställningen fram till och med 2027 kan myndigheten fortsätta samordna och utveckla det redan påbörjade nationella uppföljningsarbetet, vilket innebär långsiktighet i nationella stöd och uppföljning. Fortsatt genomförande av myndighetens strategiska plan bör ta sin utgångspunkt i resultat från tidigare uppföljningsrapporter och myndighetens pågående arbete.

Utredningen menar att myndigheten har kunskap och kompetens för att följa upp vården och dess omställning även på parametrar så som medicinsk kvalitet och patientsäkerhet. I Socialstyrelsens fort-

[125] Prop. 2019/20:164. *Inriktningen för en god och nära vård – en primärvårdsreform*, s. 46.

satta uppdrag är det viktigt att myndigheten får i uppdrag att fortsätta utveckla det informatikarbete som behövs för att kunna följa utvecklingen av fast läkarkontakt och finna lösningsförslag på de av myndigheten identifierade utmaningarna som finns med att följa utvecklingen av fast läkarkontakt såväl i regionerna som på nationell nivå. Här anser utredningen att det är angeläget att Socialstyrelsen samverkar och synkroniserar sitt informatikarbete för att följa fast läkarkontakt med Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppdrag att kvantitativt kartlägga patienters tillgång till fast läkarkontakt så att uppdragen görs på ett för alla så effektivt och ändamålsenligt sätt som möjligt och för att minska administration vid insamling av data från regionerna.

I uppdraget till Socialstyrelsen behöver det även ingå fortsatt utveckling av pågående indikatorsarbete för att följa hälso- och sjukvårdens utveckling i syfte att få mer kunskap om vilka indikatorer och mått som på bästa sätt mäter och visar på resultat av insatserna eller förändringarna som gjorts i regioner och kommuner inom omställningen. Utredningen anser att det är brådskande att Socialstyrelsen skyndsamt slår fast de för omställningen viktiga indikatorerna att följa. Det återstår inte många år förrän de nationella målen ska vara nådda 2027. Förutom att följa och utvärdera själva omställningen är det av vikt att följa och utvärdera hur omställningen påverkar andra viktiga kvalitetsfaktorer inom vården så som exempelvis medicinsk kvalitet och patientsäkerhet.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fortsatta utvärderingsuppdrag

Ett fortsatt utvärderingsuppdrag till Myndigheten för vård och omsorgsanalys som sträcker sig fram till 2027 innebär att hela omställningsperioden utvärderas. Utvärderingsuppdraget bör utgå från myndighetens tidigare arbete och tidigare utvärderingar av omställningen och av vården. Ett fortsatt utvärderingsuppdrag bör ge svar på om omställningen inneburit förbättringar för patienter, medarbetare, regional och kommunal hälso- och sjukvård och hälso- och sjukvårdsystemet i stort. Utöver myndighetens uppdrag att kvantitativt kartlägga patientens tillgång till fast läkarkontakt årligen och analysera graden av måluppfyllnad avseende de nationella målen om fast läkarkontakt anser utredningen att även andra mått för kontinuitet i vården be-

höver utvärderas. Inom ramen för uppdraget ska därför även utvärdering av olika mått för kontinuitet i vården ingå. Kontinuitet i vårdrelationer ses som en betydelsefull faktor för effektivare vård och för patienter med många vårdkontakter, därmed är det viktigt att utvärdera olika mått för kontinuitet och vad de säger om vården och om patientens upplevelse av vården. Eftersom patientens behov av kontinuitet i vården ska tillgodoses (5 kap. 1 § 2 HSL och 6 kap. 1 § patientlagen) och kontinuitet ofta lyfts fram som en bärande princip som ska genomsyra vårdens organisation och arbetssätt anser utredningen att det är av vikt att kunna mäta kontinuitet i vården med mått som på bästa sätt fångar patientens upplevelse av kontinuitet i vården.

Det bör även ingå i uppdraget att undersöka vad som behövs för att skapa högre relationskontinuitet i den svenska hälso- och sjukvården både regionalt och kommunalt.

I myndighetens utvärderingsuppdrag bör det även ingå utvärdering av om och hur det av Socialstyrelsen framtagna kunskapsstödet för fast läkarkontakt bidragit till det som var dess avsikt. Utvärderingen bör besvara om och hur kunskapsstödet använts, om det varit ett stöd i att planera för antalet patienter med fast läkarkontakt, om det bidragit till att fler patienter fått en fast läkarkontakt i verksamheten och vilken påverkan det haft på medarbetarnas arbetsmiljö. Utvärderingen bör även belysa om och hur kunskapsstödet bidragit till de nationella målen om en ökning av antalet personer med fast läkarkontakt.

6 God och nära vård med forskning, utbildning och utveckling

Kompetensförsörjning är en av de stora utmaningarna för tillgänglighet och kontinuitet när det gäller omställningen till nära vård. En annan stor utmaning är den bristande kunskapsutvecklingen beroende på svag forskningskultur inom primärvården. I detta kapitel har utredningen fokus på långsiktiga frågor för bättre kompetensförsörjning och möjligheterna att bidra till mer jämlika förutsättningar för kompetensförsörjning och kunskapsutveckling i hela landet, med insatser inom forskning, utbildning och utveckling av hälso- och sjukvården.

Kapitlet är delat i tre områden. I varje del presenteras en bakgrund av olika frågor med anknytning till området, därefter presenteras utredningens bedömningar och slutligen skälen till dessa. Först lämnas en inledning om uppdraget och en allmän bakgrund för bedömningarna inom dessa områden.

I kapitel 5 presenteras övriga insatser för omställningen. Där presenteras också utredningens uppdrag avseende nära vård i sin helhet.

6.1 Allmän bakgrund

Utredningen har med utgångspunkt i nedanstående undersökt på vilket sätt staten kan bidra till god och nära vård och kompetensförsörjning genom att stödja strukturer och processer för forskning, utbildning, utveckling av hälso- och sjukvård, särskilt inom primärvården. Utgångspunkterna är:

- Utredningens uppdrag att följa arbetet med omställningen till nära vård och lämna förslag till åtgärder som staten kan genomföra för att stödja en nära vård med fokus på primärvården.
- I en nära vård är primärvården basen och navet i hälso- och sjukvården och behöver därmed ligga i framkant i kunskapsutvecklingen genom forskning och utbildning samt i hälso- och sjukvårdsutveckling. Samtidigt lyfter flera fram bristen på forskning, forskningskultur och goda förutsättningar för forskning, utbildning och utveckling i primärvården.
- Vad som lyfts fram av utredningen *Samordnad utveckling för en god och nära vård* (S 2017:01) om utmaningar avseende kompetensförsörjning och forskning samt utbildning.
- För omställningen till nära vård har primärvårdens uppdrag förtydligats i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) där sedan 1 juli 2021 bland annat anges att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete (13 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL).

Utredningen menar att likvärdiga förutsättningar för kompetensförsörjning, kunskapsutveckling och utveckling av hälso- och sjukvården behöver utvecklas, särskilt i primärvården, för att primärvården ska vara basen och navet i hälso- och sjukvården och kunna nå målen om tillgänglighet, delaktighet, kontinuitet och effektivitet i den nära vården. Både forsknings-, utbildnings- och utvecklingsmiljöer behöver byggas ut och stärkas i landet med lika krav på hållbara fasta strukturer, processer och resultat.

6.1.1 Områden för utredningens bedömningar

Utredningen lämnar bedömningar som gäller

– regionaliserad läkarutbildning,
– avtal om verksamhetsförlagd utbildning mellan lärosäten och kommuner,
– långsiktiga program för finansiering av forskning och utveckling inom primärvården,

– stöd från regioner och kommuner för stödjande strukturer och miljöer för forskning inom primärvården,
– utveckling av universitetssjukvårdsenheter i fler regioner,
– utredning och förslag om långsiktigt hållbar struktur för forskning, utbildning och utveckling inom kommunal hälso- och sjukvård.

Utredningen menar att dessa områden kompletterar och stöder varandra och därför bör hanteras som ett samlat paket för en stark primärvård och stöd till en god och nära vård.

6.2 Bättre kompetensförsörjning med regionaliserad läkarutbildning och ökad VFU-samverkan mellan lärosäten och kommuner

I detta avsnitt lämnar utredningen en bakgrundsbeskrivning om kompetensförsörjning, utbildning och ALF-avtalet samt erfarenheter från att införa regionaliserad läkarutbildning. Därefter lämnar utredningen sina bedömningar avseende regionaliserad läkarutbildning och samverkan om verksamhetsförlagd utbildning mellan högskolor och kommuner.

6.2.1 Kompetensförsörjning är största utmaningen på landsbygden

I rapporten *Långt bort men nära – Kartläggning av primärvården i landsbygden* beskriver Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bland annat att kompetensförsörjningen framstår som en särskilt stor utmaning i landsbygden. Kontinuiteten är något sämre på landsbygden, och en lägre andel har fast läkarkontakt. Vissa medicinska utfallsmått har ett sämre resultat på landsbygden. Exempelvis är sjukvårdsrelaterad dödlighet högre och en större andel äldre har läkemedel som bör undvikas. Det finns behov av kontinuerliga insatser för att förbättra förutsättningarna för kompetensförsörjning. Det handlar om att attrahera, rekrytera och behålla personal. En faktor som lyfts fram är förutsättningarna för karriärvägar och möjligheten till forskning inom primärvården i landsbygden och att det är viktigt att det

är knutet till befintliga strukturer för forskning vid universitet och högskolor. Viktiga områden för insatser menar myndigheten är utbildning, arbetsmiljö och levnadsvillkor i landsbygden och föreslår bland annat att regeringen, regionerna och kommunerna bör säkerställa kontinuerliga insatser för att förbättra förutsättningarna för kompetensförsörjning i landsbygden.[1]

6.2.2 Kostnaderna för hyrpersonal fortsätter att öka

Regionernas totala kostnader för hyrpersonal 2019 uppgick till cirka 5,6 miljarder kronor vilket är en ökning med cirka 1,6 miljarder sedan 2015. Utfallet avser i första hand läkare men även sjuksköterskor hyrs i allt större utsträckning, enligt Konkurrensverkets rapport *Regioners upphandling av vårdpersonal*.[2]

Många vårdcentraler, framför allt i glesbygd och orter långt från lärosätena, har svårigheter att bemanna sina vårdcentraler med läkare och har därför fortsatt behov av att hyra in läkare. Som exempel på olika läkartäthet över landet redovisas att i Norrbottens län fanns 272 sysselsatta läkare per 100 000 invånare och i Uppsala län fanns 515 sysselsatta läkare per 100 000 invånare 2017. Läkartätheten var alltså nästan 90 procent högre i Uppsala län jämfört med Norrbottens län. De regionala skillnaderna uppges sannolikt förklaras av att läkarutbildningen och sjuksköterskeutbildningen är förlagd vid universitetssjukhus och att många av de läkare och sjuksköterskor som utbildats vid universitetssjukhusen blir kvar i dessa regioner efter avslutad utbildning.[3] Utredningen menar att jämförelsen mellan Uppsala och Norrbotten till viss del kan vara problematisk eftersom det i Uppsala län finns ett av landets sju universitetssjukhus som också kan vara en del av förklaringen till större bemanning medan det inte finns universitetssjukhus i Norrbottens län.

Hälften av de saknade årsarbetskrafterna bland specialistläkare utgörs av specialister i allmänmedicin, enligt Konkurrensverkets rapport. I rapporten framkommer att en återkommande uppfattning från regionerna är att bristande ordinarie bemanning leder till sämre kontinuitet för patienterna och en sämre tillgänglighet till vården. Kon-

[1] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *Långt bort men nära – Kartläggning av primärvården i landsbygden*, rapport 2021:11.
[2] Konkurrensverket. 2020. *Regioners upphandling av vårdpersonal*, rapport 2020:04.

kurrensverket lyfter fram att specialistföreningarna anser att svårigheten att tillsätta tjänster i glesbygd och utanför universitetssjukhusen bidrar till ojämlik vård.[4]

6.2.3 Behov av ökad utbildning inom primärvården

I delbetänkandet *God och nära vård – vård i samverkan* (SOU 2019:29) lyfts iakttagelser gällande praktik och verksamhetsförlagd utbildning (VFU). För att framtidens primärvård ska kunna uppfylla kraven på vård och utbildning av hög kvalitet är det viktigt av såväl bemanningssom utbildningsskäl att utbildningen utanför sjukhusen utökas.[5]

Enligt delbetänkandet genomförs endast en begränsad del av svensk läkarutbildning inom primärvården. Studenterna saknar därutöver i stort möjlighet till längre klinisk tjänstgöring i glesbygd under sin utbildning. Framtida scenarier, till exempel en förlängning av läkarutbildningen, pekar enligt delbetänkandet på ett generellt behov av att mer utbildning förläggs till första linjens sjukvård, både i tätorter och i glesbygd.[6]

Trots att en betydande del av hälso- och sjukvården i dag utförs med kommunen som huvudman är möjligheten till praktik och VFU i kommunala verksamheter för studenter på vårdutbildningar mycket varierande mellan utbildningsorter och huvudmän enligt delbetänkandet. På många ställen är avsaknaden av såväl interna strukturer som samverkansstrukturer med lärosäten en del av förklaringen.[7]

Betänkandet lyfter fram fyra framgångsfaktorer som behövs för att glesbygdsutbildning ska kunna erbjuda högkvalitativa studentupplevelser och inspirera studenterna att välja framtida karriär inom glesbygdsmedicin:

1. Tiden är viktig, ju längre exponering desto bättre.
2. Längre sammanhållna placeringar är sannolikt att föredra då de ger inblick i ett stort antal olika patientfall.
3. Kontinuitet, där möjlighet finns att följa sin patient över tid och dessutom lära känna mottagningarna och övrig personal.

[4] Ibid.
[5] SOU 2019:29. *God och nära vård – vård i samverkan.*
[6] Ibid.
[7] Ibid.

4. Engagemang med lokalsamhället, studenterna lär sig vid sina placeringar hur glesbygdsamhällen fungerar och kan interagera med samhället.[8]

Utbildning kräver tid, personella resurser och adekvat finansiering

I delbetänkandet *God och nära vård – vård i samverkan* uppges också att utbildning, oavsett var och på vilken nivå det gäller, kräver tid, personella resurser och adekvat finansiering. Alla aktörer måste ta ett aktivt ansvar och finnas med vad gäller utbildning på olika nivåer. Inte minst påpekas detta när det gäller behovet av handledning och tillgången på handledare för att kunna möta det ökade utbildningsbehovet av yrkesgrupper såsom till exempel specialister i allmänmedicin, dietister eller distriktssköterskor.[9]

6.2.4 Få avtal mellan lärosäten och kommuner

Utredningen har uppmärksammat att det är få kommuner som har avtal med lärosäten om verksamhetsförlagd utbildning (VFU).

Socialstyrelsen rapporterar i *Öppna jämförelser 2021* att som ett led i att förstärka den medicinska kompetensen kan överenskommelser för samverkan om VFU mellan huvudman och lärosäten bidra till att förstärka en ändamålsenlig kompetens- och personalförsörjning. Samverkansavtal med universitet och högskola skapar också förutsättningar att etablera strukturer för forskning inom den kommunala hälso- och sjukvården. Den öppna jämförelsen visar att samverkansavtal om VFU mellan lärosäten och kommuner förekommer i 73 kommuner (26 procent) för något hälso- och sjukvårdsprogram. Enkäten som ligger till grund för uppgifterna besvarades av 95 procent av kommunerna och stadsdelarna i Stockholm, totalt 288 kommuner.[10]

[8] Ibid.
[9] Ibid.
[10] Socialstyrelsen.2021. *Öppna jämförelser 2021 – Kommunal hälso- och sjukvård.*

6.2.5 Fast läkarkontakt särskilt viktigt för personer med kommunal hälso- och sjukvård

Brister i tillgång till allmänläkare påverkar möjligheterna för patienter att få en fast läkarkontakt. En fast läkarkontakt kan vara särskilt viktigt för patienter i hemsjukvård, det lyfts bland annat fram av Socialstyrelsen. Som ett led i att stödja omställningen till en nära vård där primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten har Socialstyrelsen tagit fram ett meddelandeblad om fast läkarkontakt och fast vårdkontakt.[11]

I meddelandebladet lyfts bland annat att regionerna ansvarar för att alla som omfattas av deras ansvar både får tillgång till och välja en fast läkarkontakt inom primärvården och att det finns en möjlighet att byta till en annan om relationen inte fungerar. För personer med komplexa behov, såsom multisjuka äldre eller personer med kroniska sjukdomar, kan behovet av kontinuitet i form av en fast läkarkontakt vara extra stort.[12]

Vidare lyfts samverkan mellan region och kommun fram. Där pekar myndigheten på att samverkan underlättas om samma personer är involverade runt patienten. För patienter i behov av vård i hemmet är detta särskilt viktigt, eftersom patienten ofta behöver vård flera gånger per dygn vilket innebär att många personer blir involverade. Det är viktigt att patienten vet vem som är fast vårdkontakt i kommunen och fast läkarkontakt inom primärvården. Kontinuitet mellan dessa bidrar till interprofessionellt teamarbete, vilket gagnar patienten.[13]

6.2.6 Bedömning av behovet av allmänläkare

I delbetänkandet *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39) pekas på behovet av fler läkare inom primärvården. En uppskattning av behovet av heltidsarbetande läkare inom primärvården 2027 uppgavs vara 7 400 läkare. Utifrån en beräkning om 1 500 patienter per läkare bedömdes att antalet specialiseringstjänster (ST) i allmänmedicin behöver ökas med 1 250 tjänster utöver 2018 års

[11] Socialstyrelsen. 2021. *Meddelandeblad – Fast läkarkontakt med mera* Nr 4/2021.
[12] Ibid.
[13] Ibid.

nivå, under perioden 2019–2027 för att tillgodose målet om en fast läkarkontakt inom primärvården.[14]

Ansvaret för dimensionering och finansiering av ST ligger på regionerna men förslaget som lämnades i delbetänkandet var att staten under övergångsperioden 2019–2027 skulle finansiera 1 250 ST i allmänmedicin. Vid sidan om dessa uppgavs att regionerna skulle fortsätta finansiera utbildningen i minst samma omfattning som under år 2018.[15]

Utredningen har uppmärksammat att regeringen valt att inte ta förslaget vidare. I proposition 2019/20:164. *Inriktning för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* lämnar regeringen sin bedömning att staten på ett ändamålsenligt sätt bör stödja att fler läkare kan specialisera sig i allmänmedicin men menar att förslaget om att staten under perioden 2019–2027 ska finansiera 1 250 ST i allmänmedicin däremot inte bör genomföras. Som skäl uppges att staten delar Sveriges Kommuner och Regioners (SKR:s) bedömning i sitt remissvar att staten inte kan direktfinansiera enskilda tjänster för ST-läkare eftersom de är tillsvidareanställningar som vårdgivarna som arbetsgivare ansvarar för. Regeringen instämmer också i remissvar från några regioner om att ett generellt stöd till huvudmännen är att föredra. Regeringen pekar på stöd som redan ges genom inrättande av Nationella vårdkompetensrådet vid Socialstyrelsen och medel till överenskommelser med riktade satsningar på vårdens medarbetare bland annat för utvecklings-, utbildnings- och forskningsaktiviteter. Regeringen bedömer att staten på ett ändamålsenligt sätt fortsatt bör stödja kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården och därmed bland annat specialiseringstjänstgöring.[16]

En artikel i *Läkartidningen* lyfter fram Svensk förening för allmänmedicins och Distriktsläkarföreningens tänkargrupp som kommit fram till att det är möjligt att alla kan få en fast läkarkontakt till 2027. Men de menar att det kräver att fler nyexaminerade läkare, minst en tredjedel, väljer allmänmedicin som specialitet och att ett listningstak införs. Taket för antalet patienter bör, enligt gruppen, vara 1 000 per läkare.[17]

[14] SOU 2018:39. *God och nära vård – En primärvårdsreform*.
[15] Ibid.
[16] Prop. 2019/20:164. *Inriktning för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 58–59.
[17] Andersson, J. 2022. Tänkargrupp: Så kan alla få en fast läkare inom fem år. *Läkartidningen* 10 mars 2022.

6.2.7 Reglering av utbildningsuppdraget i hälso- och sjukvårdslagen har föreslagits

I delbetänkandet *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* (SOU 2020:19) lyftes bland annat att till skillnad från vad som är fallet när det gäller forskning är huvudmännens ansvar för utbildning inte reglerat i hälso- och sjukvårdslagen, utöver allmäntjänstgöring (AT) och specialiseringstjänstgöring (ST) för läkare.[18]

Det uppdrag som i dag genom överenskommelser och andra avtal åligger regioner och kommuner gällande att medverka i utbildning och tillse att behovet av platser för verksamhetsförlagd utbildning tillgodoses, ska tydliggöras genom ett i lag reglerat ansvar, enligt delbetänkandet. I den nya bestämmelsen som föreslogs ska anges att regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för.[19]

I delbetänkandet uppgavs att bestämmelsen ska införas i syfte att synliggöra utbildningens betydelse för kompetensförsörjning och för att möjliggöra att fler aktörer i hälso- och sjukvården medverkar i utbildningsfrågan. Vidare föreslogs att det ska ingå i primärvårdens grunduppdrag att medverka till utbildning av de professioner som förekommer i primärvården.[20]

6.2.8 Socialstyrelsens och Nationella vårdkompetensrådets uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården

Regeringen har gett Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet ett uppdrag om kompetensförsörjning i primärvården. Socialstyrelsen och rådet ska ta fram förslag på insatser som kan göras nationellt och av regioner och andra aktörer i syfte att stärka medarbetare i primärvården och säkra framtida kompetensförsörjning. Ett planeringsunderlag och rekommendationer för dimensionering av läkarnas ST inom allmänmedicin på nationell och regional nivå ska redovisas. Uppdraget ska generera insatser som kan utveckla, motivera och behålla medarbetarna och attrahera nya medarbetare till primärvården. Redovisningen ska svara på hur primärvården kan med-

[18] SOU 2020:19. *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.*
[19] Ibid.
[20] Ibid.

verka i högskoleutbildning samt forskning. Det ska även redovisas insatser som kan främja rekrytering till primärvård i glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden.[21]

En delredovisning ska lämnas i maj 2022 och en slutredovisning ska lämnas i november 2022.[22] Av naturliga skäl har utredningen inte haft möjlighet att ta del av delredovisningen och de eventuella förslag som där lämnats.

6.2.9 Rekommendationer och statliga medel för hantering av allmäntjänstgöring

Den nya läkarutbildningen

Den nya läkarutbildningen innebär en förlängning till sex år och startade hösten 2021. Den tidigare läkarutbildningen kommer pågå parallellt under flera år.[23] Det innebär bland annat ökat behov av platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) för läkare. Frågan om platser för VFU bör även kopplas till frågor om platser för allmäntjänstgöring och kommande bastjänstgöring som regionerna också behöver tillgodose.

Allmäntjänstgöring (AT) är borttagen som krav för att få legitimation i den nya läkarutbildningen. I specialistutbildningen införs samtidigt bastjänstgöring (BT). Specialiseringstjänstgöringen (ST) förlängs därmed till en minimitid av 5,5 år. BT-delen har en minimitid på sex månader och inkluderar minst tre månader i primärvård och minst tre månader i akut sjukvård. Även om minimitiden för BT är sex månader antas BT få en normtid om tolv månader.[24]

Under lång tid kommer BT och AT pågå parallellt vilket ställer höga krav på regionerna att erbjuda sådana tjänstgöringar. Samtidigt har antalet AT-tjänster inte motsvarat antalet sökande med läkarexamen redan innan införande av BT, så kö har bildats.[25]

[21] Regeringsbeslut S2021/06575. *Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården.*
[22] Ibid.
[23] Högskoleförordningen (1993:100), bilaga 2 och ikraftträdande och övergångsbestämmelser (2019:161).
[24] Detta regleras i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369).
[25] Nationella vårdkompetensrådet. 2022. Fritt ur *Tre rekommendationer för att hantera övergången till nya läkarutbildningen*. Löpnr 2022:1.

Rekommendationer för att hantera övergången till nya läkarutbildning

En arbetsgrupp inom Nationella vårdkompetensrådet har lämnat rekommendationer om hanteringen av AT fram till dess att nya läkarutbildningen fått fullt genomslag. Arbetsgruppen föreslår en ökning till 1 700 platser så snart som möjligt, plus 100–150 platser för praktisk tjänstgöring för tredjelandsutbildade läkare. För närvarande tillsätter regionerna drygt 1 500 AT-platser per år.

De initiala rekommendationerna för att öka antalet AT-platser som lämnats av arbetsgruppen är en övergång till 18 månaders AT-tjänstgöring som standard, användning av fler verksamheter eller specialiteter inom AT-tjänstgöringen och utökad handledningskapacitet genom implementering av innovativa handlednings- och instruktionsformer.[26]

Regeringen stöttar utökning av antal AT-tjänster

Regeringen har stöttat regionerna med medel för utökning av AT-tjänster bland annat genom uppdraget till Socialstyrelsen om att betala ut 372 miljoner kronor i prestationsbaserade medel till regionerna. I regeringsbeslutet framgår att antalet utfärdade läkarlegitimationer minskade mellan 2015–2019, men samtidigt ökade antalet examinerade läkare vilket kan tyda på att det uppstått flaskhalsar mellan avslutad läkarutbildning och utfärdad läkarlegitimation. Antalet AT-tjänster behöver fortsätta öka för att utökningen av läkarutbildningen och inflödet av läkare med utländsk utbildning ska resultera i fler legitimerade och specialistkompetenta läkare. Regeringen menar att en nyckel för att stärka vården och korta köer är att se till att det finns tillräckligt med vårdpersonal med rätt kompetens, att det i dag råder brist på specialistläkare och att en orsak är att det tar lång tid att få legitimation efter läkarexamen. Regeringen vill att de med läkarexamen ska få läkarlegitimation snabbare och kunna gå vidare till specialiseringstjänstgöring.[27]

[26] Ibid.
[27] Regeringsbeslut S2022/00882. *Uppdrag att fördela och betala ut medel för att öka antalet allmäntjänstgöringstjänster*.

6.2.10 Satsning på decentraliserad vårdutbildning

Utredningen har uppmärksammat kompetensförsörjningsbrist även inom andra yrkeskategorier än läkare och att nationella satsningar för andra yrkeskategorier pågår. Regeringen har skickat ut en inbjudan till universitet och högskolor om att inkomma med intresseanmälan för deltagande i satsning på decentraliserad vårdutbildning, i enlighet med budgetpropositionen[28]. Regeringen menar att det är en viktig del i arbetet för att möta behovet av utbildad personal i hela landet. I inbjudan framkommer att inom många av vårdutbildningarna finns delar som behöver bedrivas på plats, till exempel praktiska moment som VFU. För att utbildningen ska vara tillgänglig för studenter i hela landet kan, enligt inbjudan, därför utbildningen eller delar av den behöva bedrivas på flera orter. Det är en långsiktig satsning där regeringen årligen avsätter 20 miljoner kronor att fördelas på ett begränsat antal lärosäten för 2022–2030.[29] I budgetpropositionen uppges att fler vill utbilda sig för att jobba i vården. Inför hösten 2020 ökade antalet sökande till sjuksköterskeutbildningen med 34 procent och inför hösten 2021 ökade antalet sökande med ytterligare 13 procent. Regeringen har sedan 2015 satsat på en utbyggnad av utbildningarna till sjuksköterska, barnmorska och specialistsjuksköterska. För att universitet och högskolor ska kunna ta emot fler studenter krävs att det finns platser för VFU. Brist på sådana platser är i nuläget den största flaskhalsen, enligt propositionen. Regeringen bedömer att regionernas och kommunernas medverkan i utbildning är en mycket viktig del av den framtida personalförsörjningen.[30]

Bland intresseanmälningarna märks utbildningar som sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor med många olika inriktningar. Även utbildningar till biomedicinska analytiker, arbetsterapeuter, logopeder, audionomer finns med i intresseanmälningarna för decentraliserad utbildning till Utbildningsdepartementet.[31]

[28] Prop. 2021/22:1, Utgiftsområde 16, avsnitt 6.5.5.
[29] Regeringskansliet. 2021. *Inbjudan att inkomma med intresseanmälan för deltagande i satsning på decentraliserad vårdutbildning som föreslås i budgetpropositionen för 2022*, U2021/04197.
[30] Prop. 2021/22:1, Utgiftsområde 16, avsnitt 6.5.5.
[31] Utbildningsdepartementet. 2022. *Ansökningar dec vårdutbildning*. Sammanställning inkomna handlingar.

6.2.11 Satsning på sjuksköterskeutbildning

Utöver att skapa kontinuerligt lärande i verksamheten behöver hälso- och sjukvården kunna möta utbildningsbehovet och ta emot studenter och elever i verksamheterna. Det är centralt att fler lärandemiljöer och utbildningsplatser utformas i vården, till exempel med utbildning av fler handledare eller utveckling av modeller för handledning.[32]

Regioner och kommuner gavs 2022 medel för utökning av platser för VFU för sjuksköterskeutbildningen och för att stimulera sjuksköterskor till vidareutbildning till specialistsjuksköterska. 400 miljoner kronor gavs till regionerna och 100 miljoner kronor till kommunerna för vidareutbildning av sjuksköterskor. Vidare gavs 100 miljoner kronor för utvecklings- och karriärmöjligheter för specialistsjuksköterskor samt 250 miljoner kronor för satsning på VFU för sjuksköterskor. Även överenskommelser för 2017–2021 har inneburit liknande satsningar för sjuksköterskor.

Den nuvarande satsningen på vidareutbildning för sjuksköterskor är enligt budgetpropositionen för 2022 permanent och omfattar 400 miljoner kronor per år, med tillfällig förstärkning om 100 miljoner kronor 2020–2022 med avsikten att det ska göras en tillfällig förstärkning även 2023.[33]

6.2.12 Sökintresse, examina i läkarprogrammet och doktorandexamina

Ett ökat intresse för läkarutbildningen har noterats och antalet med behörighet bland de sökande har ökat med 28 procent för höstterminen på läkarprogrammet mellan 2019–2020. Antalet nybörjare på läkarprogrammet var oförändrat 1 800 studenter. Samtidigt har antalet examinerade ökat med nio procent där det 2018/19 var 1 340 examinerade och 2019/20 var 1 460 examinerade. Läkarprogrammet har bland den högsta examensfrekvensen (85 procent) efter barnmorskeexamen (92 procent).[34]

[32] *God och nära vård 2022 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*
[33] Prop. 2021/22:1, Utgiftsområde 9, avsnitt 4.5.
[34] Statistiska Centralbyrån. 2021. *Trender och Prognoser 2020, Befolkning, utbildning, arbetsmarknad, Med sikte på 2035* och *Universitetskanslersämbetet. Universitet och högskolor – Årsrapport 2021* och Universitetskanslersämbetet. 2022. Universitet och högskolor Årsrapport 2021.

Universitetskanslersämbetet (UKÄ) lyfter fram att för de flesta utbildningarna inom hälso- och sjukvård råder brist på arbetskraft i dag och att bristen kommer kvarstå 2035 med nuvarande dimensionering. Störst är bristen på sjuksköterskor som bedöms leda till ytterligare brist på specialistsjuksköterskor. UKÄ bedömer att antalet nybörjare på samtliga utbildningar inom hälso- och sjukvård behöver öka mellan 20 och 80 procent varje år jämfört med 2019. UKÄ menar att utmaningarna framöver är stora och att lärosätena inte på egen hand kan möta behoven. Lärosätena kan arbeta för ökad rekrytering till utbildningar som behöver byggas ut och genomföra åtgärder för att en större andel av studenterna ska avlägga examen.[35]

Läkarutbildningen har sedan 2005/06 byggts ut med närmare 70 procent, störst ökning skedde under perioden 2007–2012. Tillgång till läkare förväntas öka från 48 830 år 2018 till 63 400 år 2035, förutsatt att invandringsöverskottet av utbildade läkare (läkare med utbildning i annat land) ligger kvar på ungefär dagens nivå om 400 per år. Efterfrågan kommer enligt UKÄ att vara 58 900 år 2035.[36]

6.2.13 Läkarutbildningens finansiering diskuteras

Utbildningarna på grundnivå och avancerad nivå finansieras huvudsakligen genom statliga anslag till lärosätena. Vid sidan om de breda anslagen finns andra statliga anslag exempelvis för särskilda utbildningsinsatser. Dessutom får de lärosäten som bedriver läkar- och tandläkarutbildning ersättning för klinisk utbildning, totalt 0,8 miljarder kronor per år som ska kompensera regionerna för intrång i deras verksamhet.[37] För information om ersättningen för klinisk utbildning inom läkarutbildningen, se avsnitt om ALF-avtalet 6.2.14.

I debatten kring utbildningskostnader för nya 6-åriga läkarprogrammet har framförts att läkarutbildningen sedan flera år varit underfinansierad. Den nya 6-åriga läkarutbildningen ställer stora krav på nya arbetssätt, större lärargrupper, lokaler och utrustning med mera. Det lyfts också att en regionaliserad läkarutbildning är än dyrare per student.

[35] Ibid.
[36] Universitetskanslersämbetet. *Universitet och högskolor – Årsrapport 2021.*
[37] Universitetskanslersämbetet. *Universitet och högskolor – Årsrapport 2021.*

Utredningen har också uppmärksammat begäran om höjd ersättning för läkarutbildningen, från regioner och universitet. Här sammanfattar utredningen dessa.

Regionernas begäran om höjd ersättningsnivå

De avtalsslutande regionerna har under lång tid påtalat att den finansiering som ges genom ALF-avtalet är för låg och inte täcker regionernas kostnader för medverkan i läkarutbildning på grundnivå.[38]

Region Skåne har gjort en kartläggning av kostnaderna och menar att nuvarande ersättning i ALF-systemet om 79 547 kronor per student och helår inte motsvarar de faktiska kostnaderna om 128 493 kronor per helårsstudent och år.[39]

Därtill har en kartläggning genomförts av kostnaderna för den nya läkarutbildningen. När den nya läkarutbildningen, innehållande en extra termin, är fullt utbyggd 2027 beräknas ersättningen behöva vara 145 225 kronor per helårsstudent och år.[40]

I begäran om ersättning lyfter de fram att regionerna är medvetna om att ALF-avtalet tillåter regionerna att överföra medel från forsknings-ALF till grundutbildnings-ALF men att regionerna inte ser detta som en rimlig lösning för att lösa underfinansieringen av läkarutbildningen då efterfrågan och behovet av medel för klinisk forskning är mycket stort.[41]

Begäran om separata överläggningar

Örebro universitet och Region Örebro län har inkommit med en gemensam begäran om separata överläggningar med Utbildningsdepartementet avseende ersättningen inom ramen för ALF-avtalet. De har sedan starten av läkarutbildningen erhållit lägre ersättning än övriga universitet som bedriver läkarutbildning.[42]

[38] Regionernas representanter i ALF styrgrupp. 2020. *Begäran om höjd ersättningsnivå*, inkommen handling till Utbildningsdepartementet U2020/05380-3.
[39] Ibid.
[40] Ibid.
[41] Ibid.
[42] Örebro universitet och Region Örebro län. 2021. *Påkallande av separata överläggningar med Utbildningsdepartementet*, inkommen handling till Utbildningsdepartementet U2021/03615-1.

Universitetens begäran om höjd ersättningsnivå för nya läkarutbildningen

Universiteten har lämnat begäran om höjd ersättningsnivå för den sexåriga läkarutbildningen. De menar att de nya examenskraven medför ökat ansvar för universiteten då examen direkt ska kunna leda till legitimation som självständig läkare utan AT-tjänstgöring.[43]

De beskriver en helt ny läkarutbildning som innebär inte bara en ny termin utan ökade krav som innebär ny pedagogik, större lärarlag med olika kompetenser, fler och mer kostnadskrävande examinationer, ökade lokalkostnader, utrustning och kliniska träningscentra.[44]

6.2.14 ALF-avtalet finansierar samverkan om läkarutbildning

Regionerna är huvudmän för hälso- och sjukvården. Staten är huvudman för universiteten och därmed ansvarig för den utbildning som leder fram till läkarexamen, för utbildning på forskarnivå samt för den forskning som bedrivs vid berörda universitet.[45] För samverkan mellan staten och de regioner som har universitetssjukhus finns sedan lång tid ett avtal för samverkan om klinisk forskning, utbildning av läkare och utveckling av hälso- och sjukvården, det så kallade ALF-avtalet. Det senaste trädde i kraft 1 januari 2015.

I *Avtal om samarbete mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården* (ALF-avtalet) regleras samarbetet inom nämnda områden och statens ersättning (ALF-ersättningen) för regionens åtagande att medverka i utbildning av läkare och klinisk forskning. Det nuvarande ALF-avtalet omfattar följande regioner: Region Stockholm, Region Uppsala, Region Östergötland, Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Region Örebro län samt Region Västerbotten.[46]

De avtalsslutande regionerna kommer enligt avtalet samråda med övrig hälso- och sjukvård. Genom bred samverkan skapas möjlig-

[43] Berörda universitet. 2021. *Ändrade krav för läkarexamen – Universitetens behov av ökad ersättning för den sexåriga läkarutbildningen*, inkommen handling Utbildningsdepartementet, U2021/02866–1.
[44] Ibid.
[45] Staten, Stockholms läns landsting, Landstinget i Uppsala län, Landstinget i Östergötland, Skåne läns landsting, Västra Götalands läns landsting, Örebro läns landsting och Västerbottens läns landsting. 2014. *Avtal om samarbete mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.* Avtalet trädde i kraft 1 januari 2015.
[46] Ibid.

heter för alla aktörer att vidga tillgången till utbildningsmiljöer, att tillgodose behovet av patientdata samt att trygga patienters deltagande och delaktighet i klinisk forskning och utbildning. Vidare anges i ALF-avtalet att regioner som ingår avtal med privat vårdgivare ska säkerställa att utbildning och forskning kan utföras med hög kvalitet även hos den vårdgivaren.

I ALF-avtalet uppges även att om regionen och universitetet är överens kan de träffa avtal om samverkan på utbildnings- och forskningsområdet med en annan region. ALF-ersättningen för verksamhet som omfattas av sådan samverkan förmedlas av den region där universitetet är beläget.[47]

Det nationella ALF-avtalet kompletteras av regionala avtal, RALF, och beslutas av ingående region och universitet gemensamt i samverkansorganet. Samverkansorganet beslutar också vilka enheter som ska utgöra universitetssjukvårdsenheter, [48] se avsnitt 6.4.

6.2.15 Avtal med andra regioner om regionalisering av läkarutbildningen

Läkarutbildningen bedrivs vid de sju lärosäten som ingår i ALF-avtalet. Enligt avtalet kan samarbete med fler regioner ske. VFU i andra regioner har funnits länge och ökar i omfattning genom den utbyggnad av läkarutbildningen som skett över tid. För studenterna innebär det kortare perioder av VFU, och i begränsad utsträckning teoretisk utbildning på orter med VFU.[49]

Ett par av lärosätena har med stöd av bland annat ALF-medel regionaliserat läkarutbildningen (RLU) till alla regioner inom sjukvårdsregionen. En regionaliserad läkarutbildning innebär att en del av studenterna efter de prekliniska terminerna på universitetet får alla de sex kliniska terminerna med teori och verksamhetsförlagd utbildning på en annan ort, vid ett satellitcampus. Satellitcampus är en filial för den medicinska fakulteten.

[47] Ibid.
[48] Ibid.
[49] Landerholm, K. 2021. *Lärandeaktivitet vid regionaliserad läkarutbildning, Pedagogiskt docenturarbete*, Linköpings universitet.

Flera anledningar till regionaliserad läkarutbildning

Anledningarna till regionalisering kan vara flera, vilket har framkommit bland annat i kontakter som utredningen haft med representanter för universitet, regioner och universitetssjukvårdsenheter.

En anledning är att det under lång tid varit svårt att ge plats åt alla studenters VFU på universitetssjukhusens kliniker och i primärvården i ALF-regionen på grund av det ökande antalet studenter. När läkarutbildningen nu förlängts kommer behovet av VFU-platser att öka ytterligare. Med regionaliseringen ges möjligheter till mindre studentgrupper och en god tillgång till patientunderlag.

En annan anledning har varit att skapa intresse hos studenterna att bli verksamma i regioner med RLU. Genom att de vistas lång tid på studieorterna, kan de rota sig på platsen genom att de både bor och har sitt sociala sammanhang där och gör sina kliniska terminer på ett länssjukhus eller vid vårdcentraler.

En ytterligare anledning kan vara att studenterna tränas i en miljö som i högre utsträckning liknar potentiella arbetsplatser och det kan även innebära bättre tillgång till patienter och handledare genom minskad trängsel.

Kostnaderna per student ökar med regionalisering men vinsterna avseende kompetensförsörjning kan bli stora.

Nedan beskrivs översiktligt de ALF-regioner som utredningen haft närmare kontakt med, och mer kortfattat övriga regioner.

Umeå universitet och Norra sjukvårdsregionen

I Norra sjukvårdsregionen ingår länen Västerbotten, Norrbotten, Jämtland-Härjedalen och Västernorrland.

Utredningen har haft kontakt med representanter för Region Västerbotten, Umeå universitet och företrädare för universitetssjukvårdsenheter i Region Västerbotten och Region Jämtland-Härjedalen, som delgivit utredningen information om den regionaliserade läkarutbildningen och erfarenheter från arbetet med regionalisering, akademisering och bildande av universitetssjukvårdsenheter. Beskrivningen nedan bygger på information från dem, om inget annat anges.

Fyra studieorter

I syfte att förbättra läkarrekryteringen i norr startade Umeå universitet tillsammans med regionerna i Norra sjukvårdsregionen landets första regionaliserade läkarprogram, med universitetslärare[50] och studenter på fyra orter, genom avtalet *Avtal om läkarutbildning på fyra orter* (LP4U). Avtalet innebär att de kliniska terminerna under utbildningen genomförs i alla regionerna i Norra sjukvårdsregionen. Det innebär att studenterna tillbringar alla kliniska terminer på en och samma studieort: Östersund, Sundsvall, Sunderbyn eller Umeå. Lärarna har tillhörighet till fakulteten. I avtalet ingår *bedrivandekrav* som ska vara uppfyllda av regionerna för att läkarutbildningen ska kunna bedrivas vid respektive studieort. Efterlevnaden kontrolleras sex månader innan varje terminsstart. Universitetet ansvarar för utbildningens innehåll, utformning och kvalitet och ska bland annat tillse att erforderliga antal kvalificerade lärare är anställda och placerade på orterna. En fortlöpande kontroll och kvalitetsevaluering genomförs av universitetet, andra myndigheter och externa uppdragsgivare.[51]

Tio kliniska universitetslärare inrättades på vardera ny studieort. Dimensioneringen baserades på att det under uppstarten skulle vara två anställda universitetslärare per termin. Avseende lärare ansågs sex vara essentiella: allmänmedicin, kirurgi, medicin, obstetrik/gynekologi, pediatrik och psykiatri. Universitetslärare i allmänmedicin kunde inledningsvis tillsättas med behöriga specialister på samtliga studieorter, men senare har det varit svårt på en av orterna. De först rekryterade hade under flera år tidigare varit adjungerade till allmänmedicin i Umeå och deltagit i undervisning. Föreläsningssalar med möjlighet att sända och motta föreläsningar har inrättats.

Cirka 60 studenter per ort gör kontinuerligt sin kliniska del av utbildningen i vardera Sunderbyn, Sundsvall eller Östersund och resten i Umeå. En återkommande synpunkt från studenterna, menar universitetet och regionerna, är att de känner sig i hög grad delaktiga i sjukvårdsvårdsarbetet. I dag examineras cirka 200 läkare per år i Norra sjukvårdsregionen.

[50] Universitetslärare, lektor eller professor, med förenad anställning med sjukvårdshuvudman.
[51] Umeå universitet, Region Västerbotten, Region Västernorrland, Region Norrbotten och Region Jämtland-Härjedalen. *Avtal om läkarutbildning på fyra orter*. Dnr FS 1.6.1-1252-21, 2021-06-01.

Erfarenheter

Umeå universitet menar att den utveckling som skett genom den regionaliserade läkarutbildningen har bidragit på ett mycket positivt sätt till införande av den nya 6-åriga läkarutbildningen och är ett värdefullt steg för läkarförsörjningen.

Enligt avtalet *LP4U* ser parterna många positiva effekter: både möjligheterna att rekrytera läkare, behålla forskarutbildade läkare och attrahera läkare med forsknings- och undervisningsintresse har ökat. Enligt avtalet förbättras regionernas möjligheter att erbjuda högklassig och tillgänglig vård. Ett större underlag för klinisk forskning och forskningssamverkan har skapats och en ökad kompetensutveckling för samtliga yrkeskategorier inom sjukvården kommer fortsätta, samtidigt som detta bidrar till säker och effektiv vård som är kunskaps- och evidensbaserad.[52]

Strategi för skapande och upprätthållande av akademisk miljö

I avtalet LP4U ingår *Strategi för skapande och upprätthållande av akademisk miljö*. För att erhålla en god akademisk miljö krävs tillgång till professionell personal och högkvalitativ utbildnings- och forskningsverksamhet som bedrivs i ett nära samband med varandra.

I avtalet beskrivs att när samarbetet om läkarutbildningen inleddes 2010 konstaterades att miljöerna vid de nya studieorterna skulle ha svårt att av egen kraft konkurrera om tillgängliga forskningsmedel och en gemensam särskild satsning genomfördes 2011–2014 inom ALF-systemet. Denna avvecklades sedermera när de regionala miljöerna visat sig konkurrenskraftiga avseende forskningsmedel. För att upprätthålla den akademiska miljön åtar sig varje region att av egna medel årligen avsatta forskningsmedel om 1,5 miljoner kronor öronmärkta för forskning på studieorten, exempelvis för finansiering av adjungerade lärare (lektorer och professorer), meritering av läkare och annan klinisk personal som deltar i läkarutbildningen till exempel genom finansiering av kliniska doktorander, postdoktoral forskning, docentmeriterande stöd med mera.[53] Initialt gick dessa medel, enligt universitetet, helt till universitetet för att finansiera

[52] Umeå universitet, Region Västerbotten, Region Västernorrland, Region Norrbotten och Region Jämtland-Härjedalen. Avtal om läkarutbildning på fyra orter. Dnr FS 1.6.1-1252-21, 2021-06-01.
[53] Ibid.

forskningstid för universitetslärare stationerade på respektive studieort, men detta stöd till universitet kommer helt att ha fasats ut år 2024. Universitetet menar samtidigt att uppbyggnaden av nya akademiska miljöer inte sker utan en betydande insats i arbete och medel. Under regionaliseringsprocessen har fakulteten arbetat med två aspekter: risken för utspädningseffekter inom forskningen och hur den akademiska miljön upprätthålls inom mindre specialiteter. De har arbetat med ett norra regionen-perspektiv på institutionernas inre arbete med arbetsplatsträffar med mera liksom forskningssatsningar, forskarutbildning, och forskningsnätverk samt förhållningssättet att alla arbetar på samma universitet och har samma mål. Att bygga upp nya miljöer är en satsning som gett god utdelning, men det finns också miljöer som inte utvecklats på avsett sätt. De menar att det är essentiellt att inte underskatta vikten av, och utmaningarna med, att bygga upp och bibehålla en akademisk miljö, speciellt inom mindre specialiteter.

Stort intresse att stanna kvar efter läkarexamen

Intresset att stanna kvar i sjukvårdsregionen är stort bland de nyutbildade läkarna. I medeltal 2015–2022 blev 108 av medelantalet på 183 examinerade läkare per år kvar i de fyra norrlandslänen. Av examinerade läkare mellan januari 2015 och januari 2022 stannade

- 85 av 128 (66 procent) kvar i Norrbotten, dessutom har 57 examinerade läkare från de övriga studieorterna flyttat till Norrbotten,
- 70 av 136 (51 procent) i Västernorrland, dessutom har 75 examinerade läkare från de övriga studieorterna flyttat till Västernorrland,
- 89 av 152 (59 procent) i Jämtland-Härjedalen, dessutom har 19 examinerade läkare från de övriga studieorterna flyttat till Jämtland-Härjedalen,
- 404 av 999 (40 procent) i Västerbotten, dessutom flyttade 11 examinerade läkare från de övriga studieorterna till Västerbotten.

Kvar i något av de fyra länen som utbildats vid de tre satellitorterna var 64 procent, kvar i något av de fyra länen av de som utbildats i Umeå var 57 procent.

Erfarenheten, enligt ett par av regionerna, är att de som inte stannar för ST är ofta intresserade av en specialitet som inte finns i regionen. I exempelvis Region Jämtland-Härjedalen hade (sex månader efter examen) i genomsnitt 89 procent stannat för AT perioden 2015–2021. Av alla examinerade arbetar 59 procent kvar i regionen, där 23 procent är kvar på AT och 36 procent har stannat för ST 2014–2020. Några studenter har också återvänt för ST, efter AT i annan region.

En del av förklaringen till att de stannar är att studenterna lärt känna omgivningarna och rotat sig på platsen, och genom VFU får de också möjlighet att visa upp sig och lära känna personalen i vården. Att man känner varandra underlättar vid rekrytering.

Fördjupning i glesbygdsmedicin

Umeå universitet blev år 2018 först i landet med glesbygdsmedicin i utbildningen. Det innebär att några läkarstudenter per termin under terminerna 5–11 kan fördjupa sig i glesbygdsmedicin. De gör 50 procent av sina kliniska placeringar i Västerbottens inland, vid Storumans sjukstuga hälsocentral och Lycksele lasarett, och resterande 50 procent vid Norrlands universitetssjukhus. Studenterna ges återkommande kliniska placeringar vid Storumans sjukstuga hälsocentral som har åtta vårdplatser, osorterad akutmottagning och tillgång till kliniska handledare. Placeringarna i primärvården kompletteras med ett antal placeringar vid Lycksele lasarett som är ett akutsjukhus i glesbygd. Universitetets medicinska fakultet har identifierat 10 perioder med VFU med kliniska komponenter som kan vara möjliga att genomföra i antingen Storuman eller Lycksele. Dessutom kan studenterna välja att lägga sitt forskningsprojekt på termin tio vid glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman eller vid Lycksele lasarett, vilket ger ytterligare en hel termin med glesbygdsplacering. Ytterligare glesbygdsexponering kan uppnås genom att studenter tar sommarjobb på någon av platserna. För att följa effekterna av glesbygdsspåret har Umeå universitet initierat ett forskningsprojekt.

Kostnader för regionalisering av läkarutbildningen

Även om berörda som utredningen haft kontakt med uppger att de är nöjda med den regionaliserade läkarutbildningen och de positiva effekter regionaliseringen fört med sig, har den enligt universitetet varit kostsam och bedrivs med underskott.

Kostnaderna har analyserats över tid. Underskottet 2019 var 19 miljoner kronor. Genom tillfälligt tillskott från regionerna (som dras in från och med 2024) och viss ersättning genom statsbudgeten sedan 2017, är återstående underskott cirka -6,9 miljoner kronor.[54] Över tid har diskussioner förts om möjligheten att upprätthålla den regionaliserade utbildningen vid alla orter.

Genom avtalet *LP4U* regleras parternas respektive ansvarsområden, ekonomiska åtaganden och hur det verksamhetsintegrerade lärandet ska organiseras. Genom ett hängavtal till det regionala avtalet om samarbete mellan universitetet och Region Västerbotten om samverkan på utbildnings- och forskningsområdet fastställs ramarna för samarbetet mellan alla parterna och därmed hanteringen av ALF-ersättningen som i viss omfattning finansierar kostnader för den verksamhetsintegrerade delen av läkarutbildningen och klinisk forskning. Medel fördelas med en fast bas för ett visst antal studenter samt en rörlig del för varje student utöver den fasta basen upp till ett angivet maximalt antal studenter. Den part hos vilken kostnaden uppstår eller investeringen görs ska bära det ekonomiska ansvaret för kostnaden eller investeringen. Till exempel ansvarar respektive region för kostnader för lokaler för utbildning, investeringar och underhåll av it och distansteknik, personalkostnader för deltagande i handledarutbildning, klinisk handledning, litteraturköp avseende fysiska böcker, studentaktiviteter och informationsinsatser på orten samt reskostnader för studenter och personal för resor inom regionen.

Linköpings universitet och Sydöstra sjukvårdsregionen

I Sydöstra sjukvårdsregionen ingår länen Östergötland, Jönköping och Kalmar.

Utredningen har från bland annat kontaktpersoner för ALF-avtalet i regionen och kontakter med representanter för universitets-

[54] Umeå universitet. 2019. *Kostnader/resultat för läkarutbildningen i Sunderbyn, Östersund och Sundsvall t.o.m. 2018 samt kalkyl för 2019 och prognos för 2020.*

sjukvårdsenheten i primärvård samt från universitetet erhållit följande information.

Regionaliserad läkarutbildning

Linköpings universitet har sedan 2019 regionaliserad läkarutbildning med liknande modell som i Umeå med satellitcampus i Jönköping, Kalmar och Norrköping. Ett av syftena är att kompetensförsörja regionerna med läkare genom egen utbildning. Ett mål är att komma ifrån hyrpersonal[55]. För universitetet har det främsta syftet varit att säkra tillgången till VFU-platser i och med att läkarutbildningen byggts ut så kraftigt. För närvarande antas 116 läkarstudenter per termin. De fördelas på studieorterna termin sex, efter önskemål på termin fyra.

Regionaliseringen har inneburit att det finns flera universitetslärare på varje ny studieort, varav totalt 11 med kombinationstjänst, se tabell 6.1. Det har skett en positiv utveckling över tid avseende universitetslärare men man kan inte bemanna alla tjänster med adjungerade universitetslärare och har täckt behoven av dem med några adjungerade adjunkter för att kunna genomföra läkarutbildningen regionaliserat. Därutöver finns annan personal som är inblandad i olika moment i själva utbildningen såsom föreläsningar, VFU-placeringar, administration och samverkan med andra lärosäten för interprofessionella utbildningsmoment.

Tabell 6.1 Universitetslärarsituationen vid studieorterna i mars 2022

Linköpings universitets regionaliserade läkarutbildning

Studieort	Kombinationstjänster (professor/lektor)	Adjungerad professor	Adjungerade lektorer	Adjungerade adjunkter
Jönköping	5		11	
Kalmar	4	1	5	4
Norrköping	2		5	7

Källa: Linköpings universitet.

En regionalisering kostar initialt mycket pengar uppger de representanter för regionen och universitetet som utredningen haft kontakt

[55] Cederberg, J. Första läkarna klara i Kalmar och Jönköping – fler väljer att stanna, *Läkartidningen* 14 januari 2022.

med. Exempelvis för lokalkostnader, ombyggnad eller nybyggnad av lokaler och installation av informations- och kommunikationslösningar. En konsekvens av regionaliseringen och akademiseringen är också att det uppstår underfinansiering i systemet för den löpande verksamheten. De medel som finns för forsknings-ALF och grundutbildnings-ALF som tidigare omsattes i en region används nu för att möta behov i tre regioner, enligt kontaktpersoner i Region Östergötland.

Utvärdering av regionaliseringen pågår

Universitetet genomför för närvarande en utvärdering av regionaliseringen. Redan innan utvärderingen är klar framkommer, enligt universitetet, att regionaliseringen gett en ökad tillgång till och minskad trängsel vid VFU. Den har också gett en möjlighet att skapa en akademisk miljö på nya studieorter, vilket hittills resulterat i fyra universitetssjukvårdsenheter i Region Jönköpings län och en universitetssjukvårdsenhet i Norrköping.

En sak som framkommer är att lokalkostnaderna är höga och ofta okontrollerbara för universitetet. En annan sak är att en akademisk miljö är svår att skapa. Regionerna har stöttat med forskningstid i olika grad upp till 50 procent men stöd för akademiseringen på orterna behöver enligt universitetet öka. Universitetet menar att sjukvårdsproduktion prioriteras i avsaknad av akademisk tradition. Akademiseringen går för långsamt, det saknas en kritisk massa av forskande verksamheter, vetenskapliga mötesplatser och därtill saknas närhet till prekliniska miljöer.

Utbildningen är densamma i alla regioner. Studenterna går de sex sista terminerna på någon av studieorterna. Alla har samma tentamina och samma föreläsningar. En stor del av utbildningen handlar om VFU som sker på sjukhus och vårdcentraler. Regionaliseringen har även inneburit utveckling av förbättringsarbeten och interprofessionella samarbeten mellan olika blivande yrkesgrupper. Det har också startats klinisk undervisningsmottagning, som är mottagning som drivs av blivande läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeuter tillsammans.

Flera positiva effekter har redan märkts på studieorterna, enligt en artikel i Läkartidningen där studieortsansvariga för utbildningen i Region Kalmar län och Region Jönköping län, vicedekan för Lin-

köpings universitet och en student uttalat sig efter att den första kullen nyligen (januari 2022) gjort sin sista tentamen. Flera väljer att stanna på sin studieort för AT eller vikariat som underläkare, i till exempel Kalmar län stannade 9 av 14 studenter. I Jönköpings län stannade fem för AT. En effekt man hoppas på är att de stannar långsiktigt och blir nya kollegor i regionen. Det har också varit bra för verksamheten att ha studenter. Studenterna är nyfikna och uppdaterade på det senaste vilket innebär att klinikerna utvecklas genom att handleda. Båda regionerna har haft studenter på VFU i många år. Men både för studenterna och regionerna är det en stor skillnad sedan regionaliseringen. Studenterna flyttar till sin studieort, har sitt sociala sammanhang där och får chansen att visa upp sig i regionen vilket ökar chanserna att fortsätta vikariera och få AT-tjänstgöring. I en mindre region blir beslutsvägarna kortare och stämningen mer familjär. Flera studenter vittnar om att de trivs, är nöjda med utbildningen och har blivit väl omhändertagna.[56]

Vid Linköpings universitet gick totalt 679 studenter terminerna 6–11 hösten 2021, som är de terminer som regionaliserats. Av dessa gick;

- 171 i Jönköping,
- 117 i Kalmar,
- 260 i Linköping (av dessa hörde 78 till programmet före regionaliseringen) och
- 131 i Norrköping.

Örebro universitets samverkan med Region Värmland

Utredningen har även haft kontakt med Örebro universitet som har ett annat arbetssätt än regionalisering, de har fem universitetslärare i Region Värmland. Det underlättar samverkan mellan universitetet och regionen. Universitetslärarna har kontakten med handledare och studierektor på plats. De menar att det lyfter forskning i regionen och stärker den akademiska anknytningen. Andelen studenter som stannar för AT-tjänstgöring efter de genomfört VFU i Region Värmland uppges vara 21 procent.

[56] Cederberg, J. Första läkarna klara i Kalmar och Jönköping – fler väljer att stanna, *Läkartidningen* 14 januari 2022.

Universitetens synpunkter på bedömningar om regionaliserad läkarutbildning

Inom ramen för arbetet med frågan om regionaliserad läkarutbildning har utredningen haft flera kontakter med representanter för universiteten, bland annat ett större möte med alla sju universiteten som bedriver läkarutbildning representerade. Utöver vad som framkommer av erfarenheter från Linköpings och Umeås universitet som genomfört en regionalisering av läkarutbildningen, som beskrivs ovan, har en oro från övriga universitet framkommit. Från de kontakter utredningen haft framkommer att det är viktigt att ta hänsyn till flera dimensioner i en regionalisering; syftet, arbetet för en kritisk massa med hög akademisk kompetens och kostnader. De menar att läkarutbildningen redan i dag är underfinansierad och det är svårt att se att man då ska regionalisera och få ännu mer kostnader.

De lyfter också fram vikten av att beakta primärvårdsaktörernas förutsättningar och möjligheter att medverka i universitetens utbildning och forskning. Erfarenheten är att det går trögt med akademiseringen generellt även bland regioner med regionaliserad utbildning, samtidigt som akademisering behövs för regionaliseringen av läkarutbildningen. De lyfter att det finns några undantag med regioner som visar en positiv utveckling. Universiteten menar att mer behöver göras av regionerna som att avsätta stöd och tid för forskning för i dag är utvecklingen ofta beroende av enskilda personers engagemang. Flera pekar på vikten av att det är fler som forskar, det krävs en kritisk massa. Det är svårt att vara ensam forskare i sin verksamhet.

Några lyfter att redan i dag är forskningen splittrad och spridd över landet. En regionalisering riskerar öka splittringen och minska exponeringen för experimentell forskning.

VFU i primärvård är dessutom enligt dem mer kostsam än VFU på sjukhusen, det hindrar längre tider på VFU i primärvård.

Ett par av universiteten lyfter fram att det kan finnas andra lösningar än regionaliserad läkarutbildning. De menar att det saknas vetenskapliga slutsatser för införande av regionalisering. Exempel som lyfts är att man sprider VFU till fler platser, eller har universitetslärare på orterna men inte flyttar ut utbildningen såsom regionalisering innebär. Det saknas dock uppföljning av påverkan på kompetensförsörjningen av sådana insatser. Lösningen behöver inte vara lika överallt. Vidare menar några att det är bra för studenterna att se många VFU-

platser. Men kliniska forskningscentrum menar de ger positiv effekt avseende akademiseringen och bildande av forskarnätverk. Några menar att det bör vara mer effektivt med AT och ST på sådana orter. Någon pekar på att bemanningsfrågorna är regionernas ansvar och inget som universitetet primärt har ansvar för.

6.2.16 Utredningens bedömningar

Bedömning: Utredningen stöder förslaget i SOU 2020:19 om att utbildning ska ingå i primärvårdens grunduppdrag.

Bedömning: De universitet som saknar regionaliserad läkarutbildning i sjukvårdsregionen bör i samverkan med regionerna utreda regionalisering av läkarutbildningen i sin sjukvårdsregion.

Bedömning: Staten bör stödja universitet och regioner i utvecklingen och etableringen av regionaliserad läkarutbildning samt ge ett permanent stöd till de som infört regionaliserad läkarutbildning.

Bedömning: Lärosäten och kommuner bör öka samverkan om verksamhetsförlagd utbildning genom fler VFU-avtal för de legitimationsyrken som förekommer i kommunal hälso- och sjukvård.

Skäl

Mer jämlika villkor för kompetensförsörjning

Om primärvården ska vara basen och navet i hälso- och sjukvården är rätt kompetens avgörande. Ett skäl för utredningens bedömningar och förslag är att det finns stor brist på kompetens i hälso- och sjukvården. Det gäller inte minst allmänläkare. Att behovet av personal ökar är en stor utmaning för omställningen till nära vård. Utredningens bedömning är att ett långsiktigt arbete för tryggad kompetensförsörjning och kunskapsutveckling inom primärvården måste prioriteras högt för att målen om en god och nära vård ska nås. Utmaningarna är särskilt stora i glesbygd och orter långt från universiteten.

Det innebär att även i en framtid med eventuellt färre regioner är en regionaliserad utbildning till orter långt från universiteten angelägen för en mer jämlik kompetensförsörjning. De effekter som den regionaliserade läkarutbildningen vid Umeå universitet gett med en stor andel examinerade läkare som stannar vid studieorterna och som genomför AT-tjänstgöring och ST-tjänstgöring där talar för att en regionaliserad läkarutbildning i hela landet kan vara ett viktigt steg för mer jämlika villkor för kompetensförsörjningen.

Öka attraktiviteten till arbete inom primärvården i hela landet

Ett sätt att öka attraktiviteten inom primärvården för framtidens bemanning är att den kliniska delen av vårdutbildningarna bedrivs där studenterna kan ha sina framtida arbetsplatser, i regioner och kommuner. Studenter som vistas lång tid på sin studieort tenderar att stanna på orten och bli en kollega i hälso- och sjukvården där. Det styrks också av forskning från andra länder[57]. Det är därför angeläget att verka för att studenter får långa perioder av sin utbildning i miljöer som kan bli deras framtida arbetsplats, på orter där ett stort behov av hälso- och sjukvårdspersonal finns. Det gäller för såväl läkarutbildningen i regionerna som för övriga vårdutbildningar. Utredningen stöder därför förslaget i delbetänkandet *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* (SOU 2020:19) om att även utbildningsuppdraget ska ingå i primärvårdens uppdrag, precis som forskning redan gör. Det understödjer de bedömningar som utredningen lämnar avseende utbildning. Utredningen menar att fler åtgärder behövs för att stödja kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården över landet och bedömer därför att staten bör stödja en regionalisering av läkarutbildningen till orter där studenterna bor de sista tre åren av läkarutbildningen och ytterligare en termin från 2024 i och med den nya läkarutbildningen. Med längre och sammanhållna placeringar ges studenterna möjlighet att följa sin patient över tid och lära känna mottagningar och personal, de får inblick i ett stort antal patientfall samt kan etablera sig och engagera sig i lokalsamhället.

För den kommunala nivån är VFU angelägen ur kompetensförsörjningsperspektiv och utredningen lämnar bedömningen att

[57] SOU 2019:29. *God och nära vård – vård i samverkan.*

kommuner och lärosäten bör arbeta för fler avtal om VFU, se längre ned.

Regionaliserad läkarutbildning kan locka till fler allmänläkare i hela landet

För tillgänglighet och kontinuitet är tillgången till fast läkarkontakt i primärvården central. För att erbjudande om fast läkarkontakt till alla patienter ska bli möjligt krävs fler kliniskt verksamma allmänläkare i den regionala primärvården. Det är inte minst angeläget för patienter med kommunal hälso- och sjukvård, särskilt de med hemsjukvård som behöver fast läkarkontakt från regionen. Utredningen menar därför att det krävs goda förutsättningar för rekrytering av allmänläkare. Genom regionaliserad läkarutbildning där studenterna kan lockas till ST inom allmänmedicin på studieorten kan en mer jämlik tillgång till allmänläkare i landet främjas.

Regionaliserad läkarutbildning bidrar till minskad trängsel för studenterna

Det är känt att det råder trängsel för studenterna under VFU. Med en regionalisering skulle tillgång till VFU-platser kunna öka och studenterna få en god utbildningsmiljö med mindre trängsel och ökad tillgång till patientunderlag.

För närvarande finns också utmaningar med trängsel i och med att den nya läkarutbildningen går parallellt med den gamla, vilket medför kommande behov av både utökad VFU och möjligheter till bastjänstgöring (BT). Utredningen menar att en regionalisering av läkarutbildningen kan bidra till att minska trängselproblemen.

Statligt ansvar och regionalt intresse

Utredningen konstaterar att staten är ansvarig för läkarutbildningen. Det bör ligga i statens intresse att läkarstudenterna får en god klinisk träning utan trängsel. Det bör också ligga i statens intresse att läkarförsörjningen över Sverige är så jämlik som möjlig och att tillgängligheten i hela Sverige är god. Utredningen anser därför att staten

bör stödja en regionaliserad läkarutbildning ekonomiskt. En regionaliserad läkarutbildning är förenad med både extra kostnader vid införandet och löpande långsiktiga merkostnader som behov av fler universitetslärare, lokaler och övriga kostnader på studieorterna utanför ALF-regionen. Kostnaderna för VFU i primärvården har uppgetts vara högre än andra VFU-platser och kan behöva ges ökat stöd för att längre perioder i primärvården ska bli möjlig. Det kan enligt utredningen behövas stöd till såväl regioner som universitet. Se vidare utredningens konsekvensbedömning, kapitel 10.

En regionaliserad läkarutbildning ligger även i regionernas intresse ur kompetensförsörjningsperspektiv. Det bör därför även ligga i deras intresse att skapa stödjande strukturer för forskning och utbilda handledare med mera för att underlätta för en regionaliserad utbildning. Regionerna bär också en del av kostnaderna för regionaliseringen och akademisering vid studieorterna. Utredningen anser dock att det är viktigt att ersättningen som ges genom ALF-avtalet för det intrång som utbildningen medför i hälso- och sjukvårdens verksamheter är adekvat och att det bedöms med utgångspunkt från såväl den nya läkarutbildningen som en regionaliserad läkarutbildning.

Regionaliserad läkarutbildning kan bidra till ökad akademisering

En ökad regionalisering behöver också inkludera en ökad akademisering på studieorterna. En ökad akademisering kan också bidra till att attrahera personal. Det är angeläget att regioner och universitet gemensamt stöder en ökad akademisering i syfte att förbereda för forskning och akademisk karriär, inför och när läkarutbildningen är regionaliserad. Ett led i detta kan vara att utgå från en strategi som stöder utvecklingen från student till docent och att regionerna erbjuder stödjande strukturer för forskning, se också bedömningar om akademisering i avsnitt 6.4. I Norra sjukvårdsregionen som har en regionaliserad läkarutbildning har till exempel forskargrupper bildats runt universitetslärarna. Universitetet beskriver en positiv utveckling i Norra sjukvårdsregionen avseende fler disputerade och ökad produktion av vetenskapliga artiklar samt ökade anslag i konkurrens från de större forskningsfinansiärerna, men i vilken utsträckning det skett skiljer sig mellan regionerna.

En regionaliserad läkarutbildning ökar även förutsättningarna för att kunna öka antalet universitetssjukvårdsenheter i landet i fler regioner än ALF-regionerna, eftersom medverkan i utbildning är ett krav och den akademisering som följer av en regionaliserad läkarutbildning underlättar ett sådant steg. En utveckling av universitetssjukvårdsenheter i fler ALF-regioner innebär mer jämlika villkor över landet för att bedriva forskning, utbildning och utveckling av hälso- och sjukvård, vilket i förlängningen stärker utvecklingen av en evidensbaserad vård och ökar jämlikheten i vården, se utredningens bedömningar i avsnitt 6.4.

Arbetet med regionaliserad läkarutbildning bör göras stegvis

Utredningen menar att det är angeläget att frågan om regionalisering inte avfärdas utan utreds av varje universitet tillsammans med regionerna inom sjukvårdsregionen, för de universitet där utbildningen inte redan är regionaliserad. Utifrån en sådan utredning kan ställningstagande tas till möjligheterna att regionalisera läkarutbildningen. För det fall universiteten inte själva initierar arbetet med att utreda möjligheterna och kraven för en regionalisering i samverkan med regionerna kan regeringen överväga att ge universiteten i uppdrag att göra det.

De universitet som saknar regionaliserad läkarutbildning i sin sjukvårdsregion bör i samverkan med ingående regioner ta vara på erfarenheterna från de universitet som genomfört en regionalisering av läkarutbildningen, särskilt för kompetensförsörjningen av läkare i glesbygd och orter långt från universiteten. Det gäller särskilt erfarenheterna från Norra sjukvårdsregionen och Umeå universitet som har längst erfarenheter av regionaliserad läkarutbildning. Universiteten bör utreda möjligheterna och kraven för att regionalisera läkarutbildningen till sådana orter där studenterna kan få sina sista sex terminer av läkarutbildningen. De bör även utreda behoven av akademisering på studieorten. Om universitetet tillsammans med regionerna efter utredning bedömer att regionaliserad läkarutbildning ska införas bör de direkt ta fram en plan och påbörja arbetet.

Om regionaliserad läkarutbildning inte kan införas på grund av akademisk kompetensbrist, bör regionerna och universiteten tillsammans ta fram en strategisk plan för hur kompetensen ska öka och påbörja det arbetet. Där kan erfarenheterna från universitet och regio-

ner som har särskilda stödjande miljöer för en akademisering tas till vara, exempelvis centrum för klinisk forskning som kan stödja nätverk av forskare.

Utredningen lämnar också fler bedömningar som stöder en ökad akademisering. Det gäller två 10-åriga program: *Nationellt samverkansprogram för forskning och utveckling för nära vård* och *Nationellt program för primärvårdsforskning*. Båda programmen ska också stödja forskarskolor, se avsnitt 6.3. Det gäller också bedömningen om att regioner och kommuner bör stärka strukturerna för forskning och utveckling och stärka forskningsmiljön, se avsnitt 6.4.

Under tiden som arbetet med regionalisering pågår är det angeläget att se till att tillräckligt med handledare finns i regionerna och vid behov att fler ST-läkare och färdiga specialister ges handledarutbildning för att skapa beredskap för mottagande av studenterna. För den nära vården är det också angeläget att parallellt med arbetet för regionalisering och i en redan regionaliserad läkarutbildning locka fler läkarstudenter till specialisering i allmänmedicin och att regionerna tillser att det finns tillräckligt med ST-tjänster i allmänmedicin.

Digitaliseringens möjligheter underlättar forskningssamverkan

I arbetet med regionaliserad läkarutbildning bör även hänsyn tas till digitaliseringens möjligheter så att universitetet binder samman läkarutbildningen och forskningen mellan studieorterna. Det är viktigt att forskningsanknytningen i läkarutbildningen värnas medvetet och stärks på studieorterna, och att det finns ett kontinuerligt arbete för att stödja studenter från student till docent. Genom samverkan kan nätverk bildas av aktiva forskare.

En sak som lyfts fram som ett eventuellt hinder för regionaliseringen är tillgången till prekliniska miljöer. Utredningen delar uppfattningen att det behövs för att skapa translationella[58] forskningsmiljöer och samarbete mellan prekliniska och kliniska forskare för att utveckla klinisk forskning och omsätta idéer till praktik. Förutsättningen är en stark samverkan mellan forskningsmiljöer på universitetet och aktiva forskare ute i regionerna. Digitaliseringen har öppnat möjligheten för många att följa seminarier etcetera på distans.

[58] Translationell forskning innebär att resultat från experimentell forskning överförs till vården för att ge patientnytta, eller att iakttagelser eller problem i vården ger upphov till nya forskningsidéer, enligt ordlista på www.kliniskastudier.se.

Det viktiga blir då att detta kompletteras med fysiska möten för att underlätta och skapa nya samarbeten. Det hänger i hög utsträckning på att ta vara på nyfikenheten och engagemanget som finns samt viljan till samverkan.

Avtal mellan lärosäten och kommuner om VFU kan bidra till rekryteringsmöjligheter

För den kommunala nivån är VFU inom vårdutbildningarna på fler platser i landet angeläget ur kompetensförsörjningsperspektiv. För sjuksköterskeutbildningen har nationella insatser genomförts och genomförs genom regeringens överenskommelser med SKR i form av resurser till fler VFU-platser och specialistutbildning. Fler insatser behövs för yrkeskategorier i den kommunala hälso- och sjukvården.

Endast 26 procent av kommunerna har avtal med något lärosäte om VFU för något vårdutbildningsprogram. Utredningen menar att det behövs fler insatser på lokal nivå för den kommunala hälso- och sjukvården. Utredningens bedömning är att det behövs ett ökat samarbete mellan kommuner och lärosäten för utbildning av kommunala hälso- och sjukvårdens yrkeskategorier. Andelen kommuner som medverkar i utbildning behöver öka för att de ska ges ökade möjligheter till rekrytering. Det är angeläget att VFU förekommer i de miljöer som kan bli en framtida arbetsplats, vilket kan öka rekryteringsmöjligheterna i dessa kommuner.

För kommunal hälso- och sjukvård är både utbildning, förutsättningar för forskning och utveckling samt tillgången till en kritisk massa av forskare angeläget för en god och nära vård. De bedömningar som utredningen här lämnat om VFU-avtal ska läsas tillsammans med bedömningarna om *Nationellt samverkansprogram för forskning och utveckling,* se avsnitt 6.3, och uppdraget att utreda och föreslå en struktur för forskning, utbildning och utveckling i kommunal hälso- och sjukvård, se avsnitt 6.4.

Regionaliserad läkarutbildning och fler VFU-avtal i kommunerna kan minska behovet av hyrpersonal på sikt och därmed stärka kontinuiteten

Med en regionaliserad läkarutbildning och fler VFU-avtal mellan lärosäten och kommuner kan också behovet av hyrpersonal minska på sikt. Beroendet av hyrpersonal är kostsamt och kostnaderna har ökat över tid. Det innebär också brister i kontinuitet och tillgänglighet i vården. Beroendet av hyrläkare är stort i glesbygd och långt från universitetssjukhusen. En regionaliserad läkarutbildning kan öka tillgången till personal i dessa delar av landet, eftersom flera studenter tenderar att stanna på studieorten.

6.3 Långsiktiga program för stöd till tvärvetenskaplig primärvårdsforskning

I detta avsnitt lämnas en bakgrund om medel för forskning och utveckling med fokus på primärvård, därefter utredningens bedömningar och skälen för utredningens bedömningar.

6.3.1 Statliga medel till forskning och utveckling

I propositionen 2020/21:60 *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige*, som riksdagen ställde sig bakom[59] på förslag av Utbildningsutskottets betänkande[60] framgår följande avseende förbättring av förutsättningar för forskning i primärvården och forskningsprogram som även primärvården kan vara berörd av.

Ökad forskningskompetens inom primärvården

Avseende hälsa och välfärd lyfter regeringen fram att det är i primärvården som stora folksjukdomar såsom diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, astma och KOL diagnosticeras och behandlas. Det är därför av stor vikt att primärvården kan delta i utvecklingen av nya läkemedel, medicintekniska produkter eller behandlingar. Den orga-

[59] Riksdagsskrivelse 2020/21:254.
[60] Utbildningsutskottet. Betänkande 2020/21:UbU16. *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige.*

nisatoriska strukturen i primärvården är dock annorlunda än de mer traditionella forskningsmiljöerna, ofta med små och geografiskt spridda enheter, vilket kan vara försvårande. Det måste skapas bättre förutsättningar för primärvårdens medarbetare att driva och delta i forskningsprojekt.[61]

Genom omställningen till nära vård kommer vården i allt större utsträckning att flyttas ut från de större sjukhusen till mottagningar utanför dessa miljöer, till exempel vårdcentraler. Forskning och utbildning behöver då följa med, eftersom dessa verksamheter måste bedrivas där patienterna finns. Arbetet med att bygga upp och utveckla forskningskompetens i primärvården, inklusive den kommunala hälso- och sjukvården, blir därför viktiga investeringar i framtidens hälsa och välfärd.[62]

Ökade forskningsmedel med fokus på forskningskompetens inom primärvården föreslogs. Regeringen föreslog att Vetenskapsrådet skulle erhålla 35 miljoner kronor för 2021 respektive 2022, 60 miljoner kronor för 2023 respektive 2024 för detta ändamål. Satsningen förväntas finansiera forskarskolor inom allmänmedicin och ge möjlighet för primärvårdens personal att bedriva forskning. När det gäller forskarskolor för vårdutbildning aviserades 55 miljoner kronor 2022 och 65 miljoner kronor 2023 respektive 2024.[63]

Forskningsprogram och satsningar

Forskningsprogram och satsningar på vissa forskningsområden innebär att det finns medel tillgängliga för bland annat primärvården att söka och gäller exempelvis en anslagsökning till Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) för;

– forskning om prevention och folkhälsa, med totalt 90 miljoner kronor för 2021–2024,
– äldreforskning, med totalt 90 miljoner kronor för 2021–2024,
– fri forskning om hälsa, arbetsliv och välfärd, med totalt 110 miljoner kronor för 2021–2024, samt

[61] Prop. 2020/21:60. *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige.*
[62] Prop. 2020/21:60 *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige.*
[63] Prop. 2020/21:60 *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige.*

– ett nationellt forskningsprogram om psykisk hälsa med totalt 155 miljoner kronor för 2022–2024.

Inom ramen för Vetenskapsrådets anslagsökning för forskning avsätts totalt 90 miljoner kronor för 2022–2024 för inrättande av ett nationellt forskningsprogram om digitaliseringens samhälleliga konsekvenser. Programmet nämner dock inte specifikt hälso- och sjukvården.

Inom ramen för Vinnovas anslagsökning för forskning och utveckling avsätts totalt 246 miljoner kronor för 2021–2024 för satsningen på tvärsektoriell medicinsk forskning och innovation.

6.3.2 Svensk forskning i siffror

För 2021 beräknade Vetenskapsrådet att 42,7 miljarder kronor av statsbudgeten skulle gå till forskning och utveckling (FoU). Det motsvarar 0,8 procent av BNP. Andelen FoU-medel i statsbudgeten har varit i stort sett oförändrad sedan 2015. Ungefär hälften av anslagen brukar gå direkt till lärosätenas basanslag, resten fördelas till forskare via statliga forskningsfinansiärer.[64]

Ibland avsätter regeringen öronmärkta medel till forskningsområden som bedöms som särskilt viktiga. Ett exempel är nationella forskningsprogram, där tanken är att samla olika aktörer med kompletterande kunskap, kompetens och uppdrag för att med gemensamma krafter öka förutsättningarna att komma till rätta med stora samhällsutmaningar.[65]

Statliga forskningsfinansiärer inom bland annat hälsa och medicin är Vetenskapsrådet som fördelar totalt nästan 8 miljarder kronor till forskning och forskningsinfrastruktur, i enlighet med regeringens riktlinjer och myndighetens finansieringsstrategi som styr fördelningen av medlen mellan olika typer av forskningsstöd, se figur 6.1 där fördelningen mellan områden framgår. Största delen av medlen går till projekt för fri forskning. Vetenskapsrådet väljer bland de bästa forskningsidéerna i en process med öppna utlysningar, i konkurrens och efter en noggrann sakkunniggranskning och prioritering.[66]

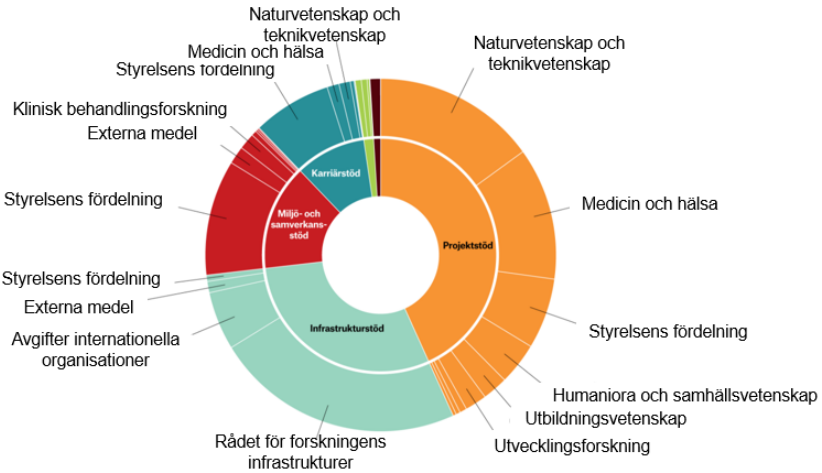
[64] Vetenskapsrådet. *Svensk forskning i siffror,* www.vr.se/analys/svensk-forskning-i-siffror.html 2022-03-16.
[65] Ibid.
[66] Ibid.

Utredningens beräkningar utifrån Vetenskapsrådets årsredovisning visar att forskningsmedel för medicin och hälsa, kliniska studier, behandlingsforskning och farmaci uppgick till omkring 1 miljard kronor 2021.[67]

För klinisk forskning avsätts också medel i ALF-avtalet. År 2020 uppgick dessa medel till 1,9 miljarder kronor.[68]

Figur 6.1 Vetenskapsrådets fördelning av medel inom FoU

Orange fält utgör projektstöd, ljust turkos infrastruktur, röd miljö- och samverkansstöd, petrol karriärstöd



Källa: Vetenskapsrådet.

6.3.3 Vetenskapsrådet utlyser bidrag för forskningstid och projekt i primärvården

Under 2021 utlyste Vetenskapsrådet bidrag till *forskningstid* inom primärvården. Syftet var att ge personer verksamma inom primärvården möjlighet att bedriva forskning och etablera sig som självständiga forskare parallellt med att de utvecklar sin yrkeskompetens. Inriktningen var långsiktig forskning inom sjukdomar och sjukdomstillstånd som diagnosticeras, behandlas och remitteras inom primär-

[67] Vetenskapsrådet. 2022. *Årsredovisning 2021.*
[68] Vetenskapsrådet. *Regionernas redovisning av ALF-ersättningen*, www.vr.se/uppdrag/klinisk-forskning/klinisk-forskning-i-alf-regionerna/regionernas-redovisning-av-alf-ersattningen.html, uttag 2022-02-20.

vården. Av de 18 ansökningar som inkom beviljades två bidrag om två miljoner kronor per person för perioden 2021–2022.[69]

Myndigheten utlyste även projektbidrag med syftet att forskaren ges frihet att själv formulera forskningsidé, metod och utförande. Bidraget syftar till långsiktig forskning inom sjukdomar och sjukdomstillstånd som diagnosticeras, behandlas och remitteras inom primärvården. Totalt 15 av 86 ansökningar beviljades bidrag. Totalt fördelades 42 miljoner kronor där medelbidraget var 1,4 miljoner kronor per år för perioden 2021–2022.[70] Ytterligare medel finns avsatta till och med 2024.[71]

Den geografiska fördelningen visar att av de totalt 17 ansökningarna som beviljades erhöll Region Stockholm eller Karolinska Institutet åtta, tre beviljades Region Skåne eller Lunds universitet, två beviljades Västra Götalandsregionen eller Göteborgs universitet, två beviljades Uppsala universitet, en beviljades Umeå universitet och en beviljades Linköpings universitet.[72]

Totalt sett inkom alltså 104 ansökningar och 17 beviljades bidrag. Om alla hade kunnat ges bidrag skulle det, beräknat på genomsnittskostnaden för beviljade bidrag, innebära 36 miljoner kronor för forskningstid och 120 miljoner kronor för forskningsprojekt, totalt 156 miljoner kronor i bidrag. Behovet av medel kan konstateras betydligt större än de bidrag som gavs.

Under 2022 kommer Vetenskapsrådet även att utlysa medel för forskarskolor för att stärka forskarkompetensen inom primärvården.[73]

[69] Vetenskapsrådet. *Projektbidrag för forskning inom primärvården*, www.vr.se/soka-finansiering/utlysningar/2021-04-21-projektbidrag-for-forskning-inom-primarvarden.html, uttag 2022-03-15 och *Forskningskompetens inom primärvården*, www.vr.se/soka-finansiering/beslut/2021-10-12-forskningskompetens-inom-primarvarden.html, uttag 2022-03-15.
[70] Ibid.
[71] Prop. 2020/21:60. *Forskning, fribet, framtid – kunskap och innovation för Sverige*.
[72] Vetenskapsrådet. *Forskningskompetens inom primärvården*, www.vr.se/soka-finansiering/beslut/2021-10-12-forskningskompetens-inom-primarvarden.html, uttag 2022-03-15.
[73] Vetenskapsrådet. *Information om utlysning*, www.vr.se/soka-finansiering/utlysningar/2021-11-17-forskarskolor-for-kompetensforstarkning-inom-primarvarden.html, uttag 2022-03-15.

6.3.4 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) förmedlar varje år cirka 700 miljoner kronor till grundläggande och behovsstyrd forskning. Det handlar om enskilda projektbidrag och satsningar för att bygga upp forskningsmiljöer.[74]

Inom just området hälsa finansieras forskning om förekomst av sjukdomar och vilka faktorer som påverkar risken för att drabbas, insatser för att främja hälsa och förebygga ohälsa, rehabilitering och omvårdnad samt hälso- och sjukvårdens processer och system. Även vårdforskning innefattas i ansvarsområdet och syftar till att utveckla vården och omsorgen av patienter samt deras anhöriga. Myndigheten har också ansvar för samordning och överblick över forskning inom fem områden: barn och unga, äldre, internationell migration och etniska relationer, funktionshinder samt socialvetenskaplig alkohol- och narkotikaforskning.[75]

Forte hanterar flera nationella program som *Nationellt program för tillämpad välfärdsforskning* för förbättrad kunskap inom socialtjänsten och *Nationellt program för forskning om psykisk hälsa* som är ett tioårigt program för tvärvetenskaplig forskning, spridning av resultat och strategisk samverkan inom området.[76]

Tidigare fanns också samarbetsprogrammet *Vinnvård* 2007–2018 vid Forte, som finansierat 20 forskningsprojekt och 8 Vinnvård Fellows[77] för perioden. Parterna bakom satsningen var Vinnova, Forte, Socialdepartementet och SKR. Forte var också administrativt ansvarig.[78]

Programmet skulle, enligt utredningens kontakt med myndigheten, bidra till att förbättra människors hälsa, bygga broar mellan akademisk forskning och förbättringsarbete i vård- och omsorgsorganisationer, engagera yrkesverksamma i kontinuerligt förbättringsarbete och forskning samt ta fram morgondagens ledare inom kunskapsområdet. Målet var att inspirera och skapa utrymme för människor,

[74] Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd. *Vårt uppdrag*, https://forte.se/om-forte/vart-uppdrag/, uttag 2022-04-11.
[75] Forskningsrådet för hälsa arbetsliv och välfärd., *Forskningsområden*, https://forte.se/om-forte/vart-uppdrag/forskningsomraden/.
[76] Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd. *Särskilda satsningar*, https://forte.se/om-forte/sarskilda-satsningar/
[77] Fellowship-programmet var utformat så att det utvecklar individens ledarskap och ger en möjlighet att bedriva den teoretiska, metodologiska och empiriska grundforskning som krävs för att generera ny kunskap och nya tillvägagångssätt för att genomföra kvalitetsförbättringar.
[78] Ibid och www.vinnvard.se.

arbetslag och organisationer att genomföra varaktiga förbättringar inom vård och omsorg samt att utveckla kunskap, kapacitet, ledarskap och vilja till förändring. Detta gjordes gemensamt med forskare och yrkesverksamma genom att identifiera förändringsbehov, bästa praktik, finansiera ny och sammanfatta befintlig forskning, skapa möjligheter till förnyelse och att pröva idéer i praktiken.

6.3.5 Nationella forskarskolor

En nationell forskarskola karakteriseras av en sammanhållen utbildning på forskarnivå för forskarstudenter som är antagna till utbildning vid något av lärosätena. En nationell forskarskola skapar nätverk över landet och utgör en kreativ miljö för forskare under utbildning och pågår exempelvis två år av forskarutbildningen.

Enligt Socialstyrelsens utvärdering av universitetssjukvård var nationella forskarskolor uppskattade av både doktorander och universitetssjukvårdsenheterna.[79] Det finns flera nationella forskarskolor med anknytning till nära vård.

Nationella forskarskolan i allmänmedicin

Nationella forskarskolan i allmänmedicin startade 2009 med olika grad av ekonomisk hjälp från samtliga universitet med läkarutbildning samt Centrum för Primärvårdsforskning i Skåne, Fonden för Rehabilitering och medicinsk forskning Insamlingsstiftelse (FRF-stiftelsen), Kempestiftelsen och Kampradstiftelsen. Forskarskolan har haft en osäker ekonomi och riskerade nedläggning under en period, men 2019 gjordes en nystart då ekonomin för en tid var tryggad igen. Forskarskolan vill stimulera till kreativa och hållbara miljöer för forskning om primärvård och uppmuntra multidisciplinär forskning. För antagning till forskarskolan bör man vara antagen på forskarnivå inom ämnet medicinsk vetenskap, gärna ämnesinriktningen allmänmedicin och ha ett allmänmedicinskt inriktat forskningsprogram.[80]

I Socialstyrelsens utvärdering av universitetssjukvård framkommer att den nationella forskarskolan upplevdes av alla universitetssjukvårdsenheter inom primärvård/allmänmedicin som ett värdefullt

[79] Socialstyrelsen. 2018. *Utvärdering av universitetssjukvård – strukturer och processer.*
[80] Nationella forskarskolan. www.forskarskolanallmanmedicin.se, uttag 2022-02-15.

bidrag i doktorandernas möjlighet att utveckla allmänmedicinsk klinisk forskningskompetens samt nationella forskningsnätverk. Myndigheten lämnade en generell rekommendation om en utbyggnad av nationella forskarskolor för att ge fler doktorander plats.[81]

Enligt en artikel i Läkartidningen 2014 framkommer att doktorandernas årliga utvärdering av forskarskolans fyra hörnstenar att ge den utbildning andra inte ger, bygga nätverk, internationalisera och använda webben i utbildningen visade på mellan 8,1–9,1 på en 10-gradig skala. Forskarskolan får goda omdömen, antalet sökande ökar och intresset för programmet är stort.[82] Enligt en artikel i Läkartidningen 2019 har en fristående grupp under 2018 utvärderat skolan och fann att den ger ett betydande mervärde till den ordinarie doktorandutbildningen. I utvärderingen lyfter man fram internationaliseringen, bildande av nätverk inom och utom Sverige samt att forskare med olika bakgrund utbildas tillsammans.[83]

Nationella forskarskolan om åldrande och hälsa

Nationella forskarskolan om åldrande och hälsa (SWEAH) bildades 2014 och finansieras av de tolv partnerlärosätena[84]. SWEAH är en tvärvetenskaplig forskarskola inom åldrande och hälsa som koordineras av Lunds universitet.[85]

SWEAH erbjuder tvärvetenskapliga kurser inom åldrande och hälsa för anslutna doktorander. SWEAH arrangerar också flera aktiviteter som stöder doktorander och postdoktorer i deras akademiska utveckling och karriär. Exempel på aktiviteter är studentdagar, nätverksträffar, konferenser och pedagogiska uppdrag samt kurser för postdoktorer. Forskarskolan tar emot omkring tio nya doktorander per år och skapar förutsättningar för ett kreativt och tvärvetenskapligt samarbete mellan svenska lärosäten och nationella och internationella partners.

[81] Socialstyrelsen. 2018. *Utvärdering av universitetssjukvård – strukturer och processer*.
[82] Lindholm, L H. och Spencer, S. 2014. Nationell forskarskola har global räckvidd, Både vetenskapligt och geografiskt når doktoranderna långt. *Läkartidningen*. 15/2014.
[83] Myleus, A. Lindholm, L H; Östergren, C J. 2019. Apropå! Nationella forskarskolan i allmänmedicin lever vidare. *Läkartidningen*. 14/2019.
[84] Blekinge tekniska högskola, Högskolan Dalarna, Högskolan i Jönköping, Karolinska Institutet, Högskolan i Kristianstad, Linköpings universitet, Linnéuniversitetet, Luleå tekniska universitet, Lunds universitet, Umeå universitet, Göteborgs universitet, Örebro universitet.
[85] Nationella forskarskolan om åldrande och hälsa. *Om SWEAH*, www.sweah.lu.se/om-sweah.

Nationell forskarskola Hälsoinnovation under uppstart

Högskolan i Halmstad är koordinerande part för forskarskolan. 28 partnerorganisationer bestående av lärosäten, företag, kommuner och regioner har skrivit avsiktsförklaringar att ingå i satsningen. Det första intaget planeras till hösten 2022.[86]

Forskarskolan stöder projektförslag som relaterar till digitalisering inom hälso- och sjukvården från olika vetenskapliga discipliner. Tre tematiska forskningsområden gäller utveckling av möjliggörande teknik, främjande av implementering i praktiken och ledning och optimering av innovationsprocessen.[87]

6.3.6 Professionsorganisationerna om medel för forskning

Samling för Allmänmedicinsk Forskning om behov av medel för tvärvetenskaplig forskning

Samling för Allmänmedicinsk Forskning och Utbildning (SAFU) lyfter bland annat att avgörande för framgång i en modern samhällskontext är personcentrering och betydelsen av att många och olika professioner och kompetenser medverkar i utformningen av hälso- och sjukvården. Teamsamverkan är av stor betydelse men hittills har forskningsprojekt med snäv medicinsk inriktning prioriterats i forskningen. Studier av till exempel samverkan mellan vården och individen i en personcentrerad kontext med både medicinsk, psykosocial och organisatorisk inriktning har inte prioriterats i svenska nationella forskningsfonder.[88]

SAFU menar att omfattande forskningsverksamhet behövs i en växande primärvård. Patienterna skiljer sig delvis från patienter vid sjukhus, högst 10 procent av patienterna remitteras vidare till andra specialistläkare vid sjukhus eller öppen vård. Inom primärvården har patienterna inte så ofta svåra akuta tillstånd men ofta flera långvariga eller kroniska sjukdomar, är ofta äldre och ofta sköra. Betydelsen av att ha kunskap om patientens socioekonomiska förhållanden och

[86] Högskolan i Halmstad. *Nationell forskarskola Hälsoinnovation*, www.hh.se/om-hogskolan/fokusomrade-halsoinnovation/nationell-forskarskola-Halsoinnovation.html, uttag 2022-04-11.
[87] Ibid.
[88] Samling för Allmänmedicinsk Forskning och Utbildning. *Förslag gällande utvecklandet av en nationell och regional FoU-struktur för forskning i primärvården*, *https://safu.se/wp-content/uploads/2021/01/2020-01-10-Forslag-gallande-utvecklandet-av-en-nationell-och-regional-FoU-struktur-for-forskning-i-primarvarden.pdf* 2020-02-11.

funktionella nivå är av stor betydelse. Personcentrerad intervention och pedagogisk kompetens utgör en betydelsefull inriktning i primärvården för att till exempel förbättra följsamhet till behandling. Kunskap om de angelägna forskningsbehoven inom allmänmedicin eller primärvård och de forskningsmetoder som krävs för att besvara forskningsfrågorna är nödvändiga för att kunna studera och kartlägga patientbehov, generera hypoteser och studera organisationsformer, kontinuitet och tillgänglighet. SAFU menar också att det krävs en särskild nationell forskningsfond för att öka omfattningen av forskning inom allmänmedicin och primärvård. Forskningsfonden ska enligt SAFU också ha ansvar för att facilitera, samordna och stödja stora forskningsprojekt, identifiera prioriterade områden samt att synliggöra forskning och forskningsresultat och skapa forum för utbyte mellan forskare på nationell nivå.[89]

Sveriges läkarförbund om långsiktigt hållbar forskningspolitik

Sveriges läkarförbund framhåller i sin forskningspolicy att framgångsrik forskning kräver långsiktighet, stabil finansiering och en god återväxt av forskande läkare. Forskarutbildade och forskande läkare är med sin kombination av medicinsk, vetenskaplig och klinisk kunskap centrala för vårdens långsiktiga utveckling. Finansiering av främst yngre forskare lyfts fram. Att välja en forskarkarriär måste framstå som ett attraktivt val. De menar att arbetsgivarna, universiteten och regeringen har ett stort ansvar och sammanfattar sina förslag i följande punkter:

- Särskilda satsningar på forskningsintresserade läkarstudenter och forskande läkare tidigt i karriären.
- Tydliggör sjukvårdens ansvar för den medicinska forskningen och förbättra förutsättningarna att kombinera forskning och kliniskt arbete genom hela yrkeslivet.
- Öka basanslagen till universiteten och förstärk finansieringen av patientnära forskning.
- Minskad administration och förenklade regelverk.[90]

[89] Ibid.
[90] Sveriges läkarförbund. 2020. *Forskningspolicy – Åtgärder för en världsledande medicinsk forskning.*

Svensk sjuksköterskeförening om resurser för omvårdnadsforskning

Svensk sjuksköterskeförening menar att anslag till forskningsprojekt inom omvårdnad oftast är mycket små i jämförelse med andra områden. Genom en större satsning på omvårdnadsforskning kan, enligt föreningen, vården utvecklas, vårdskador förebyggas och ojämlikhet minskas. I föreningens *Omvårdnad – forskning och framtid – strategi för forskning inom omvårdnad* lyfts bland annat att föreningen verkar för att;

- resurser till omvårdnadsforskning kraftigt ska öka. Det fasta forskningsanslaget till universitet och högskolor ska öka och tilldelas i relation till utbildningsuppdraget,
- anslagen för projektmedel via de statliga forskningsråden ska öka, omvårdnadsforskning ska finansieras genom stiftelser, uppdragsforskning och annan extern nationell och internationell finansiering,
- omvårdnad som egen disciplin ska ges goda förutsättningar att utveckla kreativa forskningsmiljöer,
- statens forskningsråd ska göra breda tematiska utlysningar som involverar omvårdnadsområdet, och
- kompetens inom det omvårdnadvetenskapliga fältet ska både stärkas och breddas hos de statliga forskningsråden, det skapar strukturer och incitament för att involvera patienter, närstående och allmänheten i hela forskningsprocessen.[91]

6.3.7 Behov av tillgång till data från primärvården för forskning

Behov av nationellt primärvårdsregister

I utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) betonas vikten av att kunna följa primärvårdens insatser på nationell nivå. Nationella hälsodataregister gör det möjligt att bland annat

[91] Svensk sjuksköterskeförening. 2016. *Omvårdnad – Forskning och framtid, strategi för forskning inom omvårdnad.* https://swenurse.se/publikationer/omvardnad---forskning-och-framtid, uttag 2022-03-11.

utvärdera vårdens innehåll, jämlikhet och tillgänglighet samt ger ett bättre underlag för forskning, uppföljning och för öppna jämförelser.[92] Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att utveckla den nationella uppföljningen med fokus på primärvården.[93] I sin rapport till regeringen har myndigheten föreslagit ett utvidgat nationellt patientregister med uppgifter från primärvården. Myndigheten har lämnat författningsförslag om ändring i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen som möjliggör inhämtning av uppgifter från primärvården. Sådan möjlighet finns redan i dag för övrig öppenvård och sluten vård.[94] Frågan bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Socialstyrelsen har även i regeringsuppdrag att kartlägga datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet.[95] I mars 2022 lämnade myndigheten rapporten *Kartläggning av datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet (delrapport) – Nationellt tillgängliga hälsodata för en datadriven hälso- och sjukvård, forskning och innovation*. I rapporten framkommer att behoven av hälsodata är stora. Det finns behov av data inom flera olika områden som biologiska data, vårddata, livsstilsdata, socioekonomiska data eller utfallsdata på individnivå, men också organisatoriska data med mera och patientrapporterade data om hälsa och vårdresultat. Vidare framkommer att primärvård är det enskilt mest omnämnda området där det saknas data både på individnivå och verksamhetsnivå. Från bland annat intervjuer med representanter för akademin framkommer att det största behovet av data för forskning är ett nationellt primärvårdsregister.[96]

Kvalitetsregister

Tillgång till data för forskning och utveckling finns även i de nationella kvalitetsregistren som innehåller individbaserade uppgifter om diagnoser eller problem och insatta åtgärder. Kvalitetsregistren drivs

[92] SOU 2019:29. *God och nära vård – Vård i samverkan.*
[93] Regeringsbeslut S2019/03056/FS. *Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård.*
[94] Socialstyrelsen. 2021. *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård – Deluppdrag I Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården.*
[95] Regeringsbeslut S2021/05369. *Uppdrag att kartlägga datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet*.
[96] Socialstyrelsen. 2022. *Kartläggning av datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet (delrapport) – Nationellt tillgängliga hälsodata för en datadriven hälso- och sjukvård, forskning och innovation.*

av regionerna och är kopplade till ett registercentrum som finns i respektive sjukvårdsregion.[97]

Datatillgång för forskning, uppföljning och utveckling inom kommunal verksamhet

För forskning inom den kommunala nivån finns tillgång till både flera register hos Socialstyrelsen och de nationella kvalitetsregistren.

Hos Socialstyrelsen finns registerservice som bistår vid beställningar av registerdata.[98] Socialstyrelsen har bland annat kommunala hälso- och sjukvårdsregistret och socialtjänstregistret. Det kommunala hälso- och sjukvårdsregistret omfattar omkring 400 000 personer per år. Registret innehåller uppgifter om personer som får hälso- och sjukvård, oavsett var den ges; i hemmet som enstaka insats eller som hemsjukvård, i särskilda boenden eller i dagverksamhet.

Möjligheterna för uppföljning, forskning och utveckling växer stadigt, parallellt med att kvalitetsregistrens kvalitet och täckningsgrad ökar. I en rapport om kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård konstaterar Socialstyrelsen att kommuner såväl som regioner har stor nytta av att använda registerdata vid uppföljningar av vårdens kvalitet i primärvården.[99]

Socialstyrelsen konstaterar också att myndighetens register med uppgifter om kommunernas vård- och omsorgsverksamheter sällan används i forskning eller i verksamheternas egna uppföljningar och att det finns behov av att sprida information om hur sambearbetning mellan register kan ske både bland forskare och aktuella intressenter i övrigt. Myndigheten lämnar förslag till fler studier eller undersökningar av sådant som är vanligt förekommande i kommunal hälso- och sjukvård, exempelvis:

- Läkemedelsgenomgångar är ett område där studier kan bedrivas med avseende på resultat av förskrivning av olämpliga läkemedel som exempelvis kan förorsaka fall.

[97] Socialstyrelsen. *Nationella kvalitetsregister*. https://bestalladata.socialstyrelsen.se/om-registeruppgifter/nationella-kvalitetsregister/ uttag 2022-03-20.
[98] Socialstyrelsen. 2022. *Beställa data och statistik*, https://bestalladata.socialstyrelsen.se/, 11 mars 2022
[99] Socialstyrelsen. 2018. *Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård – Täckningsgradsjämförelser och resultat av sambearbetningar med Socialstyrelsens register.*

- Höftfrakturer är den vanligaste orsaken till att äldre personer behöver sjukhusvård, de flesta är kvinnor. Det är möjligt att undersöka i vilken omfattning dessa har behandlats med bisfosfonatläkemedel och hur användningen av dessa utvecklas. Bisfosfonater rekommenderas som första behandling vid osteoporos och hög frakturrisk. Även samband mellan fall, fraktur och andra sjukdomar kan studeras.
- Stroke är en vanligt förekommande sjukdom i kommunalt finansierad verksamhet. Med hjälp av registren kan till exempel svar ges på hur stor andel av patienterna som rehabiliterades och hur stor andel som kunde skrivas ut från den kommunala hälso- och sjukvården. En jämförelse med dessa uppgifter och de kommuner som tillämpar tidig hemgång med rehabilitering i hemmet skulle också kunna genomföras.
- Det finns även möjligheter att studera beroende, lungsjukdomar och tandhälsa.[100]

6.3.8 Utmaningar och behov som lyfts vid utredningens kontakter med olika aktörer

Tillgång till forskningsmedel

En fråga som särskilt lyfts fram i utredningens kontakter med olika aktörer är möjligheten att erhålla forskningsmedel från de stora finansiärerna. De menar att medel till primärvårdsforskning är svårt att få i konkurrens från de stora finansiärerna och det börjar även bli svårt att få ALF-medel.

Några menar att de som granskar ofta kommer från delvis andra områden än allmänmedicin. Det medför att de delvis saknar kunskap om eller förtroende för metodik och förutsättningar för forskning i primärvårdskontext och att detta gör att det är svårt att nå framgång med ansökningar.

Flera lyfter fram att det är viktigt med medel även för dem som är doktorander och ännu inte disputerat.

En annan del som lyfts fram är stöd till forskning inom nära vård och tillgänglighet. Flera påtalar behoven av riktade medel för sam-

[100] Socialstyrelsen. 2018. *Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård – Täckningsgradjämförelser och resultat av sambearbetningar med Socialstyrelsens register*.

verkan med kommuner som saknar forskningskultur. De menar att det är angeläget att skapa möjlighet för doktorander i kommunal hälso- och sjukvård att få forska 50 procent och arbeta kliniskt 50 procent, och att de flesta handledare finns inom den regionala hälso- och sjukvården.

De flesta menar att den satsning som nu görs på riktade forskningsmedel i primärvården är ett steg i rätt riktning men att sådana medel behöver vara långsiktiga för att öka möjligheterna att bygga en stark forskningskultur och kritisk massa av forskare inom såväl regional som kommunal hälso- och sjukvård.

Kritisk massa av forskare är viktigt

Flera lyfter fram vikten av en större klumpvis satsning för att minska risken för att forskare i primärvården blir ensamma i sin verksamhet. De behöver vara fler och det behöver finnas ett nav som binder samman forskare, exempelvis genom universitetssjukvårdsenheter, se mer om universitetssjukvårdsenheter i avsnitt 6.4. Det är svårt för forskare på en vårdcentral att börja forska på egen hand. Det är ofta lyckat att börja forska tidigt, disputera som ung och sen göra klart sin AT eller ST. Kontaktytor är viktiga liksom forskarskolor.

Andra menar att det måste finnas en ständigt pågående satsning för att skapa och hålla i den kritiska massan av forskare som behövs i både den regionala och kommunala primärvården. Det är viktigt att det blir fler forskarhandledare som kan stödja forskare.

6.3.9 Utredningens bedömningar

Bedömning: Regeringen bör tillsätta ett 10-årigt *Nationellt samverkansprogram för forskning och utveckling för nära vård*, vid Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte).

Bedömning: Regeringen bör tillsätta ett 10-årigt *Nationellt program för primärvårdsforskning* med fokus på allmänmedicin, vid Vetenskapsrådet (VR).

Bedömning: Regeringen bör ge Forte respektive VR i uppdrag att förbereda för programmen, analysera forskningsbehov och ta fram

strategiska forskningsagendor i samverkan med berörda aktörer året innan medel utlyses.

Skäl

Primärvården definieras enligt hälso- och sjukvårdslagen som hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. (2 kap. 6 § HSL) Det är en stor skillnad och en stor utmaning jämfört med den specialiserade vården. Det är därför angeläget att det bedrivs en bred forskning i tillräckligt hög omfattning för att säkerställa en god kunskapsutveckling i primärvården, vilket kräver en tillräcklig stor massa av forskare inom primärvården.

I utredningen har det framkommit ett stort behov av att på flera sätt stärka förutsättningarna för forskning, utbildning och utveckling inom primärvården för en god och nära vård där primärvården är basen och navet. Det behövs en långsiktig särskild satsning för att åstadkomma en kritisk massa av forskare och hållbara forskargrupper i både regional och kommunal primärvård, liksom stöd för utvecklingsarbete, utvärdering och ordnat införande av nya arbetssätt och metoder. Utredningen menar därför att staten, regioner och kommuner bör uttala att forskning och utveckling inom primärvården ses som ett särskilt viktigt område att stödja ekonomiskt för omställningen till nära vård. I detta avsnitt lyfter vi särskilt fram den statliga nivåns stöd till nationella forsknings- och utvecklingsprogram. För uppgift om satsningens storlek, se kapitel 10, avsnitt 10.3.8 respektive 10.3.9.

Nationellt samverkansprogram för forskning och utveckling för nära vård

Utredningen menar att kombinationen forskning, utveckling och förbättringsarbete som *Nationellt samverkansprogram för forskning och utveckling för nära vård* syftar till, effektivt och långsiktigt kan bidra

till god och nära vård. Det skulle innebära att det finns vetenskapligt stöd eller utvärderade effektiva utvecklingsarbeten i botten för införande av nya effektiva arbetssätt och metoder. Det skulle också bidra med en brygga mellan forskning och utveckling som stöder införande av hållbara processer, metoder och arbetssätt i vården.

Utredningen har i kontakter med olika aktörer efterfrågat exempel på tvärvetenskaplig följeforskning i omställningen till nära vård. Utredningen har funnit att det i hög utsträckning saknas, men att det finns exempel på studier av vikt för omställningen i sig, exempelvis inom digitalisering eller organisering till exempel genom särskilda äldremottagningar eller mobila team. Utredningen menar därför att ett fokus för samverkansprogrammet bör vara tvärvetenskaplig forskning, inklusive organisationsforskning, och utveckling för nära vård. Både avseende omställningen i sig med fokus på kontinuitet, delaktighet och tillgänglighet men även gällande effektiva arbetssätt. Ett annat fokus gäller medicinsk forskning inom diagnoser och tillstånd hos patienter inom primärvården, och är särskilt angeläget avseende de patienter som är vanligt förekommande i kommunal hälso- och sjukvård, ofta svårt sjuka och multisjuka. Utredningen menar att även elevhälsan och tandvård bör omfattas av programmet. Forskningen kan vara inriktad på hälsofrämjande, förebyggande, tidig upptäckt och diagnosticering, behandling, rehabilitering och palliativ vård. Utveckling av innehåll i programmet sker genom arbetet med framtagandet av en strategisk forskningsagenda. I programarbetet bör även övervägas om ett så kallat fellowship-program ska ingå.

Målet är kunskapsbaserad vård med god kvalitet och hög tillit till primärvården. En personcentrerad vård som ska kännetecknas av god tillgänglighet, kontinuitet, delaktighet och effektivitet där förutsättningar för forskning, utbildning, utveckling och ständig förbättring är naturliga delar i verksamheten för chefer och medarbetare.

Målet är också att skapa kreativa mötesplatser och nätverk för forskare och utrymme för att genomföra varaktiga förbättringar inom kommunal och regional primärvård. Mötesplatser och nätverk där forskare och yrkesverksamma arbetar tillsammans med att identifiera förändringsbehov, bästa praktik, bedriva ny och sammanfatta befintlig forskning, skapa möjligheter till förnyelse samt pröva idéer i verksamheter och utvärdera dessa.

Ett sådant program kan bidra till en kultur där forskning och utveckling är en naturlig del i vardagen i vården.

– *Samverkan i genomförande av forskningsprojekt och utvecklingsprojekt*
För att stärka omställningen till en god och nära vård är det angeläget att de frågeställningar som ska besvaras genom forskning eller utvecklingsprojekt säkrar att de aktörer som behövs för att svara på frågeställningen eller problemet deltar i forskningen och i utvecklingsarbetet.

Vid sidan om kliniskt verksamma forskare inom primärvården är det angeläget att forskare inom specialiserad vård och forskare inom andra områden också kan delta för tvärvetenskaplig forskning, till exempel inom ämnen som organisation och hälsoekonomi. I utformning och genomförande av forskningsprojekt är det även angeläget att patient- och närståenderepresentanter deltar.

Samverkan mellan vårdnivåer bör gynnas. Det är dock angeläget att fokus i frågeställningen rör primärvårdens verksamhet och de behov som finns inom primärvården, så att forskningen kan leda till patient- och samhällsnytta.

Det är slutligen angeläget med stora forskningsprojekt med hög kvalitet. Därför är samverkan över landet viktigt. I projekt som involverar patientdata är det angeläget att infrastruktur skapas som underlättar för forskare att rekrytera patienter för större projekt.

– *Naturlig hemvist för program till stöd för både forskning och utvecklingsarbete saknas*
Ett skäl till detta program är att stödja forskning och överföring av ny kunskap och verksamhetsnära utvecklingsarbete för nya metoder och arbetssätt som efter utvärdering sprids, det vill säga innovation. Det saknas en naturlig hemvist för ett sådant program. Statliga forskningsfinansiärer ska stimulera forskning. Statliga myndigheter arbetar med utveckling av kunskapsstöd, uppföljning, utvärdering och fördelning av statsbidrag. Det gynnar stuprör men inte utveckling av en naturlig miljö för överföring av kunskap till praktik och utvärdering i klinisk verksamhet.

Med *Nationellt samverkansprogram för forskning och utveckling för nära vård* kan en kritisk massa av personer som forskar och driver utvecklingsarbete skapas. Forskargrupper och nätverk kan byggas. En sådan kritisk massa blir en viktig grund för att långsiktigt kunna skapa goda forsknings- och utvecklingsmiljöer i fler

delar av hälso- och sjukvården liksom för att stödja den akademisering som behövs för en regionaliserad läkarutbildning.

Utredningen föreslår placering vid Forte mot bakgrund av att myndigheten har erfarenhet från programmet Vinnvård. Programmet Vinnvård har stora likheter med samverkansprogrammet, men samverkansprogrammet är betydligt större och innehåller mer av utvecklingsarbete där både forskare, såväl kliniskt verksamma som andra, och kliniskt verksam personal deltar. Utredningen föreslår att programmet ska genomföras i samverkan mellan Forte, Vetenskapsrådet och Vinnova.

Nationellt program för primärvårdsforskning

Många har lyft fram att satsningen på forskningsmedel riktat till primärvården, som kom med forskningspropositionen, är ett steg i rätt riktning men att sådana medel behöver bli mer långsiktiga. Utredningen har också uppmärksammat att söktrycket på de utlysta medlen visar på att behovet är stort. Utredningen menar att det är angeläget att ta vara på det intresset.

Forskning inom de områden som är särskilt angelägna för primärvården[101] behöver stärkas. Forskning om kroniska folksjukdomar såsom diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, astma och KOL är ett angeläget område. Andra exempel på särskilt angelägna områden är samsjuklighet, multisjuklighet, förebyggande hälso- och sjukvård, tidig upptäckt och diagnosticering, behandling och rehabilitering. Ska primärvården vara basen i hälso- och sjukvården och patienters ingång till hälso- och sjukvården behövs också forskning på symtom och diagnostik avseende ovanliga och nya sjukdomar och tillstånd eftersom primärvården ofta är patientens första kontaktväg.

Utredningen menar därför att forskningsmedel riktade till primärvård med fokus på allmänmedicin behöver avsättas mer långsiktigt i ett 10-årigt program med säte på Vetenskapsrådet. Det har också en betydelse för akademisering på orter för regionaliserad läkarutbildning, se avsnitt 6.2, och för bildande av fler universitetssjukvårdsenheter inom primärvården, se avsnitt 6.4.

[101] Primärvård bedrivs av både regioner och kommuner. Kärnan i primärvården är allmänmedicin. Primärvård är en organisationsform medan allmänmedicin är en vetenskaplig disciplin. Som disciplin är allmänmedicin ett forskningsämne, ett undervisningsämne samt en läkarspecialitet.

Utveckling av innehåll i programmet sker genom arbetet med framtagandet av en strategisk forskningsagenda.

Forskarskolor

Även om alla universitet med läkarutbildning står bakom och det funnits varierande grad av annan ekonomisk hjälp har det varit svårt för nationella forskarskolan i allmänmedicin att planera för långsiktig verksamhet på grund av osäkerhet i finansiering.

Utbildning på forskarnivå är ett statligt ansvar och nationella forskarskolor har visat på goda resultat och uppskattas mycket av doktoranderna som ges möjlighet till nätverksbyggande över landet och internationellt för framtida samarbeten. Där främjas en god kreativ lärandemiljö som uppmuntrar till multidisciplinär forskning.

Vid nationella forskarskolan i allmänmedicin är de flesta läkare men flera andra yrkeskategorier finns, såsom sjuksköterskor, fysioterapeuter, psykologer, arbetsterapeuter, folkhälsovetare och farmaceuter.

I Socialstyrelsens utvärdering av universitetssjukvård framkom att universitetssjukvårdsenheterna sätter stort värde på forskarskolans bidrag i doktorandernas möjlighet att utveckla allmänmedicinsk klinisk forskningskompetens samt nationella forskningsnätverk. Myndigheten pekade också på behovet av utbyggnad av forskarskolor så att fler doktorander kan erbjudas plats.

Utredningen menar att det behövs forskarskolor både i bred bemärkelse för nära vård och specifikt inom allmänmedicin och att dessa kan finansieras genom de två programmen. Programmen syftar till att skapa en kritisk massa av forskare inom såväl regional som kommunal vård. Det syftar också till att skapa nationella nätverk. I forskarskolor är utbildningen sammanhållen och handledning och kursutbud hanteras systematiskt, samverkan sker mellan ämnesområden och möjligheter till nätverksbyggande ges. Där finns det en god forskningsmiljö med lokaler, utrustning och bibliotek med mera.

Utredningen menar att det är av stor vikt att den ekonomiska situationen är långsiktig och finansieringen bör på sikt göras permanent för forskarskolan i allmänmedicin. För forskarskolan i nära vård behöver verksamhet byggas upp så att den gynnar forskarutbildning för medarbetare inom både regional och kommunal hälso- och sjuk-

vård och på sikt utvärderas för ställningstagande om fortsatt stöd. En extern utvärdering av verksamheterna bör ske vart fjärde år. Båda forskarskolorna har betydelse för akademisering på orter med regionaliserad läkarutbildning och orter som är på gång att få en satellit till universitetet för regionaliserad läkarutbildning.

Differentiering i fördelning av medel

Det är viktigt med konkurrenskraftig forskningskultur med forskning som betyder något i praktiken. Utredningen menar att programmen bör vara differentierade i fördelningen av medel så att de gynnar både seniora forskare, doktorander och nya forskare. Seniora forskare är vana att göra ansökningar och genomföra stora projekt. Det är viktigt att medel ges för stora forskningsprojekt.

För de yngre kan det behövas en stegvis utveckling. Ett sätt att gynna doktorander och nya forskare är att ge stöd i form av planeringsbidrag för så kallat *proof of principle* som syftar till säkra genomförbarheten för att de sen ska kunna få igenom ansökan för ett större projekt. Eller att få starta mindre lokala projekt för att därefter skala upp dem till större.

Uppdrag om forskningsagenda och dialogforum för utformning av programmen

För att skapa ett program som tar vara på aktuella frågeställningar, utmaningar och behov inom vården och för patienter inom kommunal och regional primärvård ska respektive program utformas i samverkan. För respektive program ska Vetenskapsrådet och Forte ges i uppdrag inför programmens start att ta fram en strategisk forskningsagenda, i bred dialog.

En aktiv dialog med universitet och högskolor, primärvårdens huvudmän, SKR liksom företrädare för professionsorganisationer och patient- och närståendeorganisationer är ett viktigt led i utvecklingen av programmen. Det är viktigt att forum för sådan dialog skapas inför att ta fram program för utlysningar av medel.

En särskild beredningsgrupp för allmänmedicin respektive samverkansprogrammet bör övervägas för genomförandet vid både Vetenskapsrådet och Forte.

Ett förnyat ställningstagande bör tas av regeringen när programmen är i slutfas för att bedöma behovet av fortsatta särskilda program på detta sätt.

Det är angeläget att regionerna uppmuntrar medarbetare och studenter i vården till forskning och utvecklingsarbete och nyttjande av programmen samt har stödstrukturer som stöder de forskare som är aktuella för programmen för arbete med ansökan och genomförande.

6.4 Fler universitetssjukvårdsenheter i primärvården och stödjande miljöer i kommunal vård

I detta avsnitt lämnas en bakgrundsbeskrivning om primärvårdens grunduppdrag, om behoven av strukturer för forskning och utveckling, om ALF-avtalet och universitetssjukvårdsenheter[102] samt vad som framkommit i kontakter med olika intressenter i frågor om forskning, utbildning och utveckling. Därefter följer utredningens bedömningar och skälen till dem.

6.4.1 Primärvårdens grunduppdrag

Det ingår i primärvårdens grunduppdrag att möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete (13 a kap. 1 § 5 HSL). Förslag har även lämnats om att även utbildning ska ingå i uppdraget.[103] Utredningen menar att grunduppdraget också ringar in viktiga utvecklingsområden för en nära vård.

Primärvårdens grunduppdrag innebär att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska

- tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
- se till att vården är lätt tillgänglig,
- tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,

[102] Universitetssjukvårdsenheter är särskilt utsedda verksamheter med höga krav på sig avseende forskning, utbildning och utveckling av hälso- och sjukvård.
[103] SOU 2020:19. *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.*

– samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
– möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete (13 a kap. 1 § HSL).

I propositionen om införandet av bestämmelsen om primärvårdens grunduppdrag framgår bland annat att ambitionen med ett nationellt reglerat grunduppdrag för primärvården är att uppnå en likvärdig vård över landet samt att förtydliga vad som förväntas av primärvården och de grundläggande krav som är nödvändiga att uppfylla för att fullgöra ett sådant grunduppdrag. Ett tydliggörande av primärvårdens uppdrag och ansvarsfördelning bedömdes även kunna bidra till att öka befolkningens förtroende för primärvården och underlätta samverkan med andra delar av vården och omsorgen.[104]

Regionernas och kommunernas forskningsuppdrag framgår även genom att de ska medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Regioner och kommuner ska i dessa frågor, i den omfattning som behövs, samverka med varandra och med berörda universitet och högskolor (18 kap. 2 § HSL).

6.4.2 Sveriges Kommuner och Regioner prioriterar bland annat forskning inom primärvården

Utredningen har uppmärksammat att SKR och huvudmännen prioriterar forskning i bland annat primärvård.

SKR:s kongress beslutade i inriktningsdokument för 2020–2023 att forskning är prioriterat. Kunskapsstyrning, bättre införande av nya behandlingar, utvecklad ansvarsfördelning samt forskning och digitalisering är exempel på områden som enligt SKR i ökad utsträckning måste hanteras gemensamt av kommuner, regioner och staten i samverkan.[105]

Ett nytt policydokument beslutades år 2020: *Samhället, patienterna och hälso- och sjukvården behöver klinisk forskning – positionspapper*

[104] Prop. 2019/20:164. *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 75.
[105] Sveriges Kommuner och Regioner. *Det framgångsrika Sverige skapas lokalt – Inriktningen för Sveriges Kommuner och Regioner 2020–2023*.

om klinisk forskning för bästa möjliga vård – inte bara idag utan även imorgon. I policydokumentet lyfts bland annat att;

- omställningen till nära vård kräver att forskningskapaciteten i primärvården förstärks,
- hälso- och sjukvårdens verksamheter ska utformas så att goda förutsättningar för klinisk forskning skapas,
- forskning ska ingå i verksamhetsplaneringen och uppföljningen i så väl privat som offentlig regi,
- forskningsresultat behöver systematiskt implementeras,
- forskningen ska i ökad utsträckning bedrivas utifrån hälso- och sjukvårdens och patienternas behov,
- patientens ställning behöver stärkas i forskningsprocessen med medverkan och delaktighet,
- möjligheten att kombinera klinisk verksamhet med forskning och forskarutbildning ska öka,
- det ska finnas tjänster för forskande medarbetare i olika professioner genom hela karriären,
- forskningskompetens ska finnas i regionernas och kommunernas ledningsorganisation,
- samverkan mellan regioner, kommuner, universitet och högskolor, life science industrin med flera behöver utvecklas och
- statens engagemang i regioners och kommuners forskningsfrågor behöver bli mer långsiktig.[106]

6.4.3 Professionsorganisationerna om strukturer för forskning

SAFU föreslår nationell och regional forsknings- och utbildningsstruktur för primärvården

Samling för Allmänmedicinsk Forskning och Utbildning (SAFU), är ett nationellt samarbete mellan Distriktsläkarföreningen (DLF), Svensk förening för Allmänmedicin (SFAM) och representanter från

[106] SKR. 2020. *Samhället, patienterna och hälso- och sjukvården behöver klinisk forskning – positionspapper om klinisk forskning för bästa möjliga vård – inte bara idag utan även imorgon.*

alla allmänmedicinska forskningsenheterna i Sverige. SAFU har i dokumentet *Förslag gällande utvecklandet av en nationell och regional FoU-struktur för forskning i primärvården* klargjort sin syn på behovet av nationella och regionala åtgärder för att främja utvecklingen mot en god allmänmedicinsk forsknings- och utbildningsmiljö i primärvårdens kontext.[107] Nedan sammanfattas delar av vad som framgår i dokumentet.

Bred allmänmedicinsk forskningsverksamhet och formaliserad samverkan

SAFU lyfter bland annat fram att för att kraftfullt kunna utveckla kunskap och kvalitet i primärvården vad gäller medicinsk vård, hög kontinuitet, tillgänglighet, patientdelaktighet och effektivt samspel med sjukhus och kommunala insatser behövs en bred allmänmedicinsk forskningsverksamhet, som på basis av primärvårdens kontext kan stödja utveckling och implementering av effektiv primärvård.

De lyfter fram att det är nödvändigt med formaliserad samverkan mellan region och universitet på alla nivåer. För den forskande medarbetaren är en viktig del i detta arbete att arbeta för att möjliggöra, strukturellt och ekonomiskt, en forskningskarriär från student till professor. SAFU menar att som det nu är stimuleras enskilda forskningsprojekt utan integrering i ett helhetstänk kring förutsättningar för professionell forskningskarriär. För att stärka detta i primärvården krävs en regional och nationell uppbyggnad av forskning med koppling till universitet och fakultet.

Finansiering på regional nivå

Styrning av ALF-medlen behöver följas upp och utvärderas, enligt SAFU, så att tillräckliga medel avsätts till akademiskt kompetenta handledare inom primärvården. Fler måste ha en koppling till akademisk tjänst och forskning. Som exempel lyfts att cirka 10 procent av utbildnings-ALF går till primärvården medan en procent av ALF-forskningsmedlen går till primärvården. Den ökade undervisningen i läkarutbildningen inom primärvård kommer också kräva fler dispu-

[107] Samling för Allmänmedicinsk Forskning och Utbildning. 2020. *Förslag gällande utvecklandet av en nationell och regional FoU-struktur för forskning i primärvården.*

terade allmänläkare för att åstadkomma en naturlig koppling mellan forskning och undervisning. Därför behöver finansiering tryggas långsiktigt.

SAFU menar att huvudmännen behöver säkerställa tid och resurser för forskning och utbildning. De behöver också säkerställa en fungerande FoU-struktur med akademiska och kliniska tjänster med möjlighet till akademisk karriär. De påtalar även behovet av uppföljning och utvärdering av lokal och regional FoU-verksamhet.

För att skapa goda förutsättningar krävs enligt SAFU att regionerna skapar tjänsteutrymmen för forskning och att forskning och undervisning tydligt ingår i avtal som skrivs med privata vårdgivare.

Likvärdiga förutsättningar över landet och universitetssjukvårdsenheter

För att bygga en väl fungerande forskningskultur inom allmänmedicin och primärvård krävs, enligt SAFU, att forskningsmöjligheterna och forskningskarriären bygger på att det skapas likvärdiga förutsättningar i alla delar av landet.

Universitetssjukvårdsenheter inom ramen för ALF-avtalet beskrivs som basen i en regional FoU-struktur. Det är en fördel, enligt SAFU, om universitetssjukvårdsenheten kan vara en plattform för såväl forskning som utbildning inom allmänmedicin och primärvård.

Svensk sjuksköterskeförening

Svensk sjuksköterskeförenings arbete utgår, enligt föreningens webbsida swenurse.se, från fyra grundpelare: forskning, etik, utbildning och kvalitet. De påtalar svårigheter med att implementera nya forskningsresultat. Det krävs en nära koppling mellan den dagliga vården och forskning inom omvårdnad och det är angeläget att bygga ut stödstrukturer för detta. Tillgången på lärare (kliniska lektorat och kliniska professurer) är delar av dessa strukturer som kommer ha en avgörande betydelse för omvårdnadsforskningens utveckling och inriktning.

Utbildning är en prioriterad fråga för föreningen som bland annat lyfter fram att den kliniska lärandemiljön behöver uppfylla samma krav som den teoretiska lärandemiljön när det gäller ämnestydlighet,

lärarkompetens, pedagogisk kompetens, arbetsformer, litteratur och examination.

Vidare lyfter föreningen fram att sjuksköterskor måste ges förutsättningar att utveckla sin kompetens. För det krävs fortbildning.

6.4.4 Förutsättningar för doktorandtjänster skiljer sig mellan utbildningsområden

Enligt Universitetsskanslerämbetets (UKÄ) årsrapport 2021 skiljer sig förutsättningar för doktorander åt mellan utbildningsområden. Bland doktorander inom medicin och hälsovetenskap har ungefär hälften en aktivitetsgrad under 60 procent, det vill säga de genomför sin forskarutbildning på deltid. År 2020 hade antalet doktorsexamina minskat för fjärde året i rad. Även antalet licentiatexamina minskade.[108]

Doktorandanställning var den vanligaste försörjningen inom alla forskningsämnesområden. Bland alla doktorander, oavsett disciplin, hade 69 procent doktorandanställning. Inom medicin och hälsovetenskap hade 48 procent det. 29 procent hade parallell anställning som läkare eller annan sjukvårdspersonal.[109]

6.4.5 Svårigheter att tillsätta förenade tjänster

Förenade anställningar är anställningar med universitetet som huvudarbetsgivare men där del av anställningen utgör ett uppdrag inom hälso- och sjukvården, där individen betraktas som fullt anställd inom båda sektorerna.

Nationella vårdkompetensrådet har kartlagt arbetet med förenade anställningar vid de medicinska fakulteterna 2018–2020. Kartläggningen visade att söktrycket är lågt och tillsättningar uteblir ofta. Rådet beskrev exempelvis att 156 anställningar utlystes för läkarkategorin. I genomsnitt var det två sökanden per tjänst och 85 procent av de sökande var behöriga. Tjänsterna var dock svåra att tillsätta och 17 procent av tjänsterna kunde inte tillsättas.[110]

Utredningen har bett om kompletterande uppgifter. Det har då framkommit att det var 18 tjänster utlysta för specialister i allmän-

[108] Universitetskanslersämbetet. 2022. *Universitet och högskolor – Årsrapport 2021*.
[109] Universitetskanslersämbetet. 2022. *Universitet och högskolor – Årsrapport 2021*.
[110] Nationella vårdkompetensrådet. 2021. *Förenade anställningar vid de medicinska fakulteterna 2018–2020*, PM Löpnr. 2021:10.

medicin. Av dessa var det 5 professurer varav 4 tillsattes och 13 lektorat varav 9 tillsattes. Det innebär att 28 procent av dessa tjänster inte tillsattes.[111] En liknande bild ses för sjuksköterskor och övriga yrkeskategorier, se tabell 6.2.[112]

I rapporten lyftes behovet av en översyn av högskoleförordningen kring förenade anställningar så att lärosätena får större möjligheter att anställa efter verksamheternas behov och att man kan ha biträdande universitetslektorer på förenad anställning för att ge större flexibilitet. Det behövs en fördjupad analys av orsakerna till det låga söktrycket och de få tillsättningarna. I rapporten lyftes att det finns ett behov av en kartläggning om behov av och möjligheter för förenade anställningar inom kommunal hälso- och sjukvård.[113]

Tabell 6.2 Utlysningar och tillsättningar av förenade anställningar 2018–2020

Antal där inget annat anges

Yrkeskategorier	Utlysningar	Varav professorer	Varav lektorer	Behöriga procent	Ej tillsatta
Läkare	156	64	92	85	26 (17 procent)
Sjuksköterskor	23	6	17	78	8 (35 procent)
Övriga vårdyrken	27	6	17	67	7 (26 procent)
Totalt	**206**	**76**	**130**	**82**	**41 (20 procent)**

Källa: Nationella vårdkompetensrådet.

6.4.6 ALF-avtalet och utveckling av universitetssjukvårdsenheter

Nuvarande ALF-avtal som trädde i kraft 2015 ger förutsättningar för tydliga strukturer, processer och resultat avseende utbildning, forskning och utveckling av hälso- och sjukvården genom bildande av universitetssjukvårdsenheter (USVE). De delar av avtalet som rör utbildning av läkare är beskrivna i avsnitt 6.2.

[111] Nationella vårdkompetensrådet. Kontakt med kontaktperson för Löpnr 2021:10, 15 februari 2022.
[112] Nationella vårdkompetensrådet. 2021. *Förenade anställningar vid de medicinska fakulteterna 2018–2020*, PM Löpnr. 2021:10.
[113] Ibid.

I avtalet ingår också att regioner och universitet ska komma överens om vilka organisatoriska enheter som ska ingå i universitetssjukvården (universitetssjukvårdsenheter). Universitetssjukvården ska vid sidan om att bedriva hälso- och sjukvård av hög kvalitet enligt avtalet;

- fortlöpande bedriva forskning av hög nationell och internationell kvalitet,
- bedriva utbildning av hög kvalitet,
- följa den internationella utvecklingen inom medicinsk forskning, utbildning och hälso- och sjukvård,
- bidra till evidensbaserad hälso- och sjukvård genom att överföra egna och andras forskningsresultat till praktisk vård och fortlöpande utvärdera etablerade och nya metoder,
- förmedla resultatet av sin verksamhet till övriga delar av hälso- och sjukvården, och
- samverka med näringslivet och patientorganisationer.[114]

Universitetssjukvårdens miljöer kännetecknas, enligt ALF-avtalet, av hälso- och sjukvård av hög kvalitet, sjukvårdshuvudmannens uttalade uppdrag för forskning och utbildning, innovativ kultur och incitamentsstruktur för kunskapsutveckling. Universitetssjukvården ställer särskilda krav på organisationsutformning, vetenskapligt ledarskap, infrastruktur och finansiering.[115]

De avtalsslutande regionerna kommer enligt avtalet samråda med övrig hälso- och sjukvård. Genom bred samverkan skapas möjligheter för alla aktörer att vidga tillgången till utbildningsmiljöer, tillgodose behovet av patientdata och trygga patienters deltagande och delaktighet i klinisk forskning och utbildning.[116]

[114] Staten, Stockholms läns landsting, Landstinget i Uppsala län, Landstinget i Östergötland, Skåne läns landsting, Västra Götalands läns landsting, Örebro läns landsting och Västerbottens läns landsting. 2014. *Avtal om samarbete mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.* Avtalet trädde i kraft 1 januari 2015.
[115] Ibid.
[116] Ibid.

Vidare anges att regioner som ingår avtal med privat vårdgivare ska säkerställa att utbildning och forskning kan utföras med hög kvalitet även hos den vårdgivaren.[117]

I avtalet uppges även att om regionen och universitetet är överens kan de träffa avtal om samverkan på utbildnings- och forskningsområdet med en annan region. ALF-ersättningen för verksamhet som omfattas av sådan samverkan förmedlas av den region där universitetet är beläget.[118]

Det nationella ALF-avtalet kompletteras som tidigare nämnts av regionala avtal, RALF, och beslutas av ingående region och universitet gemensamt i samverkansorganet. Det regionala samarbetet bygger på gemensamt utarbetade visioner och målsättningar och strategier för att nå dem. Det är i samverkansorganet som beslut fattas om vilka enheter som ska utgöra universitetssjukvårdsenheter. Universitetssjukvårdsenheter i specialiserad vård utgörs oftast av en klinik eller motsvarande, medan de i primärvården oftast är organiserade som centrum med flera vårdcentraler anslutna.

Återkommande nationell utvärdering

I syfte att stödja universitetssjukvårdens utveckling ska enligt ALF-avtalet vart fjärde år en utvärdering av universitetssjukvården genomföras med avseende på struktur, process och resultat i fråga om forskning, utbildning och utveckling.

I utvärderingen ska en viss miniminivå som universitetssjukvården ska uppnå fastslås. En region som inte uppnår denna miniminivå ska i samverkan med berört universitet åtgärda detta inom en viss tid i enlighet med utvärderingens rekommendation. Om så inte sker, får staten säga upp avtalet gentemot berörd region.

Socialstyrelsen har givits i uppdrag att utvärdera universitetssjukvården. En första utvärdering lämnades av Socialstyrelsen 2018.[119]

[117] Ibid.
[118] Ibid.
[119] Socialstyrelsen. 2018. *Utvärdering av universitetssjukvård – Strukturer och processer*.

Jämlika villkor för universitetssjukvårdsenheter med miniminivåer och nationell utvärdering

USVE har godkänts av universitetet och region efter säkerställande av de krav som ställs på strukturer, processer och resultat genom de miniminivåer som Socialstyrelsen beslutat om.[120] Miniminivåer ger förutsättningar för en god forsknings-, utbildnings- och utvecklingsmiljö, för mer detaljerad information om miniminivåerna, se bilaga 5.

Miniminivåerna innebär att USVE har en nära anknytning till universitetet och har en forsknings-, utbildnings- och utvecklingsansvarig (FoUU-ansvarig) i ledningsgruppen. De har handledare, doktorander och forskare och bedriver utbildning av läkare och utvecklingsarbete. De tillämpar en handlingsplan som stöder utvecklingen från student till docent inom för enheten relevanta yrkesgrupper, det vill säga personal som har direkt eller indirekt patientkontakt inom de 22 legitimationsyrkena och andra relevanta yrken med krav på högskolekompetens såsom biostatistiker, molekylärbiolog, socionom, folkhälsovetare.

USVE har ansvar för alla tre delar; forskning, utbildning och utveckling. Det underlättar överföring av kunskap till praktik och innebär ett fokus på evidensbaserad utveckling av hälso- och sjukvården. Arbetet sker med deltagande av patient- och närståenderepresentanter. I miniminivåerna ingår användningen av patientrapportering som PROM (Patient Reported Outcome Measures) om hur patienterna själva upplever sin sjukdom och påverkan på livskvalitet och PREM (Patient Reported Experience Measures) om patienternas upplevelser av vården. Det ska även finnas individuella kompetens- och fortbildningsplaner för personalen.

Därutöver finns ett regionalt ledningsorgan för ALF-arbetet och en nationell styrgrupp som bevakar utvecklingen.

6.4.7 Universitetssjukvårdsenheter inom primärvård i Norra sjukvårdsregionen och Sydöstra sjukvårdsregionen

Totalt finns cirka 300 USVE i landet i dag. Inom *allmänmedicin och primärvård* finns USVE i alla sju ALF-regioner, oftast en USVE per region.

[120] Socialstyrelsen. 2020. *Beslut om miniminivåer som universitetssjukvården bör uppnå med utgångspunkt i vad som anges i ALF-avtalet*. Dnr 5.7-5221/2020, bilaga 1.

Utredningen har haft kontakt med representanter för regionerna, universitetet och universitetssjukvårdsenheter i två ALF-regioner som regionaliserat läkarutbildningen i hela sin sjukvårdsregion. Utredningen har genom den information som lämnats uppmärksammat att den regionaliserade läkarutbildningen bidragit till möjligheterna att bilda universitetssjukvårdsenheter även utanför ALF-regionen. Därigenom finns i dag totalt tre USVE i Norra sjukvårdsregionen och fyra i Sydöstra sjukvårdsregionen, utanför ALF-regionerna. Två av dessa utgör USVE inom *primärvård eller allmänmedicin*. Det är en i Region Jämtland-Härjedalen och en nybildad i Region Jönköpings län.

Umeå universitet och Norra sjukvårdsregionen

Genom kontakter med representanter för Region Västerbotten, Umeå universitet och representanter för universitetssjukvårdsenheter i Region Västerbotten och Region Jämtland-Härjedalen har utredningen tagit del av följande information.

Med avtalet *LP4U* och ett hängavtal till det regionala ALF-avtalet (RALF) har samverkan mellan Umeå universitet och alla regioner inom sjukvårdsregionen inneburit att en regionaliserad läkarutbildning funnits i Norra sjukvårdsregionen sedan 2011, se avsnitt 6.2.15.

Parallellt med starten av den regionaliserade läkarutbildningen gjorde universitetet och regionerna en ökad satsning på uppbyggnad av den akademiska miljön. Forskargrupper startades kring universitetslärarna, som har sin tid delad mellan klinik, forskning och undervisning. Doktorander antogs på alla studieorterna. Inom universitetslärargruppen startades också flera samarbeten mellan olika specialiteter.

Forskningsstöd gavs från regionen och genom ALF-anslag, bland annat för ett e-hälsoprojekt inom allmänmedicin som kunde finansiera flera doktorander i Region Jämtland-Härjedalen.

Enligt universitetet sker en positiv utveckling av den akademiska miljön. Antalet doktorander, disputationer och vetenskapliga publikationer har ökat betydligt i hela Norra sjukvårdsregionen. Ett flertal forskare, i huvudsak de universitetsanställda lärarna, vid de nya studieorterna har i konkurrens med andra forskare erhållit forskningsmedel från de stora nationella forskningsfinansiärerna. Detta har dock skett i olika utsträckning i regionerna och mer insatser behövs för att åstadkomma en större kritisk massa av forskare.

Genom den regionaliserade läkarutbildningen och ökade akademiseringen har även möjligheter öppnats för verksamheter i alla regionerna att ansöka om att bli USVE. Fyra ansökningar har inkommit från enheter utanför Region Västerbotten, varav två beviljats. Totalt finns i dagsläget totalt 23 USVE i Norra sjukvårdsregionen. I Region Västerbotten, som är ALF-region, finns en universitetssjukvårdsenhet i allmänmedicin/primärvård och även en i Region Jämtland-Härjedalen. Utredningen har träffat representanter för båda enheterna i *allmänmedicin och primärvård*, universitetet och regionen.

Universitetssjukvårdsenheten i Region Jämtland-Härjedalen

Utredningen beskriver här de erfarenheter som delgivits utredningen i kontakter med regionerna, universitetet och från USVE i Region Jämtland-Härjedalen som är den första USVE inom *allmänmedicin och primärvård* utanför ALF-regionerna.[121] Representanter för USVE lyfter fram att primärvården är ett av de starkare forskningsområdena i regionen.

Regionen har bra tillgång till ST-tjänster i allmänmedicin. Regionen har brist på färdiga specialister i allmänmedicin, framför allt i glesbygd och centrala Östersund. De menar att behovet av allmänläkare kommer att öka i och med omställningen till nära vård.

Flera förklaringar till den goda tillgången till ST-tjänster lyfts fram, bland annat att de var tidiga med att ha studierektorer för både ST-läkare och AT-läkare och att det har funnits ett generöst kursprogram för ST-läkare som startade redan 1999.

Drygt 90 procent av specialisterna i allmänmedicin hade gått handledarutbildning vid starten av den regionaliserade läkarutbildningen 2011. Vidare har det funnits bra samarbete mellan universitetslärare och handledare. Lärarledd undervisning och praktik under handledning på hälsocentral har i studenternas utvärderingar varit mycket uppskattade.

Tillgång till disputerade allmänläkare för handledning av vetenskapliga projekt har också gjort att en relativt stor andel av studen-

[121] För att bli USVE i Norra sjukvårdsregionen lämnas en ansökan som bedöms av såväl det gemensamma FoU-rådet som en extern granskning, beslutsunderlag tas fram av ALF-kommittén. Det formella beslutet av USVE tas sedan av Norrlands universitetssjukvårdsstyrelse (NUSS), det högsta samverkansorganet där universitet och de fyra regionerna är representerade.

terna gjort sina vetenskapliga projekt inom allmänmedicin. Sammantaget har intresset för att välja ST i allmänmedicin ökat de senaste tio åren. Den regionaliserade läkarutbildningen i Östersund är en viktig ingång. AT är en annan.

Under perioden 2018–2021 tillträdde 38 nya ST-läkare i allmänmedicin. Av dessa hade 11 (29 procent) gått sin grundutbildning och gjort AT i Östersund. Sammanlagt hade 24 av 38 (63 procent) gjort sin AT i Region Jämtland-Härjedalen.

Vid start av den regionaliserade läkarutbildningen 2011 fanns det två disputerade läkare i allmänmedicin, varav en docent, i Region Jämtland-Härjedalen. Vid ansökan till USVE 2019 hade antalet ökat till 8, varav 7 läkare och en fysioterapeut, och vid uppföljning 2021 fanns 11 disputerade medarbetare. Bland dessa en professor och två docenter, som byggt upp forskargrupper. Ansökan beviljades i januari 2021.

För att bygga en akademisk miljö krävs ett långsiktigt arbete och en kritisk massa för att miljön ska fortleva

De utredningen haft kontakt med beskriver att samarbetet med allmänmedicin och Umeå universitet, samt samarbetet mellan de olika universitetslärarna inom regionen, har varit synnerligen viktigt för den akademiska miljön. FoU-enheten inom regionen har möjliggjort samlokalisation av forskare så att det finns tillgång till arbetsrum och mötesrum på FoU-enheten. Det inrättades också tidigt en tjänst som statistiker vid enheten, vilket bidragit till hög kvalitet på forskning och publikationer.

Regionen har avsatt forskningsmedel för deltidstjänster och postdoc-tjänster under maximalt fem år för att möjliggöra meritering till docent. Regionen har också delvis finansierat deltagande i en kurs i forskningsmetodik (30 högskolepoäng) vid Umeå universitet för intresserade. Flera doktorander har deltagit i Nationella forskarskolan i allmänmedicin, med finansiering delvis från regionen.

Flera stora nationella forskningsanslag har gått till regionens forskare, speciellt inom området e-hälsa. Medel har även erhållits från Horisont Europa som är EU:s finansieringsprogram för forskning och innovation fram till 2027.

Flera utvecklingsprojekt pågår inom nära vården. Projekten stärker samarbetet mellan specialiserad vård och primärvård, till exempel inom området hemmonitorering och egenvård. Även projekt om

samverkan med kommunerna pågår. Där försöker man hitta arbetssätt för att överbrygga de administrativa gränserna mellan huvudmännen.

Den regionaliserade läkarutbildningen har också medfört ett ökat samarbete med andra utbildningar. Ett exempel är samarbete med Mittuniversitetets och Luleå Tekniska Universitets sjuksköterskeprogram med återkommande moment av interprofessionellt lärande både inom undervisning och under praktik.

Enligt enheten är vinsten med att vara USVE att det finns tydliga kvalitetskrav avseende forskning, undervisning, sjukvård och utvecklingsarbete som måste uppfyllas och säkerställs med stöd av regional och nationell utvärdering. Det är en bra grund för samarbete och långsiktighet i åtaganden. Enheten menar att andelen disputerade kommer att öka och motsvara övriga specialiteters. Det stöds också av miniminivån som kräver att det finns minst en doktorand och minst en som disputerat under en fyraårsperiod. De menar att det blir en tydlig kvalitetsstämpel, högre status för allmänmedicin, större fokus på evidensbaserad vård och i förlängningen medför USVE bättre vård för invånarna. Ännu har man varit USVE så kort tid, men man hoppas att kvalitetsstämpeln och möjligheten till forskning gynnar rekrytering. De tror också att rekrytering av färdiga specialister och spetskompetens underlättas och hoppas att forskningsanslag dedikerade för allmänmedicin kommer att gynna ansökningar från forskare med USVE-tillhörighet.

Linköpings universitet och Sydöstra sjukvårdsregionen

I kontakter med Region Östergötland, Linköpings universitet och universitetssjukvårdsenheten Primärvårdscentrum i Region Östergötland har följande information delgivits utredningen.

Genom den akademisering som parallellt med den regionaliserade läkarutbildningen sker i sjukvårdsregionen finns nu två USVE inom primärvården i form av centrumbildning med flera vårdcentraler anslutna. En finns i Region Östergötland som är ALF-region och en som nyligen är beslutad i Region Jönköpings län. För närvarande finns totalt 42 USVE i sjukvårdsregionen, varav 38 i Region Östergötland och 4 i Region Jönköpings län. Diskussioner pågår om två

USVE i Region Kalmar län och ytterligare en i Region Jönköpings län samt ett par i Region Östergötland.

För att stimulera enheter som man bedömer har förutsättningar att kunna bli USVE inom ett par år har regionen inrättat en nivå under USVE-status som de kallar akademiska enheter. Genom ansökan ges återkoppling så det blir tydligt vad man behöver arbeta med för att kunna möta samtliga miniminivåer för USVE, vilket blir kvalitetsdrivande incitament för dessa verksamheter. På motsvarande sätt arbetar man inom USVE i primärvård. USVE har fyra akademiska vårdcentraler i dagsläget, där ambitionen är att fler ska bli akademiska vårdcentraler, men de är en samlad USVE enhet bestående av samtliga regiondrivna vårdcentraler. De framhåller att det är viktigt att de som är akademiska vårdcentraler håller kvalité och nivåer i enlighet med Socialstyrelsens miniminivåer.

För att underlätta och stimulera ökad samverkan mellan olika vårdnivåer och mellan forskare inom samma ämnesområde har politiskt beslut fattats om att inrätta en forskarskola i nära vård. En bärande tanke i detta arbete är multidisciplinär samverkan inom och mellan organisationer.

Primvärdscentrum – universitetssjukvårdsenhet allmänmedicin/primärvård Region Östergötland

Den ena av de två USVE i allmänmedicin och primärvård i Sydöstra sjukvårdsregionen finns i Region Östergötland. Primärvårdscentrum innehåller fler verksamheter än vårdcentraler, men det är samtliga vårdcentraler inom Primärvårdscentrum Region Östergötland som bildar USVE-enheten. Figur 6.2 visar en skiss av Primärvårdscentrums organisation av USVE.

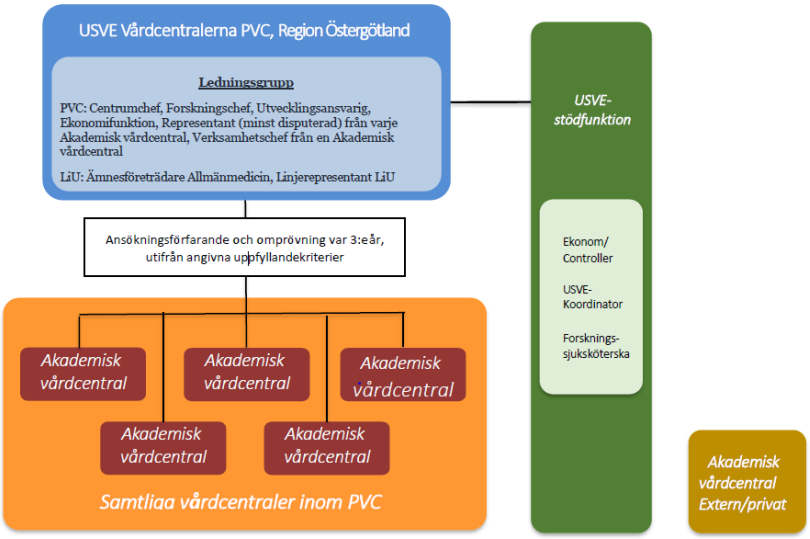
Centrumet i sin helhet uppges uppfylla de krav som ställs i form av miniminivåer. Det är ledningsgruppen för USVE som har beslutat vilka särskilda krav som ställs, på de ingående vårdcentraler som är akademiska vårdcentraler, inom forskning, utbildning av läkare och utveckling av hälso- och sjukvård. De kraven motsvarar många av Socialstyrelsens miniminivåer inom forskning, utbildning och utveckling.

Den forskningskompetens som finns i Primärvårdscentrum 2021 är två professorer (en i allmänmedicin och en i internmedicin, endokrinologi), en biträdande professor, tre docenter (varav en socionom), en licentiat (distriktssköterska), arton disputerade medarbetare (var-

av en biomedicinsk analytiker, en distriktssköterska och en socionom), sjutton forskarstuderande (varav två distriktsköterskor). Av 42 forskare har sammanfattningsvis sju annan profession än läkare.

Figur 6.2 **Universitetssjukvårdsenheten med vårdcentraler inom Primärvårdscentrum i Region Östergötland**

Bilden visar strukturen för USVE



Källa: Forskning, utveckling och innovation inom Primärvårdscentrum – underlag till en forsknings-, utvecklings-, och innovationsstrategi för Region Östergötlands regiondrivna vårdcentraler.

Erfarenheterna av att vara USVE som lyfts fram är fler universitetslärare med koppling till Linköpings Universitet, fler disputerade medarbetare, flera intresserade medarbetare som önskar påbörja forskarutbildning – även inom andra professioner än läkare. Enheten bedriver strategiskt arbete kring regionalt forsknings- och utvecklingsarbete (RFOU) och har en antagen forsknings-, utvecklings- och innovationsstrategi med medarbetarperspektiv. De menar också att det är rekryteringsfrämjande att vara USVE.

Vid enheten bedrivs flera tvärvetenskapliga forsknings- och utvecklingsprojekt. De samverkar också med en patientpanel. Enheten har erhållit extra medel för att locka fler till forskning. För att stimulera till forskning börjar det ofta med ett utvecklingsarbete. Det finns ett nätverk för forskningsintresserade medarbetare från alla

professioner, inom primärvårdscentrum PVC. Nätverket träffas 2–3 gånger per termin.

6.4.8 Universitetssjukvårdsenheter i övriga regioner

Här beskrivs översiktligt övriga sjukvårdsregioner och läget avseende universitetssjukvårdsenheter utanför ALF-regionen. En del av informationen har lämnats av kontaktpersoner för ALF i ALF-regionerna, men utredningen har även haft kontakt med en av de två USVE-enheterna i allmänmedicin i Region Örebro län.

Örebro universitet och Sjukvårdsregion Mellansverige

Sjukvårdsregion Mellansverige är den näst största sjukvårdsregionen och omfattar 2,1 miljoner invånare och sju län. Det är länen Örebro, Uppsala, Dalarna, Gävleborg, Värmland, Västmanland och Södermanland. I sjukvårdsregionen finns två universitet som bedriver läkarutbildning, Uppsala universitet och Örebro universitet.

Den del av verksamhetsförlagd utbildning (VFU) som sker utanför Region Örebro län förläggs huvudsakligen till Region Dalarna och Region Värmland.

ALF-regionen stöder akademisering utanför den egna regionen, till exempel med fem universitetslärare i Region Värmland. Även om läkarutbildningen inte är regionaliserad har ALF-regionen inlett en diskussion med Region Värmland, som står för 23 procent av det totala antalet VFU-veckor, om utvecklingen av USVE. Region Dalarna har cirka 15 procent av det totala antalet VFU-veckor. Det pågår inte något arbete för att regionalisera läkarutbildningen.

I Örebro län finns två USVE på vårdcentralsnivå. Utredningen har träffat en av de två USVE-enheterna inom allmänmedicin och primärvård, Kumla vårdcentral. De menar att det är viktigt med kraven som ställs på USVE, att hålla uppe en viss standard och få stöd för sin forskning. De framhåller samtidigt att arbetet är under uppbyggnad i regionen och att det behövs mer forskning och på fler vårdcentraler. Signalvärdet att man jobbar evidensbaserat och utvecklas med forskningen och den senaste utvecklingen är viktigt.

De lyfter också fram betydelsen av att vara USVE. Det ger en förståelse i hela verksamheten från medarbetare till ledning att forskning

är viktigt. Det stärker forskningskulturen på vårdcentralen. Exempel på forskning på enheten med anslutning till nära vård-omställningen gäller mobila team.

Uppsala universitet och Sjukvårdsregion Mellansverige

Uppsala universitet nyttjar flera delar av sjukvårdsregionen för att hantera tillräcklig omfattning på VFU. Studenterna får delar av sin utbildning i Gävle, Falun, Västerås med flera orter. I och med den sexåriga läkarutbildningen kommer dessa inslag att bli mer omfattande.

En samverkan med regioner i sjukvårdsregionen sker genom *centrum för klinisk forskning*. Sådana finns i Gävle, Falun, Västerås och Eskilstuna i syfte att optimera möjligheten att bedriva kliniska studier inom hälso- och sjukvården.

För närvarande pågår inte något arbete för bildande av USVE utanför ALF-regionen eller regionalisering av läkarutbildningen.

Lunds universitet och Södra sjukvårdsregionen

Södra sjukvårdsregionen omfattar länen Skåne, Blekinge, Kronoberg och södra delen av Hallands län.

Alla regioner i sjukvårdsregionen tar emot läkarstudenter för VFU från läkarutbildningen vid Lunds universitet. Det finns för närvarande inte några planer på att regionalisera läkarutbildningen.

I regionen finns en USVE inom *allmänmedicin och primärvård* i form av centrumbildning, Universitetsklinik primärvård. Där ingår Centrum för primärvårdsforskning som är ett gemensamt centrum mellan Region Skåne och Lunds universitet. Tio akademiska vårdcentraler ingår.

Det pågår för närvarande inte något arbete för att skapa möjligheter för USVE i andra regioner eller regionalisering av läkarutbildningen.

Göteborgs universitet och Västra sjukvårdsregionen

Västra sjukvårdsregionen omfattar Västra Götalands län och norra delen av Hallands län.

Från läkarutbildningen vid Göteborgs universitet tar Region Halland emot studenter för VFU. Det gör de även från Lunds universitet.

I Västra Götalandsregionen finns fyra USVE inom *allmänmedicin och primärvård*, i form av centrumbildningar:

- Primärvårdens USVE FyrBoDal
- Primärvårdens USVE Skaraborg
- Primärvårdens USVE Södra Älvsborg
- Primärvårdens USVE Göteborg och Södra Bohuslän.

För närvarande pågår inte något arbete för att möjliggöra för Region Hallands verksamheter att ansöka om USVE-status eller regionaliserad läkarutbildning.

Karolinska institutet och Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland

Sjukvårdsregionen omfattar Stockholms län och Gotlands län.

För läkarutbildningen vid Karolinska institutet (KI) anordnas VFU-platser i Region Stockholm. KI har inte avtal med Region Gotland om VFU-platser.

Enligt utredningens kontakter saknas resurser för att ersätta en annan region för medverkan i läkarutbildningen. KI har heller inte förenade anställningar, det vill säga lärare med någon annan huvudman än Region Stockholm.

Det finns inte något förslag om förutsättningar för USVE i Region Gotland. KI har inte någon formell samverkan med Region Gotland och resurserna för vårdens medverkan i KI:s läkarutbildning och kliniska forskning fördelas enligt ALF-avtalet till Region Stockholm. Det pågår inte något arbete för regionaliserad läkarutbildning.

I Region Stockholm finns en USVE inom *allmänmedicin och primärvård*, Akademiskt primärvårdscentrum, som har åtta anslutna akademiska vårdcentraler. Akademiskt primärvårdscentrum är också en kunskapsorganisation för primärvårdens aktörer, oberoende av driftsform.

6.4.9 Exempel på strukturer för forskning och utveckling i kommunerna

Utredningen har inte genomfört någon kartläggning av strukturer för forskning och utveckling för kommunal hälso- och sjukvård. I möten och kontakter med olika aktörer har utredningen dock efterfrågat exempel på strukturer som stöder forskning och utveckling i den kommunala hälso- och sjukvården, som i någon mening kan liknas vid USVE. Många säger att det finns få exempel och att det är något som behöver utvecklas i kommunerna.

Utredningen har inte närmare undersökt huruvida de kommunala exemplen har fokus på socialtjänstens områden eller kommunalhälso- och sjukvård eller både och. De exempel som utredningen uppmärksammat presenteras kortfattat nedan och ska ses som exempel. Det finns troligen fler.

Kommunakademin Väst

Kommunakademin Väst (KAV) är en arena för samverkan mellan Högskolan Väst och de 14 kommunerna i Fyrbodal. Högskolan Västs viktigaste områden i samarbetet är att kunna utveckla profilen *Arbetsintegrerat lärande* och *Stärka forskning och utbildning*. Fyrbodals kommuner respektive Högskolan Väst deltar med egna resurser i form av personal, utrustning och tillskott av kapital i gemensamma forsknings- och utvecklingsprojekt, utvecklingsuppdrag, utbildningsprojekt och andra samverkansprojekt, tillsammans med andra lämpliga partners. Allt i enlighet med vad parterna och aktuella partners kommer överens om för varje enskilt projekt.

För VFU finns sedan 2021 ett gemensamt samverkansavtal mellan alla de 49 kommunerna, Västra Götalandsregionen och lärosätena Göteborgs universitet, Högskolan i Borås, Högskolan i Skövde och Högskolan Väst. Avtalet reglerar struktur, ansvar och finansiering avseende VFU mellan de ingående parterna.

Akademiskt vård- och omsorgsboende i Örebro-Kumla

Utredningen har uppmärksammat ett Akademiskt vård- och omsorgsboende i Örebro-Kumla och har genom webbplatsen kumla.se erhållit nedanstående information.

I samarbete mellan Region Örebro län, Örebro universitet, Kumla kommun och Örebro kommun har Akvarellen utsetts till ett akademiskt vårdboende. Akvarellen är ett boende för personer med demenssjukdom.

Syftet med akademiskt vård- och omsorgsboende är att initiera forskning och forskningssamverkan mellan huvudmännen, bidra till implementering av ny kunskap, stimulera till större utvecklingsarbeten och bidra till att höja kunskapsnivån.

I uppdraget att vara akademiskt vård- och omsorgsboende är det långsiktiga målet att de äldre och anhörigas röst ska lyftas fram och ges utrymme. Forskningen ska utgå från vardagens problematik och från frågeställningar med nära anknytning till vård- och omsorgsmiljön. Målet är också att förbättra kvaliteten i vård och omsorg för äldre personer genom att arbeta gränsöverskridande i samverkan med forskare, kliniker och praktiker.

Fyra delregionala FoU-enheter för samverkan mellan Region Stockholm och länets kommuner

Formaliserad samverkan finns mellan Region Stockholm och alla länets kommuner rörande äldre via fyra delregionala samfinansierade FoU-verksamheter. FoU-verksamheternas uppdrag regleras via delregionala avtal mellan involverade parter.[122] De fyra delregionala verksamheterna är:

- Nestor FoU-center i södra länet, med Haninge kommun som huvudman.
- Äldrecentrum, en samverkan mellan Stockholm stad och Region Stockholm.
- FOU nu, en samverkan mellan kommunerna i nordvästra länet och Region Stockholm, med Stockholms läns sjukvårdsområde, Region Stockholm, som huvudman.

[122] Ej funktionsnedsättning och individ- och familjeomsorg.

- FoU Nordväst, samverkan mellan kommunerna i nordöstra länet och Region Stockholm, med Sollentuna kommun som huvudman.

Forskning och utveckling i Sörmland – FoUiS

Forskning och utveckling i Sörmland (FoUiS) är en länsgemensam resurs för Sörmlands kommuner och regionen. Verksamheten arbetar med att stärka långsiktiga regionala strukturer för kunskapsutveckling inom socialtjänsten och angränsande delar av hälso- och sjukvården.

Utöver ovanstående finns *Samhällskontraktet* som är ett avtal mellan Eskilstuna kommun, Västerås stad, Region Sörmland, Region Västmanland och Mälardalens universitet för samverkan kring forskning och utveckling. Med samhällskontraktet arbetar de gemensamt för att uppnå mål i kommunernas och högskolans måldokument och Agenda 2030. Fokus är skolresultat och nära vård.

Uppsala kommun utvecklar modell för akademiskt vård- och omsorgscentrum

I Uppsala kommun har ett arbete påbörjats för att utveckla en modell för ett kommunalt akademiskt vård- och omsorgscentrum (KAVOC). Bakgrunden är bedömningen att för att vården och omsorgen av brukarna ska hålla en hög kvalitet nu och i framtiden är det viktigt att det bedrivs medicinsk, hälsovetenskaplig och vårdvetenskaplig utbildning och forskning inom kommunernas verksamhetsområden. För att det ska fungera behöver det aktivt skapas ett klimat, en kultur och förutsättningar som bejakar forskning utanför traditionell sjukhusmiljö.[123]

KAVOC är ett sätt att stärka förutsättningarna för ett forsknings- och evidensbaserat arbetssätt inom Uppsala kommuns hälsovård, sjukvård och omsorg. Syftet med centrumet är också att öka samverkan med universitet och regionen gällande forskning och utbildning.[124]

[123] Uppsala kommun. 2022. Vård- och omsorgsförvaltningen. *Kort lägesrapport – Utveckling av modell för kommunalt akademiskt vård- och omsorgscentrum*.
[124] Ibid.

En process för att på ett bättre sätt ta emot forskningssamarbeten, examensarbeten och förbättringsarbeten och matcha dem med verksamheternas behov och förutsättningar har utvecklats. Även ett arbete för att stödja verksamheter att identifiera behov som kan hanteras i examensarbeten har påbörjats. Tre forskningsstudier har avslutats och fem nya är planerade.[125]

Parallellt med KAVOC utvecklas enheten för kompetensutveckling. Exempel på arbete som pågår är stärkt samverkan kopplat till verksamhetsförlagd utbildning (VFU) för sjuksköterskestudenter. Kliniska adjunkter och sjuksköterskor med huvudhandledaruppdrag arbetar tillsammans i team med att coacha handledande sjuksköterskor och samverka med verksamheter i syfte att säkra kvalitet och stärka motivation att handleda. Målet är att kunna utbilda fler sjuksköterskor.[126]

6.4.10 Erfarenheter, förutsättningar, utmaningar och behov som lyfts vid utredningens möten och kontakter med olika aktörer

ALF-regioner som har regionaliserad läkarutbildning lyfter positiva erfarenheter

De representanter som utredningen träffat från universitet och regioner där läkarutbildningen är regionaliserad har uttryckt flera positiva erfarenheter av en regionaliserad läkarutbildning och den parallella akademisering som möjliggjort bildande av USVE i fler regioner. Det har framkommit att ett ökat engagemang i läkarutbildningen i sig i hög utsträckning bidrar till ökad akademisering i sjukvården i studieorter utanför huvudorten och stöder hälso- och sjukvårdsutvecklingen i sjukvårdsregionen men att parallella satsningar på akademisering också sker. Man menar att regionaliserad läkarutbildning är en viktig förutsättning för utvecklingen av USVE i regioner med studieorter.

Effekter av regionaliserad läkarutbildning och bildande av USVE i fler regioner lyfts fram avseende både kompetensförsörjning, ökad omfattning avseende forskning, forskningskompetens och kunskapsutveckling samt utveckling av hälso- och sjukvården med fokus på

[125] Ibid.
[126] Ibid.

evidensbaserad vård. De lyfter också att USVE är en kvalitetsstämpel som bör skapa ökat förtroende för primärvården hos både invånare, i specialiserad vård och hos forskningsfinansiärer.

Viktigt att upprätthålla kraven i miniminivåerna

Alla lyfter fram vikten av att man inte släpper på kraven i miniminivåerna för att kunna uppnå status som USVE. Känslan av kvalitetsstämpel är central. Av särskild relevans lyfts att det behöver finnas docentkompetens i enhetens ledningsgrupp som är knuten till det aktuella lärosätet i ALF-regionen.

Det är också viktigt att även USVE i andra regioner ges möjlighet att söka ALF-medel för forskningsprojekt i konkurrens med andra USVE, på samma villkor.

Viktigt med målbilder för utvecklingen av universitetssjukvårdsenheter

Det har också lyfts att för spridning av USVE i fler regioner behövs en strategi eller plan för hela sjukvårdsregionen, så att alla arbetar för en gemensam målbild baserat på analyser om behov, kompetensförsörjning och långsiktiga mål. Det är viktigt med målbilder som leder till hälso- och sjukvårdsutveckling.

Det framförs också att det är mycket viktigt att det finns samverkansytor som kan underlätta och stimulera en ökad interaktion mellan alla strukturella nivåer i hälso- och sjukvården. Det finns en stor potential för hälso- och sjukvårdsutveckling i att öka kunskapsöverföringen mellan första linjen och andra vårdnivåer, liksom mellan forskare inom samma ämnesområde.

Nationell utvärdering är viktigt för bibehållen kvalitet

Utvärderingen som Socialstyrelsen genomför anses mycket viktig för att bibehålla kvaliteten i USVE över landet. Utvärderingen behöver vara skarp i bedömningen av uppfyllande av miniminivåer. Utvärderingen är också angelägen för att möjliggöra jämförelser på nationell nivå vad gäller strukturer, processer och resultat.

Andra aktörer som utredningen haft kontakt med

Utredningen har haft ett flertal möten och kontakter med olika aktörer om nära vård, kompetensförsörjning och forskning, utbildning och utveckling i primärvården.

Sammanfattningsvis är den bild som framträder att det inte minst för den framtida kompetensförsörjningen och kunskapsutvecklingen i omställningen till en nära vård behövs en strategisk och långsiktig utveckling av strukturer och processer för forskning, utbildning och utveckling samt innovationer. Det gäller särskilt i primärvården, och det gäller över hela landet. Sådana strukturer har kommit längre i specialiserad vård och därför behövs det en särskild satsning i primärvården även om nära vård omfattar mer än primärvård. Många lyfter långsiktigheten som det viktigaste.

Vikten av att medarbetare löpande får tid att arbeta med forskning och utveckling, att alla medarbetare får möjlighet att delta, att fler professioner än läkare påbörjar forskarutbildning och att disputerade medarbetare ges möjlighet till fortsatt forskning i primärvården lyfts fram.

Flera påtalar att god samverkan med akademin på alla nivåer är en nyckelfaktor och det måste finnas ett aktivt arbete med karriärvägar från student till docent.

Ledarskap och kultur

Flera lyfter ledarskapet och kulturen, att Sverige saknar stark tradition av forskning i primärvården och att man talar om *forskningsledig* och *produktionsbortfall* i stället för vikten av *kunskapsutveckling, utbildning* och *forskning* som naturlig och viktig del i verksamheten. Det leder också till en krock för medarbetare och ledning när det är brist på personal, var ska de lägga sin tid? På produktion eller forskning och utvecklingsarbete?

Det har också från enstaka framkommit att allmänläkare väljer den specialiseringen för att få träffa patienter, inte bedriva forskning, utbildning och utveckling. Medan andra tydligt tar avsteg från den bilden och menar att det visst finns ett stort intresse hos allmänläkare men att det behövs bättre förutsättningar och stöd.

Styrning och ledning och förutsättningar i vardagen

Många pekar på behovet av tydligt formulerade uppdrag och styrande dokument för verksamheterna. Primärvårdens uppdrag om forskning och utveckling behöver framgå tydligt och följas upp av ledningen på samma sätt som vårdproduktion, och som i specialiserad vård. Forskning och utveckling behöver även resurssättas i budgeten.

Flera påtalar brister som hänger ihop med ledning och styrning på högre nivå. När forskning och utveckling bedrivs på en vårdcentral blir det i praktiken ett finansieringsunderskott. De menar att det är angeläget att ha förutsättningar som medger tid till forskning och möjlighet till fortsatt forskning i primärvården efter disputation med 20–50 procents tid avsatt.

Samtidigt lyfter flera av de utredningen haft kontakt med fram att det är svårt med produktionstappet med forskare som bedriver forskning på till exempel 50 procent. Det kan i kommande års budget innebära minskade resurser eftersom ersättningen bygger på produktion och produktion minskar när någon avsätter tid för forskning. Tillfällig ersättningsrekrytering är svårt kompetensmässigt och får negativ påverkan på kontinuiteten på vårdcentralen, i teamet och för patienterna. Man menar att vårdcentralen borde få resurser för viss överbemanning eftersom det behövs mer luft i systemet för att kunna vara flexibel. Utöver tiden som forskning, utbildning och utveckling tar i anspråk är det också relativt tidskrävande med administrationen kring dessa frågor.

Utmaningar som lyfts fram gäller också en underfinansierad primärvård med brist på läkare, specialistsjuksköterskor och psykologer vilket innebär att forskningen konkurrerar med primärvårdens uppdrag i övrigt. Det går inte att ersätta den som ska forska med annan personal. Det är viktigt med förenade anställningar men det kostar och kompenseras, enligt uppgift, inte i ersättningssystemet.

Stor investering att regionalisera läkarutbildningen och bygga upp universitetssjukvårdsenheter

Bland både de som har och de som inte har regionaliserat läkarutbildningen fullt ut och de som har och de som inte har utvidgat möjligheterna till USVE i fler regioner framkommer att det kräver avsevärda investeringar.

För läkarutbildningen handlar det bland annat om att rekrytera flera kliniska lärare med förenad anställning[127], se 6.2.15. Förenade anställningar krävs också för USVE för att göra en sådan miljö kreativ och stimulerande för forskning och undervisning.

Bland de som ännu inte tagit steget framförs att staten skulle behöva tillskjuta finansiering under en lång period för att göra detta möjligt.

6.4.11 Utredningens bedömningar

Bedömning: Regioner och kommuner bör stärka strukturerna för forskning och utveckling och stärka forskningsmiljön. De bör öka samverkan med lärosäten samt med varandra i dessa frågor.

Bedömning: Regionala samverkansorgan för ALF-avtalet och regioner i sjukvårdsregionen bör tillsammans utveckla förutsättningar för forskning, utbildning och utvecklingsarbete i syfte att möjliggöra universitetssjukvårdsenheter i respektive region, särskilt inom primärvården.

Bedömning: Staten bör stödja utvecklingen av universitetssjukvårdsenheter inom primärvården i fler regioner.

Bedömning: Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram förslag till en långsiktigt hållbar struktur för forskning, utbildning och utveckling i kommunal hälso- och sjukvård inklusive former för återkommande nationell uppföljning och utvärdering.

Skäl

En god och nära vård kräver en stark forskningskultur och goda miljöer för utbildning och utveckling i primärvården. Staten, regio-

[127] Förenade anställningar är anställningar som lärare vid en högskola förenad med en anställning som specialistutbildad läkare eller tandläkare eller med en annan anställning än som läkare vid en sådan sjukvårdsenhet som är upplåten för medicinsk utbildning och forskning Förenade anställningar regleras i 3 kap. 8 § i högskolelagen (1992:1434) och 4 kap. 2 § högskoleförordningen.

ner, kommuner och lärosäten behöver bidra. Utredningen har uppmärksammat en svag forsknings- och utvecklingskultur och svagt stöd för sådant arbete i primärvården. Det framkommer bland annat i delbetänkandet *God och nära vård – en primärvårdsreform.* Det bekräftas också av Vetenskapsrådet, de kontakter utredningen har haft med olika aktörer och av professionsorganisationerna. Forskning och utvecklingsarbete bör vara naturliga delar i vardagen i hälso- och sjukvårdens verksamheter på både regional och kommunal nivå. Förenade anställningar som inte går att tillsätta är en varningsklocka att ta på allvar.

Varje patientmöte ska baseras på bästa kunskap

En utgångspunkt i regeringens arbete för en nära och tillgänglig vård är att varje patientmöte baseras på bästa kunskap. För att uppnå detta behöver bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården kontinuerligt utvecklas, spridas och användas i verksamheterna.[128] Utredningen delar denna bild. Just de aspekter som nämns ingår i kraven på USVE.

Insatser kan inte vänta, omställningen ska vara genomförd 2027. Utredningen menar att det är angeläget att snarast skapa hållbara strukturer och miljöer i hälso- och sjukvården som omfattar alla tre delarna *forskning, utbildning* och *utveckling*. För den regionala vården utgör USVE sådan verksamhet som behöver spridas till fler regioner. I den kommunala vården behöver motsvarande strukturer utvecklas.

Staten, regioner, kommuner och lärosäten behöver bidra till att skapa en god forskningskultur och därmed fortsatt kunskapsutveckling inom primärvården. Det är basen för en jämlik primärvård där varje patientmöte baseras på god och evidensbaserad nära vård.

Det är regioners och kommuners ansvar att stärka strukturer och forskningsmiljöer

Den svaga forskningstraditionen och den bristande forskningskulturen i primärvården som många lyfter fram kan bero på att det saknas tillräckliga och likvärdiga möjligheter till forskning och god forskningsmiljö i hela landet, och att det saknas incitamentsstruk-

[128] Prop. 2019/20:164. *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* s. 64.

turer för forskning och utveckling. Andra förklaringar är avsaknad av stödjande strukturer och att ersättningssystem ibland är utformade så att det leder till ekonomiska hinder som minskar incitamenten för verksamheterna att uppmuntra till aktiv forskning och utvecklingsarbete.

I det förtydligande om primärvårdens uppdrag i hälso- och sjukvårdslagen som trädde i kraft den 1 juli 2021 (13 a kap. 1 § HSL) framgår tydligt regionernas och kommunernas ansvar att bidra i forskning. Regioner och kommuner ska också enligt hälso- och sjukvårdslagen medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete inom hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskaplig forskning (18 kap. 2 §, HSL). Det är också en skyldighet enligt hälso- och sjukvårdslagen att kvaliteten i hälso- och sjukvårdsverksamheterna systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras (5 kap. 4 § HSL).

Därför menar utredningen att det är angeläget att regioner och kommuner i sin uppdragsbeskrivning till verksamheterna och i uppföljning efterfrågar forsknings- och utvecklingsarbete samt ser över ersättningssystemen så att verksamheterna får en rimlig möjlighet att uppfylla hela grunduppdraget. Därtill behöver kommuner och regioner stödja forskare i utvecklingen från student till docent och inrätta forskningssjuksköterskor.

Regioner och kommuner behöver också erbjuda tillräcklig tillgång till stöd, och informera primärvården om vilka stöd som finns, avseende utformning av ansökan om forskningsmedel, projektplanering, etikansökningar, avtalsskrivning, randomisering, datahantering, statistisk analys, monitorering, forskningsadministration, statistiker med mera. Sådana stöd finns ofta i regionerna och kan vara ett område för samverkan med kommunerna.

Det är också angeläget att ledningen i primärvårdens verksamheter har kunskap om vad god forskning innebär så att de kan uppmuntra och stödja sina medarbetare med intresse att bedriva forskning. Ett sätt kan vara att sträva efter att ha någon med forskningskompetens i ledningsgruppen. Det är exempel på vad som kan vara en del i en utvecklad struktur som stöder forskning och utveckling, se också exempel på relevant stöd som möjliggör klinisk forskning i bilaga 5.

Utveckling av universitetssjukvårdsenheter i fler regioner

Lika villkor och förutsättningar med långsiktigt hållbara strukturer i hela landet för forskning och utveckling efterlyses av många av de utredningen haft kontakt med, bland annat professionsorganisationerna.

För den regionala hälso- och sjukvården finns redan i dag etablerade nationellt beslutade strukturer för klinisk forskning, utbildning och utveckling i de sju regioner med universitetssjukhus som har nära samverkan med universiteten i ett regionalt samverkansorgan genom ALF-avtalet. Därigenom finns utsedda USVE inom både primärvård och specialiserad vård. Genom den strukturen tillsammans med återkommande nationell utvärdering ges långsiktiga och lika villkor och förutsättningar för USVE-enheterna som kommer alla legitimerade yrkeskategorier i primärvården till del. I USVE uppmuntras alla yrkeskategorier till forskning från student till docent, och samverkan sker med bland andra patient- och närståendeföreträdare. Bland kraven på USVE ingår också samverkan med andra. Utredningen menar att det är särskilt viktigt med nätverk mellan alla USVE i primärvården för att stärka forsknings- och utvecklingsarbetet i landet.

Det upplevs som en kvalitetsstämpel att vara USVE eftersom det visar på att det bedrivs evidensbaserad vård där, det finns möjligheter till både forskning och utveckling av hälso- och sjukvården, innovationer sprids och läkare under utbildning handleds.

I USVE finns ett ansvar att delta i utvecklingen av kunskapsstöd, driva utvecklingsarbete och främja innovationer. Det finns en inbyggd struktur för överföring av kunskap till praktisk vård, vilket är av stor betydelse i en primärvård som är basen och navet för hälso- och sjukvården. Utredningen menar att USVE bör finnas i varje region särskilt inom primärvården för att säkra en jämlik långsiktigt hållbar och stark struktur för klinisk forskning, utbildning och utveckling i hela landet för att nå en god och nära vård för alla. En utveckling av en USVE i primärvård i varje region skulle innebära ytterligare 12 USVE i Sverige jämfört med de totalt omkring 300 USVE som finns i dag. Det är angeläget att de regionala samverkansorganen för ALF-avtalet samverkar med övriga regioner i sin sjukvårdsregion och stöder en utveckling av USVE i fler regioner.

Det kan vara en utmaning att vara USVE som enskild vårdcentral eftersom verksamheterna kan vara relativt små och känsliga för till

exempel personalomsättning som kan göra det svårt att upprätthålla miniminivåerna. I primärvården är därför USVE oftast organiserade i form av centrumbildningar med flera vårdcentraler anslutna, till skillnad från den specialiserade vården där det oftast är en klinik eller motsvarande basenhet som är universitetssjukvårdsenhet. I ett uppbyggnadsskede kan regionerna arbeta på olika sätt, exempelvis med en stegvis uppbyggnad av de enskilda ingående vårdcentralerna såsom Region Östergötland har valt att göra, fram till de är akademisk vårdcentral som uppfyller de miniminivåer som krävs.

Statligt stöd för utvecklingen men också regional angelägenhet

För att utveckla USVE utanför ALF-regionerna är både regionaliserad läkarutbildning och akademisering med stöd för forskarutbildning och kombinationstjänster och medel för forskning och utveckling angelägen, se också avsnitt 6.2 och 6.3. ALF-avtalet och de regionala avtalen (RALF) som kompletterar det nationella utgör en god grund för fortsatt utveckling. Utredningens uppfattning är att staten bör stödja utvecklingen av fler USVE utanför ALF-regionerna, särskilt inom primärvården som får en allt viktigare roll i hälso- och sjukvården, men även inom specialiserad vård. Syftet med statens stöd är att skapa jämlika villkor för forskning, utbildning och utveckling i hela landet, eftersom nära vård omfattar hela hälso- och sjukvården.

I ALF-avtalet framkommer att för ett optimalt nyttjande av resurserna för forskning, utbildning och utveckling kan endast begränsade delar av hälso- och sjukvården utgöra universitetssjukvård och att regioner och universitet med högt ställda krav på kvalitet ska komma överens om vilka organisatoriska enheter som ska ingå i universitetssjukvården.[129] För att möjliggöra den utveckling som utredningen föreslår behöver det ekonomiska utrymmet i ALF-avtalet öka.

För regionerna kan en utveckling för fler USVE vara ett sätt att stärka attraktiviteten i arbetet med kompetensförsörjning, men som beskrivs ovan ställer det även krav på stöd från regionerna. Arbetet

[129] Staten, Stockholms läns landsting, Landstinget i Uppsala län, Landstinget i Östergötland, Skåne läns landsting, Västra Götalands läns landsting, Örebro läns landsting och Västerbottens läns landsting. 2014. *Avtal om samarbete mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.* Avtalet trädde i kraft 1 januari 2015.

för ökad akademisering som möjliggör bildande av USVE är en gemensam angelägenhet och kräver samverkan mellan universiteten, regionerna och staten.

Med USVE följer också ett stort fokus på evidensbaserad vård och utveckling av hälso- och sjukvården, som kan gynna regionens patienter.

Uppdrag till Socialstyrelsen om utveckling av gemensam struktur för forskning, utbildning och utveckling i kommunal hälso- och sjukvård

År 2020 gavs 379 000 personer minst en insats i den kommunala hälso- och sjukvården. Av dem hade 46 procent åtgärder hela året.[130] Många patienter i kommunal hälso- och sjukvård behöver vård för vanliga folksjukdomar, som till exempel hjärtsjukdomar, diabetes, KOL, depression. De behöver också åtgärder på grund av exempelvis inkontinens, undernäring och för att förebygga fall. För en jämlik vård är det angeläget att kommunerna och verksamheterna har tillgång till kunskap om rekommenderade metoder och att det bedrivs forskning, utbildning och utveckling i den kommunala hälso- och sjukvården.

ALF-avtalet och de miniminivåer som efter nationell konsensus beslutats som lägsta krav för USVE i regional hälso- och sjukvård är etablerat och utvärderas på nationell nivå. Utredningens uppfattning är att det behövs en motsvarande struktur för den kommunala hälso- och sjukvården.

Utredningen menar att det kräver ett utrednings- och utvecklingsarbete på nationell nivå för att med inspiration från den regionala nivån ta fram förslag till hur långsiktigt hållbara och jämlika villkor för forskning, utbildning och utveckling kan åstadkommas för kommunal hälso- och sjukvård. Uppdraget till Socialstyrelsen syftar till just detta. Utredningen menar att strukturer och miniminivåer anpassade för en enhet eller annan struktur i kommunal hälso-och sjukvård som är utsedd att bedriva forskning, utbildning och utveckling behöver tas fram i konsensus mellan berörda aktörer. Socialstyrelsen bör därför i uppdraget om att utreda och föreslå sådana strukturer och miniminivåer samverka med lärosäten och kommuner, vårdverksamheter,

[130] Socialstyrelsen. *Registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård*, uttag 2022-02-20.

vårdprofessioner, patient- och närståendeorganisationer samt regioner och SKR.

I uppdraget bör det ingå att kartlägga vilka strukturer och vilket stöd som finns i dag i kommunerna för forskning, utbildning och utveckling i den kommunala hälso- och sjukvården. Det bör också ingå att kartlägga i vilken utsträckning forskning sker i kommunal hälso- och sjukvård och vilka hinder och möjligheter som finns för medarbetare i kommunal hälso- och sjukvård att delta i och bedriva klinisk forskning och utvecklingsarbete. Myndigheten bör också undersöka behov av utveckling av utbildningsmiljön för verksamhetsförlagd utbildning i kommunal hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsen bör också föreslå hur en nationell utvärdering kan utformas för att följa och stödja utvecklingen i sådana enheter eller annan struktur avseende de krav som ställs i form av miniminivåer för forskning, utbildning och utveckling av kommunal hälso- och sjukvård.

Slutligen bör myndigheten lämna förslag till hur hinder för forskning, utveckling och utbildning i kommunal hälso- och sjukvård kan undanröjas och möjligheter stärkas samt hur den struktur som myndigheten föreslår kan finansieras och implementeras.

Under tiden som Socialstyrelsen genomför sitt uppdrag är det angeläget att stödja en utveckling av fler forskare i kommunal hälso- och sjukvård för att bygga den kritiska massa som krävs för en långsiktigt hållbar forskning och utveckling av kommunal hälso- och sjukvård. Utredningen har lämnat bedömningen att ett långsiktigt *Nationellt samverkansprogram för forskning och utveckling för nära vård* behövs, som bland annat bidrar till en större kritisk massa av forskare inom såväl regional som kommunal primärvård, se avsnitt 6.3. Det är angeläget att kommunerna uppmuntrar personalen i kommunal hälso- och sjukvård att bedriva forskning och utveckling och ansöka om stöd ur programmet. Det är också angeläget att kommuner och lärosäten arbetar för fler VFU-avtal i kompetensförsörjningssyfte, se avsnitt 6.2.

7 Barn och ungas psykiska hälsa

I detta kapitel ges först en introduktion till utredningens uppdrag inom området barn och ungas psykiska hälsa. Därefter ges en kort bakgrund till centrala begrepp inom området psykisk hälsa, hur psykisk ohälsa mäts och dess förekomst bland barn och unga. Efter det följer ett avsnitt om stöd och vård för barn och unga med psykisk ohälsa och ett avsnitt om nationell samverkan. Sedan redovisas en kartläggning av statliga satsningar som gjorts inom området med fokus på målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och andra tillgänglighetssatsningar för barn och unga med psykisk ohälsa samt utvärderingar av dessa satsningar. Delar av kartläggningen finns i bilaga 6. Slutligen ges i bakgrunden en kort beskrivning av några aktuella betänkanden och rapporter på området. Kapitlet avslutas med utredningens utgångspunkter för bedömningar samt bedömningarna i sig och dess skäl. Bedömningarna som lämnas i detta kapitel är i linje med omställningen till en mer nära och tillgänglig vård där primärvården är navet. De bör ses som insatser som kommer att stödja utvecklingen av den nära vården för barn och unga med psykisk ohälsa. I kapitel 4 redovisar utredningen sin bedömning av om målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP ska författningsregleras.

7.1 Utredningens uppdrag

För BUP finns det sedan 2011 en målsättning om en förstärkt vårdgaranti som innebär att barn och ungdomar inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning[1] samt ytterligare 30 dagar

[1] I flera av överenskommelserna, däribland de senare årens överenskommelser används *första besök* i stället för *första bedömning*, men det är samma insats som avses. Exempelvis: *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021*, *Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.

till en fördjupad utredning eller behandling. Målsättningen är inte lagstadgad utan formulerad i överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). I direktivet lyfts att det är extra viktigt att barn och unga får hjälp i tid, och då väntetiderna till BUP fortsätter att öka, menar regeringen att det är särskilt relevant att beakta väntetiderna till denna del av vården. Utredningen har därför i uppdrag att

– bedöma om målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti, och
– lämna nödvändiga författningsförslag.[2]

I detta kapitel hanteras bedömningen av om målsättningen ska kvarstå, eller inte. Bedömningen av om målsättningen ska författningsregleras hanteras i kapitel 4, avsnitt 4.4.12.

Inom ramen för arbetet med de regionala handlingsplanerna ska utredningen stödja regionerna i deras arbete med att genomföra de åtgärder som anges i de regionala handlingsplanerna, och om det finns behov, föreslå andra insatser som bedöms nödvändiga för att förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården med fokus på kortare väntetider. I direktivet beskrivs tillgängligheten inom BUP som en utmaning i de flesta regioner och det finns med anledning av det, särskilda behov av att utveckla definierade insatser för att nå en god tillgänglighet inom BUP.[3]

7.2 Psykisk hälsa hos barn och unga

I detta avsnitt beskrivs först vad psykisk hälsa som begrepp innebär, enligt den definition Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och SKR tagit fram. Sedan beskrivs datainsamling som görs för att kunna mäta psykisk ohälsa hos barn och unga och utmaningar med att mäta psykisk ohälsa. Därefter beskrivs den ökade förekomsten av psykisk ohälsa hos barn och unga över tid. Avsnittet avlutas med att beskriva möj-

[2] Dir. 2020:81. *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*.
[3] Dir. 2020:81. *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*.

liga orsaker som skulle kunna förklara varför den psykiska ohälsan hos barn och unga ökat de senaste tio åren.

7.2.1 Begrepp inom området psykisk hälsa

Begreppet psykisk hälsa används när diskussionerna förs på en övergripande nivå och omfattar hela samhället. Psykisk hälsa delas in i dimensionerna psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa. De två dimensionerna är inte varandras motsatser utan just dimensioner, vilket kan exemplifieras med att en person som inte har psykisk ohälsa ändå kan uppleva ett lågt psykiskt välbefinnande liksom personer med psykisk ohälsa ändå kan uppleva psykiskt välbefinnande. Psykiskt välbefinnande handlar om ett tillstånd som innebär att kunna balansera positiva och negativa känslor, känna tillfredställelse med livet, ha goda sociala relationer och att utveckla sin potential. Det handlar inte enbart om frånvaro av sjukdom eller besvär.[4]

Psykisk ohälsa ett samlingsbegrepp för olika psykiska besvär och psykiatriska tillstånd

Begreppet psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp för tillstånd med olika svårighetsgrad och varaktighet. Psykisk ohälsa delas in i psykiska besvär där kraven för diagnos inte är uppfyllda och psykiatriska tillstånd där tillstånden uppfyller kraven på en psykiatrisk diagnos.[5]

Psykiska besvär är något vi alla kan drabbas av i livet, det handlar om normala reaktioner på påfrestningar i livet. De kan vara mildare eller svårare och kan pågå kortare eller längre tidsperioder. De psykiska besvären, som är mindre komplexa än psykiatriska tillstånd, kan ge kroppsliga symtom som exempelvis huvudvärk, magont, ryggvärk eller yrsel. Beroende på de psykiska besvärens typ och omfattning kan de i olika grad påverka förmågan att klara av vardagsfunktioner i närmiljön, som exempelvis att studera, arbeta, ta hand om sig själv och andra. Exempel på psykiska besvär är koncentrationssvårigheter, oro

[4] Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SKR. 2020. *Begrepp inom området psykisk hälsa*, version 2020.
[5] Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SKR. 2020. *Begrepp inom området psykisk hälsa*, version 2020.

och ångest, nedstämdhet, trötthet, självhat och destruktivitet, självmordstankar och sömnsvårigheter.[6]

Psykiatriska tillstånd är psykisk ohälsa där kraven för en psykiatrisk diagnos är uppfyllda. Flera kriterier måste föreligga för att en diagnos ska kunna ställas och symtomen måste ha varit närvarande under en viss sammanhängande period (vanligen minst 14 dagar) och medföra en nedsättning av psykisk funktionsförmåga. Psykiatriska tillstånd delas i sin tur in i psykiska sjukdomar och syndrom respektive utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser (i vardagligt tal neuropsykiatriska funktionsnedsättningar). Exempel på psykiska sjukdomar och syndrom är depressiva syndrom, ångestsyndrom, skadligt bruk och beroende, tvångssyndrom, trauma- och stressrelaterade syndrom, utagerande beteende- och impulskontrollstörningar, personlighetssyndrom, schizofrenispektrumsyndrom samt andra psykoser. Exempel på utvecklingsrelaterade psykiska funktionsnedsättningar är attention-deficit/hyperactivity disorder (adhd), autismspektrumsyndrom inklusive autism och Aspergers syndrom, intellektuell funktionsnedsättning, kommunikations- eller språkstörningar, specifika inlärningssvårigheter (dyslexi, dyskalkyli) och tics eller Tourettes syndrom.[7]

7.2.2 Enkäter, intervjuer och hälsodata för att mäta psykisk hälsa

För att mäta psykiskt välbefinnande, psykiska besvär eller psykiatriska tillstånd hos en individ eller befolkning används enkäter, intervjuer och hälsodataregister. För att mäta hur barn och unga mår finns det i de större folkhälsoundersökningarna[8] enstaka frågor som handlar om barn och ungas psykiska hälsa. Det saknas i dag nationella representativa studier med vedertagna mätinstrument som följer utvecklingen av psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd över tid. Det finns dock studier som inkluderar enskilda frågor vid upprepade tillfällen.[9]

[6] Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SKR. 2020. *Begrepp inom området psykisk hälsa*, version 2020.
[7] Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SKR. 2020. *Begrepp inom området psykisk hälsa*, version 2020.
[8] *Skolbarns hälsovanor* (11–15 år) av Folkhälsomyndigheten och *Undersökningarna av barns levnadsförhållanden* (Barn-ULF) (12–18 år) av Statistiska centralbyrån (SCB).
[9] Dalman, C. m.fl. 2021. *Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst, En kunskapsöversikt*. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte).

Hälsodataregister ger en begränsad information. Mellan 40–60 procent av deprimerade personer söker inte vård, vilket innebär att de inte diagnosticeras och inte heller registreras i hälsodataregister. För att få en god förståelse och en så fullständig bild som möjligt används därför olika typer av datakällor för att beskriva förekomst och utveckling av psykisk hälsa.[10]

Patientregistret kan bland annat användas för att beskriva antalet personer som vårdats inom den slutna vården och som behandlats inom den öppna vården för olika tillstånd (4 § förordningen [2001:707] om patientregister hos Socialstyrelsen). När det gäller patienter som behandlats inom den psykiatriska öppenvården får det i patientregistret finnas uppgifter om patienter som behandlats av läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal, medan det inom övrig öppen specialiserad vård endast får behandlas uppgifter om patienter som behandlats av läkare (4 § första stycket 2 och 3 förordningen om patientregister hos Socialstyrelsen). Personuppgifter som rör patienter som behandlats inom primärvården får inte registreras i detta register (se 3 § och 4 § första stycket 2 förordningen om patientregister hos Socialstyrelsen). Patientregistret kan därför inte fullt ut användas som källa för förekomsten av psykiatriska tillstånd i vården eller i befolkningen, eftersom delar av vården för psykiska besvär ges inom primärvården.

I dag följs inte de vårdinsatser som genomförs i primärvården på nationell nivå. Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att utveckla den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. I uppdraget ingår att utreda möjligheter till nationell insamling av registeruppgifter från primärvården.[11] Socialstyrelsen föreslog i delrapporteringen av uppdraget att rapportering av uppgifter om vårdkontakter i primärvården ska ske till det befintliga patientregistret. Socialstyrelsen föreslog även att det ska vara möjligt att insamla uppgifter om patienter som behandlas av läkare och av andra yrkeskategorier inom primärvården.[12]

[10] Dalman, C. m.fl. 2021. *Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst, En kunskapsöversikt*. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte).
[11] Regeringsbeslut S2020/03319/FS. *Uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård*.
[12] Socialstyrelsen. 2021. *Uppföljningen av primärvård och omställningen till en mer nära vård, Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården*.

7.2.3 Förekomst av psykiskt välbefinnande

I Sverige görs ett fåtal mätningar som visar på utvecklingen över tid av vissa aspekter av psykiskt välbefinnande hos barn; *Skolbarns hälsovanor* av Folkhälsomyndigheten och *Undersökningarna av barns levnadsförhållanden* (Barn-ULF) av Statistiska centralbyrån (SCB).

De flesta ungdomar i Sverige anger som svar på enstaka frågor i folkhälsoundersökningarna att deras psykiska välbefinnande är gott. I undersökningen Barn-ULF för barn 12–18 år angav 95 procent av barnen 2018/19 att de var på bra humör för det mesta eller ganska ofta. Inga statistiskt säkerställda förändringar har skett för frågan sedan 2008/09. År 2014/15 ansåg 85 procent av barnen att de var nöjda med sig själva ganska ofta eller för det mesta, jämfört med 88 procent 2018/19, vilket tolkas som en obetydlig förändring.[13]

7.2.4 Förekomst av psykiska besvär

Det finns många olika skattningsformulär för att mäta en individs psykiska besvär. För att mäta psykiska besvär och för att få en uppfattning om de upplevda psykiska besvärens grad ska anses vara av lätta, betydande eller av stor karaktär användas flera olika frågor. Skattningsformulären är därför ofta omfattande. Att definiera hur ofta ett symtom ska förekomma eller hur allvarligt det ska vara, för att det ska räknas som ett psykiskt besvär är inte enkelt.[14]

Studier visar att självskattade psykiska besvär är vanliga. År 2017/18 rapporterade 40 procent av flickorna och 20 procent av pojkarna i 15-års åldern att de känt sig nere mer än en gång i veckan de senaste sex månaderna.[15] Lätta besvär verkar vara något de allra flesta har och det är svårt att avgöra om sådana besvär på ett bra sätt representerar psykiska besvär. De barn och unga som rapporterar besvär ungefär varje dag eller att de har stora besvär kan med större sannolikhet

[13] Dalman, C. m.fl. 2021. *Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst, En kunskapsöversikt*. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte).
[14] Dalman, C. m.fl. 2021. *Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst, En kunskapsöversikt*. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte).
[15] Folkhälsomyndigheten. 2018. *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18, grundrapport*.

beskriva andelen barn och unga där de psykiska besvären innebär begränsningar i vardagen och ett eventuellt behov av vård.[16]

Enligt undersökningen *Skolbarns hälsovanor*, ökade andelen flickor i åldersgruppen 11–15 år som kände sig nere ungefär varje dag under perioden 1985 till 2017. 1985 rapporterade cirka 3 procent av flickorna och 1 procent av pojkarna att de känt sig nedstämda ungefär varje dag jämfört med 2017 då 13 procent av flickorna och 3 procent av pojkarna angav detta. Ökningen verkar vara som störst efter 2009. Undersökningen visar även att Sverige hade en högre andel barn som angav nedstämdhet jämfört med de andra nordiska länderna för 2017/18. De senast publicerade resultaten från *Barn-ULF* (12–18 år) visar att andelen barn som rapporterat att de ganska ofta/för det mesta varit ledsna eller nere var 19 procent för flickor och 5 procent för pojkar. Undersökningen hade bortfall om 70 procent. Resultaten bör därför tolkas med försiktighet.[17]

Andelen pojkar som uppgett att de varit nervösa ungefär varje dag låg på ungefär samma nivå mellan 1997 och 2017/18, men en ökning syns över hela perioden från 1 procent år 1985 till cirka 2,5 procent 2017/18. För flickor som upplevde nervositet varje dag låg andelen på 3–4 procent fram till 2009 då en markant ökning syns för att 2017/18 utgöra en andel om cirka 9 procent.[18]

Även andelen barn med sömnproblem har ökat över tid, framför allt för flickor i åldern 11–15 år. Andelen flickor med sömnproblem 1985/86 var cirka 8 procent jämfört med cirka 17 procent 2017/18. För perioden 1985–2009 har andelen flickor som upplevt sömnproblem legat relativt stabilt, den största ökningen har skett mellan 2009–2017 (från cirka 9 procent till cirka 17 procent). Jämfört med andra europeiska länder är andelen flickor och pojkar med sömnproblem högre i Sverige.[19]

[16] Dalman, C. m.fl. 2021. *Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst, En kunskapsöversikt*. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte).
[17] Dalman, C. m.fl. 2021. *Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst, En kunskapsöversikt*. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte).
[18] Dalman, C. m.fl. 2021. *Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst, En kunskapsöversikt*. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte).
[19] Dalman, C. m.fl. 2021. *Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst, En kunskapsöversikt*. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte).

7.2.5 Förekomst av psykiatriska tillstånd

Hur olika psykiatriska tillstånd ska definieras förändras över tid i och med att samhället förändras och forskningen går framåt. Diagnostiken bygger framför allt på kliniska bedömningar och en bedömning av hur väl de diagnostiska kriterierna är uppfyllda.[20]

De vanligaste datakällorna för mätningar av psykiatriska tillstånd utgår ifrån hälso- och sjukvårdens hälsodataregister och vårdkonsumtion, men en individ kan ha ett psykiatriskt tillstånd även om diagnosen inte är fastställd av vården. Väl genomförda studier som undersöker verklig förekomst (både diagnostiserad och odiagnostiserad) av psykiatriska tillstånd hos barn och unga är sällsynta i Sverige. Uppgifter om förekomst och utveckling över tid baseras på utländska studier vilket gör det svårt att veta om det föreligger dolda vårdbehov för barn och unga med psykiatriska tillstånd i Sverige. En skattning från forskningsstudier är att under ett års tid har cirka 10 procent av alla barn och ungdomar och 15–20 procent av unga vuxna ett psykiatriskt tillstånd. Denna skattning överstiger andelen vårdade i dessa åldersgrupper och kan tyda på dolda vårdbehov.[21]

Vårdkonsumtion för barn och unga med psykisk ohälsa har ökat över tid

Andelen barn och unga med minst ett vårdtillfälle inom slutenvård eller specialiserad öppenvård för någon psykiatrisk diagnos (även vårdtillfälle vid psykiatrisk klinik utan diagnos inkluderat) eller barn och unga som haft minst ett uttag av psykofarmaka (förskrivning inom primärvården ingår) mellan 2006–2016 har ökat för både flickor och pojkar. År 2006 var andelen flickor i åldern 10–17 år med vårdkonsumtion enligt ovan cirka 9 procent och 2016 var andelen cirka 15 procent. För året 2006 var andelen gällande pojkar i samma ålder cirka 4 procent och 2016 var andelen cirka 10 procent. Diagnoserna som främst bidragit till ökningen är depressioner och olika former

[20] Socialstyrelsen. 2017. *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna, Till och med 2016*.
[21] Dalman, C. m.fl. 2021. *Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst, En kunskapsöversikt*. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte).

av ångestsyndrom.[22] Vårdkonsumtionen för depression har ökat för både pojkar, unga män, flickor och unga kvinnor över tid.[23]

Det saknas studier med tillräckligt hög kvalitet på populationsnivå som kan ge en bra bild av förekomst av ångest bland barn och unga. För flickor i åldern 15–19 år har vårdkonsumtionen för ångest ökat från cirka 6 procent 2011 till cirka 12 procent 2019. Även självrapporterade svåra besvär av oro och ångest har ökat betydligt under samma tidsperiod. En ökad vårdkonsumtion syns också för en del andra diagnoser mellan 2008–2016.[24]

Barn och unga med adhd-diagnos har ökat mer än förväntad förekomst

Det saknas svenska studier för att dra slutsatser om förekomsten av attention-deficit/hyperactivity disorder (adhd) bland svenska barn och unga och förekomsten som beskrivs varierar mellan olika studier. Antalet barn och unga som diagnostiseras i vården med adhd har dock ökat över tid. Även andelen barn och unga som vårdas för diagnostiserad adhd har ökat mellan 2011 och 2019.[25]

Ökningen av diagnostiska undersökningar och vårdbehov vid adhd-problematik anses inte kunna förklaras enbart av att det finns en faktisk större andel barn med adhd-problematik i befolkningen. En studie gjord på 20 000 9-åringar i Sverige kan inte visa någon statistisk signifikans för att ökningen av andelen barn med symtombild på adhd överensstämmer med ökningen av adhd-diagnoser. Det syntes dock i studien en viss ökning av andelen barn med en något lägre grad av adhd-symtom som inte uppfyller diagnoskriterierna. Det kan tala för att den ökade diagnostiken och vårdkonsumtionen beror på en ökad medvetenhet bland kliniker och föräldrar. Möjligen inklu-

[22] Socialstyrelsen. 2017. *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna, Till och med 2016*.
[23] Dalman, C. m.fl. 2021. *Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst, En kunskapsöversikt*. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte).
[24] Dalman, C. m.fl. 2021. *Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst, En kunskapsöversikt*. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte).
[25] Dalman, C. m.fl. 2021. *Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst, En kunskapsöversikt*. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte).

deras även lindriga besvär i uppgifterna om förekomst av diagnostiserad adhd.[26]

7.2.6 Sammanfattningsvis om förekomst av psykisk ohälsa

Majoriteten av barn och unga vuxna rapporterar psykiskt välbefinnande utan några större förändringar över tid. Samtidigt har de självrapporterade dagliga och svåra psykiska besvären ökat från 1990-talet och framåt, framför allt de senaste tio åren. Även vårdbesöken för psykiska besvär och psykiatriska tillstånd har ökat över tid. En ökad vårdkonsumtion anses rimligt att förvänta sig, men om självrapporterade mått är ett rättvisande mått på en verklig ökning av behandlingskrävande psykisk ohälsa är oklart.

Det tycks finnas stöd för att fler som har ett vårdbehov också har fått vård, samtidigt finns icke tillgodosedda vårdbehov för de stora patientgrupperna med depression och ångest, medan adhd-vården möjligen inkluderar de med lindrigare besvär. Här behövs mer studier för att klargöra vilka vårdbehov som finns bland barn och unga som upplever psykiska besvär. Studier om psykiatriska tillstånd bland barn och unga från Sverige är begränsade till sitt antal.[27]

Det finns diskussioner om vad som ska betraktas som sjukt och vad som ska betraktas som normala reaktioner på livets påfrestningar och utmaningar. Betraktas normala reaktioner som sjukdomstillstånd så söker och erhåller människor vård för allt för lindriga besvär. Samtidigt kan det finnas behov av stöd och hjälp vid så kallade normala reaktioner och lindriga besvär beroende på individens sårbarhet och livssituation. Det råder en samsyn kring vikten av att tidigt uppmärksamma barn och unga som upplever psykisk ohälsa för att i ett tidigt skede kunna stödja individen med de för individen och stunden mest stödjande åtgärderna eller behandlingarna.[28]

[26] Dalman, C. m.fl. 2021. *Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst, En kunskapsöversikt*. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte).
[27] Dalman, C. m.fl. 2021. *Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst, En kunskapsöversikt*. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte).
[28] Dalman, C. m.fl. 2021. *Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst, En kunskapsöversikt*. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) och Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SKR. 2020. *Begrepp inom området psykisk hälsa*, version 2020.

7.2.7 Varför har barn och ungas psykiska ohälsa ökat?

Orsakerna till ökningen av den psykiska ohälsan hos barn och unga är inte helt kända. Barn och ungas hälsa påverkas av många olika faktorer, både individuella faktorer, sociala relationer, uppväxtvillkor och samhälleliga förutsättningar.[29]

Socialstyrelsen menar i sin rapport att ökningen av psykisk ohälsa, där barn och unga är en stor grupp, tyder på att orsakerna rör ungas livsvillkor generellt, så som skolperioden eller inträdet till arbetsmarknad och vuxenlivet. Men myndigheten skriver också att ökningen av psykisk ohälsa kan ses som två parallella utvecklingstrender. Den ena trenden handlar om en ökad diagnostisering av olika neuropsykiatriska tillstånd till följd av ökad medvetenhet och kunskap. Den andra trenden är en reell ökning av psykisk ohälsa i form av depressioner och ångestsyndrom. Myndigheten menar att fler rapporter och studier talar för att det är en reell ökning av psykisk ohälsa och att ökningen av självrapporterade besvär som oro och nedstämdhet bland unga således har inneburit ett ökat behov av specialiserad vård.[30]

Flera övergripande samhällsförändringar så som exempelvis ökad individualisering, ökad öppenhet kring psykisk ohälsa, ökad digital aktivitet, användning av sociala medier etcetera kan vara faktorer som påverkat utvecklingen som skett över tid av den psykiska ohälsan hos just barn och unga. Det finns dock ett begränsat vetenskapligt underlag om dessa förändringars påverkan på barn och ungas psykiska ohälsa.[31]

Samhälleliga förutsättningar som kunnat orsaka en ökad psykisk ohälsa bland barn och unga, skulle kunna härledas till såväl brister i skolans funktion, som en ökad oro för ökade krav i framtiden, som exempelvis en oro för att man måste ha genomgått en högre utbildning och visa på en högre kompetens för att vara attraktiv på arbetsmarknaden. Samhälleliga förändringar kan ha bidragit till ökningen av psykosomatiska symtom (sömnsvårigheter, nedstämdhet, irritation, nervositet, huvudvärk, ont i magen, ont i ryggen och yrsel) bland

[29] Folkhälsomyndigheten. 2018. *Kortversion av Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014*.
[30] Socialstyrelsen. 2017. *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna, Till och med 2016*.
[31] Folkhälsomyndigheten. 2018. *Kortversion av Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014*.

barn och unga. Psykosomatiska problem är vanligare bland elever som känner sig stressade av skolarbetet.[32]

Utvecklingen av andelen som känner sig stressade har till stor del sammanfallit med utvecklingen av psykosomatiska symtom, där de sjunkande skolprestationerna och den utbredda skolstressen kan ses som indikatorer på att skolan som helhet fungerar sämre. Faktorer inom familjen (separationer mellan föräldrar, mindre auktoritärt föräldraskap) tycks inte ha påverkat utvecklingen av psykisk ohälsa hos barn och unga.[33]

Barn och ungas användning av digitala medier lyfts i debatten som en av orsakerna till den ökade psykiska ohälsan hos barn och unga, men det saknas säkra slutsatser om den digitala medieanvändningens effekter på psykiska hälsan hos barn och unga. Det kan finnas såväl positiva som negativa hälsoeffekter av barn och ungas digitala aktiviteter på internet.[34]

Ungas öppenhet och medvetenhet om psykiska problem har ökat över tid. Det är något som skulle kunna medföra att unga har en större benägenhet att rapportera symtom, vilket skulle kunna vara en förklaring till ökningen.[35] I samtal med Barnens rätt i samhället (Bris) beskriver barn och unga att de upplever kraven i samhället som ouppnåeliga och att stressen och pressen på att lyckas i skolan tillsammans med viljan att lyckas på fritiden och i sociala medier påverkar deras psykiska hälsa negativt. Orsakerna till barnens mående varierar från barn till barn, men faktorer som hur barnets livssituation ser ut, barnets individuella förutsättningar, händelser i barnets liv och hur de hanterats liksom vilka stödjande nätverk och vilken motståndskraft barnet har vid de olika påfrestningar i livet är faktorer som påverkar måendet. Bris vittnar om att många barn berättar att det är svårt att få stöd, stöd för att förstå varför man mår dåligt och stöd för att må bättre. Det handlar både om långa väntetider men också om att barnen inte upplever att de mår tillräckligt dåligt för att få stöd. Bristande stöd i barnets nätverk gör att barnets mående inte

[32] Folkhälsomyndigheten. 2018. *Kortversion av Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014*.
[33] Folkhälsomyndigheten. 2018. *Kortversion av Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014*.
[34] Folkhälsomyndigheten. 2018. *Kortversion av Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014*.
[35] Folkhälsomyndigheten. 2018. *Kortversion av Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014* och Socialstyrelsen. 2017. *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna, Till och med 2016*.

fångas upp i tid och barnet får därmed inte del av tidiga insatser för att slippa utveckla ett sämre psykiskt mående.[36]

Varför barn och unga mår dåligt är en komplex fråga. Många olika faktorer påverkar hur barn och unga mår, till exempel livssituation, individuella förutsättningar, händelser barnen varit med om och hur de hanterats. Vilka stödnätverk som finns runt barnet påverkar hur barnet klarar av olika påfrestningar i livet. För att må bra och utvecklas behöver barn och unga känna att de är rustade för de krav och förväntningar som finns och känna att livet går att hantera.[37]

7.3 Stöd och vård för barn och unga med psykisk ohälsa

Det är viktigt att barn och unga som mår dåligt uppmärksammas tidigt, för att kunna få det stöd och den vård som behövs i ett så tidigt skede som möjligt. Barn och unga som erbjuds tidiga insatser har en mindre risk för att senare behöva insatser inom BUP eller socialtjänsten.[38] I utredningens samtal med olika berörda aktörer framkommer att det ibland är oklart vilket ansvar vilken aktör har för att identifiera, utreda, ge tidiga insatser och eller behandla psykisk ohälsa av olika slag, vilket medför att barn riskerar att inte uppmärksammas i tid, hamna mellan stolarna eller att bollas mellan olika verksamheter. Problemet uppmärksammas även i delbetänkandet *Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga* (SOU 2021:34), där det framkommer att det saknas en helhetssyn på barnets hälsa och det finns brister i den somatiska vården kring hantering av psykisk ohälsa liksom det finns brister i den psykiatriska vården att hantera kroppslig ohälsa. Det framgår att vården för barn och unga verkar i ett komplext och fragmentiserat system med flera huvud-

[36] Bris. 2020. *Hållbara liv, Om barnets rättigheter, barns uppväxtvillkor och samhällets ansvar*, årsrapport för 2019, rapport 2020:1.
[37] Bris. 2020. *Hållbara liv, Om barnets rättigheter, barns uppväxtvillkor och samhällets ansvar*, årsrapport för 2019, rapport 2020:1; Folkhälsomyndigheten. 2018. *Kortversion av Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014*; Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SKR. 2020. *Begrepp inom området psykisk hälsa*, version 2020.
[38] Bris. 2020. *Hållbara liv, Om barnets rättigheter, barns uppväxtvillkor och samhällets ansvar*, årsrapport för 2019, rapport 2020:1; Folkhälsomyndigheten. 2018. *Kortversion av Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014*; Socialstyrelsen. 2017. *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna, Till och med 2016*.

män och vårdverksamheter som alla arbetar utifrån olika lagrum, uppdrag och förutsättningar.[39]

Barn och unga beskriver i samtal till Bris att det är svårt att få den hjälp och stöd som de behöver och att det är svårt att få hjälp om hälso- och sjukvården gör bedömningen att de inte mår ”tillräckligt dåligt”. Barnen upplever att de bollas mellan olika aktörer, får vänta i vårdköer och vårdgivare har svårt med att se helheten kring barnet eller den unge. Barnen upplever även att informationen de får inte är tillräcklig och att de inte bereds möjlighet att vara delaktiga.[40]

När det talas om tidiga insatser för barn och ungas psykiska hälsa är tillgänglighet ett centralt begrepp. Snabb tillgång till insatser under uppväxten är av särskild betydelse för att inte barnet eller ungdomen ska hämmas i sin utveckling genom till exempel inverkan på sociala relationer, skolprestation eller självbild. Det är viktigt att barn och unga får det stöd och den behandling som behövs vid lättare och medelsvår psykisk ohälsa för att förebygga en fördjupad problematik. God tillgänglighet till stöd och behandling innefattar inte enbart kortare väntetider utan innefattar även perspektiven, lätt att hitta, lätt att kontakta, lätt att besöka, jämlika insatser och delaktighet.[41]

7.3.1 Första linjens vård, primärvård för barn och unga med psykisk ohälsa

Första linjen är de verksamheter som ska vara den instans som barn och unga som upplever psykisk ohälsa kan vända sig till i första hand, oavsett vad problemen beror på. Första linjen är ett primärvårdsuppdrag som finns i alla regioner. Det övergripande syftet med första linjens vård är att kunna erbjuda tidiga insatser och stöd till barn och unga med psykisk ohälsa. Det saknas en tydlig beskrivning om vad som ska göras i olika verksamheter eller av olika huvudmän när det gäller första linjen. Utvecklingsarbete har pågått en längre tid för att nationellt fastställa och definiera vad första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa ska innebära.[42]

[39] SOU 2021: 34. *Börja med Barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*, s. 202–203.
[40] Bris. 2020. *Hållbara liv, Om barnets rättigheter, barns uppväxtvillkor och samhällets ansvar*, årsrapport för 2019, rapport 2020:1.
[41] SKR, Uppdrag Psykisk Hälsa. 2018. *Förstalinjeboken, Stödmaterial för första linjens arbete för barn och ungas psykiska hälsa.*
[42] Socialstyrelsen. 2021. *Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa.*

Kommuner och regioner har uppmanats att se över sina verksamheter och välja den modell för första linjen som passat den befintliga strukturen bäst. Detta arbetssätt har bidragit till att dagens organisering av första linjen varierar mellan regioner såväl som inom län.[43]

Verksamheten kan finnas på vårdcentraler, BUP, barn- och ungdomsmedicinska mottagningar, elevhälsoenheter och inom socialtjänsten, beroende på hur man lokalt valt att fördela ansvaret. Det är dock vanligast att första linjen finns organiserad inom primärvården.[44]

Att organiseringen och ansvaret ser olika ut medför även att kompetensnivån varierar mellan första linjens mottagningar. En vård- eller hälsocentral med ett första linjeuppdrag har exempelvis lättare att knyta vårdcentralens medicinska kompetens till verksamheten, medan en första linjens verksamhet som organiseras under samma enhet som specialiserad vård (BUP) kan ha bättre förutsättningar att samverka med barn- och ungdomspsykiatrin. En verksamhet som exempelvis är samlokaliserad med socialtjänsten skulle lättare kunna få kontakt med socialtjänstens målgrupp, som ibland upplevs svår att nå och som annars kan riskera att få sämre tillgång till tidiga insatser vid psykisk ohälsa.[45]

SKR tog 2018 fram ett stödmaterial, *Förstalinjeboken – Stödmaterial för första linjens arbete med barn och ungas psykiska hälsa*, i syfte att ge en samlad bild av vilka insatser första linjen kan eller skulle kunna erbjuda barn, unga och närstående. Fokus för stödmaterialet är att försöka identifiera vad första linjen kan göra (innehållet), utan att gå in på vilken aktör eller med vilken organisation det ska utföras. Stödmaterialet var till för att användas i lokala diskussioner om första linjens innehåll, resurs-, kompetens- och ansvarsfrågor samt att vara ett underlag vid framtagandet av nationella vägledningsdokument. Med stödmaterialet ville SKR bidra till att barn och unga och deras familjer får snabb och enkel tillgång till likvärdiga och bra insatser vid tidiga tecken på psykisk ohälsa.[46]

Verksamhetsföreträdare inom förstalinjeverksamheter, med stöd av SKR arbetar med ett förslag till nationellt uppdrag för första lin-

[43] Socialstyrelsen. 2021. *Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa.*
[44] Socialstyrelsen. 2021. *Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa.*
[45] Skriftligt underlag skickat från Uppdrag Psykisk Hälsa vid SKR.
[46] SKR. Uppdrag Psykisk Hälsa. 2018. *Förstalinjeboken, Stödmaterial för första linjens arbete för barn och ungas psykiska hälsa.*

jens hälso- och sjukvård för barn med psykiska besvär och lindriga psykiatriska tillstånd.[47]

Det finns inget nationellt kunskapsunderlag som kan svara på om uppbyggnaden av första linjeverksamheter har avlastat BUP eller lett till kortare köer.[48]

7.3.2 *En väg in* och regionala kontaktcenter

Kontaktvägarna till första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa varierar mellan regionerna. För att öka tillgängligheten till vård och stöd för barn och unga med psykisk ohälsa har några regioner arbetat för att bygga upp ett regionalt samarbete med en gemensam kontaktväg in till primärvården och den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, *En väg in*.[49] Enligt SKR:s nulägesbeskrivning finns i sex regioner *En väg in* etablerat, dit barn, unga eller föräldrar kan vända sig för en första kontakt när de söker hjälp. Tre regioner planerar för implementering av *En väg in*.[50]

Syftet med *En väg in* är att ha en gemensam ingång till vården och att triagera mellan primärvården och specialistvården, så att den som söker får hjälp med att hitta rätt för sina besvär och kan få vård på rätt vårdnivå från början. Genom exempelvis ett telefonsamtal eller via digital kontakt till *En väg in* kan den som kontaktar vården få stöd eller rådgivning eller få direkt hjälp med bokning av besök i primärvården eller i den specialiserade vården (BUP).[51]

Erfarenheter visar att det regiongemensamma arbetet med att etablera arbetssättet *En väg in* i regionen tydliggör olika aktörers uppdrag och bidrar till ett minskat bollande av barn och unga mellan olika vårdnivåer. Det bidrar även till en samsyn kring de olika vårdnivåernas uppdrag i organisationen. Utöver att de som arbetar inom primärvården respektive den specialiserade vården får ökad förståelse och samsyn om varandras uppdrag finns det även erfarenheter

[47] Skriftligt underlag skickat från Uppdrag Psykisk Hälsa vid SKR. *Förslag – Nationellt uppdrag för första linjens hälso- och sjukvård för barns psykiska hälsa.*
[48] Socialstyrelsen. 2021. *Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa.*
[49] Socialstyrelsen. 2021. *Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa.*
[50] SKR. 2021. *Första linjen 2020. Nulägesbeskrivning av hälso- och sjukvårdens första linje för barn och ungas psykiska hälsa.*
[51] Socialstyrelsen. 2021. *Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa.*

av att bedömningen av barn och ungas behov av vård blir lika i regionen när regionen arbetar med *En väg in*, det vill säga regionerna kan säkerställa en mer jämlik vård. Man upplever också att bedömningarna håller en hög nivå, då majoriteten av patienterna hamnar på rätt vårdnivå och får den hjälp de behöver.[52]

I möte utredningen haft med företrädare som arbetar med *En väg in* beskrivs svårigheter med samverkan och ett behov av att hitta former för samverkan mellan första linjens hälso- och sjukvård, elevhälsan och övriga skolan. För att ännu bättre kunna möta upp mot barn och ungas behov av stöd och tidiga insatser vid psykisk ohälsa uttrycktes en vilja att på något sätt försöka öka samarbetet med elevhälsan och även socialtjänsten. Den problematik som lyftes var framför allt att det upplevs som svårt att få till önskvärda arbetssätt, samarbete och samverkan tillsammans över de olika huvudmännens verksamhetsgränser på ett sätt som är förenligt med reglerna om sekretess och tystnadsplikt, trots att viljan finns hos professionen. Det har gjorts lokala försök för att utveckla arbetssätt och samarbete inom *En väg in* tillsammans med skolans elevhälsa. Elevhälsans medicinska insatser är inte en del av första linjen i någon region.[53]

7.3.3 Specialiserad vård för barn och unga med psykisk ohälsa

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) är specialiserad vård för barn och unga upp till 18 år som behöver psykiatrisk vård. BUP har historiskt sett varit den verksamhet som i första hand mött barn och unga med psykisk ohälsa i vården oavsett svårighetsgrad. Barn med lättare problematik har mött och behandlats inom BUP samtidigt som verksamheten har varit och är den högsta vårdnivån för barn och unga med komplex och svår problematik. Enligt Socialstyrelsens kartläggning är BUP:s ansvarsområde att identifiera, förebygga, lindra och bota psykiska besvär hos barn i åldrarna 0–17 år. BUP ska erbjuda stöd och behandling för barn och ungas psykiska besvär. Om behov

[52] Socialstyrelsen. 2021. *Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa.*
[53] SKR. 2021. *Första linjen 2020. Nulägesbeskrivning av hälso- och sjukvårdens första linje för barn och ungas psykiska hälsa.*

uppstår ska BUP initiera kontakt med annan verksamhet. BUP ska även erbjuda konsultation till primärvårdsnivån.[54]

Det finns en uppfattning inom barn- och ungdomspsykiatrin att verksamhetens uppdrag borde beskrivas då det funnits olika förväntningar som inte ansetts förenliga med att BUP är dimensionerad och organiserad på specialistnivån inom hälso- och sjukvården. BUP upplevs vara en verksamhet som många vill samverka med, samtidigt som BUP i de flesta regioner är en liten verksamhet.[55] SKR inledde ett arbete för att ta fram en nationell uppdragsformulering för BUP tillsammans med verksamhetsföreträdare för BUP och Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri (SFBUP). Tillsammans togs en beskrivning av BUP:s uppdrag fram, och enligt beskrivningen är svensk barn- och ungdomspsykiatris uppdrag att erbjuda insatser på specialistnivå. Insatserna ska ges till barn och unga upp till 18 år med medelsvåra till svåra psykiatriska tillstånd och där funktionsnivån i vardagen är påverkad. Insatserna ska utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet och bygga på barnpsykiatrisk diagnostik. Insatserna ska bestå av bedömning, utredning eller behandling av såväl akuta som icke akuta tillstånd. BUP ska samverka med vårdgrannar gällande barnpsykiatriska frågeställningar.[56]

7.3.4 Elevhälsans uppdrag och roll

Elevhälsa ska finnas för elever i förskoleklass, grundskolan, grundsärskolan, sameskola, specialskolan, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan. Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. (2 kap. 25 § första stycket skollagen [2010:800])

För medicinska, psykologiska och psykosociala insatser ska det finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator. Vidare ska det finnas tillgång till personal med sådan kompetens att elevernas behov av specialpedagogiska insatser kan tillgodoses. (2 kap. 25 § andra stycket skollagen) Regleringen innehåller alltså krav på vilka personalkategorier som ska ingå i elevhälsan. Den inskränker

[54] Socialstyrelsen. 2021. *Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa*.
[55] SKR. Uppdrag Psykisk Hälsa. 2017. *Hur mår BUP? En nulägesbeskrivning av barn- och ungdomspsykiatrin i Sverige inhämtad av Uppdrag Psykisk Hälsa.*
[56] Skriftligt underlag skickat från Uppdrag Psykisk Hälsa vid SKR.

dock inte huvudmännens möjlighet att organisera sin elevhälsa efter lokala behov och förutsättningar, utan det är huvudmannen som avgör omfattningen av och inriktningen på personalens sammansättning och kompetens.[57]

Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande och den ska stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål (2 kap. 25 § första stycket skollagen). Elevhälsan får anlitas för enkla sjukvårdsinsatser, till exempel omplåstring eller preliminära bedömningar vid smärre olyckor i skolans verksamhet (2 kap. 28 § skollagen).[58] Därutöver ska elever erbjudas hälsobesök (2 kap. 27 § skollagen).

En kommun, en region, staten eller en enskild kan vara huvudmän för skolan (2 kap. 2–5 §§ skollagen). Ansvaret för elevhälsan ser olika ut beroende på hur skolhuvudmannen väljer att organisera elevhälsan, exempelvis om skolhuvudmannen bedriver elevhälsan i egen regi, lägger ut den på entreprenad hos en enskild utförare eller i samverkan lämnar över ansvaret för elevhälsans medicinska insatser till en kommun eller region.

Den som är vårdgivare för sådan hälso- och sjukvård som bedrivs inom elevhälsan, vilket alltså beror på hur huvudmannen valt att organisera elevhälsan, omfattas bland annat av regler i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och patientdatalagen (2008:355), PDL (1 kap. 1 § HSL, 1 kap. 1 § PSL och 1 kap. 1 § PDL).

7.4 Nationell samverkan

7.4.1 Nationella kunskapsstöd

Inom området psykisk hälsa har fem nationella vård- och insatsprogram tagits fram:

1. Adhd.
2. Depression och ångestsyndrom.
3. Missbruk och beroende.
4. Schizofreni och liknande tillstånd.

[57] Prop. 2009/10:165. *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet*, s. 657.
[58] Prop. 2009/10:165. *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet*, s. 658.

5. Självskadebeteende.[59]

Vård- och insatsprogrammen bygger på nationella riktlinjer och andra kunskapssammanställningar och syftar till att tillgängliggöra befintlig evidens och erfarenhetsbaserad kunskap på ett användarvänligt sätt som är anpassat efter olika yrkesgruppers och personals behov i eller inför mötet med patient och brukare. Till skillnad från de nationella riktlinjerna som riktar sig till beslutsfattare är vård- och insatsprogrammen anpassade till professionen med fokus på hur en insats utförs. Vård- och insatsprogrammen innehåller samlad kunskap för såväl specialistpsykiatri, primärvård, socialtjänst som skola. Målet är att vård- och insatsprogrammen ska vara ett gemensamt kunskapsunderlag gällande hela processen för dessa verksamheter och att det ska ge ökade förutsättningar för mer likvärdiga insatser utifrån en helhetssyn samt ökad förståelse och samsyn mellan verksamheter.[60]

De nationella vård- och insatsprogrammen tas fram av en nationell arbetsgrupp (NAG) inom ramen för det nationella programområdet (NPO) för psykisk hälsa som är en del av Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård.[61] NPO för psykisk hälsa omfattar såväl barn och ungas som vuxnas och äldres psykiska hälsa.[62] I arbetsgruppen ingår tolv deltagare – en representant från varje sjukvårdsregion och en representant för kommunerna inom sjukvårdsregionernas geografiska område.[63] Processen för framtagandet av ett vård- och insatsprogram innebär att deltagarna i arbetsgruppen engagerar experter, chefer och medarbetare i verksamheter i sin sjukvårdsregion samt företrädare från professions- och brukarorganisationer. Förhoppningen är att arbetssättet ska underlätta implementeringen av vård- och insatsprogrammen. Den gemensamma nationella processen för att ta fram vård- och insatsprogrammen förväntas innebära en resurseffektivisering jämfört med att regioner och kom-

[59] SKR. Uppdrag Psykisk Hälsa för Nationellt programområde psykisk hälsa. *Nationella vård- och insatsprogram*, https://vardochinsats.se/, uttag 2022-03-13.
[60] SKR. Uppdrag Psykisk Hälsa. *Nationella vård- och insatsprogram*, www.uppdragpsykiskhalsa.se/kunskapsutbyte/arbetsgang-for-arbetsgruppen/, uttag 2022-03-13 och SKR, Uppdrag Psykisk Hälsa för Nationellt programområde psykisk hälsa. *Nationella vård- och insatsprogram, Om programmen*, https://vardochinsats.se/om-programmen/, uttag 2022-03-13.
[61] SKR. Uppdrag Psykisk Hälsa för Nationellt programområde psykisk hälsa. *Nationella vård- och insatsprogram, Om programmen*, https://vardochinsats.se/om-programmen/, uttag 2022-03-13.
[62] SKR. Uppdrag Psykisk Hälsa. *Nationellt programområde psykisk hälsa*, www.uppdragpsykiskhalsa.se/kunskapsutbyte/, uttag 2022-03-13.
[63] SKR. Uppdrag Psykisk Hälsa. *Nationella arbetsgrupper*, www.uppdragpsykiskhalsa.se/kunskapsutbyte/programarbete-och-arbetsgrupper/, uttag 2022-03-13.

muner gör samma kunskapssammanställning regionalt eller lokalt. Processen för att ta fram ett vård- och insatsprogam är ungefär ett år lång.[64]

Ett annat nationellt kunskapsstöd som också tas fram inom Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård är personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Syftet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården utan att det medför onödig administrativ börda för sjukvårdspersonal. Syftet är också att patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling. De personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen kan involvera primärvården, inklusive den kommunala hälso- och sjukvården, och innefatta den specialiserade vården.[65]

De personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen gäller olika sjukdomsområden. För närvarande finns ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp inom psykisk ohälsa, schizofreni – förstagångsinsjuknande.[66]

Regeringen har sedan några år, genom överenskommelser med SKR, stött framtagandet av och regionernas implementering av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. För 2022 finns en överenskommelse mellan staten och SKR om sammanhållen, jämlik och säker vård som bland annat innehåller en del om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. I överenskommelsen anges och klargörs bland annat kriterier för de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen, ansvarsfördelning och hur införande, rapportering och uppföljning ska ske. Av de medel som går till de personcentrerade sammanhållna vårdförloppen via överenskommelsen (190 miljoner kronor) går en knapp tredjedel (60 miljoner kronor) till att ta fram nya personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp medan knappt 60 procent av medlen ska gå till implementering i regionerna (112,5 miljoner kronor) under 2022. Resterande medel ska gå till SKR för att stödja och koordinera det nationella gemensamma arbetet samt upp-

[64] SKR, Uppdrag Psykisk Hälsa. *Nationella vård- och insatsprogram*, www.uppdragpsykiskhalsa.se/kunskapsutbyte/arbetsgang-for-arbetsgruppen/, uttag 2022-03-13.
[65] *Sammanhållen, jämlik och säker vård 2022, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*
[66] Sveriges regioner i samverkan. *Nationellt kliniskt kunskapsstöd. Vårdförlopp, vårdprogram och riktlinjer*, https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/vardprogramochvardforlopp, uttag 2022-03-13.

följning av detta och samarbete med myndigheter och andra relevanta aktörer.[67]

7.4.2 Framtagande av en ny nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har sedan juli 2020 ett regeringsuppdrag om att ta fram en ny strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Regeringen gav ytterligare 23 myndigheter i uppdrag att medverka i arbetet med framtagandet av strategin. Framtagandet av den nationella strategin ska ske i samråd med olika aktörer i olika steg, däribland andra berörda myndigheter såsom Barnombudsmannen och länsstyrelserna, patient-, brukar- och anhörigorganisationer, SKR, kommuner och regioner, de nationella programområdena (NPO), de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS), civila samhället, forskarsamhället och de nationella minoriteterna.[68]

De medverkande myndigheterna har 1 september 2021 redovisat sin analys av området utifrån sina verksamhetsområden innehållande följande delar:

- prioriterade områden för den kommande strategin,
- vilka målgrupper som berörs av den kommande strategin,
- vilka utvecklingsområden inom den egna verksamheten som har identifierats.[69]

De enskilda analyserna ska tillsammans med underlag från andra aktörer lägga grunden för en gemensam analys av området, samordnad av Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen.[70]

Vid framtagandet av strategin ska god, jämlik och jämställd psykisk hälsa i hela befolkningen vara grundläggande utgångspunkter. Av regeringsbeslutet framgår att särskilt fokus bör riktas mot det

[67] *Sammanhållen, jämlik och säker vård 2022, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*
[68] Regeringsbeslut S2020/06171/FS. *Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention.*
[69] Regeringsbeslut S2020/06171/FS. *Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention.*
[70] Regeringsbeslut S2020/06171/FS. *Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention.*

främjande och förebyggande arbetet i alla sektorer och på alla samhällsnivåer. I arbetet ska jämställdhetsperspektivet liksom barnrättsperspektivet, ungdomsperspektivet och funktionshinderperspektivet beaktas. Vidare framgår att särskild hänsyn bör tas till de grupper som löper störst risk att utveckla psykisk ohälsa eller att begå självmord. Som exempel anges barn och unga, unga som varken arbetar eller studerar, personer med funktionsnedsättningar, äldre och hbtq-personer. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen ska slutredovisa uppdraget till regeringen senast 1 september 2023. Slutredovisningen ska innehålla ett samlat förslag till strategi med mål, prioriteringar och indikatorer för uppföljning. Syftet är att ge regeringen ett underlag inför det fortsatta arbetet och skapa förutsättningar för att utveckla insatserna inom området psykisk hälsa och suicidprevention.[71]

7.5 Målsättning om en förstärkt vårdgaranti inom barn- och ungdomspsykiatri

För barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) finns det sedan 2011 en målsättning om en förstärkt vårdgaranti som innebär att barn och ungdomar inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar till en fördjupad utredning eller behandling. Målsättningen är inte lagstadgad utan formulerad i överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).[72] Målet med satsningen är att öka tillgängligheten inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin och att alla regioner, utöver de grundläggande kraven i den nationella vårdgarantin inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, ska kunna erbjuda tid för bedömning inom högst 30 dagar och därefter beslutad fördjupad utredning eller behandling inom högst 30 dagar.[73] Precis som den lagstadgade vårdgarantin innebär målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP inte en rättighet att få vård. Den anger heller inte vilken vård som ska ges eller hur prioriteringar ska ske.

[71] Regeringsbeslut S2020/06171/FS. *Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention.*
[72] Dir. 2020:81. *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*.
[73] *Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa.* Överenskommelse för 2009.

7.5.1 Bakgrund till införandet av målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP

I slutbetänkandet *Ambition och ansvar – Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder* (SOU 2006:100) föreslog Nationell psykiatrisamordning (S 2003:09) en förstärkt vårdgaranti för barn- och ungdomspsykiatrin.[74]

I juni 2007 ingick staten och SKR en överenskommelse där SKR åtog sig att genomföra ett projekt i syfte att kartlägga förutsättningarna för en förstärkt vårdgaranti inom BUP. I rapporten, *Tillgänglighet till insatser för att möta psykisk ohälsa hos barn och ungdomar*, som SKR lämnade till regeringen i december 2007, konstaterade SKR att tillgängligheten till BUP var bristfällig på många håll i landet och att det var stora regionala skillnader. Vårdgarantins gränser, som vid den tiden var fastslagna i en överenskommelse, med en väntetid på högst tre månader för besök och bedömning och ytterligare tre månader för behandling ansågs vara en orimligt lång väntetid för barn och unga med psykisk ohälsa. SKR ansåg att en förstärkt vårdgaranti tillsammans med enhetliga medicinska indikationer och ett systematiskt förbättringsarbete, på sikt skulle kunna skapa en god tillgänglighet med rätt vård i rimlig tid. Förändringsarbetet behövde enligt SKR ha en långsiktig prägel och motsvaras av tillgång till personal med adekvat kompetens och tillräckliga resurser för att göra skillnad i verkligheten.[75]

SKR föreslog en målsättning om en förstärkt vårdgaranti för barn och unga med psykisk ohälsa som innebar att en första bedömning inom den specialiserade vården skulle ges inom högst 30 dagar och att en fördjupad utredning eller behandling skulle ges inom ytterligare högst 30 dagar. SKR bedömde dock att det utifrån resurserna och kompetensen som fanns i barnpsykiatrin inte var rimligt att införa en målsättning om 30 dagar för både första bedömning och utredning eller behandling inom ett år. SKR gjorde bedömningen att målvärdet 30 dagar för första bedömning var rimligt att nå efter ett år, medan målsättningen om 30 dagar för fördjupad utredning eller behandling först kunde nås 2011.[76]

[74] SOU 2006:100. *Ambition och ansvar, Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*, s. 392–393.
[75] SKR. 2007. *Tillgänglighet till insatser för att möta psykisk ohälsa hos barn och ungdomar*.
[76] SKR. 2007. *Tillgänglighet till insatser för att möta psykisk ohälsa hos barn och ungdomar*.

I rapporten från 2007 drar SKR en rad slutsatser, bland annat följande:

- Barn- och ungdomars psykiska hälsa är ett prioriterat område. Det krävs både generella förebyggande insatser och riktade insatser grundade på enskilda behov.
- För att nå en ökad tillgänglighet till barnpsykiatrin behövs ett helhetstänk och samverkan mellan olika aktörer, däribland skola, elevhälsovård, barnhälsovård, socialtjänst och primärvård. Hela kedjan måste optimeras. Arbete med att integrera instanserna pågår på flera ställen.
- Barnpsykiatrins uppdrag skiljer sig åt över landet och det finns behov av att uppdraget tydliggörs. Utöver uppdraget till barnpsykiatrin behövs tydliga uppdrag för övriga aktörer som ska ansvara för det som inte ligger inom BUP.
- Första linjens vård behöver ha kompetens och resurser för att ta hand om de insatser som inte kräver specialistinsatser.
- Personalresurser med rätt kompetens är en förutsättning för att nå en ökad tillgänglighet. Metodutveckling behövs för snabbare bedömningar och effektivare insatser.
- Det finns behov av nationell samverkan och samordning mellan regioner. Uppföljning och kvalitetsgranskning måste utvecklas både lokalt och nationellt.[77]

Rapporten kom att leda fram till en överenskommelse 2009 mellan SKR och staten om en målsättning om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. I överenskommelsen framhölls betydelsen av att barn och ungdomar med psykisk ohälsa får hjälp i så tidigt skede som möjligt, eftersom det kan påverka deras fortsatta utveckling. En förbättring av tillgängligheten inom BUP bedömdes därför vara mycket angelägen. [78]

Målet med den förstärkta vårdgarantin var att öka tillgängligheten inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin och att alla regioner, utöver de grundläggande kraven i den nationella vårdgarantin, senast 2011, inom den specialiserade barn- och ungdomspsykia-

[77] SKR. 2007. *Tillgänglighet till insatser för att möta psykisk ohälsa hos barn och ungdomar*.
[78] *Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa.* Överenskommelse för 2009.

trin, skulle kunna erbjuda tid för bedömning inom högst 30 dagar och därefter beslutad fördjupad utredning eller behandling inom högst 30 dagar.[79]

I överenskommelsen konstaterades att regionerna behövde se över hur insatser för barn- och ungdomar med psykiska ohälsa och psykisk sjukdom erbjöds och gjordes tillgängliga för att nå målet. För att kunna möta ohälsan på tidigast möjliga nivå i sjukvårdssystemet ansåg parterna att en första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykiska sjukdomar behövde utvecklas för att erbjuda åtgärder och behandling som inte kräver specialiserad vård. En tillgänglig första linje bedömdes ge förutsättningar för BUP att erbjuda korta väntetider för barn- och ungdomar med svårare och mer komplicerade behov. Ytterligare åtgärder som framhölls för att nå en ökad tillgänglighet var kompetensutveckling och implementering av kunskapsbaserade metoder på alla nivåer, tydliggörande av aktörernas uppdrag samt samordning av insatser från kommuner och regioner.[80]

Målsättningen om den förstärkta vårdgarantin inom BUP har därefter ingått som en del av överenskommelserna om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård under 2010–2012 och överenskommelserna om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020–2022 samt överenskommelserna om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2013–2015, 2018 och 2019. Åren 2016 och 2017 fanns däremot ingen överenskommelse om en målsättning om en förstärkt vårdgaranti inom BUP. För mer information om respektive överenskommelse se avsnitt 7.6.1 och bilaga 6.

7.6 Statliga satsningar för att förbättra tillgängligheten till BUP och tillgängligheten generellt för barn och unga med psykisk ohälsa

Sedan 1995 har flera statliga satsningar genomförts inom området psykisk hälsa. Nedan beskriver utredningen kortfattat de huvudsakliga satsningar som gjorts kopplade till målsättningen om en förstärkt

[79] *Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa.* Överenskommelse för 2009.
[80] *Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa.* Överenskommelse för 2009.

vårdgaranti inom BUP och tillgänglighet till BUP, samt kort även andra tillgänglighetsatsningar för barn och unga med psykisk ohälsa under 2016–2022. I bilaga 6 finns motsvarande beskrivning av satsningarna under 2007–2015.

7.6.1 Statliga satsningar för perioden 2016–2022

2016–2019 – en ny strategi för området psykisk hälsa

År 2015 utarbetade regeringen en ny strategi för arbetet inom området psykisk hälsa för perioden 2016–2020. Strategin utgjorde grunden för kommande överenskommelser om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Senare enades parterna om att strategin även skulle ange inriktningen för arbetet under perioden 2021–2022 till dess att en ny strategi kommer på plats.[81]

Följande fem fokusområden pekades ut som centrala för arbetet i regeringens strategi för området:

1. insatser för att förebygga psykisk ohälsa och främja psykisk hälsa,
2. tidiga, tillgängliga insatser,
3. utsatta grupper,
4. delaktighet och rättigheter,
5. ledarskap och organisation.[82]

Varje fokusområde omfattade personer i alla åldrar. I stället för att förbättra specifika områden av psykisk ohälsa genom målprestationer var ambitionen med överenskommelserna 2016–2018 att skapa både förutsättningar och en bra grund för ett långsiktigt utvecklingsarbete på området psykisk hälsa där olika aktörer skulle ta ett gemensamt ansvar. Staten övergick nu från detaljstyrning till så kallad tillitsstyrning. Styrningen innebar att kommuner och regioner fick frihet och ansvar att använda sina stimulansmedel utifrån en egen behovsanalys och utifrån insatser som de själva bedömde bäst svara mot behoven i kommunerna och regionerna. För att få ta del

[81] *Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2021–2022, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.
[82] Socialstyrelsen. 2019. *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa, Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018, Slutrapport*.

av medlen ställdes nu krav på regionerna att inkomma med analyser, målsättningar och handlingsplaner (2016–2018) samt redogörelser för hur resurser som erhållits använts. En annan viktig förändring var att inriktningen på psykisk ohälsa i stället ändrades till psykisk hälsa, vilket innebar en omställning till ett bredare arbete inom området som omfattar både psykisk hälsa och psykisk ohälsa. I strategin betonas därför vikten av att ha en helhetssyn och att arbeta med att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa, liksom att ge behandlande och stödjande insatser för personer som redan har drabbats av psykisk ohälsa.[83]

År 2016 och 2017 fanns ingen överenskommelse om en målsättning om en förstärkt vårdgaranti inom BUP. I och med den tillitsbaserade styrformen var det inte lika tydligt specificerat vad statens stimulansmedel skulle användas till. 150 miljoner kronor per år avsattes till regionerna för att stimulera nya och rusta nya initiativ för att nå barn och unga genom överenskommelserna om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016 respektive 2017. Det kunde exempelvis handla om självinläggningsprojekt, första linjens psykiatri och tvärprofessionell samverkan mellan huvudmän och verksamheter som möter barn och unga med psykisk ohälsa som vårdas utanför det egna hemmet.[84] För att förstärka BUP och utveckla förstalinjeinsatser för psykiska symtom i primärvården tillfördes ytterligare 100 miljoner kronor i vårändringsbudgeten för 2017.[85]

I överenskommelsen om insatser inom området psykisk hälsa 2018 uttrycktes att målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP skulle gälla. Satsningen på att stimulera nya initiativ för att nå barn och unga kvarstod. Det framgick att satsningen gällde ökad tillgänglighet och förstärkning av stöd bland annat riktat till BUP och första linjens vård. Vidare angavs att förutsättningarna och organisationerna såg olika ut i landet, varför de lokala behoven fick styra prioriteringen av hur medlen (250 miljoner) användes. Det poängterades att tillgängligheten för barn och unga med psykisk ohälsa skulle komma att följas extra noga och redovisningskrav rela-

[83] Socialstyrelsen. 2019. *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa, Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018, Slutrapport*.
[84] *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016* och *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.*
[85] *Insatser inom psykisk hälsa-området 2018, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.*

terat till måluppfyllelsen av målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP ingick i handlingsplanen.[86]

År 2019 avsattes 250 miljoner kronor till regionerna för insatser som skulle syfta till att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga samt att säkerställa att barn och unga med psykisk ohälsa skulle få tidig och effektiv vård och behandling. Av skrivningarna framgick att målet för tillgänglighet var att vårdgarantin inom primärvården skulle uppfyllas för barn och unga med psykisk ohälsa. Ytterligare 380 miljoner kronor avsattes till regionerna 2019 för insatser som syftade till att korta köerna och att uppnå målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP.[87]

2020–2022 – fortsatta överenskommelser och nytt strategiarbete

År 2019 ingick SKR och staten en överenskommelse om en ny uppdaterad kömiljard. Överenskommelsen syftade till att åstadkomma förnyad kraft i arbetet med att förbättra tillgängligheten. Parterna var överens om att det krävdes ett bredare synsätt och att fler målsättningar skulle inkluderas än enbart vad som ingår i vårdgarantin och att kömiljarden så småningom skulle kunna omfatta hela vårdkedjan, i enlighet med *Januariavtalet*. I överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården för 2020 gjordes därmed anpassningar för att åstadkomma detta. Måluppfyllnad av målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP kopplades återigen till prestationsbaserad ersättning inom denna överenskommelse.[88] 294 miljoner kronor avsattes till dessa prestationskrav, men prestationskraven ströks i mars 2020 på grund av covid-19-pandemin och stimulansmedel (300 miljoner kronor) betalades i stället ut utan krav på prestation, se bilaga 6. Dessutom var 80 miljoner kronor öronmärkta till BUP i en andra del av överenskommelsen som handlade om strategiskt utvecklingsarbete och förbättrad väntetidsstatistik.[89]

Därtill avsattes 370 miljoner kronor att användas till insatser i vårdkedjan som syftade till att korta köerna inom BUP och första

[86] *Insatser inom psykisk hälsa-området 2018, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.*
[87] *Överenskommelse inom området psykisk hälsa 2019.* Överenskommelse mellan staten och SKR.
[88] *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*
[89] *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner* och *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020, Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

linjens vård genom överenskommelsen om insatser inom området psykisk hälsa 2020. Det framgår i överenskommelsen att ett syfte med att stärka första linjens vård, var att minska köerna till BUP och att minska behovet av insatser i specialiserad vård genom att tidigt möta den psykiska ohälsan bland barn och unga. I överenskommelsen angavs tre övergripande syften med överenskommelsen:

1. Stödja ett fortsatt utvecklingsarbete utifrån de lokala och regionala handlingsplaner som tagits fram i enlighet med 2016–2018 års överenskommelser.
2. Bidra till bättre förutsättningar för regioner och kommuner att arbeta utifrån bästa tillgängliga kunskap.
3. Initiera eller utveckla särskilda vårdformer och effektiva målgruppsanpassade insatser för att förebygga psykisk ohälsa och öka tillgängligheten och kvaliteten i vården för de som redan har drabbats.[90]

I juli 2020 gav regeringen Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett underlag inför en ny strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Slutredovisning ska ske senast 1 september 2023, se avsnitt 7.4.2 för mer information om uppdraget. I avvaktan på att den nya strategin är på plats har parterna enats om att den befintliga strategin och de tre övergripande syftena som fastlades i 2020 års överenskommelse om insatser inom området psykisk hälsa skulle användas som inriktning även för överenskommelserna under perioden 2021–2022.[91]

Statens satsningar inom området tillgänglighet för barn och unga med psykisk ohälsa för 2021 liknade de för 2020. Totalt var 190 miljoner kronor avsatta till att fördelas via en prestationsbaserad modell kopplad till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP i överenskommelsen om en ökad tillgänglighet till hälso- och sjukvården. I samma överenskommelse var ytterligare 190 miljoner kronor öronmärkta till BUP i överenskommelsens andra del om strate-

[90] *Insatser inom området psykisk hälsa, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) 2020.*
[91] *Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2021–2022, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

giskt utvecklingsarbete och förbättrad väntetidsstatistik.[92] Dessutom avsattes 370 miljoner kronor till insatser i vårdkedjan som syftade till att korta köerna inom BUP och första linjens vård till regionerna inom överenskommelsen om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2021–2022.[93] En tilläggsöverenskommelse har senare tecknats som innebär att 370 miljoner kronor även är avsatta för samma ändamål under 2022.[94] I tillgänglighetsöverenskommelsen för 2022 är knappt 302 miljoner kronor avsatta att fördelas via en prestationsbaserad modell kopplad till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP. I överenskommelsens andra del om strategiskt utvecklingsarbete och rapportering till väntetidsdatabasen är ytterligare 80 miljoner kronor öronmärkta särskilt till att förkorta köerna till BUP.[95]

Under samtliga år som staten tillämpat nuvarande strategi för psykiatriområdet har medel inom ramen för överenskommelser om psykisk hälsa även avsatts till ungdomsmottagningar för att främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa, totalt 820 miljoner kronor under 2016–2021 samt ytterligare 150 miljoner kronor 2022. Medlen till ungdomsmottagningarna har utbetalats till den aktör som regionen och länets kommuner anger som mottagare. I senare års överenskommelser är det tydligare formulerat att en ökad tillgänglighet till ungdomsmottagningar, som kan vara en del av första linjens vård, kan leda till ökad tillgänglighet till BUP.[96]

---

[92] *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner* och *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021, Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.

[93] *Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2021–2022, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

[94] *Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2022, Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.

[95] *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

[96] *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016*; *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*; *Insatser inom psykisk hälsa-området 2018, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*; *Överenskommelse inom området psykisk hälsa 2019.* Överenskommelse mellan staten och SKR; *Insatser inom området psykisk hälsa, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) 2020*; *Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2021–2022, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*; *Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2022, Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.

7.6.2 Prestationsbaserad ersättning kopplad till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP

Som framgår av avsnitt 7.6.1 samt i bilaga 6 har målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP under flera år från och med 2009 varit kopplad till prestationsmedel. Det innebär att medel har fördelats i efterhand till de regioner som uppfyllt kraven för såväl väntetider som kraven på inrapportering till väntetidsdatabasen. Kraven på inrapportering har främst handlat om svarsfrekvens och att rapporteringen skulle göras enligt gällande riktlinjer och rutiner. Fördelningen av medlen mellan de regioner som uppnått kraven har skett i relation till deras invånarantal.

Villkoren för de prestationsbaserade statsbidragen har reglerats genom årliga överenskommelser mellan staten och SKR där kraven för måluppfyllelse fastställts, se bilaga 6 för prestationskraven för 2009–2015 respektive 2020–2022.

7.6.3 Summering av statliga medel avsatta till området under 2007–2021

Som framgår av avsnitten ovan och bilaga 6 varierar den totala summan medel som staten avsatt till regionerna för att uppnå målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP samt för att förbättra tillgängligheten för barn och unga med psykisk ohälsa utifrån hur området avgränsas och vilka insatser som räknas in. Utöver de satsningar som beskrivs i avsnitt 7.6.1 för 2016–2022 och i bilaga 6 för 2007–2015 finns ytterligare generella satsningar som kan gälla även barn och unga, samt andra specifika insatser som inte haft samma tillgänglighetsfokus. Exempel på sådana insatser är självskadebeteendeprojekt, samordnade individuella planer och insatser för att förbättra vård och behandling av traumatiserade asylsökande. Med beskrivningen har utredningen försökt att ringa in och ge en bild av tillgänglighetssatsningarna för barn och unga inom området, men gränsdragningarna är inte alltid självklara.

Utifrån informationen i avsnitt 7.6.1 och i bilaga 6 uppskattar utredningen att staten under 2007–2021 avsatt 2,9 miljarder kronor till regionerna för att öka tillgängligheten till BUP och för att uppnå målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP. Av dessa

medel har 1,8 miljarder kronor[97] varit prestationsbaserade medel och betalats ut till de regioner som har uppnått prestationskraven kopplade till medlen.

Satsningarna uppgår till 4,7–4,9 miljarder kronor om analysen inkluderar även de statliga medel som avsatts till första linjen och satsningar som haft lite bredare ansats, men som också omfattat insatser som syftat till att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga, säkerställa att barn och unga med psykisk ohälsa ska få tidig vård samt att öka tillgängligheten till BUP. Den lägre siffran i spannet gäller vid exkluderande av de satsningar som gjorts på första linjen som varit riktade till såväl regioner som kommuner (främst *Modellområdesprojektet* och *Psynkprojektet*) och den högre siffran vid inkluderande av dessa medel. Om även statens satsning på ungdomsmottagningar under 2016–2021 inkluderas, som också har varit riktade till såväl regioner som kommuner beroende på länets organisation, uppgår summan till 5,8 miljarder kronor för 2007–2021.

7.7 Utvärderingar av de statliga satsningarna för förbättrad tillgänglighet för barn och unga med psykisk ohälsa

Flera myndigheter har haft i uppdrag att följa upp de statliga insatserna inom psykiatriområdet, däribland målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP och andra tillgänglighetssatsningar för barn och unga med psykisk ohälsa. Sammanställningen nedan bygger i huvudsak på information som framkommit i uppföljningsrapporter som gjorts av Socialstyrelsen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Folkhälsomyndigheten och Statskontoret.

7.7.1 Uppfyllnadsgrad av prestationskrav kopplade till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP

I tabell 7.1 nedan listas hur många regioner som bedömts uppfylla prestationskraven kopplade till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP 2009–2015. Informationen är hämtad från rapporter från de myndigheter som haft i uppdrag att följa upp överens-

[97] Prestationsbaserade medel har beräknats utifrån att den största delen av 2020 års medel inte var prestationsbaserat i enlighet med tilläggsöverenskommelsen för 2020.

kommelserna (Socialstyrelsen[98], Myndigheten för vård- och omsorgsanalys[99] samt Statskontoret[100]).

Tabell 7.1 Uppfyllnadsgrad av prestationskrav kopplade till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP 2009–2015

År	Prestationskrav 1 – första besök Antal regioner som klarat målet	Prestationskrav 2 – fördjupad utredning och behandling Antal regioner som klarat målet	Både prestationskrav 1 och 2 Antal regioner som klarat båda målen
2009*	20	19	18
2010**	20	18	18
2011***	19	15	14
2012***	16	15	13
2013***	17	15	uppgift saknas
2014***	16	15	15
2015***	13	14	11

* 80 procent av patienterna får ett första besök inom specialiserad vård inom högst 30 dagar. 60 procent av patienterna får definierade behandlingar och fördjupade utredningar inom planerad specialiserad vård inom högst 60 dagar.
** 90 procent av patienterna i regionen har väntat 30 dagar eller kortare på ett första besök. 90 procent har väntat 60 dagar eller kortare på beslutad fördjupad utredning eller behandling.
*** 90 procent av barn och unga med beslut om en första bedömning inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, eller annan verksamhet med uppdrag kring psykisk ohälsa, har fått en bedömning inom 30 dagar. 80 procent av barn och unga med beslut om en fördjupad utredning eller behandling inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, eller annan verksamhet med uppdrag kring psykisk ohälsa, har påbörjat fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar. De faktiska skrivningarna varierar något med åren.
Källa: Utredningens sammanställning av uppgifter från uppföljningsrapporter från Socialstyrelsen för 2009, 2011, 2012, Socialstyrelsen och Statskontoret för 2010 samt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys för 2013–2015.

Av tabell 7.1 framgår att andelen regioner som klarade prestationskraven sjönk över åren. Från att en majoritet av regionerna (18 regioner) inledningsvis klarat båda prestationskraven 2009, så sjönk andelen till ungefär hälften 2015. Det finns dock faktorer som försvårar jämförelser över tid. Det faktum att prestationskraven förändrades stegvis från 2009 till 2011, det vill säga det år då man kommit överens om att målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP skulle

[98] Socialstyrelsen. 2010. *Satsning på en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa 2009, Uppföljning av statsbidrag*; Socialstyrelsen. 2012. *Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011*; Socialstyrelsen. 2013. *Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa –uppföljning av landstingens insatser 2012*.
[99] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2015. *Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar, Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995*, rapport 2015:10, bilaga 4.
[100] Statskontoret. 2012. *Statens psykiatrisatsning 2007–2011 – delrapport*, rapport 2012:4.

uppnås, gör att dessa år inte är lämpliga för jämförelse med varandra. År 2011–2015 är målnivåerna för prestationskraven desamma, men även för dessa år bör man vara försiktig med jämförelser över tid då inrapporteringen och statistiken har utvecklats med åren. En viktig förändring var införandet av faktisk väntetid för rapportering och fördelning av medel 2011, vilket innebär att väntetiderna läses av varje månad utifrån hela månadens patienter och antalet dagar som gått från beslut om insats tills att den inleds.[101,102] Ett annat exempel på förändringar är att vilka enheter som skulle registrera har förändrats med åren. Ytterligare exempel på en skillnad har varit längden på avstämningsperioden och införandet av patientvald väntan.

Förändringarna är dels ett uttryck för att kraven skärpts med åren, dels ett pågående förändringsarbete för ökad tydlighet och kvalitet på uppföljningen.[103] Socialstyrelsen och Statskontoret konstaterar att förändringarna försvårar jämförelse över tid, men har syftat till att leda till en mer korrekt bild av kötiderna.[104]

År 2020 följdes prestationskraven upp och ersattes med medel för januari och februari. Därefter ströks prestationskraven på grund av covid-19-pandemin. Ungefär hälften av regionerna klarade inte kraven för någon av de tre mätpunkterna (första besök, fördjupad utredning och behandling) någon av de två månaderna. En region, Region Gotland, klarade dem i samtliga fall.[105]

År 2021 följdes prestationskraven upp genom medelvärdet för september till och med november. Nio regioner klarade prestationskraven för första besök, tre regioner för fördjupad utredning och tre regioner kraven för behandling. Region Jämtland Härjedalen och Region Skåne klarade två prestationskrav. En region, Region Gävleborg, klarade samtliga prestationskrav kopplade till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP.[106]

[101] Tidigare beräknades väntetider utifrån det antal som väntade vid en specifik tidpunkt varje månad.
[102] Statskontoret. 2012. *Statens psykiatrisatsning 2007–2011 – slutrapport*, rapport 2012:24.
[103] Socialstyrelsen. 2012. *Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011*.
[104] Socialstyrelsen. 2012. *Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011* och Statskontoret. 2012. *Statens psykiatrisatsning 2007–2011 – slutrapport*, rapport 2012:24.
[105] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan,* s. 362.
[106] Skriftligt underlag från Regeringskansliet. Sammanställning av väntetidsstatistik.

7.7.2 Måluppfyllelse av målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP

Måluppfyllelse över tid

Den uppmätta väntetidsstatistiken tyder på att tillgängligheten till BUP på riksnivå sett till andelen genomförda första besök och ett sammanvägt mått av tid till fördjupad utredning och behandling inom 30 dagar legat stabilt på knappt 90 procent (första besök) och 80–84 procent (tid till fördjupad utredning och behandling) under 2012–2015. Under följande två år sjönk denna andel för både första besök och det sammanvägda måttet för fördjupad utredning och behandling till cirka 75 procent 2017.[107,108]

Som tabell 7.2 nedan visar försämrades väntetidsutvecklingen mätt i andel genomförda första besök inom 30 dagar ytterligare från 2017 till 2020, då andelen sjunkit till 66 procent. Avseende fördjupad utredning var andelen jämförbar 2017 och 2020 (64 procent respektive 65 procent) efter att ha varit lägre 2018 och 2019. Andel behandlingar som genomförts inom 30 dagar visar en liknande bild, men nivåerna är högre (82 procent 2017 och 2020). Vid en jämförelse av ett genomsnitt av antalet väntande per månad för respektive insats ses generellt en ökning av antalet väntande barn och unga från 2017 till 2020. Motsvarande jämförelse av antalet genomförda insatser per år ger en mer splittrad bild.[109] Som diskuterats i avsnitt 7.7.1 kan förändringar i registrering och statistik under åren påverka och försvåra jämförelser mellan åren.

[107] Data saknas för Region Jämtland Härjedalen 2016–2019. Region Sörmland är exkluderat för hela 2018 i årsstatistiken.
[108] Skriftligt underlag från SKR. Sammanställning av väntetidsstatistik.
[109] Utredningens sammanställning av dataunderlag publicerat av Socialstyrelsen 2021. *Covid-19-effekter på produktion, köer och väntetider i barn- och ungdomspsykiatrin – Bilaga 1. Figurer och dataunderlag*. Socialstyrelsens källa: Väntetidsdatabasen (SKR).

Tabell 7.2 Antal väntande respektive genomförda samt andel genomförda inom 30 dagar – första besök, fördjupad utredning och behandling för riket, 2017–2020

Första besök			
År	**Antal väntande, genomsnitt per månad[1]**	**Antal genomförda, genomsnitt per månad[1]**	**Andel genomförda inom 30 dagar[2]**
2017	4 652	3 561	75 %
2018	4 913	3 601	74 %
2019	5 656	3 766	66 %
2020	5 730	3 545	66 %
Fördjupad utredning			
År	**Antal väntande, genomsnitt per månad[1]**	**Antal genomförda, genomsnitt per månad[1]**	**Andel genomförda inom 30 dagar[2]**
2017	4 538	1 123	64 %
2018	5 197	1 253	57 %
2019	6 237	1 204	54 %
2020	5 636	1 311	65 %
Behandling			
År	**Antal väntande, genomsnitt per månad[1]**	**Antal genomförda, genomsnitt per månad[1]**	**Andel genomförda inom 30 dagar[2]**
2017	2 410	1 730	82 %
2018	2 484	1 644	78 %
2019	2 609	1 683	77 %
2020	3 052	1 820	82 %

[1] Inklusive patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan.

[2] Exklusive patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan.

Källa: Utredningens sammanställning av dataunderlag publicerat av Socialstyrelsen 2021. *Covid-19-effekter på produktion, köer och väntetider i barn- och ungdomspsykiatrin – Bilaga 1. Figurer och dataunderlag*. Socialstyrelsens källa: Väntetidsdatabasen (SKR).

Kommentarer och slutsatser från myndigheter

Den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa drar i sitt slutbetänkande *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa* (SOU 2018:90) slutsatsen att medlen som fördelats till regionerna inte tycks ha haft

några avgörande effekter på väntetiderna, men att resultaten försämrades tydligt när prestationsmedlen togs bort 2016.[110]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft ett regeringsuppdrag att utvärdera *PRIO-satsningen*. De konstaterade i sin rapport 2015 att köerna till BUP minskade betydligt mellan 2008–2009, det vill säga efter att SKR och staten slutit den initiala överenskommelsen om målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP. Därefter var väntetiderna i stort sett oförändrade under de följande åren fram till 2015. Myndigheten påtalade dock att söktrycket fortsatte att öka med åren. I rapporten lyfte myndigheten också risken med att väntetiderna kunde bli längre utan det ekonomiska incitament som prestationsmedel medför. En annan aspekt som myndigheten tog upp var att det kunde vara så att patienter som tidigare köat för att komma in i hälso- och sjukvårdssystemet i stället köade inne i systemet efter att prestationsmedel infördes. Myndigheten såg en fördel med det, eftersom det är lättare att fånga upp barn och unga med akuta behov tidigt om de är inom och inte utanför systemet. Dessutom skulle det kunna bidra till möjligheter till att delta i stödgrupper med mera i väntan på bedömning eller fördjupad utredning.[111]

Statskontoret, som har haft i uppdrag av regeringen att följa upp och utvärdera psykiatrisatsningen mellan 2007–2011, framhöll att en jämförelse mellan åren utifrån målvärdet om 30 dagar inte är möjlig på grund av de förändringar i sättet att mäta kötider som gjorts med åren. För att utvärdera väntetidssituationen före och efter införandet av målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP gjordes därför en kompletterande jämförelse utifrån att ett första besök inom specialiserad vård, inklusive BUP, skulle erhållas inom 90 dagar enligt vårdgarantin. Utifrån denna jämförelse bedömde myndigheten att färre stod i kö för att få ett besök hos BUP 2011 än 2006. Det var också fler regioner som kunde erbjuda samtliga sökande besök inom tidsramen för den nationella vårdgarantin i december 2011 än december 2006. Även för denna data fanns vissa skillnader i statistiken mellan åren, då patientvald väntan infördes under denna period. Statskontoret gjorde dock, efter konsultation med SKR, bedömningen att väntetidsstatistiken trots detta kunde användas för att undersöka hur väntetiderna hade utvecklats. SKR framförde till Statskontoret

[110] SOU 2018:90. *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt, Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa*, s. 210.
[111] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2015. *Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar, Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995*, rapport 2015:10, bilaga 4.

att en förklaring till den minskande kön var att det ökade fokuset på väntetiderna hade bidragit till att regionerna uppmärksammade problemet och att regionerna därmed börjat gå igenom väntelistorna och också undersökt de väntandes reella behov. En annan förklaringsfaktor som lyftes var att BUP på flera ställen skärpt sina kriterier för att ta emot barn och unga till en följd av det ökade fokuset på tillgänglighet. Myndigheten konstaterade att det faktum att färre stod i kö 2011 än 2006 kunde bero på kortare väntetider, men att även andra faktorer som förändrade inrapporteringssätt kunde ha påverkat utfallet. Slutligen framhöll Statskontoret svårigheten att veta vilken roll statsbidragen har spelat eftersom flera satsningar hade genomförts både inom och utanför psykiatrisatsningen.[112] Problemet med att det inte går att särskilja effekterna av de enskilda satsningarna från regionernas ordinarie satsningar eller andra pågående nationella satsningar är något som även Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys lyft i sina uppföljningar.[113]

I Socialstyrelsens uppföljningsrapport av överenskommelserna mellan staten och SKR om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016–2018 konstaterade myndigheten att det fanns stora skillnader i tillgänglighet mellan regioner. Myndigheten drog slutsatsen att en större andel barn och unga 2018 hade fått fördjupad utredning och behandling inom 30 dagar i regioner med högre befolkningstäthet. Även när det gällde första besök hade regionerna med högst befolkningstäthet störst andel barn och unga som fått första besök inom 30 dagar och regionerna med lägst befolkningsandel den lägsta andelen. En annan aspekt som myndigheten lyfte var att det fanns brister i rapportering till väntetidsdatabasen avseende omfattning och kvalitet.[114]

[112] Statskontoret. 2012. *Statens psykiatrisatsning 2007–2011 – slutrapport*, rapport 2012:24.
[113] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2015. *Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar, Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995*, rapport 2015:10 och Socialstyrelsen. 2012. *Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011*.
[114] Socialstyrelsen. 2019. *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa, Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018, Slutrapport*.

7.7.3 Hur medlen har använts

Nedan beskrivs vad som rapporterats in för året 2020. I bilaga 6 redogörs även för 2007–2012 samt 2018.

I Folkhälsomyndighetens och Socialstyrelsens delredovisning 2021 av uppdraget att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023 redogörs för insatser som regioner och kommuner rapporterat in inom ramen för 2020 års arbete. Inom området insatser för att främja psykisk hälsa bland barn och unga framkommer att samtliga regioner använde stimulansmedel för att arbeta med olika former av verksamhetsutveckling. Det handlade om att utveckla och att se över organisation och planering, patientflöden, arbetssätt och processer samt att koppla arbetet till samverkan och dialoginsatser. Flera regioner arbetade exempelvis med att utveckla *En väg in* och kontaktcenter. Andra exempel på genomförda insatser är översyn och utvecklande av remisshanteringsrutiner och rutiner för vårdkedjor. Därutöver gjordes projektsatsningar exempelvis för mer sammanhållna utredningar och för att ta fram stödsystem för arbetet med psykisk ohälsa i primärvården.[115]

Samverkanssatsningar var ett annat område som prioriterades. Det gällde både intern samverkan inom regionen (12 regioner) och extern samverkan. Den externa samverkan avsåg framför allt samverkan med skola och elevhälsa (14 regioner) samt samverkan med socialtjänsten (13 regioner). Övriga insatser som regionerna redovisade sorterades in under kategorierna; kunskaps- och kompetenshöjande insatser (10 regioner), metod- och kunskapsutveckling (åtminstone 13 regioner) samt uppföljning, utvärdering och analys (åtminstone 7 regioner). Den sista kategorin handlade bland annat om utredning av orsaker till bristande tillgänglighet och uppföljning i samband med produktionsstyrning.[116]

Utifrån regionernas enkätsvar identifierades en mängd effekter av de bedrivna aktiviteterna. Det gällde exempelvis ökad tillgänglighet, bättre samverkan och samarbete, effektiviserade flöden, förändrade arbetssätt, mer likvärdiga bedömningar, tydligare ansvarsfördelning, kompetensutbyte, ökad kunskap bland medarbetare och fördelning

[115] Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. 2021. *Uppdraget att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023 inom överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner, Delredovisning 2021.*
[116] Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. 2021. *Uppdraget att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023 inom överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner, Delredovisning 2021.*

till rätt vårdnivå direkt. Socialstyrelsen konstaterade att insatserna överlag låg väl i linje med målen för området inom överenskommelsen för 2020, som bland annat innebar att förbättra tillgängligheten och korta köerna till BUP och ta fram nya former för att ge effektiva insatser.[117]

7.7.4 Regioners erfarenheter av de statliga satsningarna på ökad tillgänglighet för barn och unga med psykisk ohälsa

I uppföljningsrapporterna från Socialstyrelsen (för 2009, 2011, 2012, 2016–2018) finns sammanställningar av regionernas erfarenheter av de statliga satsningarna på målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP och tillgänglighetssatsningarna på barn och unga med psykisk ohälsa. Utredningen har gjort en sammanfattning nedan av dessa.

Regionerna har lyft såväl positiva som negativa sidor av statens satsningar på en ökad tillgänglighet till BUP. Flera regioner har lyft att det varit positivt att de statliga satsningarna bidragit till att en viktig grupp satts i fokus.[118] Det har också framförts att tillgänglighetssatsningen gett en tydlig inriktning mot nationella mål och sporrat till förbättringsarbete. Flera regioner har framhållit att statsbidraget haft en avgörande betydelse för att klara tillgänglighetssatsningen. Statsbidraget har medfört att bland annat kompetens- och rekryteringssatsningar (vakanser, nyrekryteringar, hyrläkare) och köp av utredningar kunnat genomföras vilket ökat tillgängligheten.[119]

På den negativa sidan lyftes att det starka fokuset på tillgänglighet lett till en ensidig fokusering på tillgänglighet och kvantitet vilket inte behöver betyda hög kvalitet, hög patientsäkerhet och effektivt resurs-

[117] Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. 2021. *Uppdraget att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023 inom överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner, Delredovisning 2021.*
[118] Socialstyrelsen. 2010. *Satsning på en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa 2009, Uppföljning av statsbidrag*; Socialstyrelsen. 2012. *Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011*; Socialstyrelsen. 2013. *Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser 2012*.
[119] Socialstyrelsen. 2012. *Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011* och Socialstyrelsen. 2013. *Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser 2012*.

utnyttjande.[120] Att fokuset legat på bedömning, start av utredning och start av behandling har medfört risk för att slutförande av behandling prioriterats ned menade några regioner. Särskilt risken för undanträngning av patienter med mer komplexa problem lyftes fram.[121] Exempelvis tog några regioner upp risken för att den höga efterfrågan på neuropsykiatriska utredningar gav risk för undanträngning av behandlingar som drar ut på tiden.[122] Regioner har också lyft risken för att fokuset på tillgänglighet till BUP riskerar att gå ut över andra verksamheter och patientgrupper inom psykiatrin.[123]

En annan sak som tagits upp är att det förekom skillnader i vad ett första besök och fördjupad utredning innebar i praktiken och hur de registrerades i olika regioner. Vad som i en region registrerades som ett första besök kunde i en annan region registreras som en fördjupad utredning.[124]

Några regioner tog också upp den administrativa insats som kommer med överenskommelserna, såsom planering, rapportering och uppföljning. Även otydligheter exempelvis kring oklara redovisningskrav nämndes i detta sammanhang.[125] I uppföljningsrapporten för 2016–2018 framkommer att inrapporteringen av fördjupad utredning och behandling uppfattades som mer bristfällig och tidskrävande än inrapporteringen av första besök. En anledning till det som framfördes var att regionerna inte har motsvarande strukturerade rutiner för inrapportering av fördjupad utredning och behandling som man har för första besök. Inrapporteringen i den specialiserade vården upplevdes dock fungera bättre än inom första linjen.[126]

---

[120] Socialstyrelsen. 2010. *Satsning på en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa 2009, Uppföljning av statsbidrag*; Socialstyrelsen. 2012. *Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011*; Socialstyrelsen. 2013. *Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser 2012*.

[121] Socialstyrelsen. 2012. *Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011* och Socialstyrelsen. 2013. *Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser 2012*.

[122] Socialstyrelsen. 2013. *Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser 2012*.

[123] Socialstyrelsen. 2012. *Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011*.

[124] Socialstyrelsen. 2013. *Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser 2012*.

[125] Socialstyrelsen. 2012. *Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011* och Socialstyrelsen. 2013. *Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser 2012*.

[126] Socialstyrelsen. 2019. *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa, Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018, Slutrapport*.

Regionerna hade också synpunkter kopplade till bidragens utformning. Bland annat lyftes problematiken med kortsiktiga medel och osäkerheten som prestationsbaserad ersättning innebär.[127]

7.7.5 Utmaningar som regionerna har lyft för att uppnå en god tillgänglighet för barn och unga med psykisk ohälsa

I Socialstyrelsens uppföljningsrapporter (för 2009, 2011, 2012, 2016–2018) har regionerna pekat på flera utmaningar för att uppnå en god tillgänglighet för barn och unga med psykisk ohälsa. Nedan listas de utmaningar som utredningen fångat upp:

- Vägen till vård[128] eller första linjen[129] för barn och unga är ofta otydlig och behöver förtydligas. Att fånga upp barn och unga tidigt och säkerställa tillgång till rätt kompetenser ses som en möjlighet för att minska köerna till BUP.[130]
- Gränsdragningsproblem och otydlig ansvarsfördelning förekommer både mellan verksamheter inom regioner som mellan regioner och kommuner.
  - Gränsdragningen och samverkan mellan specialiserad vård och första linjen behöver förtydligas.[131]

[127] Socialstyrelsen. 2012. *Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011* och Socialstyrelsen. 2013. *Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa –uppföljning av landstingens insatser 2012*.
[128] Socialstyrelsen. 2019. *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa, Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018, Slutrapport*.
[129] Socialstyrelsen. 2010. *Satsning på en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa 2009, Uppföljning av statsbidrag*.
[130] Socialstyrelsen. 2019. *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa, Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018, Slutrapport*.
[131] Socialstyrelsen. 2012. *Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011*; Socialstyrelsen. 2013. *Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser 2012*; Socialstyrelsen. 2019. *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa, Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018, Slutrapport*.

  - En välfungerande samverkan med skolans elevhälsa är mycket viktigt, inte minst i de neuropsykiatriska utredningarna.[132] Det finns en stor variation i hur väl samverkan fungerar i landet.[133]

- Svårigheter med rekrytering och bemanning
  - Att bibehålla och rekrytera personal beskrivs som en utmaning och som ett viktigt fokusområde.[134] Personalbrist anges vara den primära orsaken till att regioner inte kan tillgodose den vård som efterfrågas.[135]
  - Även brist på kompetens hos den befintliga personalen rapporteras som en utmaning för regionerna.[136]
- Behovet av vård för psykisk ohälsa bland barn och unga ökar ständigt. Inte minst trycket på utredning av neuropsykiatriska diagnoser.[137]
- BUP har för stort fokus på utredningar bland annat som en effekt av en ökad efterfrågan och en vilja att klara målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP. Ökningen av nybesök och utredningar bidrar till minskad tid för behandlingar, återbesök och konsultationer.[138]

[132] Socialstyrelsen. 2012. *Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011* och Socialstyrelsen. 2013. *Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser 2012*.
[133] Socialstyrelsen. 2013. *Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser 2012*.
[134] Socialstyrelsen. 2012. *Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011*; Socialstyrelsen. 2013. *Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser 2012*; Socialstyrelsen. 2019. *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa, Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018, Slutrapport*.
[135] Socialstyrelsen. 2019. *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa, Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018, Slutrapport*.
[136] Socialstyrelsen. 2019. *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa, Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018, Slutrapport*.
[137] Socialstyrelsen. 2012. *Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011*; Socialstyrelsen. 2013. *Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser 2012*; Socialstyrelsen. 2019. *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa, Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018, Slutrapport*.
[138] Socialstyrelsen. 2012. *Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011*.

- Sena återbud och uteblivna besök till BUP medför en låg produktivitet, vilket leder till längre väntetider.[139]

7.7.6 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys om de statliga satsningarna inom psykiatriområdet

Myndigheten för vård- och omsorganalys har i sitt regeringsuppdrag om att utvärdera de statliga satsningarna inom psykiatriområdet under 1995–2011 samt särskilt *PRIO-satsningen* under 2012–2015 dragit några övergripande slutsatser om de statliga satsningarna. Av rapporten framkom bland annat att satsningarna bidragit till att synliggöra situationen för personer med psykisk ohälsa. Myndigheten konstaterade också att flera av satsningarnas fokusområden utvecklats positivt, bland annat lyfts att attityderna till psykisk ohälsa har förbättrats och att patient- och brukarrörelsens ställning har stärkts. Däremot framhölls att effekterna för målgruppen, det vill säga patienterna med psykisk ohälsa och brukare, är oklar eftersom målen delvis varit otydliga och svåra att följa upp. Svårigheterna att följa upp är dels en effekt av att datakällor och indikatorer saknats, dels att det är svårt att isolera effekterna av satsningarna från andra initiativ. Myndigheten konstaterade att fokus i tidigare uppföljningar som gjorts således har varit hur medlen använts snarare än insatsernas effekter ur ett patientperspektiv. Inte heller uppföljningen av användning av medlen har varit oproblematiskt eftersom det funnits svårigheter att följa vad de utbetalade medlen använts till. Myndigheten konstaterade också att de enskilda statliga satsningarna varat under relativt begränsad tid och inte bidragit till långsiktighet och att det är oklart i vilken mån insatserna lett till hållbara förändringar. Det kan exempelvis vara svårt att upprätthålla projekt efter att de statliga satsningarna har avslutats. Myndigheten framhöll att staten bör säkerställa att de initiativ som tas har en tydlig verksamhetsnytta så att det finns incitament att arbeta vidare med initiativen inom ordinarie verksamheter. Myndigheten påpekade också att kostnaden för de statliga satsningarna har utgjort en relativt liten andel av samhällets totala resurser för psykisk ohälsa.[140]

[139] Socialstyrelsen. 2019. *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa, Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018, Slutrapport*.
[140] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2015. *Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar, Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995*, rapport 2015:10.

När det gäller prestationsmålen i överenskommelserna inom *PRIO-satsningen* bedömde myndigheten att de fokuserade på relevanta områden och att måluppfyllelsen var förhållandevis god. Däremot menade myndigheten att kraven under *PRIO-satsningen* var förhållandevis lågt satta för att motsvara målgruppens behov. Dessutom ansåg myndigheten att utformningen av prestationskraven generellt ledde till för stort fokus på arbetet som skulle bedrivas snarare än det önskade utfallet. Det vill säga för stor del av arbetet lades till exempel på planer, dokumentation, administration i stället för på praktiskt arbete. Prestationsmålen kopplade till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP lyftes i detta sammanhang som ett positivt exempel där individen står i centrum.[141]

Ett problem med prestationsmodeller som lyftes var att de regioner som från början har sämre förutsättningar får svårare att klara de uppsatta kraven. I det fall dessa regioner inte klarar kraven och inte får ta del av medlen är risken att de halkar efter ännu mer. En kombination av prestationsbaserade medel och stöd till utvecklingsprojekt skulle därför kunna vara en möjlig strategi menade myndigheten.[142]

7.7.7 Socialstyrelsen om de statliga satsningarna inom psykiatriområdet 2016–2018

Socialstyrelsen har i sin slutrapport för uppdraget att följa upp och analysera överenskommelserna mellan staten och SKR om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016–2018 dragit ett antal övergripande slutsatser, bland annat:

- Fokusbreddningen från psykisk ohälsa till psykisk hälsa, liksom övergången till tillitsstyrning, beskrevs av kommuner och regioner överlag som positiva förändringar. Det bidrog till en mer övergripande helhetssyn inom området samt en ökad medvetenhet om problematiken kring psykisk hälsa och ohälsa.
- Kommunerna och regionerna upplevde att otydliga ramar, avsaknad av konkreta målsättningar i överenskommelserna liksom föränderliga instruktioner kring redovisningar var försvårande och

[141] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2015. *Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar, Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995*, rapport 2015:10.
[142] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2015. *Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar, Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995*, rapport 2015:10.

gjorde det svårt att förstå förväntningar från nationellt håll. Däremot uppfattade många intervjuade att arbetet varit lärorikt och de såg behovsanalyser och handlingsplaner som viktiga verktyg för det fortsatta arbetet.

- Eftersom kommunerna och regionerna gavs möjlighet att lokalt och regionalt definiera fokus, målgrupper och strategier för det egna arbetet avgjorde den lokala kontexten hur kommuner och regioner implementerade överenskommelserna. På nationell nivå innebar det således en mångfald av målgrupper, perspektiv och strategier. Socialstyrelsen framhöll att detta försvårade eller omöjliggjorde en nationell jämförelse av resultat av överenskommelserna. Socialstyrelsen bedömde att utformningen av den statliga satsningen inte bidrog till ökad jämlikhet i vård och omsorg i Sverige vad gäller psykisk hälsa. I stället såg myndigheten att det förelåg en viss risk för att satsningens utformning kunde förstärka ojämlikheter i vård och omsorg inom området psykisk hälsa.
- Socialstyrelsen bedömde att de utvecklingsarbeten som genomfördes med hjälp av stimulansmedlen stärkte förutsättningarna för bättre vård och omsorg. Utvecklingsarbetet som bedrevs inom ramen för överenskommelserna syftade i huvudsak till att öka personalens kompetens, implementera behandlings- eller arbetsmetoder och arbetssätt, öka samverkan, utveckla de operativa verksamheterna och att öka tillgänglighet till vård och omsorg. Socialstyrelsen kunde dock inte fastställa om och i vilken utsträckning detta utvecklingsarbete också medförde lokalt och regionalt förbättrad tillgänglighet till vård och omsorg av högre kvalitet än tidigare.
- Både regeringens strategi och de aktuella överenskommelserna under perioden 2016–2018 saknade konkreta målformuleringar för vad regeringen och SKR önskade åstadkomma. Det medförde svårigheter att följa upp och utvärdera det genomförda arbetet. För att kunna utföra en ändamålsenlig uppföljning av de statliga satsningarna behöver målen vara tydliga, konkreta och realistiska för vad regeringen vill åstadkomma inom en tidsperiod. Socialstyrelsen menade dock att det inte behöver stå i motsats till tillitsstyrning utan kommunerna och regionerna kan ges frihet att prioritera och utveckla utifrån lokala förutsättningar inom tydligt givna ramar.

- Socialstyrelsen poängterade också att det är viktigt att inkludera ett utvärderingsperspektiv redan vid utformningen av framtida satsningar. I de sammanställningar som redovisas i rapporten var det stor variation exempelvis gällande primärvårdens, första linjens och ungdomsmottagningarnas organisation och uppdrag att arbeta med psykisk hälsa. Socialstyrelsen framhöll att avsaknaden av enhetliga begreppsdefinitioner försvårar eller omöjliggör jämförelser mellan kommuner och mellan regioner och gör det svårt att presentera en korrekt bild av det nationella läget samt att följa förändringar.
- Socialstyrelsen drog slutsatsen att behoven av utveckling inom området psykisk hälsa var stora och att fortsatta långsiktiga satsningar inom området var nödvändiga.[143]

7.7.8 Synpunkter på målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP inhämtade från utredningens möten med nätverk inom psykiatri

Utredningen har haft flera möten med olika nätverk inom psykiatri, varav en del kopplade till SKR, bestående av verksamhetschefer på olika nivåer (BUP, första linjen och styrning och ledning inom psykiatri). Vid dessa möten har utredningen bland annat inhämtat synpunkter på målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP. Överlag kan konstateras att synpunkternas innehåll väl överensstämmer med regionernas synpunkter som tidigare framkommit i Socialstyrelsens uppföljningsrapporter, sammanfattade ovan i avsnitt 7.7.4.

När det gäller utformningen av målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP har bland annat följande lyfts:

- Flertalet av företrädarna har framfört att målet om 30 dagar till första bedömning fungerar bra och är rimligt, men att framför allt utredningsdelen är svårare och har fått för stort fokus. Samtidigt har det lyfts att det finns en risk med att ta bort målet om 30 dagar till utredning och behandling, eftersom det kan leda till att väntetiderna ökar.

[143] Socialstyrelsen. 2019. *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa, Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018, Slutrapport*.

- Registreringen av utredning och behandling upplevs av en del försvåra arbetssättet med stegvis vård. Stegvis vård kan innebära att man börjar med behandling innan utredning och att man arbetar med utredning och behandling parallellt. Andra har poängterat att ordningen på utredning och behandling kan vara vilken som, det vill säga man behöver inte tänka nybesök – utredning – behandling, och att det egentligen inte finns något som hindrar stegvis vård.
- Några har framfört att det stora fokuset på utredning i vissa fall bidragit till att barn och ungdomar fått en diagnos som de i ett senare skede i livet vill bli av med.
- Det har också framförts att målsättningen kan leda till ett felaktigt arbetssätt genom att fokus hamnar på väntetiderna och inte på vad som är bäst för patienten. Ett exempel som lyfts av flera företrädare är att regionerna ibland upphandlar utredningar, framför allt neuropsykiatriska, för att klara målsättningen. En del företrädare menar att det är en tveksam insats och att det finns flera nackdelar med detta arbetssätt, exempelvis blir det svårare att hålla ihop vårdkedjan med utredning och behandling i och med flera vårdaktörer.
- En annan synpunkt som tagits upp under mötena är att företrädarna ser att målsättningen kan medföra risker för undanträngningseffekter. Det gäller framför allt risken för att patienter med mer omfattande behov av behandling trängs undan till förmån för patienter som väntar på första besök, start av utredning och start av behandling, det vill säga de mätpunkter som ingår i målsättningen. Det har också påtalats att BUP bara är en del i en hel vårdkedja där målsättningen kan leda till för stort fokus på den specialiserade vården på bekostnad av tidiga insatser på primärvårdsnivå.

När det gäller registreringen av väntetiderna kopplade till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP påtalas att den är problematisk. Det anmärks på att det inte finns tillräckligt tydliga anvisningar för registreringen, vilket enligt företrädarna medför att man gör lite olika i regionerna. Rent generellt förefaller tilltron till statistiken i väntetidsdatabasen kring målsättningen vara låg och flera förespråkar ett omtag.

När det gäller modellen för de statliga medel som avsatts till regionerna i samband med satsningarna på målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP och tillgänglighet till BUP har det bland annat framförts att medlens kortsiktighet och även den osäkerhet som prestationsmodellen innebär medför svårigheter att arbeta med mer långsiktiga lösningar som exempelvis att rekrytera personal. I stället används kortsiktiga lösningar såsom inköp av utredningar.

De flesta företrädarna var tveksamma till att lagstiftning av målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP skulle råda bot på tillgänglighetsproblematiken.

7.8 Aktuella betänkanden och rapporter

7.8.1 God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa

Den statliga utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) överlämnade slutbetänkandet *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa* (SOU 2021:6) i juni 2021. I betänkandet föreslås att primärvårdens grunduppdrag i hälso- och sjukvårdslagen ska synliggöra att regioners och kommuners primärvård ska tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster för vanligt förekommande såväl fysiska som psykiska vårdbehov, det vill säga att de psykiska vårdbehoven lyfts fram jämfört med tidigare.[144]

Utredningen menade att det gick att identifiera principer för arbetet med ett skyndsamt och ändamålsenligt omhändertagande av psykisk ohälsa i primärvården och ansåg därmed att det var relevant att lämna bedömningar inom området. I betänkandet görs bland annat följande bedömningar:

- Det ska vara lätt och begripligt var man vänder sig som invånare vid behov av stöd med psykisk ohälsa.
- Regionens primärvård ska erhålla en enkel och skyndsam väg in.
- Regionerna behöver förtydliga primärvårdens uppdrag som första linjen för psykisk ohälsa.
- Regionerna behöver säkerställa tillgänglighet till första bedömning i enlighet med vårdgarantin i primärvården (även till behandling).

[144] SOU 2021:6. *God och nära vård, Rätt stöd till psykisk hälsa*, s. 229.

- Användandet av strukturerade bedömningsinstrument behöver öka.
- Kommunernas primärvård bör ha rutiner och relevanta kunskapsstöd för personalen för att identifiera misstänkt psykisk ohälsa hos de patienter som får hälso- och sjukvård av kommunen.
- Kommunernas primärvård bör utveckla rutiner för att säkerställa att när misstänkt psykisk ohälsa identifieras ges patienten tillgång till medicinsk bedömning av regionens eller kommunens primärvård.[145]

Om organiseringen av primärvårdens insatser mot psykisk ohälsa görs följande bedömningar:

- Huvudmännen bör organisera omhändertagandet av psykisk ohälsa i stegvisa och väl sammanhängande insatser.
- Insatser som omfattas bör utgå från relevanta kunskapsunderlag så som Socialstyrelsens nationella riktlinjer och underlag från den nationella kunskapsstyrningen.
- Det finns behov av att samla och lyfta framgångsrika metoder och arbetssätt specifikt tillämpade i primärvårdssammanhang.[146]

7.8.2 Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga

I uppdraget till den statliga utredningen Sammanhållen god och nära vård för barn och unga (S 2019:05) ingick bland annat se över hur den nära vården kan erbjuda stöd för barn och unga som lider av psykisk ohälsa och att föreslå hur en samlad uppföljning av barn och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas.

I delbetänkandet *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga* (SOU 2021:34) bedömde utredningen att problem med köer till BUP i huvudsak beror på systembrister i vården och att problemen med köerna inte kan hanteras genom insatser som riktas enbart mot BUP. Utredningen såg i stället behov av långsiktiga systemförändringar som tar sikte på hur barn och unga kan

[145] SOU 2021:6. *God och nära vård, Rätt stöd till psykisk hälsa*, s. 259–264.
[146] SOU 2021:6. *God och nära vård, Rätt stöd till psykisk hälsa*, s. 266.

få hjälp tidigt och samordnat enligt modellen stegvis vård. Utredningen bedömde också att det organisationsinriktade målet om en köfri BUP framöver behöver bytas ut mot ett tydligare barn- och ungaperspektiv som tar sin utgångspunkt i barn och ungas vårdbehov. Vidare bedömde utredningen att målet i nuläget i stället bör vara en nära och tillgänglig BUP, som mer visar vad som behöver ske inom ramen för den pågående omställningen till en god och nära vård.[147]

Utredningen bedömde att följande sex steg systematiskt behöver vidtas i vården för att få till stånd en mer sammanhållen, likvärdig, ändamålsenlig och samordnad hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa:

1. Ett bredare förhållningssätt till psykisk hälsa, bland annat inkluderande hälsofrämjande insatser och tvärsektoriell samverkan. Huvudmännen inom skolväsendet bör i större utsträckning genomföra universella och riktade insatser till barn och unga för att främja psykisk hälsa och förebygga ohälsa.
2. Ett nationellt hälsovårdsprogram för barn- och unga, med skärpt fokus på psykisk hälsa, som erbjuds av en sammanhållen barn- och ungdomshälsovård.
3. Ökad tydlighet i primärvårdsuppdraget när det gäller psykiska vårdbehov hos barn och unga.
4. Primärvården och den nära vården behöver stärkas med resurser, kompetenser och metoder för att kunna möta barn och unga med psykiska vårdbehov.
5. Den specialiserade vården behöver stärka sin konsultativa roll och bli mer nära och tillgänglig för primärvården och elevhälsan.
6. Den specialiserade vården, socialtjänsten, förskola, skola och elevhälsan behöver samordna sig kring barn och unga med stora och långvariga behov.[148]

I september 2021 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en förstudie i syfte att se över hur ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga bör utformas och implementeras med utgångspunkt från utredningens förslag. Vid genomförandet av upp-

[147] SOU 2021:34. *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*, s. 335.
[148] SOU 2021:34. *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*, s. 334–362.

draget ska Socialstyrelsen samverka med ett flertal myndigheter, däribland Folkhälsomyndigheten och Statens skolverk, och föra dialog med SKR, kommuner och regioner samt med enskilda och kommunala skolhuvudmän. Uppdraget ska slutredovisas senast 31 oktober 2022.[149]

7.8.3 Psykiatrin i siffror, Barn- och ungdomspsykiatri – Kartläggning 2020

I rapporten *Psykiatrin i siffror, Barn- och ungdomspsykiatri – Kartläggning 2020* från Uppdrag Psykisk Hälsa vid SKR konstateras att tillgängligheten till BUP fortfarande är otillräcklig. Trots den ökade kapaciteten och det ökande antalet besök som regionerna åstadkommit har de flesta regionerna inte lyckats möta det ökade söktrycket inom tidsgränserna för målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP.[150]

I rapporten framhålls att det kan behövas flera olika insatser beroende på regionala skillnader och förutsättningar för att förbättra tillgängligheten till BUP. Tre förslag på insatser presenteras:

1. *Implementera arbetssätt för en stegvis vård* – Stegvis vård är ett arbetssätt som handlar om att anpassa behandlingens intensitet efter patientens behov av vård. Om vården inte är tillräcklig blir vård på nästkommande nivå aktuell, men alla patienter behöver inte passera samtliga nivåer. I de fem vård- och insatsprogram som finns framtagna (schizofreni, självskada, ångest och depression, missbruk och beroende samt adhd) finns stöd för vilka insatser som ska ges av respektive aktör vid olika psykiatriska tillstånd. I vård- och insatsprogrammet för adhd påtalas vikten av att ge tidiga insatser och att många insatser kan ges redan innan diagnos ställts. Utredning och insatser löper parallellt och ges utifrån barnet och familjens behov av olika aktörer inom skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård.
2. *Bygg ut primärvårdsnivån* – En rätt dimensionerad primärvård och användandet av stegvis vård ökar tillgängligheten till BUP för

[149] Regeringsbeslut S2021/06171. *Uppdrag att genomföra en förstudie avseende ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga*.
[150] SKR, Uppdrag Psykisk Hälsa. 2020. *Psykiatrin i siffror, Barn- och ungdomspsykiatri – Kartläggning 2020*.

de som behöver specialiserad vård. En tidig kartläggning av den sökandes aktuella besvär och situation följt av triagering bidrar sannolikt både till effektiv resursanvändning och att barn och ungdomar får den hjälp de behöver. Flera regioner har organiserat mottagandet i en gemensam kontaktväg, kallat *En väg in* som hanterar inkommande samtal, remisser och andra kontakter och snabbt ger en första bedömning av vårdbehov. Ibland kan rådgivning vara tillräckligt och i andra fall bokas tid till första linjen, primärvård eller till BUP.

3. *Skapa effektivare arbetssätt för ökad produktivitet och digitalisering* – Produktiviteten räknat i antal besök per behandlare har ökat successivt inom BUP, men arbetet med att utveckla effektiva arbetssätt behöver fortsätta. Nationellt samarbete och samordnad utveckling av digitala lösningar och nya arbetssätt tillsammans med målgruppen barn och unga kan leda till såväl ökad tillgänglighet som förbättrade behandlingsresultat.[151]

7.9 Utredningens bedömningar

7.9.1 Utredningens utgångspunkter för bedömningarna

Allmänt om utredningens utgångspunkter för bedömningarna

Utifrån den bakgrund som presenteras i avsnitten 7.2–7.8 har utredningen gjort några allmänna iakttagelser och dragit vissa slutsatser som ligger till grund för samtliga bedömningar som utredningen presenterar i avsnitten 7.9.2–7.9.5.

Kvarstående problem med väntetider

Trots att en målsättning om en förstärkt vårdgaranti inom BUP funnits genom överenskommelse i cirka tio år finns i dag betydande väntetider till BUP och det är få regioner som uppfyller målsättningen, se avsnitt 7.7.1–7.7.2. Tillgängligheten varierar dock mycket mellan regionerna och det finns exempel på regioner där man nu har en god tillgänglighet till BUP, däribland Region Gävleborg. Det finns dock

[151] SKR, Uppdrag Psykisk Hälsa. 2020. *Psykiatrin i siffror, Barn- och ungdomspsykiatri – Kartläggning 2020*.

både brister och förändringar i rapporteringen och uppföljningen av väntetidsstatistiken genom åren vilket försvårar möjligheterna att dra långtgående slutsatser om utvecklingen över tid.

Utredningen anser att det är betydelsefullt att väntetidsstatistiken är tillförlitlig för att tillåta adekvata jämförelser mellan regioner och över tid. Detta gäller förstås inte bara för BUP, utan även primärvården och rent generellt. I utredningens delbetänkande *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* föreslogs därför en utvidgad och fördjupad granskning av väntetidsdatabasens kvalitet.[152] Socialstyrelsen har därefter fått i uppdrag att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata.[153] Utredningen föreslog också i delbetänkandet att regeringen skulle tillsätta en kommitté för regelbunden och återkommande uppföljning och dialog med varje region kring regionens tillgänglighetsläge.[154] I mars 2022 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, med fokus på väntetider och vårdköer.[155] Förutom en god uppföljning konstaterar utredningen att en god tillsyn är viktig för att väntetiderna ska ligga inom den författningsreglerade vårdgarantins tidsgränser, se kapitel 4, avsnitt 4.3.3.

Samtidigt kan utredningen konstatera att efterfrågan på vård bland barn och unga inom området psykisk ohälsa har ökat under de senaste tio åren, se avsnitt 7.2.4–7.2.7. Vad som ligger bakom den ökade upplevda psykiska ohälsan hos barn och unga är inte fastställt. Flera orsaker kan tänkas. Troligast är det en kombination av förutsättningar och förändringar i samhället, där skolan som arena ses som en påverkande faktor. Många menar att skolans ökade fokus på kunskapskrav i de yngre åldrarna har gjort att flera barn än tidigare inte klarar av kraven i svensk skola. Barn och unga lyfter själva att kraven i samhället upplevs som ouppnåeliga och att pressen på att både lyckas i skolan och på fritiden påverkar deras hälsa negativt. Andra förklaringsfaktorer som brukar lyftas fram är ökad medvetenhet och med åren ökad acceptans för att söka vård för psykiska besvär.

[152] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, s. 377.
[153] Regeringsbeslut S2021/06332. *Uppdrag att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata*.
[154] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, s. 137.
[155] Regeringsbeslut S2022/01664. *Uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet.*

Sammantaget menar utredningen att det är svårt att dra slutsatser om vilka effekter målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP och övriga statliga insatser inom området haft på tillgängligheten i form av väntetider för barn och unga med psykisk ohälsa. Utredningen kan dock konstatera att det finns mycket kvar att göra inom området för att förbättra tillgängligheten och minska väntetiderna.

Tidig upptäckt, tidigt omhändertagande och en välfungerande samverkan i hela vårdkedjan är de viktigaste åtgärderna för att främja barn och ungas psykiska hälsa

Utredningen menar, i likhet med många andra, att väntetiderna till BUP inte är en isolerad fråga. För att komma till rätta med väntetiderna till BUP behövs flera åtgärder även inom andra delar av vårdkedjan. Även om statliga, regionala och kommunala satsningar gjorts och görs även inom primärvården konstaterar utredningen att målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP kan ha bidragit till ett stort fokus på BUP.

Utredningen bedömer att ett större grepp behövs för hela området psykisk hälsa för barn och unga, där *tidig upptäckt* av psykisk ohälsa och *tidigt omhändertagande* tillsammans med en *välfungerande samverkan i hela vårdkedjan* är de viktigaste åtgärderna för att främja barn och ungas psykiska hälsa. Med tidiga och stegvisa insatser kan barn och unga med lätta och medelsvåra symtom få snabbare tillgång till stöd efter behov, samtidigt som risken för förvärrade besvär och därmed behov av specialiserad vård minskar. Detta kan i förlängningen leda till bättre tillgänglighet till specialiserad vård inom BUP för barn och unga med mer omfattande besvär. Samtidigt som BUP kan utveckla sin konsultativa roll för den tidiga vården.

Skolan är en viktig arena för barns hälsa

Eftersom barn och unga spenderar en stor del av sin vardag i skolan är skolan en viktig arena för barns hälsa. Skolans elevhälsa ska vara främjande för elevernas fysiska och psykiska hälsa. Utredningen menar därför att skolan, bland annat med hänsyn till dess verksamhet inom elevhälsan, är en betydelsefull aktör i att tidigt upptäcka

tecken på psykisk ohälsa. Skolans viktiga roll för barn och ungas psykiska mående och skolans roll i att tidigt identifiera tecken på psykisk ohälsa och att vidta åtgärder är något som påtalats vid i stort sett samtliga möten som utredningen haft om barn och ungas psykiska hälsa. Det har också framkommit att det finns en otydlighet och oenighet kring vilket åtagande skolan har, både inom ramen för elevhälsans verksamhet och övrig verksamhet i skolan, när det gäller att tillhandahålla insatser och åtgärder för de problem som identifieras hos skolbarnen. Det har till utredningen även framförts att den stora efterfrågan på neuropsykiatriska utredningar delvis förklaras av krav från skolan på diagnos för att få hjälp, och att den stora efterfrågan har medfört långa väntetider för utredning, tid då barnet eller den unga inte får hjälp för sina besvär och tid som kan förvärra situationen. Utredningen bedömer att det inte är en ändamålsenlig ordning. Att lägga förslag kring skolan ligger dock utanför utredningens direktiv.

Nationellt gemensamt arbete specifikt för barn och ungas psykiska hälsa, där hela vårdkedjan finns representerad

För att undvika att barn och unga faller mellan stolarna menar utredningen att det är nödvändigt att komma ifrån stuprörstänk och bedömer att det behövs samverkan specifikt för *barn och ungas psykiska hälsa* såväl kommunalt, regionalt som nationellt. För att komma dit behövs en nationell samsyn kring stöd och insatser till barn och unga i hela vårdkedjan – främjande, förebyggande och tidiga insatser liksom behandling vid svårare tillstånd.

Utredningen har under utredningens gång deltagit i flera möten med SKR:s olika nätverk och grupperingar inom psykiatriområdet. Utredningen ser positivt på den typ av nationell samverkan som sker inom sådana nätverk och grupperingar mellan regionerna. Utredningen menar dock att det finns behov av en eller flera kompletterande nationella arenor för bred samverkan kring barn och ungas psykiska hälsa mellan vårdnivåer för att motverka stuprörstänk, öka förutsättningarna för samsyn kring hela vårdkedjan och därmed också få en effektivare vård.

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.

Skäl

Trots att regeringen under lång tid har gjort stora satsningar inom området barn och ungas psykiska hälsa kan utredningen konstatera att mycket arbete återstår såväl inom primärvård som BUP. Dessutom behöver en större samverkan ske med skolan, inklusive de som arbetar med elevhälsan. En konkret nationell strategi skulle kunna ligga till grund för ett långsiktigt arbete med såväl nationella som regionala insatser för barn och ungas psykiska hälsa. En god förebild för en nationell strategi kan vara den nationella cancerstrategin[156] som legat till grund för omfattande förbättringar inom cancerområdet under mer än tio års tid.

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har sedan 2020 uppdraget att i nära samverkan med ytterligare 23 myndigheter ta fram ett underlag till en nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention, se avsnitt 7.4.2. Uppdraget ska slutredovisas till regeringen senast 1 september 2023. Slutredovisningen ska innehålla ett samlat förslag till strategi med mål, prioriteringar och indikatorer för uppföljning. Syftet är att ge regeringen ett underlag inför det fortsatta arbetet och skapa förutsättningar för att utveckla insatserna inom området psykisk hälsa och suicidprevention.[157]

I regeringsbeslutet anges att särskild hänsyn bör tas till de grupper som löper störst risk att utveckla psykisk ohälsa eller att begå självmord. Barn och unga lyfts som ett av flera exempel på en sådan grupp.[158] Utredningen menar att en konkret strategi med långsiktig inriktning är nödvändig för att motverka utvecklingen av psykisk ohälsa hos barn och unga och förbättra vården inom området. Utredningen bedömer därför att, i det fall den nationella strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention som myndigheterna redo-

[156] SOU 2009:11. *En nationell cancerstrategi för framtiden*.
[157] Regeringsbeslut S2020/06171/FS. *Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention.*
[158] Regeringsbeslut S2020/06171/FS. *Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention.*

visar i september 2023 inte innehåller en sådan konkret del, bör regeringen tillse att en sådan kommer tillstånd.

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.

Skäl

Utredningen bedömer att nationellt framtagna kunskapsstöd ökar förutsättningarna för samsyn och samverkan både på nationell och lokal nivå. De framtagna vård- och insatsprogrammen inom området psykisk hälsa är ett bra exempel på kunskapsstöd för att uppnå ökad samsyn mellan vårdnivåer och viktiga aktörer. Vård- och insatsprogrammen som bygger på nationella riktlinjer och andra kunskapssammanställningar syftar till att tillgängliggöra evidens- och erfarenhetsbaserad kunskap på ett användarvänligt sätt och är anpassade efter olika yrkesgruppers behov. Vård- och insatsprogrammen innehåller samlad kunskap för såväl skola, socialtjänst, primärvård och specialistpsykiatri. Målet är att vård- och insatsprogrammen ska vara ett gemensamt kunskapsunderlag över hela processen för de som möter barn och unga och att det ska ge ökade förutsättningar för mer likvärdiga insatser utifrån en helhetssyn samt ökad förståelse och samsyn mellan verksamheter, se avsnitt 7.4.1.[159]

Ett annat exempel på kunskapsstöd är personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp som syftar till att öka jämlikheten, effektivi-

[159] SKR, Uppdrag Psykisk Hälsa. *Nationella vård- och insatsprogram*, www.uppdragpsykiskhalsa.se/kunskapsutbyte/arbetsgang-for-arbetsgruppen/, uttag 2022-03-13.

teten och kvaliteten i vården utan att det medför onödig administrativ börda för sjukvården. Regeringen har sedan några år, genom överenskommelser med SKR, stött framtagandet och regionernas implementering av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.[160]

Förutom att bidra till en kunskapsbaserad, ändamålsenlig och jämlik vård menar utredningen att den här typen av kunskapsstöd som omfattar hela vårdkedjan, och i fallet av vård- och insatsprogram även berör aktörer såsom skola och socialtjänst, även bidrar till att vården blir mer sammanhängande för barnen och de unga.

För att ytterligare förbättra möjligheterna för barn och unga att få stöd i ett tidigt skede för sina psykiska besvär anser utredningen att det vore värdefullt att komplettera kunskapsstöd som utgår från diagnos med kunskapsstöd som utgår från symtomkomplex. Utredningen menar att det inte ska behövas en diagnos för att få stöd och enklare insatser för psykiska besvär. Som framgår ovan ser utredningen att tidiga insatser kan minska risken för förvärrade besvär och därmed behov av specialiserad vård, vilket i förlängningen kan leda till bättre tillgänglighet till specialiserad vård inom BUP för barn och unga med mer omfattande besvär. Det finns i dagsläget framtagna regionala kunskapsstöd utgående från symtomkomplex till exempel i Region Gävleborg.

Som framgår av avsnitt 7.4.1 tas de nationella vård- och insatsprogrammen och de personcentrerade sammanhållna vårdförloppen fram av en nationell arbetsgrupp (NAG) inom ramen för det nationella programområdet (NPO) för psykisk hälsa som är en del av Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård.[161] NPO för psykisk hälsa omfattar såväl barn och ungas som vuxnas och äldres psykiska hälsa.[162] Utredningen vill framhålla att det vid framtagandet av de nationella kunskapsstöden är ytterst viktigt att det finns särskild kompetens om barn och ungas psykiska hälsa och inte enbart om vuxnas psykiska hälsa. Utredningen har erfarit att mycket av det arbete som tidigare gjorts utgått från den specialiserade vårdens logik och menar att även primärvårdsföreträdare som arbetar med barn och ungas psykiska hälsa behöver vara med vid framtagandet av

[160] *Sammanhållen, jämlik och säker vård 2022, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*
[161] SKR, Uppdrag Psykisk Hälsa för Nationellt programområde psykisk hälsa. *Nationella vård- och insatsprogram, Om programmen*, https://vardochinsats.se/om-programmen/, uttag 2022-03-13.
[162] SKR, Uppdrag Psykisk Hälsa. *Nationellt programområde psykisk hälsa*, www.uppdragpsykiskhalsa.se/kunskapsutbyte/, uttag 2022-03-13.

nationella kunskapsstöd. Enligt utredningen är representation av alla vårdnivåer centralt även vid annan nationell samverkan kring barn och ungas psykiska hälsa.

För att de nationellt framtagna kunskapsstöden ska få genomslag behöver de implementeras lokalt efter lokala förutsättningar och behov. Utredningen har förstått att detta är ett omfattande och tidskrävande arbete, som liksom i överenskommelsen om sammanhållen, jämlik och säker vård 2022[163] behöver fortsätta stödjas såväl av staten som regionerna. Den lokala implementeringen kräver samverkan både mellan professioner och mellan de som arbetar inom primärvård och specialiserad vård.

För att stödja och påskynda utvecklingen bedömer utredningen att regeringen bör rikta ekonomiska medel till arbetet med fler nationella kunskapsstöd såsom personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp och vård- och insatsprogram, men även nationella kunskapsstöd utgående från symtomkomplex, specifikt för barn och unga med psykisk ohälsa.

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*.

[163] *Sammanhållen, jämlik och säker vård 2022, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

Skäl

Varje region bör erbjuda En väg in

För att öka tillgängligheten till vård och stöd för barn och unga med psykisk ohälsa och för att undvikande bollande av barnen och de unga och deras familjer har några regioner arbetat för att bygga upp ett regionalt samarbete med en gemensam kontaktväg in till primärvården och den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, en så kallad *En väg in*. I många regioner omhändertas barn med lindriga och måttliga symtom på psykisk ohälsa av första linjens vård. Första linjens vård är ett primärvårdsuppdrag men vårdenheten kan vara organiserad på olika sätt inom såväl primärvård som specialiserad vård, se avsnitt 7.3.1. Syftet med *En väg in* är att ha en gemensam ingång till vården, dit barnen och de unga och deras närstående kan vända sig. Remisser från till exempel skolan kan också omhändertas via *En väg in*. Arbetssättet *En väg in* innebär att personalen triagerar mellan primärvården och den specialiserade vården, så att den som söker hjälp får vård på rätt vårdnivå från början, se avsnitt 7.3.2.[164]

En väg in finns etablerat i sex regioner och ytterligare tre regioner planerar för implementering.[165] Erfarenheter visar att det regiongemensamma arbetssättet och även arbetet med att etablera arbetssättet *En väg in* i regionen tydliggör och bidrar till en samsyn kring de olika vårdnivåernas uppdrag i organisationen. Det finns även erfarenheter av att *En väg in* bidrar till mer jämlik vård genom att bedömningen av barn och ungas behov av vård blir mer lika i regionen.[166]

Sammantaget konstaterar utredningen att det finns flera potentiella fördelar med arbetssättet *En väg in*:

- barn och unga får hjälp till rätt vårdnivå, vilket i vissa fall kan ge snabbare vård och tidiga insatser
- den gemensamma triageringen minskar risken för bollande av patienter
- den gemensamma triageringen bör leda till en mer jämlik bedömning av vårdbehov

[164] Socialstyrelsen. 2021. *Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa.*
[165] SKR. 2021. *Första linjen* 2020. *Nulägesbeskrivning av hälso- och sjukvårdens första linje för barn och ungas psykiska hälsa*.
[166] Socialstyrelsen. 2021. *Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa*.

- samverkan mellan de som arbetar inom de olika vårdnivåerna som arbetssättet berör bör medföra en ökad samsyn och samverkan.

Samverkan med elevhälsan kopplat till arbetet med En väg in bör utvecklas

För att ännu bättre kunna möta upp mot barn och ungas behov av stöd och tidiga insatser vid psykisk ohälsa har det i utredningens möten med företrädare för *En väg in* uttryckts en vilja att öka samarbetet med företrädare för elevhälsan. Företrädare som arbetar med *En väg in* har beskrivit svårigheter med samverkan med personal inom elevhälsan och ett behov av att hitta former för samverkan. Det finns i en del regioner samverkan mellan de som arbetar inom den regionala primärvården, BUP och elevhälsan, men utifrån utredningens kännedom sker samverkan inte kopplat till arbetssättet *En väg in*.

Skolans viktiga roll för barn och ungas psykiska mående och att tidigt identifiera tecken på psykisk ohälsa är något som påtalats vid i stort sett samtliga möten som utredningen haft om barn och ungas psykiska hälsa. För att komma ett steg längre i strävan mot tidiga insatser och en sammanhängande vård menar utredningen att det därför är eftersträvansvärt att regionen samverkar med de som arbetar inom elevhälsan även kopplat till regionens arbete med *En väg in*. Utredningen anser att samverkan med elevhälsan inom arbetet med *En väg in* bör öka förutsättningarna för att ge tidiga samt rätt sammanhängande och stegvisa insatser med en god samverkan mellan de olika aktörerna som möter barnen.

I syfte att stödja regionerna och huvudmännen för skolan med att ta fram nya och hållbara arbetssätt som ska underlätta samverkan mellan de som arbetar inom elevhälsan, primärvården och BUP kopplat till arbetet med *En väg in* bedömer utredningen att regeringen bör avsätta riktade ekonomiska medel för detta ändamål.

Utredningen anser att medlen ska fördelas via ett ansökningsförfarande. Ansökan bör innehålla en beskrivning av hur det gemensamma arbetet mellan region och huvudmän för skolan ska bedrivas samt redogörelse för hur medlen ska användas.

Utredningen bedömer också att det statliga stödet bör vara flerårigt för att få till en långsiktighet och att regionerna och huvudmännen för skolan även i de regioner som är på väg att bygga upp *En*

väg in ska kunna ansöka och ta del av statsbidrag för utvecklingen av nya arbetssätt för samverkan. Vid en eventuell prioritering bör förutsättningar för att implementera långsiktigt hållbara arbetssätt i de ordinarie verksamheterna samt förutsättningar för kunskaps- och erfarenhetsspridning prioriteras. I arbetet med *En väg in* behöver de aktörer som ingår beakta vad som gäller i fråga om personuppgiftsbehandling, sekretess och tystnadsplikt.

Utredningen vill även lyfta fram funktionen fast vårdkontakt som också kan förenkla för barnen och de unga och deras närstående och bidra till en ökad samordning mellan olika aktörer. När det gäller barn och unga med psykisk ohälsa kan det exempelvis vara särskilt relevant i samordningen av insatser hos olika delar av den regionala hälso- och sjukvården och elevhälsans medicinska delar, när det är möjligt utifrån bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt.

Inom ramen för överenskommelsen för god och nära vård 2022 finns flera olika insatser som är kopplade till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt som på lång sikt handlar om att en allt större andel av befolkningen ska erbjudas och få en namngiven fast läkarkontakt eller fast vårdkontakt. Bland annat finns insatser för utarbetande av rutiner för dokumentation och registrering.[167] Utredningen menar att det är viktigt att regionerna också utarbetar rutiner för att erbjuda en fast vårdkontakt inom såväl primärvård som specialiserad vård för barn och unga med psykisk ohälsa.

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.

Skäl

Utredningen har i uppdrag att bedöma om målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utred-

[167] *God och nära vård 2022, En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.

ning eller behandling inom BUP bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti. Utredningen ska också lämna nödvändiga författningsförslag.[168]

I kapitel 4 om en utökad vårdgaranti gör utredningen bedömningen att målsättningen inom BUP inte bör författningsregleras som en del av en differentierad vårdgaranti. Skälen för det framgår i avsnitt 4.4.12.

Som framgår i utredningens utgångspunkter för sina bedömningar, avsnitt 7.9.1, menar utredningen att det är svårt att dra slutsatser om vilka effekter målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP haft på tillgängligheten till BUP. Söktrycket efter vård inom området psykisk ohälsa har ökat under ungefär samma tidsperiod, se avsnitt 7.2.4–7.2.7. Utredningen kan dock konstatera att långa väntetider till BUP är ett kvarstående problem.

I utredningsarbetet har utredningen sammanställt regioners och verksamhetsföreträdares erfarenheter av målsättningen som framkommit i uppföljningsrapporter från myndigheter och i utredningens möten, se avsnitt 7.7.4 och 7.7.8. De fördelar som lyfts med målsättningen är främst att målsättningen har ett viktigt signalvärde, riktar sig till en sårbar patientgrupp och kan genom att förkorta väntetider leda till tidigare insatser så att svårare symtom inte hinner utvecklas. Framför allt har 30 dagar till första besök stöd i verksamheterna. Utredningsdelen har inte samma stöd, den upplevs svårare och det har framförts att den leder till för stort fokus på utredning. Samtidigt har det lyfts att det finns risker med att ta bort utredningsdelen, eftersom det kan leda till längre väntetider.

En nackdel med målsättningen som lyfts fram är att det lett till ensidigt fokus på tillgänglighet i form av väntetider vilket inte behöver betyda hög kvalitet, hög patientsäkerhet och effektivt resursutnyttjande. Det har också framförts att målsättningen kan innebära en risk för undanträngningseffekter, framför allt att behandling av patienter med omfattande behov kan trängas undan till förmån för patienter som väntar på första besök, start av utredning respektive behandling.

Precis som den lagstadgade vårdgarantin innebär målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP inte en rättighet att få vård. Den anger inte vilken vård som ska ges, kvaliteten på vården eller hur prioriteringar ska ske. Alla prioriteringar inom hälso- och sjuk-

[168] Dir. 2020:81. *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*.

vården ska göras utifrån de etiska principer som ligger till grund för prioriteringar i hälso- och sjukvården som riksdagen beslutat om, se kapitel 4, avsnitt 4.2.1. Undanträngningseffekter är en komplex fråga och har även diskuteras länge när det gäller vårdgarantin, särskilt utifrån att sådant som inte ingår i vårdgarantin riskerar att trängas undan till förmån för sådant som ingår, se kapitel 4, avsnitt 4.4.2. Bland annat mot bakgrund av detta har utredningen haft i uppdrag att utreda för- och nackdelar med en utökad vårdgaranti. Utredningen lämnar också förslag som innebär att vårdgarantin ska utökas. Bland annat föreslås att vårdgarantin ska omfatta undersökning inom såväl primärvården som den specialiserade vården, se kapitel 4, avsnitt 4.4.4. Skälen till det förslaget är bland annat att undersökningar är en väsentlig del av hälso- och sjukvårdens insatser, att väntetider till undersökningar kan bli långa och att vårdgarantin bör innehålla fler delar av vårdkedjan för att minska risken för undanträngningseffekter.

Enligt professionen inom psykiatrin kan målsättningen också påverka synen på utredning parallellt med behandling och stegvis vård negativt. Utredningen menar dock att registreringen inte ska påverka hur eller i vilken ordning utredning och behandling erbjuds, utan att det bör vara en fråga om utbildningsinsatser och klargörande anvisningar för registreringen. Även kvaliteten på väntetidsstatistiken har ifrågasatts. Utredningen instämmer i att det är betydelsefullt att väntetidsstatistiken är tillförlitlig för att tillåta adekvata jämförelser mellan regioner och över tid. Även här menar utredningen att det sannolikt kan åtgärdas med tydliga riktlinjer för att nå en likformighet i registreringen såväl lokalt som nationellt. Som framgår av avsnitt 7.9.1 har Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag om att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata.[169] Socialstyrelsen har också i mars 2022 fått i uppdrag av regeringen att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, med fokus på väntetider och vårdköer.[170]

Vidare har det lyfts att målsättningen ger för stort fokus på BUP i stället för på tidiga insatser. Utredningen bedömer också enligt utgångspunkterna för bedömningarna ovan, avsnitt 7.9.1, att ett större grepp behövs för hela området psykisk hälsa för barn och unga, där

[169] Regeringsbeslut S2021/06332. *Uppdrag att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata*.
[170] Regeringsbeslut S2022/01664. *Uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet*.

tidig upptäckt av psykisk ohälsa och *tidigt omhändertagande* tillsammans med en *välfungerande samverkan i hela vårdkedjan* är de viktigaste åtgärderna för att främja barn och ungas psykiska hälsa. Utredningens övriga bedömningar inom området syftar till att bidra till att detta uppnås. Med tidiga och stegvisa insatser kan barn och unga med lätta och medelsvåra symtom få snabbare tillgång till stöd efter behov, samtidigt som risken för förvärrade besvär och därmed behov av specialiserad vård minskar. Detta kan i förlängningen leda till bättre tillgänglighet till specialiserad vård inom BUP för barn och unga med mer omfattande besvär. Utredningen menar också att en konkret och långsiktig nationell strategi behövs för att motverka utvecklingen av psykisk ohälsa hos barn och unga och förbättra tillgängligheten till vård inom området.

Utredningen konstaterar att det finns både för- och nackdelar med målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP. I utredningens direktiv anges att det är extra viktigt att barn och unga får hjälp i tid, och eftersom väntetiderna till BUP fortsätter att öka är det särskilt relevant att beakta väntetiderna till denna del av vården.[171] Utredningen ser dock risker med att styra för hårt mot tillgänglighet inom ett visst vårdområde i stället för andra där det också finns brådskande vårdbehov, det vill säga att prioritera horisontellt. Personer med lika stora behov ska prioriteras lika oavsett vilken sjukdomsgrupp de tillhör, vilket är en av anledningarna till att utredningen inte föreslår en differentierad vårdgaranti. Samtidigt kan utredningen konstatera att väntetiderna till BUP i dagsläget generellt är för långa och att det är svårt att förutse konsekvenserna av att i nuläget efter cirka tio år med målsättningen och med rådande alltför långa väntetider ta bort målsättningen. Målsättningen har också ett signalvärde som utredningen för närvarande bedömer är viktigt att bevara.

Sammantaget bedömer utredningen att det i detta skede är olämpligt att ta bort målsättningen och att den därför i nuläget bör kvarstå. Däremot menar utredningen att målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP i sig inte är tillräcklig för att lösa problemet med de långa väntetiderna till BUP eller generellt för barn och unga med psykisk ohälsa och bedömer enligt ovan att det behövs ett helhetsgrepp för området och att fler insatser måste till med fokus på *tidig upptäckt, tidiga insatser* och *samverkan mellan vårdnivåer*. Bedömningen

[171] Dir. 2020:81. *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*.

om målsättningen ska ses tillsammans med övriga bedömningar och förslag som lämnas av utredningen.

8 Regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet

Det här kapitlet beskriver först utredningens uppdrag och gör därefter en kort sammanfattning av arbetet fram till delbetänkandet samt av bedömningar och förslag i delbetänkandet. Därefter beskrivs utredningens arbete efter delbetänkandet och kapitlet avslutas med synpunkter inför fortsatt myndighetsarbete. Inga bedömningar eller förslag läggs avseende detta uppdrag i slutbetänkandet.

8.1 Utredningens uppdrag

Enligt statens och Sveriges Kommuner och Regioners (SKR:s) överenskommelse om en ny uppdaterad kömiljard år 2019 och fortsatta överenskommelser 2020–2021 skulle regionerna ta fram regional nulägesrapport hösten 2019 samt regional handlingsplan för tillgängligheten i den egna regionen. I handlingsplanen som inlämnades 31 mars 2021 skulle regionen bland annat redogöra för regionens målsättningar för ökad tillgänglighet till hälso- och sjukvården. Utredningens uppdrag var att

- stödja regionerna i arbetet med att ta fram regionala handlingsplaner,
- inom ramen för det arbetet stödja utvecklingen av ökad tillgänglighet till vård och stöd för barn och unga med psykisk ohälsa och stödja regionerna i arbetet med att säkerställa tillgängligheten såväl under som efterutbrottet av covid-19, och
- sammanställa och analysera de regionala nulägesrapporterna och handlingsplanerna som stöd för regionerna och som information till regeringen.

Dessa delar av utredningens uppdrag redovisades i delbetänkandet 30 juni 2021.[1]

Till slutbetänkandet har utredningen följande deluppdrag:

– stödja regionerna i deras arbete med att genomföra de åtgärder som anges i de regionala handlingsplanerna, och
– om det finns behov, föreslå andra insatser som bedöms nödvändiga för att förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården med fokus på kortare väntetider.

8.2 Delbetänkandets innehåll, bedömningar och förslag

I delbetänkandet fördes ett resonemang kring begreppet att stödja som för en statlig utredning inte har någon tydlig definition. Utredningen valde att ta fasta på direktivets skrivningar om att stödja samarbeten och samordna dialoger samt delegationens råd om:

– att följa regionernas arbete genom att ställa frågor som manar till eftertanke – hur ser regionens mål ut? Vad vill regionen uppnå på kort respektive lång sikt? Finns koppling till de insatser som planeras?
– att bidra med information och ensade data,
– att föra dialog om vilket stöd staten kan bidra med, och
– jämförelser och återkoppling.

I delbetänkandet redovisades det stödjande arbete utredningen utfört i samverkan med regionernas utsedda kontaktpersoner; dialogen kring nulägesrapporter 2019, dialogen under framtagandet av regional handlingsplan 2021 samt spridning av goda exempel på väl genomfört tillgänglighetsarbete. Utredningens analys av de regionala handlingsplanerna med återkoppling till regionerna såväl muntligt som skriftligt, tillsammans och till varje region lämnades i juni 2021.

Mot bakgrund av erfarenheterna från det stödjande arbetet ansåg utredningen att det strategiska långsiktiga arbetet behöver stärkas och lämnade i delbetänkandet följande bedömningar:

[1] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*.

- Regeringen och regionerna bör gemensamt planera för ett långsiktigt tillgänglighetsarbete. Arbetet bör omfatta årliga regionala handlingsplaner och årliga uppföljningar. Ett årshjul som i största möjliga mån tillfredsställer såväl statens som regioners behov av tidsmässig planeringscykel bör eftersträvas. Långsiktighet behövs för att få vårdens medarbetares engagemang i tillgänglighetsarbetet och minskar också det administrativa arbetet.
- Alla överenskommelser mellan staten och SKR, där tillgänglighet i hälso- och sjukvården finns med, bör från och med år 2022 samordnas i sina delar om tillgänglighet med överenskommelsen som för år 2021 benämns *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*.
- Den regionala handlingsplanen för ökad tillgänglighet bör, genom statens överenskommelse med SKR, utvecklas till att vara varje enskild regions handlingsplan för ökad tillgänglighet och utgå från mätbara och tidsatta mål med insatser för att nå målen och beskrivning av hur regionen avser att följa upp insatserna. Det är viktigt att handlingsplanen är regionens egen handlingsplan, inte ett administrativt svar som villkor för att erhålla ekonomiska medel i en överenskommelse.
- Statens uppföljning av det gemensamma strategiska tillgänglighetsarbetet, genom överenskommelse med SKR, bör bland annat bestå av en årlig rapport från regionen gällande om insatserna i den regionala handlingsplanen för tillgänglighet genomförts och hur resultatet är i förhållande till regionens mål.

Utredningen lämnade också följande förslag:

- Regeringen ska tillsätta en kommitté för regelbunden återkommande uppföljning och dialog med varje region kring regionens tillgänglighetsläge och resultat i förhållande till den regionala handlingsplanen. Dialogen ska ske vid platsbesök. Målet ska vara att genom dialogen stimulera utveckling och förändringsarbete för bättre tillgänglighet. Kommittén för tillgänglighetsdialog ska också vara en del av en utökad statlig uppföljning. Kommitténs ledamöter utses av regeringen efter samråd med regionerna.

8.3 Arbetssätt inför slutbetänkandet

Utredningen har genomfört en rad stödjande insatser gentemot regionernas kontaktpersoner. Det handlar om information och dialog kring långväntare, redovisning av delbetänkandet, möte med goda exempel på väl genomfört tillgänglighetsarbete, presentation av internationell jämförelse, dialog om utvecklingen av vårdgarantin och sammanfattande redovisning av nulägesrapporterna. Utredningen har också kontinuerligt informerat kontaktpersonerna om regeringsbeslut med mera som rört tillgänglighet. På grund av fortsatt covid-19-pandemi har arbetet liksom tidigare skett digitalt med undantag för ett fysiskt besök i Västra Götalandsregionen där utredningen fick en djupare och mer detaljerad bild av regionens generella tillgänglighetsarbete och det specifika arbetet kring barn och ungdomars psykiska hälsa.

8.3.1 Information och dialog kring långväntare

En uppgift som, enligt överenskommelse mellan regeringen och SKR, ingick i regionala handlingsplanen var att ge en beskrivning av hur regionen skulle säkerställa omhändertagande i rimlig tid även för de patienter som har väntat längre än 90 dagar till besök och operation eller annan åtgärd inom den specialiserade vården. På www.vantetider.se finns ingen närmare redovisning av de som väntat längre än 90 dagar men utredningen redovisade i delbetänkandets bilaga 1 s. 475 fördjupad information om de så kallade långväntarna utifrån väntetidsdatabasens uppgifter gällande december 2020. Vid möte 14 juni 2021 med regionernas kontaktpersoner med flera regionala representanter redovisade utredningen underlaget med uppdelning i regioner och vårdområden.

Sammanfattningsvis redovisades vid mötet att många får vänta längre än vårdgarantins maximala tidsgräns om 90 dagar och fler än 23 000 patienter hade väntat mer än ett år varav en mindre andel väntat riktigt länge – flera år. Det är viktigt med uppdaterade väntelistor, regelbunden genomgång och kontakt med de patienter som väntat länge för att kunna bedöma aktuellt vårdbehov och erbjuda dem den vård de behöver. Det diskuterades om det går att samarbeta mer mellan regionerna eftersom långväntarna är ojämnt fördelade inom vårdområden mellan regionerna. Produktions- och kapacitetsstyrningen bör drivas framåt snabbare. Vissa regioner har hittat sätt att

minska problemen inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) vilket bör kunna inspirera andra. Goda exempel finns även inom många andra områden.

8.3.2 Dialog kring delbetänkandet

I september 2021 presenterade och diskuterade utredningen delbetänkandet med regionernas kontaktpersoner med flera.

Diskussionen berörde till stora delar förslaget om ett vårdsöksystem och möjligheter respektive svårigheter med att utveckla ett sådant. Vid mötet diskuterades också regionernas pågående arbete med nulägesrapporter, se avsnitt 8.3.6.

Vid mötet diskuterades även det förslag till mall som utredningen tillsammans med SKR tagit fram för nulägesrapporten.

8.3.3 Möten med goda exempel

Utredningen hade före delbetänkandet två möten med goda exempel där totalt sex exempel på väl utfört tillgänglighetsarbete med påvisat resultat redovisades. I november 2021 anordnade utredningen ytterligare ett möte med följande tre exempel från den regionala primärvården.

1. Tydliga vårdflöden minimerar väntetider för barn med psykisk ohälsa i Region Gävleborg.[2]
   Region Gävleborg har arbetat med
   - tidiga insatser,
   - stegvis vård,
   - gemensamma vårdprogram för alla vårdnivåer,
   - prata om symtom i stället för diagnos,
   - tid i handen, och
   - öppna tidböcker.

[2] Jennifer Wellin, vårdutvecklare, Region Gävleborg.

Framgångsfaktorer i arbetet har varit

- en organisation som främjar nära samarbete mellan vårdnivåerna (gemensamt verksamhetsområde och verksamhetschef),
- gemensam *En väg in* med bemanning från både primärvården/första linjen och BUP,
- bra verktyg såsom rutiner, viktningstabell, C-GAS, BCFPI[3],
- arbete med gruppidentitet, handledning och teamtid (fysiskt möte tillsammans),
- att lita till och använda strukturerade metoder,
- implementeringen av standardiserade vårdflöden, och
- fokus på vikten av en god livsföring och tidiga insatser (vården, skolan/elevhälsan och vårdnadshavaren) och därigenom acceptans för att börja med sömn, kost och rörelse.

2. Helgöppen vårdcentral med arbetsglädje i Region Halland.[4]
   Neptunuskliniken i Region Halland har knappt 14 000 listade patienter men klarar att ha kvällsöppet och helgöppet några timmar alla dagar under året. Därmed minskas antalet som söker på akutmottagningen i området. Alla patienter har utsedd ansvarig läkare. Kliniken satsar på kontinuitet och bra arbetsmiljö vilket ger arbetsglädje och därmed mindre rekryteringsproblem.

3. Så arbetar vi för framtidens bemanning – unga läkarvikarier viktiga för Ölands tillgänglighet![5]
   Från Borgholms vårdcentral i Region Kalmar län deltog verksamhetschef samt en vikarierande läkare.

   Den vikarierande läkaren hade under sommarens studieledighet arbetat under handledning på vårdcentralen och därefter stannat som läkarvikarie. Verksamhetschefen och läkarvikarien berättade från sina utgångspunkter om arbetets upplägg.

   Inslaget var en del i att finna vägar för framtidens rekrytering av allmänläkare.

[3] C-GAS (Children's Global Assessment Scale) är en etablerad skattningsskala som används för att bedöma barns och ungas förmåga att fungera i vardagen. BCFPI (Brief child and family phone interview) är ett instrument som används för triagering och screening.
[4] Sverker Nilsson, specialist i allmänmedicin, före detta verksamhetschef, Neptunuskliniken i Varberg, Region Halland.
[5] Åke Åkesson, verksamhetschef och Anna Borgström, vikarierande underläkare Borgholms vårdcentral, Region Kalmar län.

8.3.4 Stödmaterial för fast läkarkontakt

I samband med goda exempelmötet i november 2021 presenterade och delade utredningen Socialstyrelsens remissunderlag för stödmaterial för fast läkarkontakt. Att arbeta med materialet kan bidra till en god arbetsmiljö för allmänläkarna och därmed en bättre bemanning långsiktigt.

8.3.5 Jämförelse av vårdgarantier och tillgänglighet med andra länder samt dialog kring svenska vårdgarantin

I december 2021 presenterade utredningen, för kontaktpersonerna i regionerna med flera, en jämförelse mellan Sverige och andra länder samt förde en diskussion om den svenska vårdgarantin.

Jämförelse mellan Sverige och andra länder

Utredningen presenterade en av utredningen sammanställd jämförelse av hälso- och sjukvården med fem länder i Sveriges närområde avseende några grundläggande fakta om ländernas sjukvård, vårdgarantier och väntetider. Länderna som presenterades var Finland, Norge, Danmark, Nederländerna och Storbritannien.

Jämförelsen visade att Sveriges hälso- och sjukvårdskostnader som andel av BNP var högre än de jämförda ländernas, men att Norge hade högst hälso- och sjukvårdskostnader per invånare.

Sverige hade lägst antal besök till läkare per invånare och läkarna hade det lägsta antalet konsultationer per person. Sverige hade lägst andel allmänläkare per 1 000 invånare, lägsta antalet vårdplatser men näst högst tillgång till diagnostiska undersökningar.

Jämförelsen visade också att i Sverige lever befolkningen längst med god hälsa, i Sverige är den förebyggbara dödligheten lägst, och den behandlingsbara dödligheten näst lägst. Sverige hade inte bara den snabbast ökande medellivslängden och största antalet friska levnadsår utan även den jämnaste livslängden av de jämförda länderna. De friska levnadsåren ökar snabbast i Sverige, de ökar dessutom snabbare än medellivslängden.

Utredningen redovisade jämförelser av väntetider i olika länder med utgångspunkt från några olika källor. Inspektionen för vård och

omsorgs rapport *Internationell jämförelse – Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården* utgjorde ett underlag som visade att utvecklingen av väntetider ser olika ut för åtta jämförda länder. Australien, Danmark, England, Finland, Island, Nederländerna och Norge jämfördes med Sverige under perioden 2010–2019. Varje land hade bedömts utifrån sina egna väntetidsmål. Australien, Danmark, Finland och Island hade en positiv utveckling av tillgänglighet under tidsperioden. Norge hade oförändrat läge med långa väntetider och England, Nederländerna och Sverige försämrades.[6]

Utredningen redovisade också ländernas vårdgarantier, varav en del av dem redovisas i kapitel 4, avsnitt 4.2.4 om utökad vårdgaranti.

Dialog om den svenska vårdgarantin

Vid mötet presenterades också den nuvarande svenska vårdgarantin, utredningens uppdrag om för- och nackdelar med en utökad vårdgaranti och några frågeställningar som utredningen särskilt önskade synpunkter på.

Inför mötet hade utredningen distribuerat en film där en verksamhetschef inom psykiatrin i Region Halland beskriver sin syn på väntetider och vad som krävs för att få bort dem. Filmens innehåll är giltigt för alla verksamheter i hälso- och sjukvården.[7]

8.3.6 Nulägesrapporterna med dialog

Regionerna skulle senast 15 oktober 2021, i enlighet med överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2021, inkomma med en nulägesrapport för att följa upp regionens arbete med de insatser och åtgärder som beskrevs i den regionala handlingsplanen i mars 2021.

Nulägesrapporten skulle utgå från den regionala handlingsplanen och skulle innehålla en statusuppdatering vad gällde regionens arbete med handlingsplanens genomförande under 2021. Rapporten skulle också innehålla en beskrivning av hur regionen vid rapporttillfället

[6] Inspektionen för vård och omsorg. 2021. *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Slutredovisning av regeringsuppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas*.

[7] En film från Psykiatrin Halland – *Rätt vård i rätt tid – Varför är flöden så viktiga, att de blir vår strategi?* Aslak Iversen, verksamhetschef, Psykiatri, Region Halland, https://vimeo.com/588282019/3b8fef8d0d.

låg till i förhållande till sina mål samt en redogörelse för det fortsatta arbetet för att uppnå de målsättningar för väntetider och vårdköer som hade angivits i handlingsplanen.

Utöver detta skulle regionerna också beskriva sitt arbete med kvalitetssäkring och implementering av den nya modellen för uppföljning av specialiserad vård samt eventuella brister i täckningsgrad och inrapportering.

Utredningen tog tillsammans med SKR fram en mall bestående av elva frågor som stöd för regionernas arbete med rapporten, se bilaga 7. Mallen användes av nästan samtliga regioner. Utredningen har tagit del av samtliga nulägesrapporter och givit regionernas kontaktpersoner med flera en sammanfattande bild vid möte 25 januari 2022.

Det långsiktiga arbetet utvecklas men målen för 2021 nåddes inte

Utredningen anser att nulägesrapporterna visade att det långsiktiga arbetet med att sätta mätbara mål och följa upp mot dessa har utvecklats men att arbetet behöver fortsätta. Flera regioner påtalade också i nulägesrapporterna att arbete med långsiktiga målsättningar pågår.

Nulägesrapporterna visade att regionerna generellt inte nådde de regionalt satta målen för år 2021, vare sig vid tidpunkten för rapporten eller beräknat vid årets slut.

Flera regioner påpekade att om patienter med medicinskt orsakad väntan och patientvald väntan ingått i väntetidsdatabasen hade resultaten varit ännu sämre eftersom dessa grupper ökat under pandemin.

Vårdproduktionen var under 2021 generellt högre än under 2020. Produktionen närmade sig eller nådde samma värde som hösten 2019 för en del, andra låg fortfarande under 2019. Ingen region angav produktion över 2019 års nivå. Distanskontakter ökade i antal även under 2021 hos de flesta regioner.

Anledningarna till att målen inte nåddes förklarades i första hand vara pandemiorsakade

– covidvården, testning, smittspårning och vaccinering, särskilda ”covidspår” på mottagning och avdelningar,
– rekryteringssvårigheter,

– trött organisation och ledigheter för personalen sommaren 2021, semesterperioden har förlängts, och
– sjukdomar hos personalen samt vård av sjuka barn.

Flera regioner hade insatser på gång som förväntades ge utfall först i slutet av året 2021. Det kunde röra sig om upphandlingar av andra vårdgivare, införande av vårdlotsar/vårdgarantienheter, stödfunktioner för verksamheternas arbete, samordning av utförarna i regioner med beställar-utförarmodell, digitaliseringsutveckling, samordning inom egna regionen med mera.

Utredningen bedömer att flera av dessa insatser kan ha effekt men det blir mätbart först under 2022. Det framgår av rapporterna att en del regioner hade pausat vårdflödesarbeten då de ansåg att det inte var möjligt att genomföra under pandemi medan andra bedrev detta parallellt med pandemin.

Utredningen bedömer också att arbetet med produktions- och kapacitetsplanering inte har det fokus som behövs för att påverka väntetiderna och i rapporterna beskrevs inte heller någon större reell samverkan mellan fler regioner med syfte att effektivisera tillgänglighetsarbetet.

8.4 2 miljarder kronor till uppdämda vårdbehov

Vid utredningens möte med regionala kontaktpersoner 25 januari 2022 informerades också om regeringens beslut 20 januari att med 2 miljarder kronor stödja arbetet med de uppdämda vårdbehoven fördelat efter befolkningsunderlag. Socialstyrelsen fick uppdraget att förmedla och följa upp medlens användning. De åtgärder som regionerna kan använda medlen till framgår av tabell 8.1. Regionerna kan välja att använda medlen till en, flera eller alla insatser.[8]

[8] Regeringsbeslut S2022/00456. *Uppdrag att fördela medel till regionerna för hantering av de uppdämda vårdbehoven*.

Tabell 8.1 Insatser till vilka medel för uppdämda vårdbehov kan användas av regionerna

Område	Insats
Hälsofrämjande och rehabilitering	• Riktade hälsosamtal
Nära vård	• Mobila team som uppsöker patienten i hemmet
	• Direktkonsultation
Patientinflytande	• Webbtidbok och kapacitetsplanering som möjliggör för patienter och anhöriga att direkt boka, av- eller omboka besök
	• Vårdlotsar som arbetar primärt för att hjälpa patienter med vård inom vårdgarantin
Kapacitetsstyrning	• Regiongemensam kvalitetssäkring av inflödet och visualisering av gapet mellan behov, produktion och kapacitet
	• Identifiering av gemensamma komponenter i olika regionala modeller för produktions- och kapacitetsstyrning
	• Regiongemensam produktions- och kapacitetsplanering
	• Regionövergripande upphandlingar av privata vårdgivare
Kunskapsstyrning	• Uppföljning av nationella riktlinjer och riktade informationsinsatser till vård för kroniskt sjuka

Källa: Regeringsbeslut S2022/00456. *Uppdrag att fördela medel till regionerna för hantering av de uppdämda vårdbehoven.*

8.5 Flera regeringsuppdrag med anknytning till utredningen

Vid möte med de regionala kontaktpersonerna den 21 mars 2022 informerade utredningen om regeringens beslut den 3 mars att ge E-hälsomyndigheten i uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas i statlig regi. Systemet ska i realtid kunna se ledig vårdkapacitet, särskilt inom specialiserad vård, och informera om avtal med vårdgivare och villkor för nyttjande av avtalen. Enligt regeringen ska detta bli en hållbar del av en förvaltningsgemensam digital infrastruktur.[9]

Utredningen informerade också om regeringens beslut den 3 mars 2022 att ge Socialstyrelsen i uppdrag att stödja regionernas produk-

[9] Regeringsbeslut S2022/01372. *Uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas*.

tions- och kapacitetsplanering, lämna förslag på målvärden för antal vårdplatser och genomsnittlig beläggningsgrad samt målvärden för intensivvårdsplatser och förslag på vilken information om tillgänglig vårdkapacitet som är relevant och lämplig att presentera publikt. I den delen ska Socialstyrelsen särskilt samverka med E-hälsomyndigheten i dess uppdrag gällande vårdsöksystem.[10]

Det tredje regeringsbeslutet som utredningen informerade om togs den 17 mars 2022 och innehåller ett uppdrag till Socialstyrelsen att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, med fokus på väntetider och vårdköer. Det uppdraget beskrivs närmare nedan under avsnitt 8.6.2. Socialstyrelsen ska också beskriva hur myndigheten ska utveckla sin digitala presentation och analys av väntetidsdata så att den blir kontinuerlig, lätt tillgänglig och publik. Myndigheten ska analysera och lämna förslag på hur myndigheten kan ansvara för en långsiktig insamling av data kopplat till belagda och disponibla vårdplatser.[11]

Kontaktpersoner med flera deltagare erhöll under mötet en presentation av utredningens planerade förslag inom vårdgarantiområdet och förslagen diskuterades livligt. Förslag som rönte diskussion var bland annat tidsgräns för medicinsk bedömning i primärvården och undersökning som ny del i vårdgarantin. Praktiska frågor vid eventuellt införande av utvidgad vårdgaranti diskuterades och behovet av fungerande uppföljning framhölls.

8.6 Gemensamt, långsiktigt och strategiskt tillgänglighetsarbetet

8.6.1 Överenskommelse om gemensamt tillgänglighetsarbete

I januari 2022 slöt regeringen och SKR en tillgänglighetsöverenskommelse för 2022. I överenskommelsen anges att det är viktigt att staten och regionerna planerar för ett långsiktigt tillgänglighetsarbete gemensamt och att styrsignalerna till hälso- och sjukvårdens verksamheter blir enhetliga och ändamålsenliga. Arbetet med tillgänglighet ska vara prioriterat, strategiskt och systematiskt. Överenskom-

[10] Regeringsbeslut S2022/01373. *Uppdrag att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt lämna förslag på målvärden för antalet vårdplatser.*
[11] Regeringsbeslut S2022/01664. *Uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet.*

melsen bygger på två block varav ett handlar om prestationsmedel och ett om långsiktigt och strategiskt arbete.[12]

I det långsiktiga och strategiska arbetet ingår att regionerna ska uppdatera handlingsplanen från mars 2021 med bland annat tidsatta och mätbara såväl kortsiktiga som långsiktiga mål. Den uppdaterade handlingsplanen ska redovisas i september 2022 till Socialstyrelsen och regeringen. Samtidigt ska status för handlingsplanens genomförande och arbetet för att uppnå uppsatta mål redovisas.[13]

Utredningen anser att den tidsmässiga förläggningen av handlingsplanernas inlämnande möjliggör att såväl 2022 års mål som planerat arbete för 2023 kan redovisas och därmed ökar förutsättningen för att handlingsplanen kan bli en del i ett årshjul hos regionerna och vara utgångspunkten för regionens interna arbete, inte bara ett administrativt svar på en överenskommelse.

I prestationsdelen kan regionerna erhålla medel för antingen hög måluppfyllelse eller förbättring jämfört det egna resultatet föregående år. I prestationsdelen finns dels mätningar om måluppfyllelse för 60 dagar vilket kan driva på arbetet att klara vårdgarantins yttersta gräns om 90 dagar för besök respektive operation eller annan åtgärd, dels en prestationsdel för att arbeta bort långväntarna. Utredningen menar att detta kan vara ett sätt att stegvis nå målet att alla patienter ska hanteras inom vårdgarantins ram, men vill betona vikten av produktions- och kapacitetsplanering för att säkerställa att grundproblemet med för låg produktion i förhållande till inflödet löses. Hittills har inte prestationsersättning lett till någon långvarig lösning på väntetidsproblemen, se kapitel 3.

I överenskommelsen anges också att uppföljning i högre grad ska fokusera på resultat och måluppfyllelse och mindre på process. Dels ska regionerna i handlingsplanen beskriva sin egen uppföljning för att nå sina mål, dels vilka åtgärder som behöver vidtas om uppsatta mål inte nås. De regionala handlingsplanerna ska utgöra grunden för dialog mellan staten och regionerna för att följa upp tillgänglighetsarbetet.

[12] *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*
[13] *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

8.6.2 Myndighetsuppdrag om fördjupad uppföljning

Regeringen har 17 mars 2022 givit Socialstyrelsen i uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, med fokus på väntetider och vårdköer. Socialstyrelsen ska inledningsvis ta fram en plan för arbetet, beskriva hur uppföljning av regionernas handlingsplaner ska ske och hur det ska ligga till grund för årlig dialog mellan region och myndighet. Årliga dialoger ska starta senast 2023.

I Socialstyrelsens uppdrag ingår att sammanställa regionernas handlingsplaner och redovisningar i enlighet med ingångna överenskommelser. Utredningen anser att det är av största vikt att arbetet med att stödja regionala handlingsplaner fortsätter som en naturlig del kopplad till Socialstyrelsens uppdrag. Den regelbundna, långsiktiga och systematiska uppföljningen ska följas av dialog för att stimulera till lärande och utveckling. Utredningen menar att det är viktigt att återkoppling och dialog sker från en grupp med högt förtroende och hög legitimitet i vården. I delbetänkandet ger utredningen exempel på vilka kompetenser som skulle kunna ingå i grupp för återkoppling och dialog. I gruppen kan exempelvis linjechef med erfarenhet av väntetidsarbete, person med kunskap och erfarenhet från genomförande av produktions- och kapacitetsplanering, kliniskt verksam person med erfarenhet av arbete i nationellt programområde och person med erfarenhet av regional organisation, styrnings- och ledningsfrågor ingå.

Utredningen anser att det är viktigt att Socialstyrelsen som underlag för uppföljning och dialog sammanställer olika myndigheters uppföljningar samt regionernas nulägesrapporter och årsrapporter gällande överenskommelser om tillgänglighet. I uppföljningen bör om möjligt patienters erfarenheter och upplevelser av vården i aktuell region ingå. De beskrivna underlagen bör tillsammans kunna ge en detaljerad bild av resultatet av varje regions tillgänglighetsarbete under året samt om regionen nått uppsatta mål.

Utredningen bedömer att uthållighet i arbetet med regionala handlingsplaner och en vässad uppföljning från statens sida efterföljt av årlig dialog med varje region kring utvecklingen av tillgänglighet är en viktig komponent i att komma till rätta med väntetider och köer. Detta bör göras samtidigt som erfarenheterna från pandemin, med bland annat det nära ledarskapet, satsningen på kärnverksamhet och

samverkan mellan olika enheter, tas tillvara vilket beskrivs i betänkandets inledning *Utredaren har ordet*.

9 Andra överväganden

I detta kapitel beskriver utredningen vissa övergripande överväganden som har gjorts kring frågor på tre skilda områden. Utredningen menar att de frågor som tas upp i kapitlet har beröringspunkter med frågan om tillgänglig vård på olika sätt och att de är viktiga att kort belysa i detta betänkande. De områden som berörs är hanteringen av intyg i hälso- och sjukvården, uppföljningen av patienter med adhd i behov av narkotikaklassade läkemedel samt valfrihet inom den slutna vården. Gällande hanteringen av intyg i hälso- och sjukvården lämnar utredningen en bedömning.

9.1 Överväganden avseende intygshanteringen i hälso- och sjukvården

9.1.1 Bakgrund

Intygsskrivning är ett område som ofta lyfts av läkarkåren som onödigt tidskrävande. I dag utfärdas över 200 olika typer av intyg inom hälso- och sjukvården.[1] Det intyg som det utfärdas flest av är läkarintyget för sjukpenning, vilket det utfärdas cirka två miljoner av per år. Det har beräknats att hälso- och sjukvårdens medarbetare lägger ner i storleksordningen tre miljoner arbetstimmar varje år på intygshantering. En grov uppskattning av lönekostnaden har gjorts till drygt två miljarder kronor per år. Till detta kommer de kostnader som belastar intygsmottagare och dess handläggare, samt förvaltning, underhåll och utveckling av olika intygstjänster.[2]

Viss utveckling har skett för att effektivisera hälso- och sjukvårdens arbete med intyg. Delar av det arbetet och vissa förslag och bedömningar som tidigare har lämnats på området beskrivs nedan.

[1] Inera. 2020. *Intygstjänster 2020*.
[2] E-hälsomyndigheten. 2020. *Elektroniska läkarintyg, en förstudie*.

Förslag om myndighetsöverskridande arbete i *Effektiv vård*

En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14) gjorde i sitt slutbetänkande *Effektiv vård* (SOU 2016:2) gällande att det finns många omotiverade rättsliga krav på att just läkare ska upprätta vissa intyg. I betänkandet föreslogs att det skulle utredas i vilken utsträckning den rättsliga regleringen kan göras professionsneutral.[3] I betänkandet gjordes även gällande att vården får ägna för mycket tid åt många intyg. För att komma till rätta med detta förslog utredningen att regeringen skulle initiera ett myndighetsöverskridande arbete med syfte att samordna och begränsa kraven på intyg som berörda myndigheter ställer.[4] I förslaget ingick också att se över förutsättningarna för att inkludera kommunerna, som mottagare av intyg, i arbetet.[5]

Bedömningar om intygshantering i *God och nära vård – En primärvårdsreform*

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) konstaterade i sitt betänkande *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39) att flera myndigheter sett över sina intygskrav efter att förslag hade lämnats i *Effektiv vård* och att det under våren 2018 bedrevs omfattande arbete på flera håll för att bland annat utveckla vårdens roll i sjukförsäkringsprocessen.[6]

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård lämnade flera bedömningar rörande intyg. Den utredningen bedömde bland annat att det kan finnas anledning att se över om förutsättningarna för en mer professionsneutral reglering finns på förordningsnivå i vissa fall samt att kommuner bör se över i vilken utsträckning kompetenskrav vid utfärdande av intyg i lokala tillämpningsföreskrifter kan göras mer professionsneutrala. Den utredningen bedömde också att verksamhetschefer inom vården bör säkerställa att det finns tydliga riktlinjer om intygshantering. Regeringen bör enligt den utredningen ge berörda myndigheter i uppdrag att se över om deras krav på intyg är ändamålsenliga samt att de vidtar nödvändiga åtgärder för att underlätta vårdens hantering av intyg. Kommunerna bedöm-

[3] SOU 2016:2. *Effektiv vård*, s. 503.
[4] SOU 2016:2. *Effektiv vård*, s. 584 f.
[5] SOU 2016:2. *Effektiv vård*, s. 584 f.
[6] SOU 2018:39. *God och nära vård – En primärvårdsreform*, s. 242.

des också behöva se över sina behov av intyg från vården. Slutligen bedömde den utredningen att regioner och kommuner bör samordna sin intygshantering i syfte att skapa en god och jämlik intygshantering i hela landet.[7]

Arbete kring intyg vid Försäkringskassan

Försäkringskassan har sedan flera år tillbaka bedrivit utvecklingsarbete rörande intyg från hälso- och sjukvården på olika sätt. 2009 startade arbetet för att göra det möjligt att skicka läkarintyg elektroniskt från hälso- och sjukvården till Försäkringskassan. Av Försäkringskassans 20-tal intyg finns fyra av dem elektroniskt. Denna siffra är oförändrad sedan 2017.[8]

Försäkringskassan har för närvarande ett pågående projekt tillsammans med branchorganisationen Sveriges företagshälsor med målet att förenkla läkarintyg för sjukskrivning.[9]

Socialstyrelsens insatser gällande intyg och försäkringsmedicin

Socialstyrelsen har bedrivit arbete i frågor om intygshantering och försäkringsmedicin inom vården på flera sätt. Socialstyrelsen utfärdade 2018 nya föreskrifter om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2018:54). Socialstyrelsen har digitaliserat sitt försäkringsmedicinska beslutsstöd så att det sedan 2016 finns integrerat i systemet för intygsutfärdande *Webcert* och ger läkare bland annat rekommendationer om sjukskrivningstider. Tillsammans med Inera har Socialstyrelsen utvecklat ett ifyllnadsstöd till läkare för att beskriva funktionsnedsättningar och aktivitetsbegränsningar baserat på internationell klassifikation för funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, vilken driftsattes 2019.[10]

---

[7] SOU 2018:39. *God och nära vård – En primärvårdsreform*, s. 407 ff.
[8] Försäkringskassan. *Medicinska underlag och blanketter.* www.forsakringskassan.se/halso-och-sjukvarden/medicinska-underlag-och-blanketter, uttag 2022-03-18. Även möte med representanter för Försäkringskassan, 16 december 2021, samt Inera. 2020. *Intygstjänster 2020*.
[9] Pagels, S. *Sjukintyg kan förenklas med diagnoskod direkt ur journalen*. Dagens Medicin. 16 februari 2022. www.dagensmedicin.se/arbetsliv/arbetsmiljo/sjukintyg-kan-forenklas-med-diagnoskod-direkt-ur-journalen/, uttag 2022-03-18.
[10] Socialstyrelsen. 2020. *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess – Slutredovisning av Socialstyrelsens utvecklingsinsatser inom överenskommelsen mellan staten och SKR.*

År 2020 beslutade Socialstyrelsen om en strategisk plan för hur myndighetens stöd inom området försäkringsmedicin kan utvecklas.[11] Under 2020 publicerades också en informationsspecifikation för tre vårdintyg och två intyg gällande godmanskap och förvaltarskap.[12] Under 2021 utvecklades informationsspecifikationer för ytterligare åtta digitaliserade intyg samt generella modeller gällande intyg togs fram. Informationsspecifikationerna och modellerna är enligt Socialstyrelsen användbara för att skapa förutsättningar för en strukturerad och enhetlig dokumentation i hälso- och sjukvården, för att kommunicera intyg elektroniskt samt vara ett stöd vid intygsutfärdandet genom att möjliggöra förifyllnad av intygsformulär eller översikter av en patients journalinformation som är av betydelse för att besvara en intygsfråga.[13]

Socialstyrelsen arbetar för närvarande med ett kunskapsstöd gällande försäkringsmedicin inom framför allt sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.[14]

Utvecklingsarbete hos Sveriges Kommuner och Regioner

År 2006 slöt staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) den första överenskommelsen kallad *Sjukskrivningsmiljarden*.[15] Därefter har det fram till och med 2020 funnits överenskommelser kring sjukskrivning och rehabilitering med uppdrag kring intygsprocessen, framför allt gällande läkarintyg för sjukpenning. Enligt SKR har utvecklingsarbetet med digitala intyg och stödtjänster underlättat intygsutfärdandet och överföringen av läkarintyg och kommunikation med Försäkringskassan. Sjukvårdens ärenden kan nu följas mer systematiskt i tjänsterna *Intygsstatistik* och *Rehabstöd*, vilket stödjer processen för patient och hälsoprofessioner.[16]

Under 2017 pågick ett utvecklingsarbete inom SKR om vårdens intyg där det ingick att i samverkan med Arbetsförmedlingen se över

[11] Socialstyrelsen. 2020. *Utvecklingsplan för försäkringsmedicin.*
[12] Socialstyrelsen. 2020. *Informationsspecifikation för intyg 2020.*
[13] Socialstyrelsen. 2021. *Informationsstruktur för intyg*.
[14] Socialstyrelsen. 2021. *Förstudie av innehållsmässig och digital utveckling av de övergripande principerna, FMB*.
[15] SKR. 2013. *Sjukskrivningsmiljarden 2013 – Vad innebär den nationella överenskommelsen?*
[16] SKR. *Överenskommelser om sjukskrivning och rehabilitering upphör.* www.skr.se/skr/halsasjukvard/forsakringsmedicin/nyheterforsakringsmedicin/arkivforsakringsmedicin/overenskommelseromsjukskrivningochrehabiliteringupphor.53534.html, uttag 2022-03-18.

Arbetsförmedlingens behov av intyg. I utvecklingsarbetet ingick även att kartlägga kommunernas begäran om intyg och medicinska underlag. Målet med uppdraget var att kvalitetssäkra och effektivisera förfrågningar om medicinskt underlag som ställs till hälso- och sjukvården av olika aktörer. Där det var möjligt skulle begäran om medicinska underlag minska. Samordning och samverkan skulle förbättras på nationell och regional nivå ur ett verksamhets-, ekonomiskt och juridiskt perspektiv. Ett långsiktigt mål var även att möjliggöra digitalisering inom ramen för det nationella arbetet kring informationsutbyte. Det beskrivna utvecklingsarbetet var en del i en årlig överenskommelse mellan staten och SKR.[17]

Ineras intygstjänst

Enligt Inera har arbete pågått sedan 2009 med att utveckla intygshanteringen. Under 2011 började regionerna skicka elektroniska läkarintyg till Försäkringskassan som en del av utvecklingsarbetet i sjukskrivningsmiljarden.[18] Ineras arbete på området har framför allt handlat om utveckling av webbapplikationer. Det övergripande målet för 2020 var att slutföra, kvalitetssäkra och vidareutveckla de digitala tjänster som hittills hade utvecklats inom överenskommelsen mellan staten och SKR om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.[19]

Inera erbjuder i dag mot ersättning *Intygstjänster* som består av flera tjänster som tillsammans digitaliserar hanteringen av intyg mellan vård, myndigheter och invånare. Intygstjänster erbjuds till regioner, statliga myndigheter, kommuner och privata vårdgivare, både med och utan offentlig finansiering. Statliga myndigheter kan ansluta som intygsmottagare. I dagsläget är Försäkringskassan, Transportstyrelsen, Skatteverket och Socialstyrelsen anslutna. I *Webcert* (portal, webbapplikation) kan vårdpersonal skapa digitala intyg för bland annat sjukpenning. Intygen lagras i en databas som tjänsterna *Mina intyg*, *Rehabstöd* och *Intygsstatistik* hämtar information från, så att invånare, vårdpersonal och myndigheter kan ta del av intygen på

[17] SOU 2018:39. *God och nära vård – En primärvårdsreform*, s. 253.
[18] SKR. 2013. *Sjukskrivningsmiljarden 2013 – Vad innebär den nationella överenskommelsen?*
[19] Inera. 2020. *Intygstjänster* 2020.

olika sätt. Ersättningen för anslutning till tjänsten finansierar Ineras förvaltning av *Intygstjänster*.[20]

I slutrapporten från Inera gällande intygstjänster från december 2020 skrivs bland annat följande:

> Med den infrastruktur som är framtagen av SKR och Inera finns stora möjligheter att snabbt digitalisera och samordna intygsutfärdandet i hälso- och sjukvården. En nationell infrastruktur ger också nya möjligheter till analys och verksamhetsutveckling som får ett nationellt genomslag. Sammantaget leder detta till ett effektivare intygsutfärdande och positiva effekter hos inblandade myndigheter.
>
> Effektivisering erhålls bland annat genom att sträva mot en så enhetlig hantering av intyg som möjligt samt att de frågeformuleringar som återkommer mellan intyg och mellan myndigheter ses över och blir så liktydiga som möjligt när de efterfrågar samma information. För att detta ska lyckas krävs en myndighetsgemensam styrning där stat och regioner kan möjliggöra den effektiviseringspotential som finns, ett behov som också har uttrycks i flera nationella utredningar de senaste åren.
>
> Vi ser även stora möjligheter till effektivisering på flera andra områden, exempelvis:
>
> Förbättringar i intygets struktur för att skapa ännu bättre förutsättningar för en bra införandeprocess och förvaltning av intyg – ett behov som kommer öka med en ökad efterfrågan efter nya intygstyper.
>
> Tydliggöra vilken information som en myndighet verkligen behöver och har rätt att inhämta och vilken yrkeskompetens inom hälso- och sjukvården som bäst kan tillgodose informationsbehovet för att avlasta läkare.[21]

Uppdrag om samverkansmodell

Enligt en överenskommelse mellan staten och SKR om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess skulle SKR och Försäkringskassan, i dialog med regionerna, Myndigheten för digital förvaltning (DIGG) och övriga intressenter under 2020 utarbeta ett gemensamt förslag på en samverkansmodell för nyutveckling, förvaltning, och finansiering av tjänster för elektronisk informationsöverföring mellan regioner och Försäkringskassan.[22]

En avsiktsförklaring om samverkan skrevs mellan SKR och Försäkringskassan i juni 2021. I avsiktsförklaringen anges att det finns behov av att effektivisera redan befintligt digitalt informationsutbyte

[20] Inera. *Intygstjänster.* www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/intygstjanster/intygstjanster/, uttag 2022-03-28.
[21] Inera. 2020. *Intygstjänster 2020*.
[22] *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020*, s. 12.

kring sjukförsäkringen genom att bland annat precisera vilken medicinsk information som ska ligga till grund för beslut i sjukförsäkringsärenden och hur hälso- och sjukvården på bästa sätt kan svara mot de behoven. Där finns också behov av att digitalisera informationsutbyte kopplat till Försäkringskassans övriga försäkringsförmåner. I avsiktsförklaringen beskrivs att parterna ska ta fram en långsiktig plan för utveckling och förvaltning av digital infrastruktur för informationsutbyte samt kortsiktigt gemensamt verka för en temporär lösning som möjliggör statlig delfinansiering av Ineras *Intygstjänst*.[23]

I november 2021 lämnade Försäkringskassan en hemställan till regeringen om statlig delfinansiering av Ineras *Intygstjänster* under en period av tre år från och med 2022. Den statliga delfinansieringen skulle tillsammans med regionernas finansiering säkra förvaltning av Försäkringskassans intyg i tjänsten, bidra till en enkel och effektiv hantering av ändringar i Försäkringskassans intyg liksom driftsättning av nya intyg inom sjukförsäkringen eller andra försäkringsförmåner. I hemställan angavs att den så kallade sjukskrivningsmiljarden har finansierat utvecklingen av infrastrukturen och digitala intyg inom sjukskrivningsområdet. Året 2021 var det första året utan överenskommelse och har inneburit att Försäkringskassan finansierar kostnader för förvaltning och utveckling av myndighetens *Vårdgivartjänst*, att regionerna finansierar kostnader i sina egna it-system och att regionerna finansierar kostnader för det mest nödvändiga för att hålla *Intygstjänsterna* hos Inera i drift samt mindre uppdateringar, enligt hemställan. Det saknas enligt hemställan heltäckande finansiering för förvaltning och ny- och vidareutveckling av *Intygstjänsterna*.[24] Försäkringskassan anger som bakgrund till sin hemställan följande:

> Försäkringskassan och SKR rapporterade i december 2020, inom ramen för överenskommelsen mellan regeringen och SKR, en gemensam redovisning av ett uppdrag om att utarbeta ett gemensamt förslag på en samverkansmodell för nyutveckling, förvaltning och finansiering av tjänster för elektronisk informationsöverföring mellan regioner och Försäkringskassan.
>
> Intentionen inom uppdraget var bland annat att hantera finansiering av det digitala informationsutbytet mellan regioner och Försäkringskassan.
>
> Inom ramen för det uppdraget och fortsatt arbete därefter har Försäkringskassan utrett förutsättningarna för myndigheten att bidra till

[23] Försäkringskassan och SKR. 2021. *Avsiktsförklaring mellan Försäkringskassan och Sveriges Kommuner och Regioner om vidareutveckling av informationsutbyte*.
[24] Försäkringskassan. 2021. *Framställan om statlig delfinansiering av Intygstjänster hos Inera. Skrivelse till regeringen*.

finansieringen av Intygstjänsten. Utredningen har visat att en sådan finansiering riskerar att kringgå lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU. Försäkringskassan har därför gjort ställningstagandet att sådan finansiering inte är aktuell.[25]

Såvitt utredningen känner till är frågan om finansiering av utveckling av *Intygstjänster* samt delfinansiering av förvaltningen i skrivande stund olöst.

Förstudie om elektroniska läkarintyg

E-hälsomyndigheten gjorde under 2020 en förstudie om elektroniska läkarintyg. Förstudien syftade till att i första hand beskriva behov och utmaningar kring elektroniska medicinska intyg. Behoven beskrivs för en rad aktörer i intygsprocessen. Förstudien pekar bland annat på att intyg kan ses som informationsöverföring av redan dokumenterade data. För att kunna skapa en mer automatiserad informationsöverföring mellan hälso- och sjukvård och mottagare behöver grunddata (det vill säga det som dokumenteras i sjukvårdens informationssystem) vara strukturerad och standardiserad.[26]

En andel av de processer som i dag innebär hantering med läkarintyg skulle sannolikt kunna göras med högre grad av automatiserad informationsöverföring. I ett första steg kan detta innebära fortsatt intygsproduktion, men med högre grad av förifyllnad baserad på tidigare dokumenterade data från hälso- och sjukvårdens informationsmiljöer.[27]

Vid en effektivisering och gradvis automatisering finns sannolikt stora vinster att göra för invånare, hälso- och sjukvårdens medarbetare, samt de myndigheter och organisationer som är mottagare av läkarintyg. Det finns olika potentiella principiella tekniska lösningar som beskrivs i förstudien, för att underlätta en intygsliknande informationsöverföring i framtiden.[28]

[25] Försäkringskassan. 2021. *Framställan om statlig delfinansiering av Intygstjänster hos Inera. Skrivelse till regeringen*.
[26] E-hälsomyndigheten. 2020. *Elektroniska läkarintyg, förstudie*.
[27] E-hälsomyndigheten. 2020. *Elektroniska läkarintyg, förstudie*.
[28] E-hälsomyndigheten. 2020. *Elektroniska läkarintyg, förstudie*.

9.1.2 Utredningens bedömning

Bedömning: Regeringen bör ge en lämplig myndighet i uppdrag att följa upp det utvecklingsarbete som har 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.

9.1.3 Skäl

Intygshanteringen är förenad med stora kostnader i vården. För att få en effektiv och tillgänglig vård är det viktigt att minimera det intygsskrivande arbetet och den administration som intygsutfärdande innebär för vården. Det har framhållits av flera utredningar. Flera myndigheter har också sett över sin intygshantering, och statliga medel har finansierat utvecklingsarbete kring intygshantering vid SKR och Inera.

Samtidigt har utredningen inom ramen för sitt arbete uppmärksammat att intygshanteringen inom vården fortfarande uppfattas som omfattande och att det kan finnas utvecklingspotential när det gäller samordning och effektivisering av intygsarbetet på nationell nivå. Utredningen bedömer därför att det är angeläget att följa upp vad utvecklingsarbetet kring intygshanteringen har medfört. Utifrån resultaten av en sådan uppföljning och behov som identifieras i övrigt bör en handlingsplan tas fram som anger vilka statliga insatser som krävs för att åstadkomma en mer effektiv och sammanhållen intygshantering i hälso- och sjukvården.

Utredningen har inom ramen för sitt arbete inte haft möjlighet att genomföra en sådan uppföljning eller ta fram en handlingsplan. Däremot har utredningen uppmärksammat ett antal frågor som kan vara relevanta att beakta vid framtagandet av en sådan handlingsplan.

En fråga som utredningen bedömer är relevant att se över är om det vore möjligt och lämpligt att begränsa antalet intyg som begärs och att samordna olika myndigheters krav på bland annat utformningen av intyg. I dag arbetar oftast myndigheter var och en för sig kring de intyg de begär. Framtagande av mallar för intyg som kan

användas av flera myndigheter bör exempelvis övervägas, liksom om det går att underlätta återanvändning av lämnade uppgifter. Det skulle ligga i linje med den *Once Only-princip* som går ut på att uppgifter som en gång har lämnats till den offentliga sektorn ska kunna återanvändas.[29]

Digitalisering av intyg är ett annat område som bör ses över med ambitionen att skynda på utvecklingen. Av Försäkringskassans intyg var endast fyra digitala 2017 och antalet har därefter inte ökat. Enligt E-hälsomyndighetens förstudie om elektroniska läkarintyg finns ett antal elektroniska intyg utvecklade från andra myndigheter, men på grund av oklarheterna kring framtida förvaltning och finansiering har dessa inte driftsatts. Förstudien anger att de hittills genomförda överenskommelserna mellan regeringen och SKR har uppnått sitt syfte att stimulera utveckling av digitala intyg men lämnar kvarstående frågor kring långsiktig förvaltning och fortsatt utveckling efter överenskommelsens slut.[30]

Ett digitalt arbetssätt möjliggör också flera former av beslutsstöd som exempelvis förifyllnadsstödet som har utvecklats för ortopediska ingrepp.[31]

Utredningen har fått bilden av att det råder olika uppfattningar bland involverade aktörer i fråga om finansieringsansvaret för arbetet med att digitalisera vissa intyg inom vården. Eventuella oklarheter vad gäller finansieringsansvaret bör därför identifieras. Såvitt denna utredning känner till är exempelvis frågan om finansiering av utveckling av *Intygstjänster* samt delfinansiering av förvaltningen i skrivande stund olöst, vilket försenar arbetet med digitalisering av vårdens intyg.

Dessutom bör en bedömning ske av om kretsen hälso- och sjukvårdspersonal som utfärdar intyg kan vidgas.

För det fall det identifieras juridiska hinder för en effektiviserad intygshantering bör dessa beskrivas i rapporteringen av det föreslagna myndighetsuppdraget, för att kunna hanteras så snart som möjligt.

Utredningens bild är att exemplen ovan är centrala frågeområden att se över i syfte att effektivisera hälso- och sjukvårdens intygsarbete och därmed frigöra tid för kärnverksamheten så att bland annat väntetiderna i vården kan kortas. De insatser som föreslås i

[29] E-hälsomyndigheten. 2020. *Elektroniska läkarintyg, förstudie.*
[30] E-hälsomyndigheten. 2020. *Elektroniska läkarintyg, förstudie.*
[31] E-hälsomyndigheten. 2020. *Elektroniska läkarintyg, förstudie.*

handlingsplanen bör också skapa förutsättningar för att effektivisera för de myndigheter som begär in intyg från vården.

Utredningen bedömer att det är viktigt att samråd med vårdens medarbetare sker inom ramen för arbetet med det föreslagna myndighetsuppdraget.

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

Utredningen har under utredningsarbetet tagit emot en skrivelse från Riksförbundet Attention. Skrivelsen innehöll ett förslag om att se över begränsningen i förskrivning av läkemedel för behandling av attention-deficit/hyperactivity disorder (adhd). Förbundet menade att allmänläkare inom primärvården bör kunna ta över uppföljning och förskrivning av läkemedel till psykosocialt välfungerande adhd-patienter med en välinställd och fungerande behandling. Ändringen föreslogs åtföljas av kompetenssatsning och resursförstärkning i primärvården. Syftet med överföringen av uppföljningen och förskrivningen skulle vara att avlasta och korta väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatrin (BUP).

Förskrivningsrätten för adhd-läkemedel har varit en återkommande diskussion sedan många år. Enligt Läkemedelsverkets föreskrifter om begränsningar av förordnande och utlämning av vissa läkemedel (HSLF-FS 2017:74) (Läkemedelsverkets föreskrift) får läkemedel som innehåller narkotika och som är godkända för behandling av adhd lämnas ut från apotek endast om det förskrivits av läkare med specialistkompetens i barn- och ungdomspsykiatri, psykiatri, rättspsykiatri, neurologi eller barn- och ungdomsneurologi med habilitering (1 § Läkemedelsverkets föreskrift). Om det finns särskilda skäl kan Läkemedelsverket besluta om undantag (dispens) (6 § Läkemedelsverkets föreskrift). Förskrivningsrätten utökades till att omfatta läkare med specialistkompetens i psykiatri och rättspsykiatri i december 2008.[32] Innan dess var förskrivningsrätten begränsad till specialister inom barn- och ungdomspsykiatri och barn- och ungdomsneurologi

[32] Läkemedelsverkets föreskrifter om ändring av Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2002:7) om förordnande av narkotikaklassade läkemedel för behandling av ADHD hos barn och ungdomar (LVFS 2008:11) (upphävda).

med habilitering. Redan då fanns möjlighet till dispens.[33] Läkemedelsverkets förslag 2007 var att förskrivningsrätten skulle släppas fri, men i slutändan blev det således 2008 en viss utökad förskrivningsrätt, bland annat på grund av att risk för missbruksproblematik lyftes av remissinstanser.[34]

Ämnet aktualiserades också nyligen då Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri (SFBUP) tillsammans med Svenska Psykiatriska Föreningen och flera andra professionsföreningar lyfte frågan i en skrivelse till Läkemedelsverket. Läkemedelsverket ser dock ingen anledning i nuläget att ändra föreskriften om förskrivningsrätt av adhd-läkemedel och påpekade att läkare i primärvården i dag kan söka dispens för att skriva ut läkemedlen.[35]

Utredningen har haft ett gemensamt möte i ämnet med företrädare från delegationen, Riksförbundet Attention, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Nationella programområdet (NPO) psykisk hälsa och dess nationella arbetsgrupp för insatsområdet adhd. Vid mötet konstaterades att det i dagsläget saknas kapacitet främst i form av allmänläkare och kompetens i primärvården för att klara av att ta ansvar för och ge en god vård till patientgruppen. Diskussionen visade också att arbete återstår i implementeringen av vård- och insatsprogrammet för adhd och det är angeläget och i nuläget viktigast att primärvården fortsätter med det arbete som specificeras i programmet. Därmed menar utredningen att det i nuläget inte finns förutsättningar att föreslå ändringar gällande läkemedelsförskrivning av adhd-läkemedel. Utredningen ser dock att detta är en utveckling som kan vara aktuell på lång sikt som en del i den nära vårdens utveckling. När en omställning till nära vård kommit så långt att resurserna och kompetensen i primärvården ökat så kan frågan tas upp igen. Innan en sådan förändring av förskrivningsrätten och förskjutning av vården mellan vårdnivåer görs behöver dock frågan utredas vidare för att avväga fördelar mot nackdelar, däribland risken för ökad missbruksproblematik.

[33] Läkemedelsverkets föreskrifter om förordnande av narkotikaklassade läkemedel för behandling av ADHD hos barn och ungdomar (LVFS 2002:7) (upphävda).
[34] *Läkartidningen*. 2021. Läkare på BUP efterlyser avlastning från primärvården. 23–24/2021.
[35] *Läkartidningen*. 2021. Läkare på BUP efterlyser avlastning från primärvården. 23–24/2021.

9.3 Överväganden avseende valfrihet i sluten vård

Utredningen har haft som en utgångspunkt för sitt arbete att verka för ökad tillgänglighet genom att stärka patientens ställning.

Vid sidan om bland annat vårdgarantin har valfrihet för patienter i öppen vård varit ett sätt att genom lagstiftning stärka patientens ställning och öka tillgängligheten för patienten.

9.3.1 Valfrihet i öppen vård är lagstadgad

Sedan den 1 januari 2015 finns en lagstadgad möjlighet för en patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård att inom eller utom denna region välja utförare av offentligt finansierad öppen vård (9 kap. 1 § patientlagen [2014:821]). Syftet med att införa den möjligheten var att stärka patientens ställning genom att ge inflytande över vården och möjligheten att utifrån egna behov och önskemål välja utförare i hemregionen eller i annan region (så kallad utomlänsvård).[36] En patients hemregion ersätter utomlänsvård när patienten själv väljer sådan, förutsatt att eventuella remisskrav från hemregionen har iakttagits (8 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30], HSL). Patienten svarar själv för merkostnader, för till exempel resor och uppehälle, som patienten får i samband med öppen vård som baserar sig på den lagstadgade valfriheten i en annan region.[37]

9.3.2 Valfrihet i sluten vård är inte reglerad

Lagstiftningen om valfrihet i hälso- och sjukvården omfattar enbart öppen vård, men i förarbetena till den lagstiftningen ingick överväganden om huruvida även den slutna vården skulle omfattas.

I samband med regleringen av valfrihet i den öppna vården fanns remissinstanser som ansåg att även den slutna vården skulle ingå i den valfrihetsreglering som föreslogs för den öppna vården.

I förarbetena till lagstiftningen om valfrihet i öppen vård framgår flera skäl till att lagen inte skulle omfatta den slutna vården. Det övervägdes både i delbetänkandet *Patientlag* (SOU 2013:2) och i propositionen med samma titel. Men slutsatsen var att en sådan ordning

[36] Prop. 2013/14:106. *Patientlag*, s. 83.
[37] Prop. 2013/14:106. *Patientlag*, s. 89.

inte vore lämplig. Anledningarna till det var att det beskrevs som viktigt att beakta att den slutna vården är dyrare än den öppna vården, platserna är begränsade och vårdepisoderna är längre. Sjukhusvård med den avancerade tekniska utrustningen, den personal och de lokaler som krävs för verksamheten beskrevs som kostsam. Slutenvårdens höga specialiseringsgrad angavs medföra att det finns större anledning för regionerna att vilja behålla kontrollen över resurser och kompetens för att på så sätt kunna skapa långsiktiga planeringsförutsättningar.[38]

Samtidigt som regeringen landade i att den nationella valfriheten skulle avgränsas till den öppna vården, påpekade regeringen att det är viktigt att patienternas önskemål får ett stort utrymme även inom den slutna vården. Regeringen framhöll att regionerna har vissa förutsättningar att beakta patientens önskemål om utförare även inom den slutna vården genom riksavtalet för utomlänsvård. I riksavtalet ingår en rekommendation från SKR om att regionerna bör erbjuda valfrihet även i slutenvården.[39]

9.3.3 Utredningens överväganden om valfrihet i sluten vård

Efter en översiktlig genomgång av detta område har utredningen övervägt om det skulle vara värdeskapande för patienterna att utredningen fortsätter utreda valfrihet i slutenvård som en metod för att korta väntetiderna. Utredningen menar att valfrihet i sluten vård skulle kunna stärka patientens ställning och till viss del öka tillgängligheten i vården men anser att mycket talar emot att utredningen ska lämna ett sådant förslag. Utredningen ser positivt på ökad valfrihet för patienterna. Utredningen bedömer dock att valfrihet i sluten vård är en fråga om valfrihet för patienter som i dag får vård *inom* vårdgarantins gränser och inte en faktor som i någon nämnvärd omfattning kommer att påverka köer och väntetider i vården. Utredningen har i stället arbetat med olika bedömningar och förslag som, i fråga om flera delar av vårdgarantin, ska stärka patientens möjligheter att få vård hos annan vårdgivare inom vårdgarantins gränser om patientens vårdgivare inte kan ge vård inom vårdgarantins gränser, se kapitel 4, avsnitt 4.4.13.

[38] SOU 2013:2. *Patientlag* och prop. 2013/14:106. *Patientlag*, s. 84–85.
[39] Prop. 2013/14:106. *Patientlag*, s. 85.

Utredningen har därmed av nedanstående anledningar valt att inte utreda frågan ytterligare eller lämna förslag om valfrihet i sluten vård.

Regionerna kan erbjuda valfrihet i sluten vård redan i dag

Regionerna kan teckna avtal med varandra om möjligheter för patienterna att välja även sluten vård i de regioner som avtalet omfattas av. Om och i vilken utsträckning sådana avtal finns har utredningen inte kännedom om.

I Riksavtalet för utomlänsvård finns bestämmelser om vad som gäller när en person får vård utanför sin hemregion. I riksavtalet finns en rekommendation från styrelsen i SKR om valfrihet i sluten vård inom länssjukvården som lyder:

> Patienten ska erbjudas möjlighet att i andra landsting välja att få sin behandling i sluten vård vid sjukhus inom länssjukvården, efter det att behovet har fastställts i hemlandstinget.[40]

I vilken utsträckning denna rekommendation har följts har utredningen inte funnit någon information om med undantag för Västra Götalandsregionen. De erbjuder inte valfrihet i sluten vård, men om patienten efterfrågar det försöker regionen tillgodose patientens önskemål även för sluten vård, inte bara i länssjukvård utan även för högspecialiserad vård. Det har framförts att rekommendationen om sluten vård inte används i någon nämnvärd utsträckning vid olika möten utredningen haft.

Redan i dag har regionerna alltså möjlighet att erbjuda patienten valfrihet i den slutna vården, vilket också rekommenderas i riksavtalet. Utredningen anser att regionerna bör följa rekommendationen om att erbjuda patienten valfrihet i sluten vård.

Patientflöden över regiongränserna har påverkats marginellt

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft i uppdrag att följa upp patientlagens genomslag ur patientens perspektiv. I den senaste rapporten *En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag med fördjupning av valfrihet* lyfter myndigheten fram

[40] SKR.2014. *Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer – med giltighet från och med den 1 januari 2015.*

att patienter uppskattar att kunna välja vårdgivare. Närhet till vårdgivaren är den faktor som har störst påverkan på val, särskilt i primärvård. Valfriheten nyttjas mer av yngre patienter och socioekonomiskt starka grupper. De flesta patienter i undersökningen svarar att de inte valt mellan olika vårdgivare och uppger att de inte har haft behov av att välja, särskilt när det gäller specialiserad vård i annan region. Men de lyfter också andra faktorer som att det är svårt att avgöra vad som skiljer vårdgivare åt, eller att det inte finns något att välja mellan eller att de inte kände till möjligheten.[41]

Myndighetens analyser av registerdata visar att möjligheten att välja vårdgivare inte märkbart har påverkat de fysiska patientflödena mellan regioner över tid. Den digitala utomlänsvården har dock ökat markant och används särskilt av yngre kvinnor, storstadsbor och socioekonomiskt starka grupper.[42]

Myndighetens analys av valfrihetens konsekvenser visar att bristfälligt reglerade valfrihetssystem också innebär en risk för mer ojämlik vård. Myndigheten menar att valfrihet i kombination med ökad konkurrens mellan vårdgivare, kan ha positiva effekter på tillgänglighet och i vissa fall kvalitet, sett till patientnöjdhet och hälsoutfall. Men samtidigt tycks den ökade tillgängligheten framför allt gynna socioekonomiskt starka grupper samt patienter med relativt lättare hälsobesvär. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys menar också att det behövs mer kunskap om valfrihetens konsekvenser.[43]

Myndigheten menar även att lagstiftning inte är tillräckligt för att stärka patientens ställning utan det behövs en samlad styrstrategi och insatser som kompletterar och stödjer intentionerna i patientlagen. Tre delar för strategin lyfts fram; ansvaret för lagens efterlevnad behöver förtydligas med normering och prioritering av resurser, det behövs en förstärkt uppföljning med fokus på lärande och det behövs tydligare incitament och ansvarsutkrävande. Myndigheten lämnar även förslag till åtgärder för regioner, kommuner och staten. Bland annat att huvudmän och vårdgivare bör ge tydligare information till patienter om de valmöjligheter som finns, samt stödja och vägleda patienter i att göra sina val, stärkta förutsättningar för uppföljning och kunskapsutveckling samt att regionerna bör beakta risk för mål-

[41] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag med fördjupning av valfrihet*, rapport 2021:10.
[42] Ibid.
[43] Ibid.

konflikter som kan uppstå vid valfrihet när de organiserar och styr vården.[44]

Nyttjandet av valfrihet i öppen vård och dess kostnad är okänd och följs inte upp nationellt

Utredningens bedömning är att ett viktigt underlag för ställningstagande till om valfrihet även bör omfatta den slutna vården är kunskap om förändringar i patientflöden som valfrihet i den öppna vården gett upphov till och vilka de ekonomiska konsekvenserna för regionerna blivit. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har valfriheten inte märkbart påverkat de fysiska patientflödena mellan regionerna sedan lagen infördes, vilket utredningen menar kan tyda på att kostnaderna inte blivit så stora, med undantag för digital utomlänsvård.

I de patientflöden som finns mellan regioner behöver man kunna skilja på utomlänsvård som getts med anledning av valfriheten och annan planerad och akut utomlänsvård. För att kunna beräkna kostnaderna för vård som getts på grund av att patienten nyttjat valfriheten behöver hemregionens kostnader för om hemregionen gett motsvarande vård dras ifrån kostnaden för given utomlänsvård för att få en rättvisande bild.

Utredningen har utgått från att de val patienten gör inom sin egen region rimligtvis inte påverkar regionens kostnader. Utredningen har frågat SKR och några regioner om kostnader för utomlänsvård till följd av valfrihet av vård i andra regioner. Det har visat sig svårt att få fram preciserade kostnader för utomlänsvård relaterat till valfrihet på grund av att det inte följs upp specificerat. Utredningen har därmed dragit slutsatsen att kostnaderna bedömts som obetydliga av regionerna. Även den obetydliga förändringen av patientflöden som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys redovisat talar för att kostnaderna är obetydliga.

Av förarbetena till regleringen gällande nationell valfrihet i öppenvården framgår att det är den enskilde patientens medicinska behov som ska vara avgörande för om öppen vård ska erbjudas i en annan region än den region där patienten är hemmahörande. Det innebär enligt regeringen rimligen att patientens hemregion ändå skulle fått

[44] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag med fördjupning av valfrihet*, rapport 2021:10.

bekosta vård för patienten. Enligt regeringen fick därför förslaget i allt väsentligt betecknas som ett ”nollsummespel” där regioner tar emot patienter från andra regioner, vilket genererar en intäkt för regionen, och bekostar öppen vård i andra regioner för patienter som valt att få sin vård där. Regeringen menade att det inte fanns något som talade för att patienter, som en direkt följd av förslaget, i så mycket högre grad än vad som skedde innan införandet av nationell valfrihet i öppenvården skulle resa till andra regioner i syfte att erhålla vård.[45]

Antal fakturaposter köpt vård i Västra Götalandsregionen

Två regioner har kunnat bistå utredningen med att ta fram uppgifter om köpt vård till följd av valfrihet. Den ena är Västra Götalandsregionen som lämnat uppgifter om antalet fakturaposter. Den andra är Region Östergötland som lämnat uppgifter om antalet utomlänsremisser, se nästa stycke.

Västra Götalandsregionen definierar valfrihetsvård som planerad vård som patienten valt att få hos offentligt driven vårdgivare med annan huvudman än Västra Götalandsregionen eller offentligt finansierad vård utförd av privata vårdgivare som har avtal med annan region än Västra Götalandsregionen.

Valfrihetsvård gäller all öppenvård inklusive dagkirurgi, regionalt högspecialiserad vård och nationell högspecialiserad vård hos offentliga vårdgivare och hos privata vårdgivare som har avtal med annan region än Västra Götalandsregionen. Slutenvård omfattas i den mån patienter efterfrågat detta, men då krävs betalningsförbindelse (undantaget är viss slutenvård i Region Halland).

Regionen har lämnat information om antal fakturaposter (bör kunna likställas med antal patienter) bokade på 2021 som fakturerats från andra regioner, dock saknas litet antal för senare delen av december. Vården är utförd 2021 eller tidigare. Uppgifterna gäller för personer som är folkbokförda i regionen, exklusive personer med skyddade personuppgifter.

Till största delen utgörs valfrihetsvården av öppen vård. Av all köpt vård utgör 27 procent valfrihetsvård, sett till antalet fakturaposter.

[45] Prop. 2013/14:106. *Patientlag,* s. 107.

Totalt var det 1 137 fakturerade poster för sluten vård, flest från Region Halland med 967 och Region Värmland med 126, övriga 17 från Region Stockholm. De medicinska vårdområden som köpt slutenvård under år 2021 var i storleksordning; förlossningsvård, internmedicinsk vård, ortopedisk vård, allmänpsykiatrisk vård vuxna, kirurgisk vård, urologisk vård, psykiatrisk specialvård, gynekologisk vård, barn- och ungdomsmedicin, öron- näs- och halssjukvård, barn- och ungdomspsykiatrisk vård samt infektionssjukvård.[46]

Uppgifter om utomlänsremisser från Region Östergötland

Utredningen har även fått uppgifter från Region Östergötland om antalet remisser för valfri öppen vård. På utomlänsremisserna i Region Östergötlands system *Köpt utomlänsvård* (KUL) markeras om det är vård efter initiativ från hemlandstinget, vårdgaranti, akutvård eller patientens val. Under perioden 2019 – del av 2021 var det i Region Östergötland endast 140 valfrihetsremisser totalt för öppen och sluten vård och dagvård utomläns.[47]

Kostnader för köp av sluten vård från andra regioner

Om patientflödena skulle förändras på samma sätt som för öppen vård vid ett införande av valfrihet i slutenvård så skulle troligen kostnaderna påverkas på samma försumbara sätt, trots att sluten vården är dyrare per patient. Detta eftersom kostnaderna för vården i hemregionen bör dras av i bedömningen av merkostnaderna.

De kostnader som utredningen kunnat få fram om köp av sluten vård är hämtade från SCB:s statistik och tabellen *Regionernas köp och försäljning av verksamhet efter verksamhetsområde, år 2012–2020*. Totalt köpte regionerna hälso- och sjukvård för 13 126 miljoner kronor. Regionernas köp av sluten vård utgör inom psykiatri 741 miljoner kronor och inom den somatiska vården 6 716 miljoner kronor år 2020. För den slutna vården uppger SKR att kostnaderna fram-

[46] Underlag från Västra Götalandsregionen.
[47] Underlag från kontakt med ekonomiansvariga personer i Region Östergötland.

för allt gäller högspecialiserad vård vid universitetssjukhusen[48]. Som visas av tabellen ökar kostnaderna för köp av sluten vård över tid, vilket kan bero på att andelen högspecialiserad vård eller kostnaderna för den högspecialiserade vården ökar.

Tabell 9.1 Regionernas köp av sluten vård från regioner per år, totalt i riket

Rikstotalen exklusive Region Gotland, i miljoner kronor

Specialiserad sluten vård	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Somatisk sluten vård	5 435	5 323	5 601	5 975	6 067	6 240	6 529	6 942	6 716
Psykiatrisk sluten vård	486	464	422	448	473	614	594	630	741

Källa: SCB.

Motiven för att inte införa valfrihet i slutenvård kvarstår

Utredningen har översiktligt tittat på vad som kan ha förändrats sedan tillkomsten av den lagstadgade möjligheten till valfrihet inom den öppna vården och menar att de motiv som regeringen framförde för att inte lagstadga valfrihet i sluten vård fortfarande håller;

- När det gäller argumenten för att den slutna vården är dyrare än den öppna vården på grund av avancerad teknisk utrustning, den personal som krävs och lokaler – det gäller alltjämt. Det är dessutom så att kostnaderna för den slutna vården ökar trots att allt färre patienter per 100 000 invånare ges åtgärder i sluten vård, vilket utredningen menar skulle kunna tala för att värna regionernas planeringsförutsättningar än mer i dag än vad som var fallet vid tiden för lagstiftningen om valfrihet i öppen vård.
- Den medicinska utvecklingen kan leda till alltmer specialiserad och resurskrävande vård när behandlingar eller åtgärder införs som inte tidigare kunnat utföras i vården, vilket skulle tala för att regionernas planeringsförutsättningar försvåras om det råder valfrihet till den vården.
- Det är begränsat antal vårdplatser – det gäller alltjämt, det är långa väntetider och få vårdplatser i Sverige.

[48] SKR. *Tabeller till sektorn i siffror.* https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/sektornisiffror/tabellertillsektornisiffror.35770.html. *Och SCB.2022.* Statistikdatabas *Regionernas köp och försäljning av verksamhet efter verksamhetsområde. År 2012–2020.* www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__OE__OE0107__OE0107D/ForsaljVerksamh/.

- Den höga specialiseringsgraden angavs som anledning för regionerna att behålla kontrollen över resurser och kompetens för att på så sätt kunna skapa långsiktiga planeringsförutsättningar – det kan gälla fortfarande särskilt som kostnaderna för den slutna vården ökar över tid. Det pågår en utveckling av koncentration av nationellt högspecialiserad vård som innebär att den mest specialiserade vården ges på få ställen i landet. Det påverkar planeringsförutsättningarna för regionerna som antingen driver sådan vård eller betalar andra regioner för sådan vård.

Regionerna bör utveckla vårdgarantiremittering

De patienter som i dag inte kan få sitt besök eller sin behandling i den specialiserade vården inom vårdgarantin ska hjälpas till annan vårdgivare av ansvarig region. Detta ska ske utan extra kostnad för patienten, (9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen).

Utredningen anser att regionerna bör förbättra såväl informationen till patienten om gällande regler som hjälpen till patienterna att få vård av en annan vårdgivare. Detta kan till exempel åstadkommas genom inrättande av vårdlotsar eller vårdserviceenheter samt genom att sluta ytterligare avtal med andra utförare. Utredningen föreslog i delbetänkandet *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategiskt och i samverkan* ett uppdrag till Socialstyrelsen om kunskapshöjande insatser avseende regionernas ansvar och patientens möjligheter i enlighet med den lagstadgade vårdgarantin. Insatserna ska omfatta en bred målgrupp inkluderande patientorganisationer och vårdens medarbetare. Utredningen har också föreslagit ytterligare utredning om ett vårdsöksystem.[49] Regeringen beslutade i mars 2022 att ge E-hälsomyndigheten i uppdrag att göra en förstudie för ett nationellt vårdsöksystem. Systemet ska i realtid kunna visa var ledig kapacitet finns och avtalsvillkor för att nyttja ledig kapacitet.[50] Till detta kommer att arbetet med produktions- och kapacitetsplanering måste öka för att korta väntetiderna. Regeringen avsatte 2 miljarder kronor i januari 2022 till regionerna för insatser som omfattar produktions-

[49] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategiskt och i samverkan*, s. 184.
[50] Regeringsbeslut S2022/01372. *Uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas*.

och kapacitetsplanering.[51] Socialstyrelsen fick i mars 2022 i uppdrag av regeringen att stödja regionernas arbete med produktions- och kapacitetsplanering.[52]

Utredningen lämnar i kapitel 4 bland annat förslag om att patienten ska få information inom 14 dagar om tidpunkten för viss vård, se kapitel 4, avsnitt 4.4.8 och 4.4.15. För att regionen ska kunna ge informationen inom den tiden krävs god planering och framförhållning. Om information om tidpunkten för vården inte kan lämnas inom 14 dagar ska regionen se till att patienten får vården hos en annan vårdgivare inom vårdgarantins tidsgräns, se kapitel 4, avsnitt 4.4.13. Om patienten själv hittar en ledig tid hos annan vårdgivare bör regionen se positivt på detta.

Utredningen menar att med de föreslagna förändringarna av vårdgarantin så kommer de patienter som inte beräknas få vård inom de yttersta tidsgränserna att i praktiken ha möjlighet till vård hos andra vårdgivare. Detta gäller redan i dag, men utredningen lämnar förslag som syftar till att stärka patientens ställning och ge förutsättningar för att det faktiskt sker i praktiken.

En valfrihet gällande sluten vård skulle därmed i praktiken handla om de patienter som i dag får vård *inom* vårdgarantins gränser. Det skulle därmed bli mer av en ren valfrihetsfråga än en fråga om att korta väntetider i vården.

Utredningen menar att om regionen ser till att patienten får vård inom vårdgarantins tidsgränser hos patientens vårdgivare eller annan vårdgivare skulle det påverka tillgängligheten mer än om det infördes en valfrihet i den slutna vården.

[51] Regeringsbeslut S2022/00456. *Uppdrag att fördela medel till regionerna för hantering av de uppdämda vårdbehoven.*
[52] Regeringsbeslut S2022/01373. *Uppdrag att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt lämna förslag på målvärden för antalet vårdplatser.*

10 Konsekvensbeskrivningar

Kapitlet inleds med en sammanfattande beskrivning av utredningens finansieringsförslag. Därefter följer avsnitt om förslagens och bedömningarnas konsekvenser för den kommunala självstyrelsen, offentliga finanser, företag samt för patienter och befolkning. Sedan följer beskrivningar av förslagens och bedömningarnas konsekvenser för regional jämlikhet följt av beskrivningar av konsekvenserna för socioekonomisk jämlikhet, jämställdhet samt för barn och unga. Det följs av en beskrivning av konsekvenserna för den personliga integriteten. Slutligen redovisas konsekvenser i övrigt av utredningens förslag och bedömningar, vilket inkluderar konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, de integritetspolitiska målen, brottslighet och det brottsförebyggande arbetet samt för miljö och klimat. Där finns också en bedömning om föreslagen reglerings överensstämmelse med de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen.

Utredningens *förslag* avser förslag till författningsändringar. De *bedömningar* som konsekvensbeskrivs är sådana som utredningen anser medför nya statliga åtaganden.

10.1 Finansieringsförslag

Förslag om en utökad vårdgaranti

Förslag: Med anledning av utredningens förslag om en utökad vårdgaranti föreslår utredningen att regionerna tillförs 40 miljoner kronor via anslaget *1:1 Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 för den ökade löpande insamlingen av uppgifter om väntetider som utredningen menar att förslaget kräver. Därutöver föreslår utredningen att regionerna tillförs 75 miljoner kronor per år i två

år via överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner för utvecklingen av den utökade insamlingen av uppgifter om väntetider, vilket dock bör bli föremål för dialog mellan parterna eftersom det är en överenskommelse. Finansiering föreslås ske via anslag *1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna* eller anslag *1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård* inom utgiftsområde *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg*.

Förslag och bedömningar för en nära och tillgänglig vård och för barn och ungas psykiska hälsa

Förslag: Med anledning av utredningens förslag om att det ska införas en ny bestämmelse i patientlagen (2014:821) som anger att patienten ska få information samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet föreslår utredningen att regionerna och kommunerna tillförs 185 miljoner kronor för uppstartskostnader de tre första åren. Därutöver föreslår utredningen att regionerna och kommunerna tillförs 30 miljoner kronor via anslaget *1:1 Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 för förvaltningskostnaden. Finansiering föreslås ske via anslag *1:6 Bidrag till Folkhälsa och sjukvård* eller anslag *1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna* inom utgiftsområde *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.*

Bedömning: Med anledning av utredningens bedömning om att regeringen bör rikta ekonomiska medel som stöd till det lokala omställningsarbetet i syfte att stimulera uppstart och implementering av nya konsultativa arbetssätt som stärker primärvårdens tillgänglighet och kontinuitet föreslår utredningen att det årligen under en femårsperiod avsätts 200 miljoner kronor. Finansiering föreslås ske via anslag *1:6 Bidrag till Folkhälsa och hälso- och sjukvård* eller anslag *1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna* inom utgiftsområde *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg*.

Bedömning: Med anledning av utredningens bedömning om att regeringen bör rikta 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* föreslår utredningen att det årligen

under en treårsperiod avsätts 40 miljoner kronor. Finansiering föreslås ske via anslag *1:8 Bidrag till psykiatri* eller anslag *1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna* inom utgiftsområde *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg*.

Bedömningar avseende nära vård med forskning, utbildning och utveckling

Bedömning: Med anledning av utredningens bedömning om en regionaliserad läkarutbildning föreslår utredningen att staten stödjer uppbyggnaden och ger ett permanent utökat anslag till de universitet som regionaliserat läkarutbildningen. Den uppskattade kostnaden beräknat utifrån det fall att alla universitet regionaliserat läkarutbildningen är totalt 426 miljoner kronor årligen, det tillkommer övriga kostnader som investeringar i kliniska träningscentra, litteratur, resor med mera. Kostnaderna föreslås belasta anslaget *2:65 Särskilda medel till universitet och högskolor*, utgiftsområde *16 Utbildning och universitetsforskning*.

Bedömning: Med anledning av bedömningen att regeringen föreslås stödja regionernas planering och samverkan med respektive aktuellt universitetet i uppbyggnadsskedet av regionalisering av läkarutbildningen samt den löpande samverkan som därefter sker till följd av en regionaliserad läkarutbildning föreslår utredningen att kostnaderna, som skiljer sig åt mellan regionerna, blir föremål för diskussion med respektive region och hanteras genom hängavtal till regionala ALF-avtalet men ALF-anslaget behöver utökas. Kostnaderna föreslås belasta anslaget *2:66 Ersättningar för klinisk utbildning och forskning*, utgiftsområde *16 Utbildning och universitetsforskning.* Ett alternativ är att kostnaden belastar anslaget *1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård* inom utgiftsområde *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg*.

Bedömning: Med anledning av utredningens bedömning om ett 10-årigt *Nationellt samverkansprogram för forskning och utveckling för nära vård* föreslår utredningen att

– 107,5 miljoner kronor avsätts år ett,

– 207,5 miljoner kronor avsätts år två,

– 307,5 miljoner kronor avsätts år tre,
– 407,5 miljoner kronor avsätts år fyra respektive år fem,
– 465 miljoner kronor avsätts år sex,
– 515 miljoner kronor avsätts år sju,
– 615 miljoner kronor avsätts för år nio respektive år tio.

Det 10-åriga programmet behöver färdigfinansiera de projekt som fortgår efter år tio, vilket innebär en kostnad om

– 450 miljoner kronor år elva,
– 300 miljoner kronor år tolv, samt
– 150 miljoner kronor år 13.

Till detta kommer ersättning till Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) för administrering av programmet. Fortes administrering av programmet innebär en årlig kostnad om 8 miljoner kronor. Kostnaden föreslås belasta anslaget *6:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning*. För programmet föreslås en utökning av medlen på och belastning på anslaget *6:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd.* Anslagen finns inom utgiftsområdet *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.*

Bedömning: Med anledning av utredningens bedömning om ett 10-årigt *Nationellt program för primärvårdsforskning* föreslår utredningen att

– 107,5 miljoner kronor avsätts år ett,
– 207,5 miljoner kronor avsätts år två,
– 307,5 miljoner kronor avsätts år tre,
– 407,5 miljoner kronor avsätts år fyra respektive fem,
– 465 miljoner kronor avsätts år sex,
– 515 miljoner kronor avsätts år sju, och
– 615 miljoner kronor avsätts för år nio respektive år tio.

Det 10-åriga programmet behöver färdigfinansiera de projekt som fortgår efter år tio, vilket innebär en kostnad om

- 450 miljoner kronor år elva,
- 300 miljoner kronor år tolv, samt
- 150 miljoner kronor år 13.

Nya medel föreslås tillföras anslaget *3:1 Vetenskapsrådet: Forskning och forskningsinformation* inom utgiftsområde *16 Utbildning och universitetsforskning* för *Nationellt program för primärvårdsforskning*. Vetenskapsrådets administrering av programmet innebär en årlig kostnad om 7,5 miljoner kronor. Kostnaden föreslås belasta anslaget *3:3 Vetenskapsrådet: Förvaltning* inom utgiftsområde *16 Utbildning och universitetsforskning.*

Bedömning: Med anledning av utredningens bedömning om att staten bör stödja utvecklingen av universitetssjukvårdsenheter inom primärvården i fler regioner föreslås utrymmet i ALF-avtalet utökas med 76 miljoner kronor årligen. Kostnaderna föreslås belasta anslaget *2:66 Ersättningar för klinisk utbildning och forskning*, inom utgiftsområde *16 Utbildning och universitetsforskning*.

Skäl

En kommitté ska när det gäller förslag som innebär kostnadsökningar och intäktsminskningar för staten, kommuner eller regioner föreslå en finansiering (14 § kommittéförordningen [1998:1479]). Vad som sägs i kommittéförordningen om kommittéer och om ordförande i kommittéer gäller också särskilda utredare (1 § kommittéförordningen). Det är enligt utredningens tolkning inte i enlighet med detta finansieringskrav att allmänt föreslå att förslagen ska finansieras genom besparingar på andra utgiftsområden i statens budget. Den typen av avvägningar och prioriteringar är en politisk fråga som förutsätter att olika verksamheters behov ställs mot varandra, vilket inte är en uppgift för en enskild statlig utredning med uppdrag inom ett begränsat område. Som utredningen ser det kan inte heller ett förslag som rymmer en allmän skrivning om att nya medel ska tillföras, utan närmare precisering, anses innebära att finansieringskravet uppfylls.

Även ett eventuellt reformutrymme i statsbudgeten bör vara föremål för politiska avvägningar och inte hänvisas till som finansieringslösning av en enskild utredning.

Den kommunala finansieringsprincipen innebär att staten inte ska ålägga kommuner och regioner nya uppgifter utan att ge dem adekvat finansiering, vilket innebär att statliga reformer varken ska vara under- eller överfinansierade. Principen gäller således i båda riktningar; om staten fattar beslut som gör att kommunal verksamhet kan utföras billigare (eller dyrare) ska de statliga bidragen enligt principen minskas (eller ökas) i motsvarande mån.[1]

Mot denna bakgrund lämnar utredningen de finansieringsförslag som framgår av rutan ovan.

10.2 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Utredningen bedömer att följande förslag innebär inskränkningar i den kommunala självstyrelsen:

- borttagande av begränsningen till nya alternativt oväntade eller kraftigt förändrade hälsoproblem i fråga om vårdgarantins del om en medicinsk bedömning inom primärvården (se kapitel 4, avsnitt 4.4.2),
- införande av en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den specialiserade vården i vårdgarantin (se kapitel 4, avsnitt 4.4.3),
- införande av en undersökning inom primärvården och den specialiserade vården, en behandling inom primärvården samt information om tidpunkten för viss vård i vårdgarantin (se kapitel 4, avsnitt 4.4.4, 4.4.5 och 4.4.8),
- utökning av regionens ansvar att erbjuda vårdgaranti inom viss typ av primärvård till fler personer (se kapitel 4, avsnitt 4.4.9),
- förändring av bestämmelsen om att regionen ska se till att patienten får vården hos en annan vårdgivare under vissa förutsättningar (se kapitel 4, avsnitt 4.4.13),

[1] Riksrevisionen. 2018. *Den kommunala finansieringsprincipen – tillämpas den ändamålsenligt?* RiR 2018:8.

– förändring av startpunkten för beräkningen av tidsgränsen när det gäller behandling i specialiserad vård (se kapitel 4, avsnitt 4.4.14),
– införande av nya samt förkortning av befintliga tidsgränser för vissa delar av vårdgarantin (se kapitel 4, avsnitt 4.4.15),
– att patienten ska få information samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet (se kapitel 5, avsnitt 5.5.1),
– att tidpunkten för vården så långt som möjligt ska väljas i samråd med patienten (se kapitel 5, avsnitt 5.5.2).

I samtliga fall bedömer utredningen vid en proportionalitetsbedömning att inskränkningen är proportionerlig och därmed godtagbar med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.

Nedan redogör utredningen för sin bedömning av hur de ovannämnda förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen och varför den bedömer att inskränkningarna i den kommunala självstyrelsen är proportionerliga.

10.2.1 Borttagande av begränsning i vårdgarantins del om en medicinsk bedömning inom primärvården

Påverkan på den kommunala självstyrelsen

Ett borttagande av begränsningen till nya alternativt oväntade eller kraftigt förändrade hälsoproblem i fråga om vårdgarantins del om en medicinsk bedömning inom primärvården innebär en utökning av regionernas ansvar, eftersom det innebär att fler patienter ska få en medicinsk bedömning inom primärvården inom viss tid. Det påverkar regionernas utrymme att planera och organisera verksamheten, varför förslaget innebär en inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

Proportionalitetsbedömning

Syftet med förslaget är att åstadkomma en mer jämlik vård genom att ändra innebörden av en medicinsk bedömning och därmed tillförsäkra alla patienter en medicinsk bedömning inom primärvården under samma förutsättningar. Ett annat syfte är att minska risken för gräns-

dragningsproblem och tolkningssvårigheter när det gäller vad som ingår i garantin och inte. Det enda möjliga sättet att åstadkomma dessa två syften på är att införa en ny författningsreglering med en annan innebörd än dagens reglering, vilket är vad utredningen föreslår.

Syftet med förslaget är också att stärka den rättsliga ställningen för de patienter som inte bedöms ha nya alternativt oväntade eller kraftigt förändrade hälsoproblem när de söker primärvård. Om frågan inte författningsregleras kan det syftet inte infrias, eftersom författningsregleringens utformning och innebörd är av central betydelse för patientens rättsliga ställning.

Det är alltså inte möjligt att åstadkomma något av syftena med förslaget på annat sätt än genom ny författningsreglering. Utredningen bedömer därför att inskränkningen i den kommunala självstyrelsen är proportionerlig.

10.2.2 Införande av en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den specialiserade vården i vårdgarantin

Påverkan på den kommunala självstyrelsen

Förslaget om att införa en garanti om en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den specialiserade vården i stället för en garanti om besök inom den specialiserade vården begränsar i viss mån regionernas möjligheter att besluta om hur verksamheten ska organiseras och bedrivas av tre skäl. Dels innebär användningen av begreppet en *medicinsk bedömning* en viss specificering av vad som ska göras inom viss tid i förhållande till att den enskilde ska erbjudas ett besök inom viss tid. Dels innebär förslaget att den medicinska bedömningen inte ska avgränsas av om det är fråga om ett nybesök eller inte, vilket är en följd av hur en medicinsk bedömning definieras. Dels innebär förslaget en begränsning i fråga om vilka yrkeskategorier som kan användas för att uppfylla kravet. Eftersom utrymmet för regionerna att bestämma hur verksamheten ska organiseras och bedrivas i viss mån minskar genom förslaget, innebär förslaget en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

Att begreppet en *medicinsk bedömning* föreslås användas i stället för att bestämmelsen ska handla om besök kan dock även sägas inne-

bära en viss utökning av regionernas handlingsutrymme, eftersom ett av syftena med den förändringen är att vidga möjligheterna för regionerna att välja bland olika lämpliga kontaktsätt för den medicinska bedömningen.

Proportionalitetsbedömning

Ett syfte med förslaget är att göra det mer förutsägbart vad patienten kan förvänta sig av vården, både när det gäller vad som ska göras (en medicinsk bedömning) och vilken personal som ska göra den medicinska bedömningen (legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal). Därmed är syftet att stärka patientens rättsliga ställning. Det är inte möjligt att åstadkomma på annat sätt än genom att ändra författningsregleringen. Vad som ska göras vid den medicinska bedömningen föreslås dock inte specificeras i särskilt hög grad, utan ett stort utrymme för beslut lämnas till huvudmän och vårdgivare.

Syftet med att ta bort begränsningen när det gäller samband med tidigare besök, vilket är en följd av att begreppet medicinsk bedömning används, är att åstadkomma en mer jämlik vård genom att tillförsäkra fler patienter en medicinsk bedömning inom den specialiserade vården inom viss tid. Endast genom ny författningsreglering kan den befintliga begränsningen tas bort.

Syftet med att införa en begränsning av yrkesgrupper genom vilka kravet kan uppfyllas är att säkerställa en hög patientsäkerhet vid uppfyllandet av vårdgarantin. För att uppnå det syftet skulle kompetenshöjande åtgärder samt stärkt tillsyn och uppföljning utifrån redan gällande bestämmelser om god och säker vård kunna vara alternativa åtgärder. Utredningen bedömer dock att förslaget innebär bättre förutsättningar att uppnå syftet att säkerställa en hög patientsäkerhet, särskilt eftersom de som är legitimerade har ett yrkesansvar som prövas på ett annat sätt än för dem som inte är legitimerade. Den föreslagna specificeringen av yrkeskategorier bedöms dessutom inte vara särskilt inskränkande i praktiken, eftersom patienten redan i dag främst får träffa legitimerad personal vid sitt besök i den specialiserade vården.

Utredningen bedömer sammanfattningsvis att inskränkningen i den kommunala självstyrelsen som förslaget medför är proportionerlig, eftersom förslagets syften bedöms som viktiga och flera av dem inte kan uppnås på annat sätt än det föreslagna samt eftersom för-

slagets påverkan på den kommunala självstyrelsen i flera avseenden bedöms vara relativt begränsad.

10.2.3 Införande av vissa nya delar i vårdgarantin

Påverkan på den kommunala självstyrelsen

Förslagen om att införa helt nya delar i vårdgarantin i form av en undersökning inom primärvården och den specialiserade vården, en behandling inom primärvården samt information om tidpunkten för viss vård innebär ökad regelstyrning av den kommunala sektorn som i viss mån begränsar regionernas möjlighet att bestämma hur verksamheten ska organiseras. Förslagen innebär inte nya skyldigheter att erbjuda viss vård eller information, utan de handlar endast om tidsgränserna för när beslutad vård och information om tidpunkten för sådan senast ska ges. Regionerna får enligt förslagen inte längre själva avgöra den längsta möjliga väntetiden för de delarna av hälso- och sjukvården och de får minskat utrymme att besluta om hur lång framförhållning de ska ha i planeringen och schemaläggningen av vården. Inte heller i dag står det regionerna helt fritt att avgöra detta eftersom de måste tillse att vården är lätt tillgänglig (5 kap. 1 § 1 hälso- och sjukvårdslagen [2017:30], HSL), men det finns inga fasta tidsgränser för när den vården och informationen senast ska ges. Förslagen innebär därmed en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

Proportionalitetsbedömning

Syftet med förslagen är att förkorta väntetiderna för dem som får vänta länge på undersökningar inom primärvård och specialiserad vård, behandlingar inom primärvård samt information om tidpunkten för viss vård. Därmed är syftet att bidra till en mer jämlik vård. Syftet är också att stärka patientens rättsliga ställning genom att göra det mer förutsägbart hur länge patienten som längst ska behöva vänta på sådan vård och information. När det gäller kravet på att inom viss tid informera om tidpunkten för viss vård är syftet också att minska risken för oro och stress kopplad till väntan på tidsbokningen, att stimulera lång framförhållning i planeringen och

schemaläggningen av vården samt att minska risken för om- och avbokningar av vård.

När det gäller undersökningar har enstaka regioner fattat regionala beslut om yttersta tidsgränser för vissa typer av undersökningar, men det har inte spridit sig till fler regioner. Genom Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har väntetiderna till vissa typer av undersökningar också följts upp, men alla regioner har inte deltagit i uppföljningen. Det som har gjorts på området på frivillig grund hittills har alltså inte lett till någon särskilt hög grad av likvärdighet i landet när det gäller väntetider för undersökningar. Regionala beslut om yttersta tidsgränser och uppföljning på frivillig grund tycks alltså inte vara tillräckligt för att uppnå de syften med förslagen som handlar om förkortade väntetider, ökad jämlikhet och ökad framförhållning i vårdplaneringen.

Inte heller när det gäller information om tidpunkten för viss vård har möjligheten till frivilliga åtaganden lett till jämlik hantering över landet. En region har en regionalt fastställd yttersta tidsgräns för att lämna sådan information, men arbetssättet har inte spridit sig till fler regioner.

Riktade statsbidrag till arbete för att förkorta väntetiderna till de aktuella delarna av vården och den aktuella informationen är heller inte en ändamålsenlig lösning, eftersom det skulle innebära att olika delar av vårdkedjan skulle omfattas av vårdgarantier som regleras i olika former. Patientens rättsliga ställning skulle vara svagare i fråga om de delar av vårdgarantin som inte är lagreglerade, utan som endast skulle vara föremål för arbete med stöd av statsbidrag. Exempelvis skulle de olika delarna i olika utsträckning omfattas av tillsyn och informationskrav. Vidare är det frivilligt att ta del av statsbidrag, varför det inte är säkert att alla regioner skulle delta i arbetet och därför inte säkert att syftena med förslaget skulle uppnås. Dessutom innebär författningskrav en långsiktig lösning.

Utredningen bedömer mot bakgrund av ovan att det inte finns något lämpligt mindre ingripande sätt än de föreslagna för att uppnå syftena med förslagen. Det intrång i den kommunala självstyrelsen som förslagen innebär bedöms alltså vara proportionerligt.

10.2.4 Utökning av regionens ansvar att erbjuda vårdgaranti inom viss typ av primärvård till fler personer

Påverkan på den kommunala självstyrelsen

Förslaget om att utöka regionernas ansvar att erbjuda vårdgaranti inom viss typ av primärvård till fler personer inskränker den kommunala självstyrelsen, eftersom utrymmet att bestämma om väntetider för de personer som bor i annan region men är listade vid vårdcentraler i regionen skulle minska.

Proportionalitetsbedömning

Förslaget syftar till att patienter ska få likvärdig tillgång till den vårdgaranti som gäller vid vårdcentraler oavsett var patienten väljer att lista sig, det vill säga att även patienter som listar sig i annan region än sin hemregion ska omfattas av vårdgarantin vid vårdcentraler. Eftersom vårdgarantin i övrigt regleras i författning är det inte möjligt att uppnå syftet på annat sätt än genom författningsreglering. Utredningen bedömer därför att intrånget i den kommunala självstyrelsen är försvarligt. Intrånget i den kommunala självstyrelsen bedöms därmed vara proportionerligt i förhållande till syftet.

10.2.5 Förändrad bestämmelse om att regionen ska se till att patienten får vården hos en annan vårdgivare

Påverkan på den kommunala självstyrelsen

Utredningen föreslår att bestämmelsen om att regionen ska se till att patienten får vården hos en annan vårdgivare ska ändras på olika sätt. Ett sätt är att det föreslås att det uttryckligen ska anges att vården som avses i den paragrafen ska ges *inom garantin.* Som anges i kapitel 4, avsnitt 4.4.13, bedömer utredningen att det är ett förtydligande av gällande rätt. Därför påverkar den förändringen inte den kommunala självstyrelsen.

Utredningen föreslår även att det ska *anges att fler delar av vården ska ges hos en annan vårdgivare* under förutsättningarna i bestämmelsen. De delar av vården som den föreslagna lydelsen uttrycker ska ges hos en annan vårdgivare är en medicinsk bedömning inom den

specialiserade vården samt en utredning och en behandling inom primärvården och den specialiserade vården. Utredningen bedömer att detta inte i sig inskränker den kommunala självstyrelsen. Som anges i kapitel 4, avsnitt 4.4.13, följer det såväl av dagens 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen som av de föreslagna lydelserna av 9 kap. 1 och 1 a §§ hälso- och sjukvårdslagen att regionen ska se till att de delar av vården som omfattas av vårdgarantin ska ges inom tidsgränserna utan begränsning när det gäller hos vilken vårdgivare vården ska ges.

Det finns dock ett annat skäl till att utredningen bedömer att den föreslagna lydelsen av 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen medför en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Det är att det specificeras en ny förutsättning för att regionens skyldighet att se till att patienten får vården hos en annan vårdgivare ska inträda, det vill säga om regionen inte ser till att patienten får information om tidpunkten för vården inom utsatt tid. Regionen ska alltså se till att patienten får vården hos en annan vårdgivare i det fall att patienten inte erhåller information om tidpunkten för vården inom 14 dagar. Det innebär ökad statlig regelstyrning och en begränsning av regionernas möjlighet att välja hur vården ska organiseras och hur lång framförhållning det ska finnas i planeringen och schemaläggningen.

Proportionalitetsbedömning

Syftet med förslaget om att koppla 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen till ytterligare delar av vårdgarantin är att åstadkomma en så enhetlig och jämlik ordning som möjligt. Utredningen ser inte att det finns skäl att göra skillnad på primärvården och den specialiserade vården, som bestämmelsen är kopplad till i dag, när det gäller att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare inom garantin. För att åstadkomma samma bestämmelse inom den specialiserade vården och relevanta delar av primärvården är den aktuella lagändringen nödvändig.

Syftet med förslaget om att införa en ny förutsättning för att skyldigheten att se till att vården ges hos en annan vårdgivare ska inträda, är att på ett så effektivt sätt som möjligt stärka förutsättningarna för ett praktiskt genomslag för vårdgarantin. Detta genom att på ett tydligt sätt i lagen bygga in ett incitament för efterlevnaden av tidsgränserna. Incitamentet handlar om att en vårdgivare riskerar att

patientens vård ska ges hos en annan vårdgivare under de förutsättningar som anges i paragrafen. Utredningen bedömer att den föreslagna utökningen av vårdgarantin, genom att inkludera fler delar av vårdkedjan och information i vårdgarantin och genom att ändra vissa av tidsgränserna, i sig inte är tillräcklig för att säkerställa ett praktiskt genomslag för vårdgarantin. Det har funnits en författningsreglerad vårdgaranti i över tio år, men stora brister finns fortfarande när det gäller dess efterlevnad. Utredningen har därför sett över olika möjliga sätt att stärka förutsättningarna för ett praktiskt genomslag för vårdgarantin. Som utredningen beskriver i kapitel 4, avsnitt 4.3.3, är tillsyn och uppföljning viktiga funktioner för att uppnå det syftet. Utredningen menar dock att det aktuella förslaget är ett viktigt ytterligare sätt att stärka det praktiska genomslaget, eftersom det innebär att det i själva vårdgarantiregleringen byggs in ett incitament för vårdgivarna att planera vården i tid och därmed att bidra till regionens efterlevnad av garantin. Tillsyn och uppföljning kommer fortfarande vara mycket viktiga komponenter för att säkerställa regelefterlevnad. Men med den föreslagna regleringen bedömer utredningen att problematiken med att patienter inte får sin vård inom vårdgarantins tidsgränser kan begränsas i ett tidigt skede.

Utredningens bedömning är därför sammantaget att den inskränkning i den kommunala självstyrelsen som förslaget medför är proportionerlig i förhållande till syftet med förslaget.

10.2.6 Förändring av startpunkten för beräkningen av vårdgarantins tidsgräns när det gäller behandling i specialiserad vård

Påverkan på den kommunala självstyrelsen

Förslagen som rör startpunkter för beräkningen av vårdgarantins tidsgränser innebär, utöver att startpunkter regleras för de nya delarna av vårdgarantin som föreslås, att startpunkterna för två befintliga delar av vårdgarantin förändras.

Att ändra startpunkten för den del av vårdgarantin som i dag rör besök, men som utredningen föreslår ska handla om en medicinsk bedömning, inom den specialiserade vården innebär ingen inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Förslaget i sig förkortar inte den yttersta tidsgränsen som ska gälla.

Den föreslagna förändringen av startpunkten för beräkning av tidsgränsen för behandling i den specialiserade vården bedöms däremot inskränka den kommunala självstyrelsen i viss begränsad omfattning, eftersom tidsgränsen kan bli något kortare om den räknas från det att remiss har utfärdats i stället för att endast räknas från det att vårdgivaren har fattat beslut om att den enskilde ska få behandlingen.

Proportionalitetsbedömning

Syftet med förslaget att ändra beräkningen av startpunkten i fråga om behandling i den specialiserade vården är bland annat att åstadkomma en så enhetlig och pedagogisk reglering som möjligt, genom att startpunkterna för beräkningen av tidsgränserna för ett flertal av vårdgarantins delar utformas på samma sätt. Utredningen bedömer att inskränkningen i den kommunala självstyrelsen är proportionerlig, eftersom en enhetlig och pedagogisk reglering väger tyngre vid en proportionalitetsbedömning än den mycket begränsade inskränkningen i den kommunala självstyrelsen som förslaget innebär.

10.2.7 Införande av nya samt förkortning av befintliga tidsgränser för vissa delar av vårdgarantin

Påverkan på den kommunala självstyrelsen

De föreslagna nya och förkortade tidsgränserna för vissa delar av vårdgarantin innebär att regionernas möjligheter att avgöra hur länge patienter ska vänta på sin vård och viss information begränsas. Därmed begränsas regionernas utrymme att bestämma hur verksamheten ska planeras och organiseras, vilket innebär att den kommunala självstyrelsen inskränks.

Proportionalitetsbedömning

Ju kortare tidsgräns som föreslås desto större blir inskränkningen i den kommunala självstyrelsen. Utredningen beskriver i kapitel 4, avsnitt 4.4.15, varför den bedömer att de föreslagna tidsgränserna är motiverade. Sammantaget gör utredningen, utifrån vad som anges i

det avsnittet, bedömningen att de föreslagna tidsgränserna är proportionerliga med hänsyn till de syften som föranlett dem.

10.2.8 Information samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet

Påverkan på den kommunala självstyrelsen

Förslaget om att patienten ska få information samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet begränsar vårdgivares, däribland kommuners och regioners, möjlighet att besluta hur verksamheten ska bedrivas. Därför inskränker förslaget den kommunala självstyrelsen.

Proportionalitetsbedömning

Förslaget syftar till att främja patientens självbestämmande, delaktighet och patientsäkerhet genom att säkerställa att patienter får tillgång till relevant information på ett lättillgängligt sätt.

Ett alternativ till lagreglering är att staten stöder ett arbete om samlad digital information genom exempelvis överenskommelser mellan staten och SKR eller riktade statsbidrag på annat sätt. Det arbete som bedrivits i fråga om patientkontrakt, som utredningen beskriver i kapitel 5, avsnitt 5.5.1, visar dock svårigheterna med att få till stånd en likvärdig hantering av samlad digital information till patienten. Därför bedömer utredningen att en lagreglering i frågan är motiverad.

Utredningen har övervägt olika möjliga utformningar av lagregleringen för att uppnå syftet och bedömer inte att det är aktuellt med något mindre ingripande krav än det som föreslås. Redan i dag finns ett antal bestämmelser om vilken information som ska lämnas och hur informationen ska lämnas. Mot bakgrund av den höga graden av digitalisering i vården och samhället i övrigt samt invånarnas förväntningar på samhällsservicen, bedömer utredningen att det inte är ett särskilt högt ställt krav att informationen ska lämnas samlat och digitalt i den mån det är relevant. Kravet är dessutom inte av särskilt detaljerad karaktär när det gäller hur informationen ska utformas. Det är upp till

respektive vårdgivare att bestämma bland annat vilken teknisk lösning som ska användas för att uppfylla kravet.

Mot bakgrund av att syftet med förslaget är att uppnå viktiga intressen och att vårdgivare lämnas ett relativt stort utrymme att avgöra hur kravet ska uppfyllas, bedömer utredningen att den inskränkning i den kommunala självstyrelsen som förslaget medför är proportionerlig.

10.2.9 Val av tidpunkten för vården i samråd med patienten

Påverkan på den kommunala självstyrelsen

Utredningen bedömer, som beskrivs i kapitel 5, avsnitt 5.5.2, att gällande rätt inte ger uttryck för att ett samråd måste ske med patienten i fråga om tidpunkten för vården. Kommuner, regioner och andra vårdgivare kan alltså utse tidpunkten för vården utan att samråda med patienten innan. Förslaget om att tidpunkten för vården ska väljas i samråd med patienten begränsar den möjligheten och alltså utrymmet för bland annat regioner och kommuner att besluta om hur verksamheten ska bedrivas. Därmed inskränks den kommunala självstyrelsen i viss mån. Att samråda med patienten och göra patienten delaktig är dock redan i dag obligatoriskt i flera andra avseenden än när det gäller tidpunkten för vården.

Proportionalitetsbedömning

Syftet med förslaget är att öka patientens delaktighet i en för patienten viktig fråga rörande vårdprocessen. Syftet är också att öka jämlikheten i vården genom att tillförsäkra alla patienter möjligheten att samråda om tidpunkten för vården, eftersom det i dag skiljer sig åt mellan olika regioner, vårdgivare och vårdenheter om patienten görs delaktig i valet av tidpunkt för vården eller inte. Dessutom bedömer utredningen att förslaget skapar förutsättningar för ökad effektivitet genom att minska risken för av- och ombokningar av vård.

Det är viktigt att alla patienter görs delaktiga i valet av tidpunkten för vården i enlighet med förslaget, varför frivilliga åtgärder såsom möjlighet att ta del av statligt stöd för insatser på området inte är tillräckliga. Dessutom är lagstiftning en mer långsiktig lösning än exem-

pelvis överenskommelser för att säkerställa att patienter görs delaktiga i valet av tidpunkten.

Det föreslagna lagkravet är relativt allmänt hållet och anger inte hur samrådet ska gå till, utan stort utrymme lämnas till vårdgivarna att avgöra detta. Utredningen beskriver i kapitel 5, avsnitt 5.5.2, olika möjliga tillvägagångssätt för att uppfylla det föreslagna kravet, men väljer alltså att inte föreslå att i lagen specificera hur samrådet ska gå till.

Mot bakgrund av ovan är utredningens sammantagna bedömning att den inskränkning i den kommunala självstyrelsen som förslaget medför är proportionerlig i förhållande till syftet med förslaget.

10.2.10 Övriga förslag och bedömningar inskränker inte den kommunala självstyrelsen

Utöver vad som beskrivs ovan är utredningens bedömning att förslagen och bedömningarna i betänkandet inte innebär någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

När det gäller förslaget om förändrad term i den del av vårdgarantin som avser behandling i den specialiserade vården, se kapitel 4, avsnitt 4.4.6, är det endast en språklig förändring som inte påverkar den kommunala självstyrelsen.

Förslagen om att ändra regleringen om bedömningen av vårdgarantins uppfyllnad, se kapitel 4, avsnitt 4.4.16, utgör inte heller i sig någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen, utan innebär endast att fler situationer beskrivs i paragrafen.

De föreslagna ändringarna av bestämmelserna om vårdgarantin i patientlagen (2014:821), se kapitel 4, avsnitt 4.4.17, innebär inte någon materiell skillnad i förhållande till föreslagna ändringar av vårdgarantibestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen, varför de i sig inte påverkar den kommunala självstyrelsen på annat sätt än förslagen till ändringar av vårdgarantibestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen.

Inte heller förslaget om ett utökat informationskrav, se kapitel 5, avsnitt 5.5.1, påverkar den kommunala självstyrelsen. Bestämmelserna i 3 kap. patientlagen som reglerar vilken information patienten ska få är enligt förarbetena inte avsedda att tolkas uttömmande, vilket beskrivs i kapitel 5, avsnitt 5.5.1. Om patienten behöver ytterligare information måste sådan ges. Enligt utredningen innebär det att det redan finns ett krav på att patienten ska få den information som behövs. Utredningens förslag kan alltså ses som ett förtydligande av

att patienten ska få information om vem som är patientens fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt om sådana har utsetts samt kontaktuppgifter till dessa och patientens vårdenheter. Förslaget innebär således inte någon inskränkning av den kommunala självstyrelsen.

Ingen av de bedömningar som utredningen lämnar innebär i sig att obligatoriska krav ställs på regioner eller kommuner, varför de inte påverkar den kommunala självstyrelsen. I den mån utredningens bedömningar skulle leda till författningsreglering som påverkar kommuner eller regioner behöver frågan om påverkan på den kommunala självstyrelsen beaktas i sådant författningsarbete.

10.3 Konsekvenser och kostnader för staten, regioner och kommuner

Detta avsnitt beskriver förslagens och bedömningarnas konsekvenser och därtill kopplade kostnader och intäkter för stat, region och kommun. I detta inkluderas även redogörelse för hur förslagen kan påverka den administrativa arbetsbördan och de administrativa kostnaderna inom hälso- och sjukvården, inklusive i vilken del av hälso- och sjukvården som dessa kommer att uppstå. Dessutom redogörs i avsnittet, under konsekvenser för regioner och kommuner där det är aktuellt, för tillämpningen av finansieringsprincipen.

10.3.1 Förslagen om utökad vårdgaranti

Konsekvenser och kostnader för staten

Förslaget om en utökad vårdgaranti innebär utökade behov av tillsyn och uppföljning för att följa och säkerställa lagens efterlevnad. Det berör staten.

Att fler delar av vårdkedjan ingår i vårdgarantin innebär att det blir fler områden som kan bli aktuella för tillsyn utifrån vårdgarantin. Inspektionen för vård- och omsorg (IVO) har till uppgift att utföra tillsyn, bland annat av vårdgarantin. Resurser till myndigheten tillförs årligen, och i de medlen ingår tillsyn av vårdgarantin. Utredningen uttrycker på andra ställen i betänkandet att en skärpt tillsyn av vårdgarantin är mycket viktig för att säkerställa att lagstiftningen efterlevs, se kapitel 4, avsnitt 4.3.3. Eventuella kostnader för myn-

digheten för att skärpa tillsynen utifrån *dagens* lagkrav är inte en konsekvens av utredningens förslag om en utökad vårdgaranti, och därför inte heller något som ingår i utredningens konsekvensbedömning. Däremot bedömer utredningen att det är centralt att IVO har tillräckliga resurser för att utföra en adekvat tillsyn.

Staten behöver också utöka sin uppföljning till att även omfatta de nya delar som föreslås ingå i vårdgarantin. Arbetet med att samla in uppgifter som möjliggör sådan uppföljning påverkar främst regionerna, som enligt gällande rätt är skyldiga att rapportera uppgifter om väntetider till en nationell väntetidsdatabas (9 kap. 3 § HSL). Konsekvenser som relaterar till utökad uppföljning beskrivs därför under konsekvenser och kostnader för regionerna.

Om kortare väntetider till vård även innebär kortare sjukskrivningsperioder kan statens utgifter för sjukförsäkringen minska. Minskade sjukskrivningar kan även innebära ökade skatteintäkter för staten (och för regioner och kommuner) om sjukskrivningen ersätts med arbetsinkomst, eftersom arbetsinkomsten är högre än sjukersättningen. Utredningen har dock inte funnit underlag som visar vilken koppling det finns mellan sjukskrivning och väntetider, vilket gör det svårt att säga hur stor denna effekt kan vara. Det skulle kunna innebära en märkbar minskning i sjukskrivningstalen och därmed för statens utgifter för sjukförsäkringen om *dagens* vårdgaranti efterlevdes. Däremot bedömer utredningen att effekterna på sjukskrivningarna av förslagen om en *utökad* vårdgaranti – i förhållande till vad som gäller redan i dag och hur det skulle ha sett ut om dagens vårdgaranti efterlevdes – på det hela taget sannolikt är av sådan storlek att den inte har några ytterligare stora direkta effekter på statens intäkter. Utredningen menar att den stora effekten i så fall finns i att gå från dagens situation där nuvarande vårdgaranti inte efterlevs till att den gör det.

Konsekvenser och kostnader för regionerna

Utredningens förslag till nya och ändrade bestämmelser i fråga om vårdgarantin berör regionerna som huvudmän för hälso- och sjukvården, eftersom det är regionerna som ansvarar för att erbjuda en vårdgaranti såväl i dag som med utredningens förslag (9 kap. 1 § HSL). De konsekvenser av förslagen för regionerna som utredningen ser

består i huvudsak dels av den planering och kapacitet som krävs för att de nya och förändrade bestämmelserna om vårdgarantin som föreslås ska efterlevas, dels av ökad uppföljning.

Eftersom de förslag som utredningen bedömer inskränker den kommunala självstyrelsen, se avsnitt 10.2, innebär ändrade ambitionsnivåer för regionala uppgifter, aktualiseras en tillämpning av den kommunala finansieringsprincipen i fråga om de förslagen. I flera avseenden menar dock utredningen att de förslagna krav som innebär ambitionshöjningar inte är kostnadsdrivande för regionerna. Det gäller särskilt de ändrade arbetssätt som utredningen bedömer att regionerna behöver åstadkomma för att efterleva den föreslagna vårdgarantin. Även om detta är ett omfattande och viktigt arbete som regionerna behöver genomföra, bör det inte behöva innebära några kostnadsökningar.

Den utökade uppföljning som utredningen bedömer vara nödvändig med anledning av förslagen innebär däremot en administrativ börda som därmed också medför kostnader för regionerna. För dessa menar utredningen att finansieringsprincipen bör tillämpas för att reglera kostnaderna som uppstår för regionerna. Sammantaget är det dock mycket svårt att bedöma omfattningen av både den administrativa bördan och kostnaden för en utökad uppföljning. Det marginella underlag som finns att utgå från indikerar att regionerna har svårt att på förhand specificera vad mer uppföljning innebär, eftersom det beror på hur informationen samlas in och vilken information det rör sig om.

Utredningen har inte utrett frågan om hur insamling och rapportering av väntetider bör se ut framöver. I arbetet med en utökad vårdgaranti har utredningen utgått från dagens reglering av inrapportering av väntetidsdata men förhåller sig också till det pågående arbetet på Socialstyrelsen. Om insamlingen av uppgifter om väntetider fortsätter att utvecklas och bedrivas enligt den ordning som råder i dag, där regionerna är skyldiga att rapportera uppgifter till väntetidsdatabasen som förs vid SKR (9 kap. 3 § HSL och 6 kap. 3 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF), gör utredningen en kostnadsuppskattning om 40 miljoner kronor per år för den löpande ytterligare insamlingen av uppgifterna, samt 75 miljoner kronor per år i två år för utvecklingsarbete. Om Socialstyrelsen framöver i stället skulle överta insamlingen av uppgifter om väntetider menar utredningen att merkostnaderna, av att även inkludera insamling av de delar som

utredningens förslag om en utökad vårdgaranti kräver, borde vara väsentligt lägre.

Nedan redogörs mer ingående för resonemangen bakom dessa slutsatser.

Planering och kapacitet för att efterleva de föreslagna kraven

I detta delavsnitt redovisas vilken påverkan i form av planering och kapacitet som förslagen om vårdgarantin har på kostnader och intäkter för regionerna. Sammantaget bedömer utredningen att den typen av påverkan när det gäller förslagen om vårdgarantin inte är kostnadsdrivande för regionerna, även om förslagen innebär att regionerna behöver anpassa sina arbetssätt i flera avseenden. Sammantaget finns därför inte skäl att göra någon reglering av kostnader enligt finansieringsprincipen för de ändrade arbetssätt som kommer krävas för att efterleva den föreslagna vårdgarantin.

Nedan redovisas utredningens bedömning av konsekvenser för regionerna i form av planering och kapacitet för varje del av vårdgarantin som föreslås förändras jämfört med i dag.

– *Borttagande av begränsning i vårdgarantins del om en medicinsk bedömning inom primärvården (kapitel 4, avsnitt 4.4.2)*

  Detta förslag innebär att det är fler besök (fysiska eller digitala) som ska räknas in som en medicinsk bedömning i vårdgarantin. Det saknas data om hur många besök det rör sig om. Utifrån befintliga data, som förvisso är osäkra, kan konstateras att omkring 28 procent av besöken i primärvården ingår i vårdgarantin i dag, men hur mycket detta ökar som en följd av denna del av förslaget går inte svara på. Att fler medicinska bedömningar ska göras inom tidsgränsen kan kräva ökad kapacitet. Men eftersom förslaget också innebär att tidsgränsen ökar från tre till sju dagar menar utredningen sammantaget att det är rimligt att anta att dessa två effekter kan sägas kvitta ut varandra. Om tidsgränsen om tre dagar skulle ligga kvar men vilka som ska omfattas av den medicinska bedömningen breddas i enlighet med förslagen menar utredningen att en kapacitetsökning skulle krävas.

  Däremot menar utredningen att primärvården behöver öka kapaciteten för att kunna efterleva *dagens* vårdgaranti och tillämpa den på det sätt som är avsett. Kapacitetsförstärkning behövs

alltså, men inte som en följd av utredningens förslag utan för att klara av de krav som råder i dag.

– *Införande av en garanti om en medicinsk bedömning inom den specialiserade vården (kapitel 4, avsnitt 4.4.3)*

Utredningen bedömer att ändringen från besök till medicinsk bedömning inte har några omfattande praktiska konsekvenser för regionerna, även om det i sak innebär en specificering av vad som ska göras vid besöket. Att vård som inte är nybesök föreslås omfattas bedömer utredningen har en relativt liten praktisk påverkan. Det är rimligt att anta att personer som är kända på en klinik prioriteras på ett sådant sätt att de får ett besök inom 90 dagar när de söker vård för något som kan relateras till en sedan tidigare känd åkomma. Det innebär att de i dag sannolikt får ett besök inom den tid som gäller för besök som omfattas av vårdgarantin.

Att den medicinska bedömningen föreslås få genomföras endast av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömer utredningen också endast ha en marginell påverkan i praktiken. Eftersom besök i den specialiserade vården redan i dag till mycket stor del genomförs av legitimerad personal utgår utredningen från att det främst är sådan kompetens som krävs för att kunna ge en god och säker vård. Därför torde den föreslagna begräsningen vad gäller yrkeskategorier inte leda till någon särskilt stor ytterligare kostnad i förhållande till kostnaden för att uppfylla dagens krav på en god och säker vård (se 5 kap. 1 § HSL och 3 och 6 kap. patientsäkerhetslagen [2010:659], PSL).

Att tidsgränsen föreslås ändras från 90 till 60 dagar bör inte behöva innebära några nya kostnader för regionerna. Som beskrivs i skälen till förslagen om tidsgränserna har utredningen i överväganden utgått från att tidsgränserna måste vara tillräckligt långa för att möjliggöra prioritering och planering, se kapitel 4, avsnitt 4.4.15. Givet att tidsgränsen är tillräcklig för att möjliggöra prioritering och planering, att det inte finns någon sedan tidigare uppbyggd kö och att det råder balans mellan inflöde och utflöde, bör det ur hälso- och sjukvårdens perspektiv inte spela någon roll om tidsgränsen är 90 eller 60 dagar, för den medicinska bedömningen ska ändå göras och det är bara en fråga om när.

Regionerna har ett arbete med att arbeta bort den kö som byggts upp under flera års tid och säkerställa att det finns balans

mellan inflöde och utflöde – det är åtgärder som krävs för att efterleva *dagens* lagkrav. Men utredningen menar att sänkningen till 60 dagar inte behöver innebära några ytterligare kostnader.

– *Inom såväl primärvården som den specialiserade vården ska undersökning omfattas av vårdgarantin (kapitel 4, avsnitt 4.4.4)*

Att undersökningar ska ingå i vårdgarantin skulle innebära ett nytt krav på regionerna att genomföra sådana inom en viss tidsgräns. Detta liknar det läge som rådde när den befintliga vårdgarantin lagstadgades. Inför det lagstadgandet argumenterades att om vårdbehov väl har konstaterats blir kostnaderna för regionen inte lägre av att starten av den beslutade åtgärden eller behandlingen senareläggs.[2] I propositionen uttrycktes även att det inte fanns något som visade att en lagstadgad vårdgaranti innebär ökade kostnader för att genomföra vården samt att regeringens åtgärder under många föregående år, där regionerna även tillförts ekonomiska medel, hade syftat till att bistå regionerna att hitta arbetssätt för mer effektiv användning av resurserna och förbättrad tillgänglighet. Sammantaget menade regeringen således att någon ekonomisk reglering till följd av lagstadgandet inte skulle ske.[3] Denna utredning menar att samma resonemang är tillämpliga för förslaget om att föra in undersökningar i vårdgarantin.

Att genomföra de undersökningar som föreslås ingå i vårdgarantin ingår redan i det åtagande som regionen har gentemot befolkningen, så det i sig skulle inte vara ett nytt krav. Den föreslagna tidsgränsen om 60 dagar är satt för att vara tillräckligt lång för att möjliggöra planering och prioritering.

– *Behandling inom primärvården ska omfattas av vårdgarantin (kapitel 4, avsnitt 4.4.5)*

Att behandling inom primärvården ska ingå i vårdgarantin skulle innebära ett nytt krav på regionerna att genomföra sådana inom en viss tidsgräns. Utredningen bedömer att inte heller detta krav behöver medföra några kostnadsökningar för regionerna. Resonemangen bakom denna slutsats är desamma som i föregående delavsnitt om undersökningar. När det gäller behandlingar i primärvården föreslås tidsgränsen 90 dagar, vilket får anses vara en

[2] SOU 2008:127. *Patientens rätt – Några förslag för att stärka patientens ställning*, s. 189.
[3] Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 73–75.

väl tilltagen tidsgräns för primärvården. Det saknas data om hur det ser ut med väntetiderna till behandlingar i primärvården i dag.

– *Termen behandling ska användas i vårdgarantin även när det gäller specialiserad vård (kapitel 4, avsnitt 4.4.6)*

  Detta förslag är endast en språklig förändring som inte har några praktiska konsekvenser och därmed inte heller innebär någon kostnad för regionerna.

– *Vårdgarantin ska omfatta information om tidpunkten för viss vård (kapitel 4, avsnitt 4.4.8)*

  Det skulle innebära ett nytt krav på regionerna att denna information ska lämnas inom en viss tid. För att efterleva det krävs förnyade arbetssätt med längre framförhållning i planeringen för regionerna. Detta bör dock inte innebära ökade kostnader på sikt. Redan i dag ska patienten få information om vid vilken tidpunkt hen kan förvänta sig att få vård (3 kap. 1 § 4 patientlagen), så systemen och rutinerna för att lämna den aktuella informationen ska redan finnas. Det nya kravet handlar enbart om *när* informationen senast ska ges. Att ge informationen inom viss tid på det sätt som utredningen föreslår kan medföra att färre patienter behöver höra av sig för att fråga om status, vilket snarast kan minska belastningen på regionerna.

– *Regionens ansvar att erbjuda vårdgaranti inom primärvården bör utökas till fler personer (kapitel 4, avsnitt 4.4.9*)

  För en region där det finns utomlänspatienter listade vid vårdcentraler i regionen innebär förslaget att även de patienterna ska erbjudas kontakt, medicinsk bedömning, undersökning och behandling vid vårdcentralen inom tidsgränserna. Det saknas uppgifter om hur många patienter som i dag är listade på vårdcentraler i en annan region än hemregionen, men den information som finns indikerar att det är förhållandevis få patienter. Redan i dag ska regionen erbjuda vård vid vårdcentraler åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård (8 kap. 3 § HSL). Den enda skillnaden som förslaget innebär är att den vården ska ges inom tidsgränsen. Sammantaget menar utredningen därför att förslaget inte bör ha några omfattande konsekvenser för regionerna när det gäller arbetssätt eller kostnader, även om

det kan finnas vissa enskilda vårdcentraler där utomlänspatienter är mer vanligt förekommande.

– *Bestämmelsen om att regionen ska se till att patienten får vård hos annan vårdgivare ska tydliggöras och utökas (kapitel 4, avsnitt 4.4.13)*

Att bestämmelsen föreslås omformuleras så att det anges att den aktuella vården ska ges *inom garantin* bedömer utredningen skulle vara ett förtydligande och inte ett nytt krav i sak, se kapitel 4, avsnitt 4.4.13. För regionerna innebär förslaget att det blir tydligt att det inte går att vänta tills tidsgränsen passeras innan patienten får hjälp till en annan vårdgivare. I de fall där regioner tidigare har tolkat den nuvarande bestämmelsen som att det går att vänta med att hjälpa patienten vidare till annan vårdgivare tills tidsgränsen har passerat, behöver de nu agera i tidigare skede. Som argumenteras i flera av delavsnitten ovan menar utredningen att detta främst handlar om ett ändrat arbetssätt och perspektiv som inte bör innebära några ökade kostnader. Det handlar bara om att göra något vid ett tidigare tillfälle.

Utredningen föreslår också att bestämmelsen ska säga att följande delar av vården ska ges hos en annan vårdgivare när det krävs: en medicinsk bedömning inom den specialiserade vården samt en utredning och en behandling inom primärvården och den specialiserade vården. Som framgår av avsnitt 10.2.5 är förslaget att ange att just de delarna av vården ska ges hos en annan vårdgivare under vissa förutsättningar ett förtydligande av det ansvar som följer av de föreslagna lydelserna av 9 kap. 1 och 1 a §§ hälso- och sjukvårdslagen. När det gäller regionens skyldighet att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare kan det, när det gäller undersökningar och behandlingar inom primärvården, innebära att regionen behöver skapa nya rutiner för hur och när hjälpen ska ges. Å andra sidan är tidsgränserna för undersökning och behandling väl tilltagna, vilket innebär att antalet patienter som behöver hjälpas vidare inte ska behöva vara alltför många. Men för undersökningar och behandlingar hos vissa vårdprofessioner kan det komma att bli mer vanligt. Regionerna behöver då säkerställa att det finns rutiner och nätverk för hur det kan ske på ett sätt som blir bra för patienten. Det kan handla om samarbeten med andra vårdgivare. Oavsett vilken väg som regionerna väljer är det viktigt att behovet beräknas och att regionerna säker-

ställer att det finns tillräckligt med kapacitet i primärvården. Det är möjligt att privata digitala vårdgivare som inriktar sig särskilt på vissa patientgrupper kan komma att bli mer vanligt om vårdcentralerna inte själva tillhandahåller tillräckligt med kapacitet. När det gäller undersökningar i den specialiserade vården krävs också nya arbetssätt och rutiner. Det handlar bland annat om vem som ska ansvara för att hjälpa patienten vidare – remittenten eller den som mottar remissen.

Förslaget om att specificera en ny förutsättning för att skyldigheten att se till att patienten får vården hos en annan vårdgivare ska inträda, det vill säga om information om tidpunkten för vården inte lämnas inom viss tid, bedömer utredningen visserligen vara en inskränkning av den kommunala självstyrelsen, se avsnitt 10.2.5. Men det bedöms inte vara ett kostnadsdrivande förslag eftersom kostnaderna inte bör påverkas av när regionens skyldighet att hjälpa patienten till en annan vårdgivare inträder.

Sammantaget menar utredningen att eftersom förslagen om ändringar i 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen inte bör innebära att det fattas beslut om mer vård bör förslagen inte öka den totala vårdkonsumtionen. Förslagen bör inte innebära högre kostnader. De kan innebära vissa tillfälliga uppstartskostnader inledningsvis för regionerna när de nya rutinerna ska hittas. Utredningen menar dock att dessa kostnader inte bör vara särskilt omfattande, och därmed inte något som motiverar en ekonomisk reglering.

– *Förändringar av hur startpunkten för hur vårdgarantins tidsgränser ska räknas i två av vårdgarantins delar (kapitel 4, avsnitt 4.4.14)*

Förslaget innebär att startpunkten när det gäller medicinsk bedömning och behandling inom den specialiserade vården förändras något. Utredningen bedömer att detta inte har några praktiska konsekvenser för regionernas arbetssätt och därmed inte heller innebär några ökade kostnader.

– *Regleringen om bedömningen av garantins uppfyllnad ska ändras (kapitel 4, avsnitt 4.4.16)*

Detta förslag handlar om att utöka bestämmelserna om patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan till fler delar av vårdgarantin än i dag. Utredningen bedömer att detta inte har några praktiska konsekvenser för regionernas arbetssätt och därmed inte

heller innebär några ökade kostnader, utöver de konsekvenser som förslaget har för uppföljningen, vilket diskuteras nedan.

Utökad uppföljning

Utredningens förslag om en utökad vårdgaranti innebär att insamlingen av uppgifter om väntetider behöver utökas för att efterlevnaden av vårdgarantins alla delar ska vara möjlig att följa upp. Det innebär en administrativ arbetsbörda och administrativa kostnader för hälso- och sjukvården.

Regionerna är sedan tidigare ålagda att rapportera uppgifter om väntetider till en nationell databas som förs av SKR (9 kap. 3 § HSL och 6 kap. 3 § HSF). I förarbetena finns inget exakt specificerat om vad som ingår i skyldigheten, men det går att utläsa att syftet med rapporteringen bland annat är att kunna följa upp vårdgarantins efterlevnad, se kapitel 4, avsnitt 4.2.1. Utredningen bedömer att de uppgifter som inrapporteringen behöver utökas med till följd av förslagen ryms inom gällande bestämmelse. Den utökade uppföljningen som krävs för att kunna följa den föreslagna vårdgarantin kan dock ses som en ambitionshöjning när det gäller rapporteringen av uppgifter, varför utredningen menar att den kommunala finansieringsprincipen aktualiseras.

Utredningen har inte utrett frågan om hur insamling och rapportering av väntetider bör se ut framöver. Utredningen har utgått från dagens reglering av inrapportering av väntetidsdata men förhåller sig också till det pågående arbetet på Socialstyrelsen. Om rapporteringen av uppgifter om väntetider fortsätter att utvecklas och bedrivas enligt den ordning som råder i dag uppskattar utredningen kostnaden till 40 miljoner kronor per år för den löpande ytterligare rapporteringen av uppgifterna, samt 75 miljoner kronor per år i två år för utvecklingsarbete. Utredningen föreslår att regionerna ersätts för kostnaderna för den ökade löpande inrapporteringen via höjt statsbidrag, medan utvecklingskostnaden föreslås regleras genom överenskommelse mellan staten och SKR. Om Socialstyrelsen framöver i stället skulle överta insamlingen av uppgifter om väntetider menar utredningen att merkostnaderna, av att även inkludera insamling av de delar som utredningens förslag om en utökad vårdgaranti kräver, borde vara väsentligt lägre.

Utöver att utöka regionernas rapportering av väntetidsdata, förutsätter utredningens förslag alltså även ett utökat arbete med utvecklig och förvaltning av väntetidsdatabasen. Nedan beskrivs mer ingående vad denna samlade datainsamling huvudsakligen behöver kompletteras med jämfört med vad som finns tillgängligt i dag, resonemang om i vilken del som den administrativa bördan och de administrativa kostnaderna till följd av utökad datainsamling kommer att uppstå samt en redogörelse av de underlag som ligger till grund för den grova kostnadsuppskattningen av en utökad datainsamling.

– *Vad insamlingen av data huvudsakligen behöver kompletteras med jämfört med vad som finns tillgängligt i dag*

  De delar som insamlingen övergripande behöver kompletteras med när det gäller *primärvården* är:

  - Att definiera och registrera undersökning och behandling. Undersökning och behandling ingår redan i dagens uppföljningsmodell, men är registrerade som återbesök tillsammans med tillfällen för planerad uppföljning, vilket gör att olika typer av vad som i dag följs upp som återbesök inte går att särskilja från varandra. Uppgifter om återbesök i primärvården rapporteras till väntetidsdatabasen redan i dag, men redovisas inte på vantetider.se.
  - Tidpunkt för remiss eller beslut om undersökning eller behandling.
  - Tidpunkt för genomförd undersökning eller behandling.
  - Tidpunkt för när information om tidpunkten för undersökning och behandling ges till patient.
  - Information om patientvald och medicinskt orsakad väntan. Den informationen registreras redan i dag när det gäller medicinsk bedömning, men behöver även registreras för de delar som vårdgarantin föreslås utökas med (undersökning, behandling och information om tidpunkt för viss vård).

  De delar som insamlingen övergripande behöver kompletteras med när det gäller den *specialiserade vården* är:

  - Tidpunkt för när information om tidpunkten för medicinsk bedömning, undersökning och behandling ges till patient.

- Utvecklad uppföljning av undersökningar. Dels behöver undersökningar som görs på särskilda enheter följas upp, exempelvis bild- och funktionsmedicin och patologi, på ett liknande sätt som i dag redan görs i vissa regioner. Dessutom behöver besök eller kontakter för undersökning som görs på en mottagning identifieras och registreras. I dag registreras sådana besök eller kontakter som återbesök och kan inte särskiljas från andra typer av återbesök, exempelvis planerad uppföljning.
- Tidpunkt för remiss eller beslut om undersökning.
- Tidpunkt för genomförd undersökning.
- Information om patientvald och medicinskt orsakad väntan när det gäller information om tid och undersökningar.

För både primärvård och specialiserad vård innebär förslaget också att garantin om det som i dag är medicinsk bedömning i primärvården och besök i specialiserad vård breddas så att den omfattar alla situationer oberoende av om kontakten tas för ett problem som har ett medicinskt samband med tidigare hälsoproblem och oavsett om det är ett nybesök eller inte. Denna förändring bör dock inte kräva någon förändring i uppföljningen utan endast en förändring i vilka besök eller kontakter som registreras som en medicinsk bedömning.

– *Om i vilken del av hälso- och sjukvården som den administrativa arbetsbördan och de administrativa kostnaderna kommer att uppstå*

Utökad datainsamling är en ökad administrativ börda. Arbetet med en utökad datainsamling består dels av ett utvecklingsarbete, dels av arbete med den löpande rapporteringen av uppgifter. Som framgår ovan kommer den att beröra både primärvård och specialiserad vård.

I utvecklingsskedet kommer det krävas insatser från regionerna. Utredningen menar att det då främst handlar om vårdadministrativ personal, såsom it-personal, tillgänglighetsstrateger och liknande, snarare än den vårdande hälso- och sjukvårdspersonalen i verksamheterna.

Denna bedömning är i linje med vad som beskrivs i Socialstyrelsens redovisning av ett uppdrag om att utreda förutsättningarna för nationell insamling av registeruppgifter från primärvården.

I den redovisningen ingick en kartläggning av regionernas och enskilda verksamheters uppskattning av vilka resurser som en uppgiftsskyldighet till ett nationellt hälsodataregister över primärvård skulle kräva. It-kostnader och validering av uppgifter var sådant som regionerna angav att förberedelser för regelbunden överföring av uppgifter skulle medföra. Utbildningskostnader, exempelvis beträffande nya journalsystem, klassifikationer och kodning var andra typer av kostnader som framkom.[4] Även om Socialstyrelsens uppdrag avsåg ett annat fokus än väntetidsdatabasens innehåll, menar utredningen att det bör finnas likheter när det gäller vilka kompetenser och delar av hälso- och sjukvården som särskilt påverkas av datainsamlingsarbete.

Enligt nuvarande ordning drivs utvecklingen av datainsamling av SKR tillsammans med regionerna. Arbetsuppgifter kan alltså även tillkomma på SKR, utöver i de enskilda regionerna.

Hur stor den administrativa bördan av den löpande insamlingen blir, och vem som belastas av den, beror på hur insamlingen går till. Ju mer automatisk insamlingen är, desto mindre är bördan och desto mindre behöver den vårdande hälso- och sjukvårdspersonalen i verksamheterna göra något extra för att registrera det ytterligare som krävs för att den föreslagna utökade vårdgarantin ska kunna följas upp.

I Socialstyrelsens kartläggning av regionernas och enskilda verksamheters uppskattning av vilka resurser som en uppgiftsskyldighet till ett nationellt hälsodataregister över primärvård skulle kräva framkom att den löpande insamlingen främst ansågs komma att beröra den administrativa delen av verksamheterna.[5]

Enligt nuvarande ordning är det SKR som för den nationella väntetidsdatabasen. Arbetet med att förvalta databasen kommer att utökas med en utökad datainsamling. Med fler delar att följa upp behövs mer kvalitetssäkring och mer data som ska redovisas, ett arbete som alltså delvis sker inom SKR utöver i de enskilda regionerna.

[4] Socialstyrelsen. 2021. *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården*, s. 87.
[5] Socialstyrelsen. 2021. *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården*, s. 88.

– *Underlag för uppskattning av omfattningen av kostnaderna för utökad datainsamling*

I likhet med *arbetet* med en utökad datainsamling består *kostnaderna* för utökad datainsamling dels av en mer kortsiktig utvecklingskostnad, dels en kostnad för den löpande insamlingen av uppgifter när uppföljningsmodellen väl är framtagen.

Det är mycket svårt att uppskatta regionernas kostnader för den utökade datainsamlingen som skulle krävas för att följa upp den föreslagna utökade vårdgarantin. Det saknas uppgifter om regionernas kostnader för både inrapportering av data och utveckling av väntetidsdatabasen i dag.

För att ge något perspektiv på frågan kan det nämnas att överenskommelsen *En ny, uppdaterad kömiljard 2019* inkluderade ett arbete med att utveckla och införa uppföljningen för den specialiserade vården till att omfatta alla kontakter inom den specialiserade vården.[6] Tidigare omfattade rapporteringen ett något smalare urval. För detta arbete tilldelades SKR 10 miljoner kronor och regionerna 320 miljoner kronor. I överenskommelsen för 2020 ingick bland annat att regionerna skulle rapportera enligt den nya modellen och SKR skulle arbeta med fortsatt utveckling av väntetidsdatabasen, bland annat tester, kvalitetssäkring och anvisningar för inrapportering.[7] För detta fick SKR 10 miljoner kronor och regionerna 353 miljoner kronor. I beloppen ingår dock även annat arbete utöver utvecklad väntetidsstatistik och rapportering, inte minst det strategiska utvecklingsarbetet med handlingsplaner. Det är därför svårt att säga hur mycket av medlen som ansågs avse just utvecklingen och insamlingen av statistik. Medel i överenskommelser för det arbete som ska genomföras är dessutom politiskt framförhandlade och behöver inte nödvändigtvis avspegla faktiska kostnader. Samtidigt kommer även medel för ytterligare utveckling genom en överenskommelse vara politiskt framförhandlade och behöver inte heller motsvara faktiska kostnader.

Den utveckling som gjordes av uppföljningen av den specialiserade vården var sannolikt mindre omfattande än det arbete som skulle behövas för att inkludera de nya delar av vårdgarantin som

[6] *En ny, uppdaterad kömiljard 2019 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting,* s. 12–13 och 15–16.
[7] *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, s. 16–18.

föreslås. Då handlade det främst om att utöka till fler vårdprofessioner och något fler vårdområden, men strukturen i insamlingen var densamma som tidigare. Nu handlar det om att få in och definiera undersökningar som inte varit en specifik del av uppföljningsmodellen tidigare. Å andra sidan finns det redan en separat uppföljning av ledtider till vissa undersökningar, bland annat bild- och funktionsmedicin, även om alla regioner inte deltar i den rapporteringen i dag. De flesta undersökningar bör också rapporteras redan i dag, men klassificeras som återbesök, eftersom överenskommelsen om en uppdaterad kömiljard 2019 innehöll krav på att alla regioner senast 1 april 2020 skulle kunna redovisa alla genomförda kontakter i den specialiserade vården, bland annat utredningar.[8] En sådan modell har sedan utvecklats och implementerats.[9] Det är dock svårt att avgöra om insamlingen i praktiken verkligen inkluderar *alla* kontakter, och därmed alla undersökningar.

Ett annat perspektiv på kostnaderna ges i Socialstyrelsens redovisning av uppdraget om att utreda förutsättningarna för nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. I den redovisningen drog Socialstyrelsen slutsatsen att förberedelserna för insamlingen skulle innebära kostnader för regionerna, men att det är svårt att avgöra storleken på dem. Belopp som nämndes i några regioner var 100 000–400 000 kronor. När det gällde kostnader för den löpande insamlingen på vårdcentralsnivå menade några att såväl arbetsbörda som kostnader beror på vilka uppgifter som ska rapporteras och hur överföringen av uppgifterna ska ske. En stor del av vårdcentralerna svarade att de i dagsläget inte kan ange vilken typ av kostnader som ett framtida krav på uppgiftslämnande skulle innebära för dem.[10]

– *Kostnadsuppskattning och finansieringsförslag*

Enligt nu gällande ordning är regionerna skyldiga att rapportera uppgifter om väntetider till väntetidsdatabasen som förs hos SKR, och det är därmed också via SKR som utvecklingsarbetet sker.

[8] *En ny, uppdaterad kömiljard 2019 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting,* s. 12–13 och 15–16.
[9] SKR. 2020. *Modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom specialiserad vård,* daterad 2020-12-15, s. 6.
[10] Socialstyrelsen. 2021. *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården*, s. 87–88.

Vissa förändringar har dock initierats. I september 2021 fick Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla förutsättningarna för insamling av väntetidsdata.[11] I mars 2022 lämnade Socialstyrelsen en delredovisning av uppdraget. I delredovisningen uttrycker Socialstyrelsen att myndigheten ser positivt på att utveckla en nationell insamling av väntetidsdata. Enligt myndigheten finns det två möjliga vägar för en ny insamling av väntetidsdata: Dels att skapa en särskild aggregerad insamling för detta, dels att samla in väntetidsdata som individdata exempelvis genom patientregistret, eller en kombination av de båda. Socialstyrelsen förordar en framtida insamling på individnivå för att kunna möta de behov som finns av väntetidsdata, samtidigt som detta möjligen medför ett längre tidsperspektiv för att utveckla.[12] Slutredovisningen av uppdraget ska lämnas i oktober 2022.

Utredningen har inte utrett om det är mest lämpligt att regionerna framöver rapporterar uppgifter om väntetider till Socialstyrelsen eller även fortsättningsvis till SKR, men ser att kostnaderna och finansieringen för både utveckling av utökad datainsamling och den löpande insamlingen av data påverkas av om den nuvarande ordningen fortsätter att gälla eller om insamlingen i stället ska göras genom Socialstyrelsen. Därför redovisas två separata resonemang nedan.

1. Nuvarande ordning med rapportering till väntetidsdatabasen som förs på SKR fortsätter

   Det är alltså mycket svårt att uppskatta kostnaderna för en utökad datainsamling. När det gäller den löpande insamlingen och rapporteringen av uppgifter finns egentligen inga konkreta uppgifter. Utredningens uppskattning är att kostnaden för den löpande insamlingen kommer att uppgå till 40 miljoner kronor årligen. Det motsvarar i genomsnitt nästan 2 miljoner kronor per region, och därmed nära 2 årsarbetskrafter per region igenomsnitt. Utredningen menar att det bör vara tillräckligt, i synnerhet om insamlingen görs alltmer automatiserad.

   Med hänvisning till den kommunala finansieringsprincipen föreslår utredningen att de generella statsbidragen via anslaget *1:1*

[11] Regeringsbeslut S2021/06332. *Uppdrag att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata*.
[12] Socialstyrelsen. 2021. *Regeringsuppdrag om att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata – Delrapport, mars 2022*, s. 7 och 18.

Kommunalekonomisk utjämning inom utgiftsområde 25 ökas med 40 miljoner kronor för den utökade löpande insamlingen av data. Kostnaderna föreslås belasta anslaget *1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna* eller anslaget *1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård* inom utgiftsområde *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.* Förändringen föreslås vara permanent.

När det gäller kostnaden för utvecklingsarbetet föreslår utredningen att det även fortsättningsvis finansieras genom överenskommelse mellan staten och SKR. Innehållet i det arbetet och beloppet som kopplas till det är föremål för en förhandling mellan staten och SKR. Med utgångspunkt i redogörelsen ovan föreslår dock utredningen att omkring 75 miljoner kronor per år i två år avsätts för utvecklingsarbetet. Det skulle motsvara de 10 miljoner kronor som SKR har tilldelats för likande utvecklingsarbete i tidigare överenskommelser samt omkring 20 procent av de medel som regionerna tilldelats i tidigare överenskommelser för strategiskt utvecklingsarbete och utvecklad väntetidsstatistik. Kostnaderna föreslås belasta anslaget *1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna* inom utgiftsområde *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.*

Genom att reglera ersättningen för utvecklingsarbetet på annat sätt än genom ökat statsbidrag till följd av finansieringsprincipen menar utredningen att det finns större möjlighet till flexibilitet i att justera storleken på kostnaden om det framkommer mer specifik information om vad utvecklingsarbetet kommer att bestå av. Så länge regionerna ska rapportera till en väntetidsdatabas som finns hos SKR ser utredningen inte något annat sätt att finansiera utvecklingsarbetet än genom överenskommelse. Mycket av utvecklingsarbetet sker då genom SKR.

2. Det fattas beslut om att väntetidsdata framöver ska rapporteras till Socialstyrelsen

Om regeringen eller en myndighet som regeringen bestämmer skulle besluta att regionernas rapporteringsskyldighet enligt 9 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen i framtiden ska fullgöras genom rapportering av väntetidsuppgifter till Socialstyrelsen menar utredningen att den ytterligare datainsamlingen som krävs till följd av förslagen om en utökad vårdgaranti bör kunna rymmas inom det utvecklingsarbete som Socialstyrelsen bedriver. Om en helt

ny insamlingsmodell utvecklas bör merarbetet av att inkludera ytterligare viss information som behövs till följd av förslagen om en utökad vårdgaranti inte vara särskilt omfattande. Det resonemanget gäller både utvecklingskostnaden och den löpande insamlingen som regionerna står för. Däremot skulle naturligtvis utvecklingen av insamlingen totalt sett behöva ett omfattande arbete och innebära en hel del kostnader, men till största del för att kunna följa upp dagens vårdgaranti.

Utredningen ser ingen anledning att försöka uppskatta kostnaden för det arbete som skulle behöva göras hos Socialstyrelsen och regionerna i det fall väntetidsdata skulle rapporteras till Socialstyrelsen framöver, och hur mycket av denna kostnad som i så fall skulle vara en följd av den ytterligare datainsamlingen som krävs till följd av utredningens förslag. Mer och bättre redogörelse av detta utvecklingsarbete bör kunna förväntas i Socialstyrelsens slutredovisning av det pågående uppdraget i oktober 2022.

Konsekvenser och kostnader för kommunerna

Regleringen av vårdgarantin omfattar inte kommunerna, och har därmed inga direkta effekter för hälso- och sjukvården som bedrivs av kommunerna. Däremot omfattar vårdgarantin de läkarbesök som görs på särskilda boenden och som hembesök, eftersom det då är regionens läkare som utför vården. Personer som har kommunal hälso- och sjukvård som är i behov av läkare kan i många fall tänkas ha besvär som kan relateras till tidigare kända hälsoproblem. Förslaget om en utökad vårdgaranti innebär att garantin om en medicinsk bedömning i primärvården även omfattar sådana situationer. Fler läkarbesök hos personer som har kommunal hälso- och sjukvård kan således förväntas omfattas av den föreslagna vårdgarantin. Om personen bedöms vara i behov av fortsatt undersökning eller behandling inom den regionala vården omfattas hen av vårdgarantin. Kommunerna kan påverkas positivt om de föreslagna förändringarna medför att patienter som också har kommunal hälso- och sjukvård eller kommunal omsorg får sin regionala vård snabbare.

10.3.2 Förslaget om information samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet

Konsekvenser och kostnader för staten

Förslaget om att patienten ska få informationen samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet innebär ett behov av att utveckla digitala tjänster så att regioner och kommuner kan tillgängliggöra information till patienten digitalt och samlat. Om förslaget genomförs kommer det att innebära kostnader för staten eftersom statens utgifter kommer att påverkas genom finansieringsprincipen för det arbete som förslagen medför för regionerna och kommunerna. Detta beskrivs närmare i nästa avsnitt om regionerna och kommunerna.

Konsekvenser och kostnader för regioner och kommuner

Den föreslagna författningsändringen skulle innebära ett nytt krav på regioner och kommuner om att de i egenskap av vårdgivare har ansvar för att patienten får information samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet. Att information ska lämnas till patienten är inte nytt, det som skulle vara nytt är regleringen om på vilket sätt informationen ska lämnas, det vill säga informationen ska enligt förslaget lämnas på ett sådant sätt att patienten får tillgång till relevant information samlat på en digital plats.

Utredningens förslag om att lämna informationen samlat och digitalt innebär att en ny obligatorisk uppgift skulle införas, vilket innebär att finansieringsprincipen ska tillämpas. Det är i dag frivilligt att tillhandahålla informationen på det sätt som utredningen föreslår men förslaget innebär att det skulle bli obligatoriskt att lämna informationen samlat och digitalt. Utredningens bedömning är att regioners och kommuners initiala uppstartskostnader för att skapa förutsättningar för att kunna uppfylla kravet om att lämna information samlat och digitalt framför allt kommer att handla om kostnader för att utveckla tekniska lösningar för att informationslämningen ska kunna ske samlat och digitalt. Förutom uppstartskostnader så kommer det även uppstå driftskostnader för att kunna förvalta det utvecklade

arbetet. De uppskattade totala kostnaderna för förslaget innebär en uppstartskostnad de tre första åren om 185 miljoner kronor. Därefter en årlig förvaltningskostnad om 30 miljoner kronor. Nästa delavsnitt redogör för underlaget som lett fram till denna slutsats.

Underlag för kostnadsberäkningen

För att uppskatta de kostnader som förslaget skulle innebära har utredningen framför allt tagit del av det underlag som Inera presenterade i sin förstudie för införandet av patientkontrakt. Förstudien är framtagen inom ramen för SKR:s arbete med att stödja införandet av patientkontrakt och beskriver möjligheter och förutsättningar för att realisera patientkontraktet som en sammanhållen digital plan på 1177 Vårdguiden. [13]

Kostnadsberäkningarna i förstudien är gjorda utifrån att Ineras egen tekniska plattform, Nationella tjänsteplattformen, används. Det finns även andra leverantörer på den öppna marknaden som kan tillhandahålla de digitala tjänster som beskrivs i förstudien för införandet av patientkontrakt. Inera uppskattar att de initiala kostnaderna för utvecklingsarbetet under en tre års period skulle vara 185 miljoner kronor. Utredningen gör bedömningen att ett motsvarande utvecklingsarbete som beskrivs för ett digitalt realiserande av patientkontrakt, om än något mindre, kommer att behövas för att uppfylla föreslaget författningskrav. Utredningens förslag innebär inte samma ambitionsnivå som införandet av patientkontraktet. Med en lägre ambition bör uppstartskostnaderna bli lägre för utredningens förslag än för införandet av patientkontrakt. Däremot är inte kostnaderna för regioners och kommuners behov av stöd för verksamhetsförändringar och implementering av nya tekniska lösningar och digitala tjänster med i Ineras beräkningar av utvecklingskostnader. Utredningen anser att dessa kostnader bör ingå i utvecklingskostnaderna för förslaget. Med en lägre ambition än vad patientkontraktets digitalisering skulle vara och med kostnader för verksamhetsförändring och implementering tillagda anser utredningen att den totala utvecklingskostnaden om 185 miljoner kronor kan ses som rimlig.

[13] Inera. 2020. *Förstudie om sammanhållen planering via 1177 Vårdguiden – Behov och lösningsförslag för ökad delaktighet och samskapande, Slutrapport förstudie 2020-02-28.*

Förutom uppstartskostnader så kommer det att uppstå kostnader för att förvalta de utvecklade tekniska lösningarna för informationslämnande samlat och digitalt. För att förvalta utvecklade digitala funktioner för patientkontraktet på 1177 Vårdguiden estimerade Inera de löpande årliga kostnaderna till 30 miljoner kronor.[14] Även om ambitionerna för patientkontraktets digitalisering är större än kraven för utredningens förslag, gör utredningen bedömningen att den utveckling av digitala tjänster och de estimerade kostnader för förvaltning som Inera beskrivit kan användas som en inriktning för att uppskatta lagförslagets kostnader. Förvaltningskostnader om 30 miljoner kronor årligen kan därmed ses som rimliga för utredningens förslag.

Finansiering föreslås ske via anslag 1:6 *Bidrag till Folkhälsa och sjukvård* eller anslag *1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna* inom utgiftsområde 9 *Hälsovård, sjukvård och social omsorg*.

För att kunna göra exakta kostnadsberäkningar av vad en digital utveckling hos respektive region eller kommun skulle kosta så krävs en djupare specifik lokalkännedom om vilka system, tjänster, behov av stöd och kompetenser som finns hos varje aktör och även mer exakt kännedom om vad som behöver utvecklas och på vilket sätt. Det finns en marknad med flera olika aktörer som kan stödja regioner och kommuner i sin digitala utveckling och med införandet av digitala tjänster. Eftersom det föreslagna kravet kan uppfyllas på olika sätt så kan även kostnadsbilden variera beroende på exempelvis om regioner och kommuner väljer att delta i nationell samverkan för att utforma kravställning på och val av utförare av utvecklingsuppdraget. Utredningen anser dock att ett utvecklingsarbete som görs tillsammans av regioner och kommuner i redan upparbetade samverkanforum och som görs utifrån ett invånarperspektiv framstår som mer kostnadseffektivt jämfört med om regioner och kommuner skulle göra utvecklingsarbetet var och en för sig. Utredningen ser därmed positivt på att regioner och kommuner samarbetar och samverkar för att driva utvecklingen av digitala tjänster i regional och kommunal hälso- och sjukvården gemensamt via Inera.

När patienterna kan komma åt information om sina fasta vårdkontakter, sin fasta läkarkontakt och på vilka tider det går att nå dem så kan det innebära färre telefonsamtal och förfrågningar från patien-

[14] Inera. 2020. *Förstudie om sammanhållen planering via 1177 Vårdguiden – Behov och lösningsförslag för ökad delaktighet och samskapande, Slutrapport förstudie 2020-02-28.*

ter som eftersöker just denna information. Därmed kan vårdpersonalens administrativa tid, för att exempelvis leta reda på information åt patienten och guida patienterna till de tidpunkter som den fasta läkarkontakten eller fasta vårdkontakten går att nå, minska. Utredningen bedömer att förslaget därför kan öka kommunernas, regionernas och andra vårdgivares värdeskapande tid med patienterna, vilket också innebär en vinst för vårdverksamheten.

Införandet av patientkontrakt i regioner och kommuner har pågått under en längre tid och finansierats av staten via överenskommelse

Genom överenskommelserna om en god och nära vård för åren 2021 och 2022 har regionerna och kommunerna fått medel till utvecklingsområdet *Nära vård* där införandet av patientkontrakt är en del. Utöver att regioner och kommuner fått medel för införandet av patientkontrakt har även SKR fått medel för att nationellt samordna arbetet med digitalisering av hälso- och sjukvård utifrån en av regeringen och SKR gemensamt framtagen Vision e-hälsa 2025.[15]

Regionerna och kommunerna har redan erhållit en hel del medel genom överenskommelserna om en god och nära vård. Utredningen menar att den kommunala finansieringsprincipen likväl medför att regionerna behöver ersättas då det nu handlar om lagkrav.

10.3.3 Förslaget om att tidpunkten för vård ska väljas i samråd med patienten

Konsekvenser och kostnader för staten

Förslaget innebär inga nya åtaganden eller kostnader för staten.

Konsekvenser och kostnader för regionerna och kommunerna

Förslaget om att tidpunkten för vården så långt som möjligt ska väljas i samråd med patienten skulle innebära en ny obligatorisk uppgift för kommuner, regioner och andra vårdgivare. Det föreslagna

[15] *God och nära vård 2021 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner* och *God och nära vård 2022, En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.

lagkravet är förhållandevis allmänt hållet och anger inte hur samrådet ska gå till, utan stort utrymme lämnas till kommuner, regioner och andra vårdgivare att avgöra det. Det kan exempelvis ske genom muntlig dialog med patienten i samband med tidigare besök eller genom att patienten kan välja bland tider via ett webbokningssystem. För att efterleva kravet kan vårdgivare behöva förnya sina arbetssätt vid tidsbokning. Utredningen bedömer att dessa förändrade arbetssätt kommer medföra begränsade merkostnader. Redan i dag ska patienten få information om vid vilken tidpunkt hen kan förvänta sig att få vård (3 kap. 1 § 4 patientlagen), så systemen och rutinerna för att boka och informera om tider ska redan finnas. Att samråda med patienten innan tidpunkten för vård väljs kommer rimligen medföra att färre patienter behöver höra av sig för att avboka eller omboka den valda tidpunkten för vård. Detta kan minska den administrativa belastningen på kommunerna, regionerna och andra vårdgivare. Utredningen bedömer att förslaget därför möjligen kan minska kommunernas, regionernas och andra vårdgivares tid och därmed kostnader för framför allt administration av om- och avbokningar av vård.

10.3.4 Bedömningen om uppstart och implementering av nya konsultativa arbetssätt för att stärka primärvården

Konsekvenser och kostnader för staten

Bedömningen om att regeringen bör rikta ekonomiska medel i syfte att stimulera uppstart och implementering av nya konsultativa arbetssätt som stärker primärvårdens tillgänglighet och kontinuitet innebär en kostnad för staten. Den totala kostnaden för staten är 1 miljard kronor under en femårsperiod.

Utredningen har inte tagit ställning till statsbidragets form eller finansieringsmodell, men ser med fördel att medlen fördelas via ett ansökningsförfarande från de vårdverksamheter som ska utveckla och implementera de nya arbetssätten. Staten och SKR har under åren 2019–2022 genom årliga överenskommelser enats om stöd till både generella och riktade insatser för omställningen till en god och nära vård. Om medel till utveckling och implementering av konsultativa arbetssätt mellan vårdverksamheter skulle fördelas via en överenskommelse mellan staten och SKR blir satsningen kortsiktig, eftersom överenskommelserna är på årlig basis. Vid en överenskommelse blir

även summan för statsbidraget föremål för en förhandling mellan staten och SKR, därmed kan summan för statsbidraget bli olika för olika år och kan komma att förändra planeringsförutsättningarna för de som ska ansöka om medel. Medlen skulle kunna fördelas genom statsbidrag efter ansökan till och beslut av Socialstyrelsen. Hur mycket den faktiska kostnaden för staten blir kommer även påverkas av vårdverksamheternas möjlighet och vilja att ansöka om medel via statsbidraget. Oavsett val av modell för statsbidraget kommer det att påverka statens finanser.

Utredningen menar att det föreslagna statliga stödet behöver vara flerårigt för att det ska kunna stödja det lokala omställningsarbetet som ska göras av olika vårdverksamheter på olika håll i landet. Med en flerårig konstruktion av statsbidraget och med en känd årlig summa ökar förutsättningarna för att vårdverksamheter i regioner och kommuner som kommit olika långt i omställningsarbetet kan ansöka vid en tidpunkt som passar väl in med det lokala omställningsarbetets utvecklingsfaser. Omställningens målbild är satt till 2027 och därmed anser utredningen att statsbidraget som kortast bör finnas fram till dess, gärna längre.

Utredningen menar att ett statsbidrag riktat till verksamheterna som omställningen konkret handlar om ger goda förutsättningar för att hälso- och sjukvårdens kompetenser och resurser på ett effektivt sätt kommer att kunna bidra till att omställningsarbetet fortsätter med kraft och intensitet så att omställningen verkligen sker och blir långsiktigt hållbar. Statsbidraget ska stärka och utveckla vårdverksamheterna som medverkar till att ta fram och implementera konsultativa arbetssätt. Arbetssätten som utvecklas med stöd av föreslaget statsbidrag ska bidra till att vårdens medarbetare känner sig mer delaktiga och engagerade i det lokala omställningsarbetet till en mer nära vård, vilket ökar förutsättningarna för att nå det övergripande nationella målet om en hälso- och sjukvård där primärvården är navet. För att uppfylla syftet med bidraget bedömer utredningen att ansökan bör innehålla beskrivning av gemensamt arbete från minst två olika vårdverksamheter verksamma på olika vårdnivåer (primärvård och specialiserad vård) eller verksamma hos olika huvudmän för hälso- och sjukvården (region och kommun). För att de riktade medlen ska kunna stimulera uppbyggnad av långsiktiga strukturer som ska bli en del av verksamheternas ordinarie arbetssätt behöver ansökan visa på

inkludering och delaktighet av medarbetarna tillsammans med en god förankring i verksamheternas ledning och styrning.

För att veta hur dessa riktade medel bidragit till målet med satsningen är det också viktigt att resultaten från varje ansökan redovisas så att statsbidragets effekt på omställningen kan följas upp.

Ett exempel på konsultativt arbetssätt mellan specialiserade vården och primärvården är digital ortopedkonsult i Region Kalmar län som presenterades i utredningens delbetänkande[16]. Utifrån den modellen och de erfarenheter som gjorts där har Socialstyrelsen uppskattat att ett nationellt införande av ortopedkonsulter i primärvården skulle ha en införandekostnad om 128 miljoner kronor om ortopedkonsultationer införs för hela landets primärvård. I kostnaderna ingår upphandlingskostnader, kostnader för utrustning och utbildning.[17]

Utredningen uppskattar statsbidragets storlek till totalt 200 miljoner kronor årligen under 5 år. Ekonomiska medel bör främst röra ersättning till vårdverksamheterna i regioner och kommuner (primärvård och specialiserad vård) för att samordna, förankra och driva samverkansarbetet. Beroende på samverkansprojektets storlek och antal medverkande vårdenheter kan tidsåtgången variera för olika utvecklingsprojekt. Finansiering föreslås ske via anslag *1:6 Bidrag till Folkhälsa och hälso- och sjukvård* eller anslag *1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna* inom utgiftsområde *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg*.

Konsekvenser och kostnader för regionerna och kommunerna

Bedömningen innebär en möjlighet för regionerna och kommunerna att få statligt ekonomiskt stöd för att i vårdverksamheterna utveckla nya konsultativa arbetssätt mellan primärvården och den specialiserade vården. Eftersom det är frivilligt att ansöka om medel medför inte bedömningen i sig några obligatoriska kostnader för regionerna eller kommunerna. För de verksamheter som ansöker om och beviljas medel kan vissa kostnader i form av exempelvis administration för ansökan och redovisning uppstå, men dessa kostnader bedömer utredningen som små och de kompenseras av de statliga medel som de aktuella verksamheterna får genom statsbidraget. Utredningens be-

[16] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan.*
[17] Socialstyrelsen. 2021. *Uppdämda vårdbehov - Analys och förslag till insatser*, s. 94–96.

dömning om att utveckla och implementera nya konsultativa arbetssätt bedöms inte medföra några ytterligare förhöjda kostnader för regionerna eller kommunerna. Kostnaderna för framtagande och implementering av de konsultativa arbetssätten beror på hur regionerna och kommunerna väljer att arbeta och samverka kring framtagandet.

Eventuella ytterligare kostnader som kan uppkomma med de nya arbetssätten för konsultationer mellan specialiserad vård och primärvård bör vägas upp av de fördelar som arbetssätten syftar till att föra med sig. Exempelvis kan samverkan medföra att antalet remisser från primärvården till den specialiserade vården minskar och att de remisser som skickas håller en högre kvalitet. Dessutom kan arbetssätten leda till att patienterna vid sitt primärvårdsbesök får en direktkonsultation av den specialiserade vården, vilket gör att patientens väntan på bedömning i den specialiserade vården uteblir. Kan patientens vårdbehov tillgodoses under besöket i primärvården behöver inte heller patienten avsätta tid eller pengar för att resa till ett besök hos annan vårdgivare, vilket kan leda till besparingar både för patienten i form av tid och pengar och för vården i form av effektivare vårdinsatser.

10.3.5 Bedömningen om nya arbetssätt för samverkan mellan primärvården, BUP och elevhälsan kopplat till *En väg in*

Konsekvenser och kostnader för staten

Bedömningen om att 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 primärvården (ofta kallad första linjens vård för barn och ungas psykiska ohälsa och olika organiserad i regionerna), BUP och elevhälsan kopplat till arbetet med *En väg in* innebär en kostnad för staten. Den totala kostnaden för staten uppskattas till 120 miljoner kronor under en treårsperiod.

Medlen skulle kunna fördelas genom riktade statsbidrag efter beslut av Socialstyrelsen. Utredningen anser att medlen ska fördelas via ett ansökningsförfarande. Ansökan bör innehålla en beskrivning av hur det gemensamma arbetet mellan region och huvudmän för skolan ska bedrivas samt redogörelse för hur medlen ska användas. Det får som konsekvens att kostnaden beror på regionernas och huvudmännen för skolans förutsättningar och intresse för att delta.

Utredningen har bedömt att varje region bör erbjuda en gemensam väg in för barn och unga som upplever psykisk ohälsa. Enligt SKR:s nulägesbeskrivning för år 2020 finns *En väg in* etablerat i sex regioner och ytterligare tre regioner planerar för implementering.[18] Utredningen menar att det är både eftersträvansvärt och sannolikt att fler regioner kommer att implementera *En väg in* under de närmsta åren. Utredningen bedömer att det statliga stödet bör vara flerårigt för att få till en långsiktighet och att regionerna och huvudmännen för skolan även i de regioner som är på väg att bygga upp *En väg in* ska kunna ansöka och ta del av statsbidrag för utvecklingen av nya arbetssätt för samverkan. Vid en eventuell prioritering bör förutsättningar för att implementera långsiktigt hållbara arbetssätt i de ordinarie verksamheterna samt förutsättningar för kunskaps- och erfarenhetsspridning prioriteras.

Utredningen menar att statsbidraget i huvudsak bör röra ersättning för arbetstid som går åt för verksamheternas medarbetare i regionen (primärvården och BUP) respektive elevhälsan för att samordna och driva samverkansarbetet med att ta fram nya arbetssätt för samverkan. Omfattningen av tidsåtgången kan exempelvis komma att bero på regionens storlek och hur många huvudmän för skolan som ingår i samverkansprojektet.

Utredningen föreslår att det årligen under en treårsperiod avsätts 40 miljoner kronor för att stödja framtagandet av nya och hållbara arbetssätt som ska underlätta samverkan mellan primärvården, BUP och elevhälsan kopplat till arbetet med *En väg in*. Finansiering föreslås ske via anslag *1:8 Bidrag till psykiatri* eller anslag *1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna* inom utgiftsområde *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg*.

Konsekvenser och kostnader för regionerna och kommunerna

Bedömningen innebär en möjlighet för regionerna (primärvården och BUP) och huvudmännen för skolan att få statligt ekonomiskt stöd för att utveckla nya arbetssätt för samverkan kopplat till arbetet med *En väg in*. Eftersom det är frivilligt för regionerna och kommunerna att ansöka om medel medför inte bedömningen i sig några

[18] SKR. 2021. Första linjen 2020. *Nulägesbeskrivning av hälso- och sjukvårdens första linje för barn och ungas psykiska hälsa*, s. 29.

obligatoriska kostnader för regionerna eller kommunerna. För de verksamheter som ansöker om och beviljas medel kan vissa kostnader i form av exempelvis administration för ansökan och redovisning uppstå, men dessa kostnader bedömer utredningen som små och de kompenseras av de statliga medel som de aktuella verksamheterna får genom statsbidraget. Den föreslagna bedömningen om att hitta nya arbetssätt för samverkan bedöms inte medföra några ytterligare förhöjda kostnader för regionerna och kommunerna. Utredningen menar också att den eventuella ytterligare kostnaden som kan uppkomma med de nya arbetssätten för samverkan bör vägas upp av de fördelar som samverkan syftar till att föra med sig. Exempelvis kan samverkan medföra att remisser från elevhälsan till regionen håller högre kvalitet och att samverkan medför att regionen via *En väg in* får en konsultativ roll gentemot elevhälsan. Dessutom kan det leda till att barn och unga får vård tidigare och inte bollas mellan olika aktörer, vilket i förlängningen kan leda till besparingar i form av effektivare vårdinsatser och bättre hälsa.

10.3.6 Bedömningarna om en regionaliserad läkarutbildning

Utredningens bedömningar som här konsekvensbedöms är följande:

– de universitet som saknar regionaliserad läkarutbildning i sjukvårdsregionen bör i samverkan med regionerna utreda regionalisering av läkarutbildningen i sin sjukvårdsregion, och

– staten bör stödja universitet och regioner i utvecklingen och etableringen av regionaliserad läkarutbildning samt ge ett permanent stöd till dem som infört regionaliserad läkarutbildning.

Utredningen menar att en regionaliserad läkarutbildning bör övervägas för hela landet, bland annat mot bakgrund av de fördelar det ger för både kompetensförsörjningen avseende läkare och akademiseringen i regionerna men att möjligheterna bör utredas gemensamt mellan universitetet och ingående regioner.

Konsekvenser och kostnader för staten

Utredningen har i konsekvensbedömningen utgått från en regionaliserad läkarutbildning i hela landet där läkarstudenter genomför sina sex sista terminer på en satellitort till universitetet i någon av regionerna i sjukvårdsregionen. Det innebär merkostnader för universiteten framför allt i form av universitetslärare på de nya studieorterna. För universitetslärarna är det även angeläget att det finns tid för klinisk verksamhet liksom forskningstid avsatt för att bidra till en ökad akademisering på studieorten.

Det är svårt för utredningen att lämna en exakt uppskattning av kostnaderna för en regionaliserad läkarutbildning eftersom det hänger samman med hur många studenter som satellitstudieorterna tar emot, vilket styr behovet av universitetslärare, som är den största kostnaden för universiteten. Därtill kommer kostnader för lokaler och övriga kostnader. De kostnader som utredningen lyfter fram som grund för ersättning till universiteten utgår från exemplen Umeå universitets respektive Linköpings universitets regionaliserade läkarutbildning och en modell som utredningen tagit fram för beräkning. Modellen utgår från 50 studenter per studieort och tolv universitetslärare samt lokalkostnader. I modellen ingår kostnader för universitetslärare, tekniska och administrativa tjänster och lokalkostnader men inte övriga kostnader såsom investeringar och resor. Modellen innebär att totalt ungefär 30 procent av studenterna på läkarutbildningen gör sina sista sex terminer vid någon av studieorterna utanför universitetsorten. Men antal studenter per studieort måste anpassas till lokala förutsättningar, medan antalet lärare är svårare att anpassa neråt.

Utredningens bedömning är att de goda effekter som en regionaliserad läkarutbildning kan få på både kompetensförsörjning och akademisering på studieorterna, som är av stor vikt för en god och nära vård, är goda skäl för att staten ska ta ett ansvar för merkostnaderna. Därtill kommer en positiv effekt för studenterna eftersom det minskar trängsel vid den verksamhetsförlagda delen av utbildningen, vilket i sig kan vara ett skäl för universiteten att regionalisera läkarutbildningen. Vid Umeå universitet har den regionaliserade läkarutbildningen inneburit att för perioden 2015–2022 har 64 procent av de läkare som utbildats vid de tre satellitorterna stannat kvar i något av de fyra länen efter examen. Det har stor betydelse för kompetensförsörjningen i hela sjukvårdsregionen och har därmed gett en

positiv konsekvens för regionerna. Där till har den parallella satsningen på akademisering inneburit möjligheter till bildande av universitetssjukvårdsenheter i regioner med regionaliserad läkarutbildning, något som emellertid kräver ett stort engagemang från de verksamheter som är berörda.

Utredningen uppskattar kostnaderna för universiteten för en regionaliserad läkarutbildning till totalt 426 miljoner kronor per år, se vidare längre ned om kostnadsberäkning. Kostnaderna föreslås belasta anslaget *2:65 Särskilda medel till universitet och högskolor*, utgiftsområde *16 Utbildning och universitetsforskning*. Ett alternativ hade varit att belasta varje universitets anslag inom utgiftsområde *16 Utbildning och universitetsforskning*, men utredningen menar att det är svårt att styra på merkostnader för regionaliserad läkarutbildning då anslagets konstruktion enbart innebär en beräkning per student. Kostnaden per student i den regionaliserade läkarutbildningen är högre än kostnaderna per student i övrigt och utredningen har uppfattat att medlen inte öronmärks i anslaget.

Kostnader och konsekvenser för regionerna

För att en regionaliserad läkarutbildning ska kunna komma till stånd behöver universitet och ingående regioner komma överens. Utredningen har därför lämnat bedömningen att universitet och ingående regioner ska påbörja samarbetet om en regionaliserad läkarutbildning, se beskrivning nedan i detta avsnitt som visar på konsekvenser avseende samverkan i sig då läkarutbildningen är regionaliserad.

För en regionaliserad läkarutbildning behövs ett avtal mellan universitetet och ingående regioner. Vilket åtagande det innebär för regionerna och i vilken utsträckning är beroende på hur avtalet, eller avtalen, mellan universitetet och ingående regioner utformas. Vid regionaliseringen av läkarutbildningen i Norra sjukvårdsregionen har genomförande utgått från vad som överenskommits genom avtal mellan ingående regioner och universitetet. I avtalet med Umeå universitet, *Avtal om läkarutbildning på fyra orter* (*LP4U*), framgår att regionerna ansvarar för kostnader för lokaler för utbildning, investeringar och underhåll av IT och distansteknik, personalkostnader för deltagande i handledarutbildning, klinisk handledning, litteraturköp avseende fysiska böcker, studentaktiviteter och informationsinsatser

på orten samt reskostnader för studenter och personal för resor inom regionen. Vid regionaliseringen av utbildningen vid Linköpings universitet så fakturerar regionerna universitetet för lokalkostnader. Utredningen har konstaterat att universiteten genom avtalen hanterat frågan om lokalkostnader olika.

Utredningens bedömning är att merkostnader till följd av samarbetet med universitetet avseende planering och uppstart av en regionaliserad läkarutbildning, liksom lokalkostnader bör täckas av staten. Detsamma gäller den utökade kostnaden för regionerna med avseende på deltagande i de olika samverkansgrupper som bildats till följd av ALF-avtalet som innebär ett omfattande arbete för respektive region. För utvecklingen av läkarutbildningen, och akademiseringen på studieorterna är det väsentligt att regionerna deltar i dessa samverkansgrupper. Hur höga deras kostnader är kan skilja sig mellan regionerna och även bero på hur ALF-regionen (universitetet och den region som ingått det nationella ALF-avtalet) har byggt samverkansorgan på olika nivåer. Utredningen kan därför inte uppge vilken kostnad regionaliseringen i detta hänseende blir, dels för uppbyggnadsfas, dels för löpande samverkan, för regionerna och föreslår att detta blir föremål för förhandling och löses genom hängavtal till de regionala ALF-avtalen, ALF-avtalets ersättning för grundutbildningen (GU-ALF) behöver utökas. Kostnaderna föreslås belasta anslaget *2:66 Ersättningar för klinisk utbildning och forskning*, utgiftsområde *16 Utbildning och universitetsforskning*. Ett alternativ kan vara att belasta anslaget *1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård inom* utgiftsområdet *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg*.

För den samverkan som gäller verksamhetsförlagda utbildningen (VFU) erhåller däremot regionerna medel per helårsstudent. Medel för detta ändamål avsätts i GU-ALF. Utredningen menar därför att i en regionaliserad läkarutbildning ska GU-ALF tillfalla även regioner där det finns en regionaliserad läkarutbildning för att täcka löpande kostnader för VFU i läkarutbildningen, för de helårsstudenter de tar emot. Det är angeläget att ALF-avtalets del för grundutbildning är tillräcklig så att ersättningen är adekvat och täcker regionernas kostnader för den verksamhetsförlagda utbildningen. Utredningen menar däremot att ALF-avtalet i grunden inte behöver göras om på grund av en regionaliserad läkarutbildning, utan regionaliseringen kan hanteras genom regionala avtal i enlighet med nuvarande nationella ALF-avtal.

På lång sikt kan en regionaliserad läkarutbildning även innebära ett minskat beroende av hyrpersonal. Eftersom kostnaderna för hyrpersonal är högre än kostnaderna för anställd personal innebär det att personalkostnaderna avseende läkare på sikt skulle kunna minska för regionerna.

Andra konsekvenser för regionerna och kommunerna

En annan konsekvens är den som är en del av motivet till bedömningen om regionaliserad läkarutbildning, nämligen ökade möjligheter till mer jämlika förutsättningar när det gäller kompetensförsörjning avseende läkare i regionerna. En regionaliserad läkarutbildning ska ses som ett erbjudande till regionerna där regionerna ur kompetensförsörjningsperspektiv kan ha mycket att vinna. I Norra sjukvårdsregionen där läkarutbildningen varit regionaliserad under tio år har goda effekter setts avseende att läkarstudenterna i hög utsträckning stannar på studieorten efter sin examen och gör både AT och ST. De genomför sina fem till sex sista terminer på en och samma studieort, vilket innebär att de har gott om tid att lära känna orten och dess omgivningar och rota sig där. Under perioden 2015–2022 stannade 64 procent av de som utbildats vid någon av de tre satellitorterna kvar i något av länen. Det har en stor betydelse för kompetensförsörjningen av läkare i hela Norra sjukvårdsregionen. En regionaliserad läkarutbildning påverkar regionernas förutsättningar avseende kompetensförsörjning och den akademisering som följer bidrar till utvecklingen inom hälso- och sjukvården.

Övriga konsekvenser är den utveckling som kan ske på studieorten genom att de får ett antal studenter bosatta på studieorten, det kan ge en positiv konsekvens för kommunen genom den inverkan på service och handel som det kan innebära. Samtidigt bör de tillse att det finns boendemöjligheter för studenterna.

Konsekvenser av samverkan

Utredningen beskriver här konsekvenser för både universitetet och ingående regioner med avseende på samverkan och ger, med utgångspunkt i den samverkan som finns i Norra sjukvårdsregionen, en bild av hur samverkansstrukturen kan se ut. Därefter en redovisning av mer-

kostnader för den regionaliserade läkarutbildningen och universitetens redovisning av kostnader för läkarutbildningen.

Konsekvenser av samverkan – exempel läkarutbildningen vid Umeå universitet

Utredningen ser flera konsekvenser för både regionerna och universiteten till följd av samarbete om läkarutbildningen och den akademisering som följer. En regionaliserad läkarutbildning innebär ett stort åtagande för båda parter i flera skeden. Det gäller i utredningsskedet, exempelvis i kartläggning av vilken akademisk kompetens som finns eller vilken strategi som behövs för akademisering, behov av lokaler och om vilken samverkan som behöver ske. Det gäller också i skedet avseende åtagande vid genomförande samt även i skedet förvaltning då den regionaliserade läkarutbildningen är fullt utbyggd. För att beskriva hur samarbetet kan se ut vid fullt utbyggd regionalisering lyfter utredningen fram hur samarbetet är uppbyggt när det gäller läkarutbildningen vid Umeå universitet.

De sju regioner och universitet som omfattas av det nationella ALF-avtalet[19] har beslutat om regionala ALF-avtal. Genom ett hängavtal till det regionala ALF-avtalet mellan Umeå universitet och Region Västerbotten ges de tre övriga regionerna Jämtland-Härjedalen, Norrbotten och Västernorrland rätt att vara representerade i Norrlands universitetssjukvårdsstyrelse som är det gemensamma ledningsorganet i enlighet med det nationella ALF-avtalet, liksom deltagande i ALF-kommittén och Forsknings- och utbildningsrådet samt Lokalplaneringsråd inom respektive region. Dessutom deltar de i samverkan på basenhets- och institutionsnivå efter behov. Läkarutbildningen medför också behov av ömsesidigt deltagande i fakultetsnämnd, programråd, anställnings- och docenturnämnd samt regionernas ledningsgrupper, arbetsgrupper och beslutande organ på olika nivåer. Genom avtalet LP4U har parterna beslutat om formerna för detta deltagande. I hängavtalet till det regionala ALF-avtalet framkommer också att tilldelade ALF-medel för grundutbildning på läkarprogrammet ska nyttjas så

[19] Staten, Stockholms läns landsting, Landstinget i Uppsala län, Landstinget i Östergötland, Skåne läns landsting, Västra Götalands läns landsting, Örebro läns landsting och Västerbottens läns landsting. 2014. *Avtal om samarbete mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.* Avtalet trädde i kraft 1 januari 2015.

att studenterna tillförsäkras en likvärdig utbildning oavsett utbildningsort.[20]

De här avtalen om samverkan innebär självfallet arbetsinsatser för parterna som kostar men som utredningen bedömer ger goda förutsättningar för både den regionaliserade läkarutbildningen och akademiseringen och möjligheten till universitetssjukvårdsenheter i fler regioner än ALF-regionen som i slutändan ger bättre förutsättningar för en mer jämlik och god och nära vård för patienterna.

Redovisning samt beräkning av kostnader

Universitetens redovisning av ALF-medel

Vetenskapsrådets ALF-kansli har publicerat information på webbsidan *vr.se* om utbetalade och redovisade medel för ALF-avtalet. I figur 10.1 visas lärosätenas redovisning av kostnader för utbildning av läkare. Det är kostnaderna för hela utbildningen. Av bilden framgår tydligt att personalkostnaderna och lokalkostnaderna ökade betydligt för både Umeå universitet och Linköpings universitet i samband med att den regionaliserade läkarutbildningen infördes. Uppgifterna redovisas till och med 2019. Den regionaliserade utbildningen vid Linköpings universitet var fullt utbyggd först hösten 2021 så kostnaderna för Linköping är troligen högre i dag när utbildningen är fullt utbyggd.[21]

För Linköpings universitet redovisas för 2018 – innan läkarutbildningen regionaliserades – att personalkostnaden var omkring 58,6 miljoner kronor och ökade till knappt 77,2 miljoner kronor 2020, både personalkostnaderna och lokalkostnaderna ökade. Lokalkostnaderna ökade från knappt 20,3 miljoner kronor 2018 till 28,7 miljoner kronor 2020. De totala kostnaderna ökade med drygt 23,1 miljoner kronor från 2018 till 2020.[22]

För Umeå universitet ses en stegvis ökning under uppbyggnadsåren 2009–2014. 2009 var totala personalkostnaden drygt 35,5 miljoner kronor och 2014 var den 81,7 miljoner kronor. Kostnaden har fortsatt öka

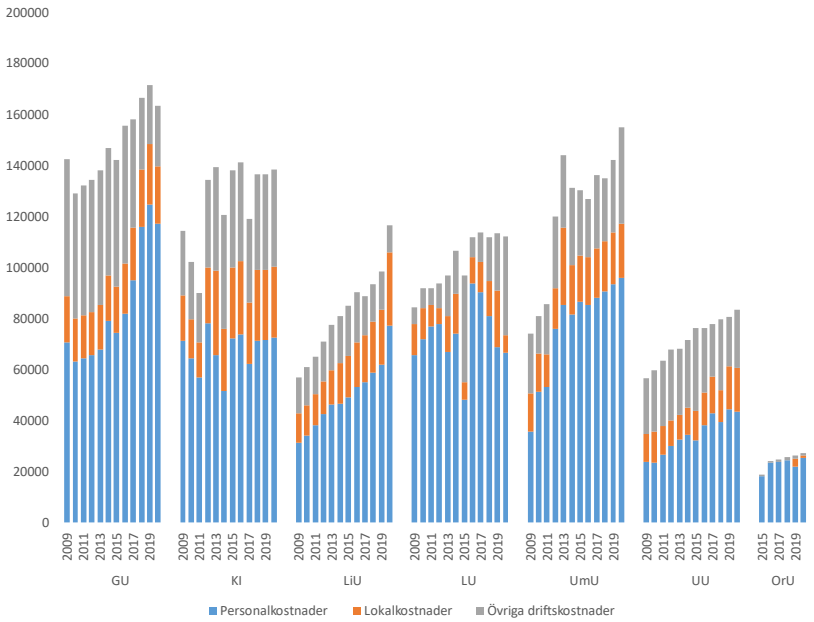
[20] Umeå universitet, Regionerna; Västerbotten, Västernorrland, Norrbotten och Jämtland-Härjedalen. *Hängavtal till regionalt ALF-avtal mellan Umeå universitet och Region Västerbotten*. 1 juni 2021.
[21] Vetenskapsrådet. *Regionernas redovisning av ALF-ersättningen*, www.vr.se/uppdrag/klinisk-forskning/klinisk-forskning-i-alf-regionerna/regionernas-redovisning-av-alf-ersattningen.html, februari 2022.
[22] Ibid.

och 2020 var personalkostnaden 96 miljoner kronor, även lokalkostnaderna ökade markant, från knappt 15 miljoner kronor 2009 till 21,2 miljoner, med en extra stor kostnad 2013 om knappt 30,2 miljoner år 2013.[23]

Parallellt har antalet utbildningsplatser i landet utökats, under den period figuren visar, vilket också påverkar kostnadsutvecklingen, men i jämförelsen med övriga universitet ses en markant ökning som sammanfaller med den regionaliserade läkarutbildningen. Det kan också finnas ytterligare förklaringar till kostnadsökningen.

Figur 10.1 Redovisade kostnader för utbildning av läkare 2009–2019

Kostnader för Göteborgs universitet, Karolinska Institutet, Linköpings universitet, Lunds universitet, Umeå universitet, Uppsala universitet respektive Örebro universitet. Tusental kronor[24]



Källa: Vetenskapsrådet.

[23] Ibid.
[24] I de totala kostnaderna ingår odontologisk utbildning och forskning för Göteborgs universitet och Umeå universitet. 2020 var ersättningen för det 84,5 miljoner kronor till Göteborgs universitet och 73,3 miljoner kronor till Umeå universitet.

Beräkning av kostnader för universiteten

Utredningen har med hjälp av Umeå universitet och Linköpings universitet resonerat om sätt att räkna på kostnaderna för en regionalisering. Umeå universitet arbetar med att ta fram en modell som kan användas för beräkning av kostnader för en regionalisering av läkarutbildningen per student, men den är inte klar innan utredningen lämnar sitt betänkande. Även Linköpings universitet arbetar med en beräkning och har bistått utredningen med grund för beräkningen av kostnader för universitetslärare, tekniska och administrativa tjänster och lokalkostnader. Utredningen har valt att i stället för kostnader per student räkna på merkostnaderna totalt sett med utgångspunkt i ett rimligt antal studenter och lärare per studieort. Antalet studenter bör dock anpassas efter lokala förutsättningar.

Det behövs ett tillräckligt antal universitetslärare, för att skapa en lokal akademisk miljö. Lärarna på studieorten behöver involveras i universitetets akademiska organisation för att det ska fortsätta vara en akademisk utbildning. Den teoretiska undervisningen och den praktiska undervisningen kräver ytterligare personal liksom administration av det praktiska och kontakter med kliniska handledare, uppföljning av examinerande moment under VFU etcetera. Därtill sköts handledning under examensarbetet gemensamt av lärare på plats.

Utredningen har utgått från en schablon där 50 studenter per år, 25 per termin, tas in på respektive studieort (antalet studenter kan variera på orterna), vilket för en fullt utbyggd regionalisering skulle innebära att 150 studenter finns på respektive studieort för sex terminer. Sett till totala antalet antagna studenter på läkarutbildningen som för höstterminen 2021 var 1 040 och vårterminen 2022 var 1 044 skulle det innebära att omkring 30 procent av studenterna (förutsatt att de stannar på utbildningen) genomför sina sista terminer vid annan studieort än universitetets, om regionalisering genomförs vid alla universitet och i den här storleksordningen.

Den största kostnaden, som visats ovan, utgörs av lönekostnader för universitetslärare på orten. Med 150 studenter skulle det behövas 12 universitetslärare för en hållbar akademisk miljö på studieorten, med den nya läkarutbildningen. Universitetslärarnas tid är tredelad, en tredjedel för undervisning, en tredjedel klinisk verksamhet och en tredjedel aktiv forskning. Lönekostnaderna för universitetslärarna ligger på i genomsnitt 63 000 kronor per månad (baserat på löne-

uppgifter från Linköpings universitet), utöver det erhåller de ersättning för den del som utgör deras kliniska verksamhet som regionen ansvarar för. Utredningen har utgått från att det behöver vara 2 universitetslärare per termin och studieort, vilket skulle innebära totalt 12 universitetslärare per studieort då regionaliseringen är fullt utbyggd. Beroende på om terminen med vetenskapligt arbete i den nya läkarutbildningen genomförs på studieorten blir det ytterligare en termin på studieorterna från år 2024, utredningen har dock i beräkningen endast utgått från sex terminer. Det skulle innebära en kostnad på drygt 9 miljoner kronor per år per studieort för universitetslärarnas löner. Om läkarutbildningen regionaliseras med en studieort i varje region, undantaget de sju regioner där universiteten finns skulle det innebära totalt 14 studieorter, vilket med den här beräkningen skulle innebära cirka 127 miljoner kronor per år för universitetslärarnas löner, till det kommer overhead-kostnader (OH-kostnader)[25] och lönekostnadspåslag[26].

Till det tillkommer universitetens övriga kostnader för lokaler tekniska och administrativa tjänster och exempelvis resor. De lokaler som behövs utgörs av föreläsningssalar med utrustning för distansuppkoppling, studieplatser och datorer för studenterna, lokaler för KTC-övningar för träning inför patientmöten, bibliotek, uppehållsrum för studenterna samt kontor för lärare och administrativ personal. Utredningen har inte kunnat beräkna alla dessa kostnader och de skiljer sig mellan studieorter. De universitet som regionaliserat läkarutbildningen har även hanterat den frågan olika. Utredningen har utgått från den utökning av lokalkostnader som kan ses i Vetenskapsrådets redovisning ovan som visar en utökad kostnad på 8,4 miljoner (för det första året, innan utbildningen var fullt utbyggd) för Linköpings universitet. Per studieort (Jönköping, Kalmar, Norrköping) skulle det innebära 2,7 miljoner, och 6,2 miljoner för Umeå universitet som har färre studenter utlokaliserade. En uppskattning utifrån dessa uppgifter och 25 studenter per termin skulle vara att lokalkostnaderna kan ligga på omkring 2,7 miljoner per år per studieort. Totalt för 14 studieorter skulle det innebära cirka 38 miljoner

[25] Overhead (OH) eller indirekta kostnader syftar till de gemensamma kostnader som institutionen har som inte kan kopplas till en specifik kostnadsbärare, t.ex. bibliotek, ledning, datorsupport och administrativ personal som tillhör stödverksamheten.
[26] LKP och övriga lönekostnader utgör kostnaden för arbetsgivaren att ha en person anställd utöver själva lönen. Omfattar tjänstepensionsavgifter, trygghetsstiftelsen, lokalt omställningsarbete, medlemsavgift till arbetsgivarverket, särskild löneskatt på pensionskostnader.

kronor per år för lokaler. Övriga merkostnader utgörs bland annat av fasta kostnader för teknisk och administrativ personal, 1,2 personer per studieort. Beräknat på en medellön om 37 500 kronor per månad uppskattas dessa kostnader till 0,54 miljoner per år. För 14 studieorter innebär det en årlig kostnad om cirka 7,6 miljoner kronor, exklusive OH och LKP. Till dessa kostnader kommer rörliga kostnader som till exempel resor samt investeringskostnader för kliniska träningscentra.

I beräkningen av kostnader för personal i tabellen redovisas lönekostnadspåslag (LKP) och andra löneavgifter på 57 procent. OH-kostnader läggs på lönekostnad plus LKP och löneavgifter. OH-kostnaden varierar och utredningen har utgått från den OH-kostnad som används vid Linköpings universitet, som ligger på 85 procent.

Tabell 10.1 Uppskattning av merkostnader för regionaliserad läkarutbildning

Årliga kostnader exklusive rörliga kostnader som resor. Kostnader i miljoner kronor. Merkostnad 150 studenter i fullt utbyggd regionalisering

Post	Antal per studieort	Kostnad per studieort	LKP och andra löne-avgifter	OH-kostnader	Total kostnad per studieort	Kostnad för 14 studie-orter
Universitetslärare	12	9	5,13	12	26,1	366
Tekniska och administrativa tjänster	1,2	0,54	0,31	0,7	1,6	22
Lokalkostnader		2,7			2,7	37,8
Totala kostnader exklusive rörliga kostnader		**12,24**			**30,4**	**425,7**
Total kostnad per student, exklusive rörliga kostnader					**0,2**	**0,2**

Den totala merkostnaden för universiteten vid fullt utbyggd läkarutbildning skulle med utredningens uppskattning av kostnader innebära totalt cirka 426miljoner kronor per år för 14 studieorter, till detta kommer övriga kostnader såsom investeringar, reskostnader och regionernas kostnader för VFU. Kostnaden för VFU regleras genom ALF-avtalet. Att planera och genomföra en regionalisering tar tid. Uppbyggnaden är klar tre år efter att första studenterna tas

emot, vilket innebär en stegvis kostnadsökning till läkarutbildningen är fullt utbyggd.

10.3.7 Bedömningen om samverkan för fler avtal mellan lärosäten och kommuner om verksamhetsförlagd utbildning för de legitimationsyrken som förekommer i kommunal hälso- och sjukvård

Konsekvenser och kostnader för staten och regionerna

Utredningen kan inte se att bedömningen medför några direkta konsekvenser eller kostnader för staten och regionerna. Bedömningen omfattar främst kommunerna och lärosätena. Lärosätena hanterar avtal om VFU-platser. Det har uppmärksammats att det saknas VFU-platser. Staten stöder dock utvecklingen av fler VFU-platser genom att i *Överenskommelsen om God och nära vård* avsätta medel för fler VFU-platser i regioner och kommuner för sjuksköterskeutbildningen. Kommuner som inte redan erbjuder möjligheter till VFU-platser i den kommunala hälso- och sjukvården kan behöva skapa interna strukturer för hanteringen av VFU och samverkan med lärosäten samt tillse att det finns handledarutbildad personal och god utbildningsmiljö för de studenter som ges VFU i kommunal hälso- och sjukvård, utredningen har dock saknat underlag för en beräkning av sådana kostnader.

Konsekvenser för kommuner

Utredningen har lämnat bedömning om fler VFU-avtal mellan kommuner och lärosäten (universitet och högskolor) avseende vårdutbildningar. Endast 26 procent av kommunerna har avtal med något lärosäte om verksamhetsförlagd utbildning för något vårdutbildningsprogram.[27] På många ställen är avsaknaden av såväl interna strukturer som samverkansstrukturer med lärosäten en del av förklaringen. Andelen kommuner som medverkar i utbildning behöver öka ur kompetensförsörjningsperspektiv avseende de yrkeskategorier som finns i den kommunala hälso- och sjukvården. Det råder kompetensförsörjningsbrist i kommunal hälso- och sjukvård, det är därför angeläget

[27] Socialstyrelsen. 2021. *Öppna jämförelser – kommunal hälso- och sjukvård 2021*.

att verksamhetsförlagd utbildning förekommer i de miljöer som kan bli en framtida arbetsplats.

En positiv effekt för de kommuner som bedriver verksamhetsförlagd utbildning av god kvalitet är att det kan öka deras rekryteringsmöjligheter. Det är en positiv konsekvens som kommunerna bör ta tillvara. De insatser kommunerna behöver vidta gäller handledarutbildad personal, tillse att studenterna och eleverna får en god utbildningsmiljö och samverka med lärosätena. Kommunerna behöver också i dialog med lärosätena verka för att tillgången till platser motsvarar utbildningsprogrammets behov.

Finansiella konsekvenser, struktur för samverkan och ansvar regleras i avtal mellan lärosätena och kommunerna.

10.3.8 Bedömningen om ett 10-årigt nationellt samverkansprogram för forskning och utveckling för nära vård

Konsekvenser och kostnader för staten

Med anledning av utredningens bedömning om en särskild satsning för 10-årigt *Nationellt samverkansprogram för forskning och utveckling för nära vård,* som är riktat till kommuner och regioner, föreslår utredningen en stegvis uppbyggnad av ett sådant program. Utredningen har valt en modell där 20 större projekt, forsknings- eller utvecklingsprojekt, startar per år under de första fem åren för att därefter öka till 30 projekt per år. På samma sätt ges bidrag för projektplanering för yngre forskare eller kliniskt verksam personal som arbetar med utvecklingsprojekt, med fem projekt per år i fem år därefter tio projekt de kommande fem åren. För de större projekten har utredningen utgått från en finansiering om 5 miljoner kronor per år, och för planeringsprojekten 1,5 miljoner kronor per år. Det innebär att medlen fördelas över åren på följande sätt: 107,5 miljoner kronor avsätts för år ett, för år två avsätts 207,5 miljoner kronor, för år tre avsätts 307,5 miljoner kronor, för år fyra respektive fem avsätts 407,5 miljoner kronor och för år sex avsätts 465 miljoner kronor, för år sju 515 miljoner kronor, för år åtta 565 miljoner kronor och för år nio respektive tio avsätts 615 miljoner kronor. Därefter behövs finansiering till projektslut för de projekt som startade under programmet. Utredningen föreslår därför medel för ytterligare tre år, för år elva

avsätts 450 miljoner kronor, för år tolv avsätts 300 miljoner kronor och för år 13 avsätts 150 miljoner kronor. I tabell 10.2 nedan visas medel för större projekt och medel för unga forskare och kliniskt verksam personal för planeringsprojekt. Medlen för större projekt ska fördelas till både seniora forskare och nya forskare samt för personal som arbetar med utvecklings- och utvärderingsprojekt. Utredningen menar att det är viktigt med stora projekt och har baserat beräkningarna på större projekt, men de kan även fördelas till fler och mindre projekt exempelvis för att stödja unga forskare som kan behöva starta i mindre lokala projekt för att sedan skala upp. Medlen kan även användas för viss infrastruktur.

Kostnaderna föreslås vara en utökning av och belasta anslaget *6:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd* inom utgiftsområdet *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.* För att administrera programmet inklusive framtagande av strategisk forskningsagenda, och agenda för utvecklingsprojekt samverkansinsatser och insatser för erfarenhetsutbyte och spridningsinsatser av resultat, marknadsföring av programmet med mera uppskattas 4 årsarbetskrafter krävas, driftskostnaden per årsarbetskraft enligt Fortes årsredovisning[28] är cirka 2 miljoner kronor per person, det innebär en årlig kostnad om 8 miljoner kronor för de tio åren, därefter en lägre kostnad under utfasningsperioden. Kostnaden belastas anslaget *6:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: förvaltning*, inom utgiftsområdet *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.*

Utredningen anser att det är viktigt att stora forskningsprojekt startar och att medel också avsätts för större utvecklingsprojekt, där nya metoder och arbetssätt kan testas i större skala än en enskild verksamhet, och utvärderas. Stora forskningsprojekt i klinisk verksamhet kan behöva omkring fem år för genomförandet, men medel kan även fördelas för fler kortare forsknings- och utvecklingsprojekt. Utredningen har därför utgått från en schablon om fyra-åriga stora projekt. För stora projekt behövs omkring fem miljoner kronor per år. Utredningen har tagit fram schablonen efter resonemang med forskare inom området.

Det är också angeläget att doktorander och nyexaminerade forskare får möjlighet att få stöd i början av sin forskningskarriär. Ett sätt är att ge nya forskare möjlighet att börja i mindre lokala projekt för att sen skala upp till större projekt. Ett annat sätt att ge stöd kan vara att

[28] Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte). 2022. *Forte årsredovisning 2021*.

medel avsätts för planering, test och kvalitetssäkring av genomförbarheten av forskningsprojekt genom så kallade Proof of Concept för att sen ge möjlighet till genomförande av större projekt. Utredningen har därför valt att föreslå en differentiering i fördelningen av medel så att medel avsätts för sådana projekt till nya forskare, med stöd för cirka ett års arbete och 1,5 miljoner kronor för genomförandet. Genom satsningen på att stödja uppbyggnaden av en kritisk massa av forskare inom regional och kommunal primärvård, genom forskningsstöd och forskarskola, kan över tid i takt med fler nyexaminerade forskare antalet sådana planeringsstöd ges till fler per år. Dessa medel ska också stödja en nationell forskarskola för nära vård.

I tabellen nedan redovisas hur medlen för forskning och utveckling kan fördelas över tid utifrån de schabloner utredningen utgått från. Men vartefter programmet genomförs kan det finnas skäl att omvärdera fördelningen mellan stora och mindre projekt och av medel för planering. Utredningen har valt att inte dela upp medlen mellan utveckling och forskning, det kan vara föremål för en diskussion i programrådet.

Tabell 10.2 Stegvis uppbyggnad av *Nationellt samverkansprogram för forskning och utveckling för en god och nära vård*

Antal stora fyraåriga projekt, 20 per år i fem år därefter 30, och antal planeringsstöd fem per år i fem år därefter tio per år. Miljoner kronor

År	Antal projekt som startar per år	Antal stora projekt	Antal Planerings-stöd	Summa stora projekt	Summa planering sstöd	Summa totalt
2024	20	20	5	100	7,5	**107,5**
2025	20	40	5	200	7,5	**207,5**
2026	20	60	5	300	7,5	**307,5**
2027	20	80	5	400	7,5	**407,5**
2028	20	80	5	400	7,5	**407,5**
2029	30	90	10	450	15	**465**
2030	30	100	10	500	15	**515**
2031	30	110	10	550	15	**565**
2032	30	120	10	600	15	**615**

År	Antal projekt som startar per år	Antal stora projekt	Antal Planerings-stöd	Summa stora projekt	Summa planering sstöd	Summa totalt
2033	30	120	10	600	15	**615**
2034	0	90		450		**450**
2035	0	60		300		**300**
2036	0	30		150		**150**
Totalt		**250**	**125**	**5 000**	**112,5**	**5 590**

Konsekvenser för regioner och kommuner

Regionerna och kommunerna ska enligt hälso- och sjukvårdslagen medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Det ingår också i primärvårdens grunduppdrag att möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete. Regioner och kommuner ska i dessa frågor, i den omfattning som behövs, samverka med varandra och med berörda universitet och högskolor. Konsekvenser för regioner och kommuner till följd av samverkansprogrammet innebär i sak därmed inte någon förändring för kommuner och regioner.

Programmet ger möjligheter till finansiering av forskning och utvecklingsarbete i primärvården, liksom nyttjande av de resultat som framkommer av den forskning och utveckling som programmet syftar till. Regioner och kommuner gynnas också av ett möjligt ökat forsknings- och utvecklingsintresse hos den kliniskt verksamma personalen. Fler forskare i både kommunal och regional primärvård är en möjlig positiv konsekvens som kommuner och regioner bör ta vara på.

Samtidigt kan programmet innebära att tid behöver tas från ordinarie arbete och det är angeläget att kommuner och regioner stöder de medarbetare och chefer som engagerar sig. Utredningen har inte beräknat vad det kan innebära kostnadsmässigt, men det är enligt utredningen redan ett ansvar för regioner och kommuner, se också utredningens bedömning om att regioner och kommuner bör stärka strukturer och miljöer för forskning i kapitel 6, avsnitt 6.4.11.

10.3.9 Bedömningen om ett 10-årigt nationellt program för primärvårdsforskning med fokus på allmänmedicin

Konsekvenser och kostnader för staten

Med anledning av utredningens bedömning om en särskild satsning för ett 10-årigt *Nationellt program för primärvårdsforskning* med fokus på allmänmedicin, som kommer både forskande allmänläkare och andra forskande vårdprofessioner till del, föreslår utredningen en stegvis uppbyggnad. Utredningen har valt en modell där 20 större projekt startar per år under de första fem åren för att därefter öka till 30 projekt per år. å samma sätt ges bidrag för projektplanering för yngre forskare med fem projekt per år i fem år därefter tio projekt de kommande fem åren. För de större projekten har utredningen utgått från en finansiering om 5 miljoner kronor per år, och för planeringsprojekten 1,5 miljoner kronor per år. Det innebär att medlen fördelas över åren på följande sätt: 107,5 miljoner kronor avsätts för år ett, för år två avsätts 207,5 miljoner kronor, för år tre avsätts 307,5 miljoner kronor, för år fyra respektive fem avsätts 407,5 miljoner kronor och för år sex avsätts 465 miljoner kronor, för år sju 515 miljoner kronor, för år åtta 565 miljoner kronor och för år nio respektive tio avsätts 615 miljoner kronor. Därefter behövs finansiering till projektslut för de projekt som startade år tio. Utredningen föreslår därför medel för ytterligare tre år, för år elva avsätts 450 miljoner kronor, för år tolv avsätts 300 miljoner kronor och för år 13 avsätts 150 miljoner kronor, se tabell 10.3 nedan, där visas medel för större projekt och medel för unga forskare för planeringsprojekt. Medlen för större projekt ska fördelas till både seniora forskare och nya forskare. Utredningen menar att det är viktigt med stora projekt och har baserat beräkningarna på större projekt, men de kan även fördelas till fler och mindre projekt exempelvis för att stödja unga forskare som kan behöva starta i mindre lokala projekt för att sedan skala upp. Medlen kan även användas för viss infrastruktur som exempelvis underlättar för forskare att rekrytera patienter. Utöver medel för projekt ska programmet stödja forskarskolan i allmänmedicin inklusive utveckling av skolan under de tio åren, därefter bör regeringen ta ställning till om stödet ska permanentas.

I diskussion med olika aktörer framkommer en stor oro för de redan begränsade medlen för forskning inom hälso- och sjukvårdens område, inräknat även forskningsmedel genom ALF-avtalet, som

uppges bli allt svårare att få. Utredningen bedömer att det krävs nya medel för den här satsningen för att skapa en stark forskning och forskningskultur i primärvården. Satsningen ska inte negativt påverka annan medicinsk forskning. Utredningen menar därför att nya medel ska tillföras anslaget *3:1 Vetenskapsrådet: Forskning och forskningsinformation* inom utgiftsområde *16 Utbildning och universitetsforskning* för ett 10-årigt *Nationellt program för primärvårdsforskning*. För att administrera programmet inklusive framtagande av strategisk forskningsagenda, samverkansinsatser och insatser för erfarenhetsutbyte och spridningsinsatser med mera uppskattas 3 årsarbetskrafter krävas, driftskostnaden per årsarbetskraft enligt Vetenskapsrådets årsredovisning[29] är 2,5 miljoner kronor, det innebär en årlig kostnad om 7,5 miljoner kronor. Kostnaden föreslås belasta anslaget *3:3 Vetenskapsrådet: Förvaltning* inom utgiftsområde *16 Utbildning och universitetsforskning*.

Tabell 10.3 Nationellt program för primärvårdsforskning

Visar totalt antal projekt respektive år, för projekt som startar sista året behövs fortsatt finansiering projekttiden ut, därav utfasningsmedel 2033–2035. Miljoner kronor

År	Antal projekt som startar per år	Totalt antal pågående projekt	Antal planerings-projekt för nya forskare	Summa projekt, á 5 mnkr per år	Summa planerings-stöd	Summa totalt
2024	20	20	5	100	7,5	**107,5**
2025	20	40	5	200	7,5	**207,5**
2026	20	60	5	300	7,5	**307,5**
2027	20	80	5	400	7,5	**407,5**
2028	20	80	5	400	7,5	**407,5**
2029	30	90	10	450	15	**465**
2030	30	100	10	500	15	**515**
2031	30	110	10	550	15	**565**
2032	30	120	10	600	15	**615**

[29] Vetenskapsrådet. 2022. *Årsredovisning – Vetenskapsrådet 2021*.

År	Antal projekt som startar per år	Totalt antal pågående projekt	Antal planerings-projekt för nya forskare	Summa projekt, á 5 mnkr per år	Summa planerings-stöd	Summa totalt
2033	30	120	10	600	15	**615**
2034	0	90		450		**450**
2035	0	60		300		**300**
2036	0	30		150		**150**
Totalt		**250 projekt**	**75 planer-ingsprojekt**	**5 000**	**187,5**	**5 112,5**

Konsekvenser för regioner och kommuner

Regionernas kliniskt verksamma forskare ges genom programmet möjlighet till forskningsmedel riktade specifikt till allmänmedicinsk forskning som gynnar utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Det gynnar regioner och kommuner avseende möjligheten till nyttjande av de resultat som framkommer av den forskning som programmet syftar till. Regioner och kommuner gynnas också av ett möjligt ökat forskningsintresse hos den kliniskt verksamma personalen. Fler forskare i både kommunal och regional primärvård är en möjlig positiv konsekvens.

Samtidigt kan programmet innebära att tid behöver tas från ordinarie arbete och det är angeläget att kommuner och regioner stöder de medarbetare och chefer som engagerar sig. Utredningen har inte beräknat vad det kan innebära kostnadsmässigt, men det är enligt utredningen redan ett ansvar för regioner och kommuner och eftersom det idag råder en svag forskningskultur i primärvården bör regioner och kommuner, inte minst mot bakgrunden av omställningen till nära vård, vara angelägna om att stödja medarbetare i primärvården och locka dem till forskning och nyttjande av programmet.

10.3.10 Bedömningen om universitetssjukvårdsenheter i fler regioner

Konsekvenser och kostnader för staten

Bedömningen om utveckling av fler universitetssjukvårdsenheter, särskilt inom primärvården, i fler regioner innebär mer jämlika förutsättningar över landet för forskning, utbildning och utveckling inom primärvården, och därmed ett större fokus på evidensbaserad vård, vilket är angeläget eftersom primärvården ska vara basen och navet i hälso- och sjukvården i den framtida nära vården.

Universitetssjukvårdens miljöer kännetecknas enligt ALF-avtalet av hälso- och sjukvård av hög kvalitet, sjukvårdshuvudmannens uttalade uppdrag för forskning och utbildning, innovativ kultur och en incitamentsstruktur för kunskapsutveckling. Universitetssjukvården ställer särskilda krav på organisationsutformning, vetenskapligt ledarskap, infrastruktur och finansiering. För optimalt utnyttjande av resurserna för forskning, utbildning och utveckling kan, enligt ALF-avtalet, endast begränsade delar av hälso- och sjukvården utgöra universitetssjukvård, därför ska regioner och universitet med högt ställda krav på kvalitet, komma överens om vilka organisatoriska enheter som ska ingå i universitetssjukvården.[30]

Att vara universitetssjukvårdsenhet är förenat med kostnader. Det kräver bland annat representanter (minst docent med förenad anställning) med ansvar för forsknings-, utbildnings- och utvecklingsfrågor (FoUU-frågor) i ledningen och erfarna handledare. Det ska finnas doktorander och möjlighet till forskningstid för personalen inom de yrkeskategorier i verksamheten som är forskare. Det ska finnas tillgång till adekvat infrastruktur för forskning och utbildning samt tid till utvecklingsarbete i hälso- och sjukvården och arbete med innovationer med mera, se bilaga 5 om miniminivåer. I de sju regioner som omfattas av ALF-avtalet finns universitetssjukvårdsenheter inom *primärvård och allmänmedicin*. De är oftast en enhet i form av en centrumbildning med flera vårdcentraler anslutna. Därutöver finns universitetssjukvårdsenheter *inom primärvård och allmänmedicin* i två av de regioner som har satellitort för läkarutbildningen,

[30] Staten, Stockholms läns landsting, Landstinget i Uppsala län, Landstinget i Östergötland, Skåne läns landsting, Västra Götalands läns landsting, Örebro läns landsting och Västerbottens läns landsting. 2014. *Avtal om samarbete mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.* Avtalet trädde i kraft 1 januari 2015.

även dessa i form av centrumbildning. Totalt finns omkring 300 universitetssjukvårdsenheter i dag. Utredningen menar att eftersom primärvården ska vara basen och navet för hälso- och sjukvården måste primärvården ligga i framkant avseende kunskapsutvecklingen, forskningskulturen stärkas och primärvården bör erbjuda goda forsknings- och utbildningsmiljöer och tid för utveckling av hälso- och sjukvård.

För att stödja en utveckling av fler regioner med universitetssjukvårdsenheter inom främst primärvården menar utredningen att ALF-avtalet behöver utökas. Detta kan stödja utvecklingen av akademiseringen i dessa regioner så att verksamheter kan utvecklas och uppfylla de miniminivåer som krävs för att kunna utses till universitetssjukvårdsenhet. Enligt det nationella ALF-avtalet är det begränsade medel avsatta för universitetssjukvård och de behöver därför utökas för att stödja omställningen till en god och nära vård.

Utredningen konstaterar att om det ska finnas en universitetssjukvårdsenhet inom *allmänmedicin och primärvård* i varje region behövs ytterligare tolv sådana enheter. Utredningen menar att fokus behöver ligga på primärvård som har en svag forsknings- och utvecklingskultur som behöver stärkas i hela landet. Det kan dock behövas även inom den specialiserade vården eftersom nära vård omfattar hela hälso- och sjukvården. Med ALF-medel kan både forskningstjänster, infrastruktur och forskningsprojekt finansieras.

Det är svårt för utredningen att lämna en exakt beräkning av kostnaderna för det stöd som krävs för att bygga upp en verksamhet så att den klarar att leva upp till de miniminivåer som krävs. Men en mycket förenklad uppskattning kan ges genom att utifrån de cirka 300 universitetssjukvårdsenheter som i dag finns, räkna på hur mycket av forsknings-ALF-medlen, som uppgår till cirka 1,9 miljarder, som skulle fördelas per universitetssjukvårdsenhet (det blir då inräknat investeringar i infrastruktur liksom de forskningsmedel som fördelas till andra än forskare vid USVE med mera). Med en sådan enkel beräkning skulle det innebära cirka 6,3 miljoner kronor per USVE per år. För att uppnå USVE-status för en enhet i primärvården i tolv ytterligare regioner skulle det innebära en kostnad om totalt cirka 76 miljoner kronor per år till ALF-avtalet. Utredningen föreslår att ALF-avtalet utökas med 76 miljoner kronor årligen för ändamålet som belastas anslaget *2:66 Ersättningar för klinisk utbildning och forskning*, inom utgiftsområde *16 Utbildning och universitetsforskning*.

Till detta kommer de kostnader som respektive region får för att stödja verksamheten, se nedan.

Konsekvenser för regionerna

Regionerna bör i samverkan med universitetet och ALF-regionen stödja utvecklingen av universitetssjukvårdsenheter inom primärvården och ta fram en strategi för en sådan utveckling i samverkan med universitetet. Det kräver insatser när det gäller; FoUU-miljöer, infrastruktur och möjliggörande av tid för FoUU-arbete. Det gäller även att ge stöd för fler forskare med utgångspunkt i en handlingsplan som stöder utvecklingen från student till docent. Ett sådant arbete och stöd är behäftat med kostnader för regionen, även om visst stöd kan ges genom det regionala ALF-avtalet. Utredningen saknar uppgifter för att beräkna dessa kostnader. Se också utredningens bedömning om att regioner och kommuner bör stärka strukturer och miljöer för forskning i kapitel 6, avsnitt 6.4.11.

En konsekvens av arbetet är det som bedömningen syftar till; att det i varje region ska finnas minst en USVE inom primärvård. Det innebär lika villkor och förutsättningar för vårdens medarbetare i primärvården i varje region, att bedriva forskning, utbildning och utveckling av hälso- och sjukvården med ett stort fokus på evidensbaserad vård. Det är angeläget för en nära vård där primärvården är basen och navet för hälso- och sjukvården. I USVE sker arbetet i samverkan med flera aktörer, inte minst samverkan med patient- och närståendeföreträdare. I förlängningen utvecklas hela primärvården utifrån ny kunskap eftersom USVE också har till uppgift att sprida innovationer och ny kunskap, vilket ger ett större fokus på evidensbaserad vård som i förlängningen gynnar patienter och invånare.

10.4 Konsekvenser för företag

10.4.1 Förslagen om utökad vårdgaranti

De företag som berörs av förslaget om en utökad vårdgaranti är huvudsakligen privata vårdgivare som genomför hälso- och sjukvård på regionernas uppdrag.

Privata vårdgivare kommer att omfattas av den utökade uppföljningen som staten behöver säkerställa för att kunna följa upp vårdgarantins efterlevnad. Det kan komma att innebära ökade kostnader för de privata vårdgivarna om de behöver nya system, på liknande sätt som diskuteras när det gäller regionerna. Det är viktigt att privata vårdgivare ingår i uppföljningen. Ökade krav på registrering och uppföljning skulle kunna försämra vissa privata vårdgivares möjligheter att utföra vård för regionen om regionen ställer högre krav på registrering. Det kan tänkas vara särskilt svårt för mindre privata vårdgivare att leva upp till nya krav om registrering och uppföljning.

Redan i dag är privata vårdgivare viktiga aktörer i många delar av landet och inom många vårdområden för att kunna erbjuda patienterna den vård som de behöver. Det är regionens ansvar att planera och säkerställa att den samlade kapaciteten i regionen motsvarar befolkningens behov, men privata vårdgivare kan vara en viktig del av den planen. Större privata vårdgivare kan tänkas ha en fördel när det gäller att delta i upphandlingar och sluta avtal med regioner. Det gäller dock i så fall redan i dag, men det är sannolikt att mängden upphandlad vård kommer att behöva öka för att regionerna ska nå balans mellan inflöde och utflöde.

Privata vårdgivare som har avtal med en region kommer sannolikt att påverkas av de nya krav som den föreslagna vårdgarantin innebär genom att regionen ställer krav på dem att hålla de tidsgränser som anges i vårdgarantin. Även privata vårdgivare kan därför behöva ändra arbetssätt eller planera om för att klara de krav som ställs. När nya avtal skrivs finns det möjligheter för diskussion och förhandling om eventuell förändrad ersättning till följd av lagändringarna, om så anses vara motiverat.

10.4.2 Förslagen och bedömningarna för en nära och tillgänglig vård och för barn och ungas psykiska hälsa

De företag som utredningen kan se berörs av förslaget om att patienten ska få informationen samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet kommer dels att vara privata vårdgivare som genomför hälso- och sjukvård på kommuners och regioners uppdrag, dels är det företag som tillhandahåller digitala tjänster och it-stöd till kommuner, regioner och vårdgivare. Redan i dag upphandlar regioner och kommuner digitala tjänster och it-stöd

och privata vårdgivare knyter avtal med it-företagen som kan leverera de digitala tjänster och it-stöd vårdgivaren behöver eller vill ha. Beroende på hur regioner och kommuner väljer att samverka för att uppfylla kravet kan det påverka de företag som kan tillhandahålla digitala tjänster och it-stöd till kommuner, regioner och vårdgivare. Samverkar kommuner och regioner vid upphandling av digitala tjänster och it-stöd så kan kravställningen se annorlunda ut jämfört med om var och en för sig kravställer en upphandling av de digitala tjänster och it-stöd som eventuellt kan behöva utvecklas för att uppfylla kravet. Beroende på hur kravställning för utveckling av digitala tjänster kommer att se ut skulle konkurrensen mellan stora och små företag inom it-branschen kunna påverkas olika.

De företag som utredningen kan se berörs av förslaget om att samråda med patienten om tidpunkt för vård är privata vårdgivare. De privata vårdgivarna kommer liksom andra vårdgivare påverkas positivt av att färre patienter rimligen behöver höra av sig för att avboka eller omboka den valda tidpunkten för vård. Förslaget kan minska vårdgivarens administrativa belastning vad gäller av om- och avbokningar av vård.

De företag som kan beröras av bedömningarna om riktade statliga medel för att ta fram nya arbetssätt för samverkan mellan primärvården, BUP och elevhälsan kopplat till arbetet med *En väg in* respektive nya konsultativa arbetssätt för att stärka primärvården är de företag som utför hälso- och sjukvård på regionernas, kommunernas eller skolhuvudmännens uppdrag. Bedömningarna innebär att det är frivilligt att ansöka om medel och att delta. Bedömningarna gör ingen skillnad på om det är offentligt driven vård eller vård driven av privat vårdgivare. De eventuella kostnader som skulle uppstå hos företagen kommer att ersättas genom de statliga medlen. Avsikten med utredningens bedömningar är att det ska kunna bli positiva effekter exempelvis i form av effektivisering och ökad kvalitet i vården för berörda vårdgivare oavsett om driftsformen är i offentlig eller privat regi.

10.4.3 Bedömningarna avseende nära vård med forskning, utbildning och utveckling

Bedömningarna om regionaliserad läkarutbildning kan innebära en viss positiv påverkan på företag i de kommuner där satelliterna till universiteten placeras, såsom handel och service, möjligen även bo-

stadsföretag eftersom de studenter som befinner sig på orten kan behöva bostad. För bedömningar om forsknings- och utvecklingsprogram kan det möjligen finnas möjligheter för företag att dra nytta av de resultat som framkommer av forsknings- och utvecklingsarbete.

10.5 Konsekvenser för patienter och befolkning

Utredningen har med lämnade förslag och bedömningar strävat efter att stärka patientens ställning i vården. De förslag och bedömningar som utredningen lämnar bidrar till bättre förutsättningar för att patienten ska uppleva en mer tillgänglig vård där kontinuiteten är hög och patienten görs mer delaktig i sin vård. Förslagen och bedömningarna innebär inga kostnadsökningar för patienter och befolkning. De kostnader som förslagen och bedömningarna medför för de offentliga finanserna behöver ses i ljuset av de nyttor som förslagen och bedömningarna syftar till att skapa för patienter och befolkning.

10.5.1 Förslagen om utökad vårdgaranti

Utredningen menar att en lagstadgad vårdgaranti har ett betydande värde för patienter och befolkning genom att den ger konkreta gränser som tydliggör för patienten när hen senast ska få vård. Förslagen om en utökad vårdgaranti syftar till att utforma en vårdgaranti som är så ändamålsenlig som möjligt. Utredningen har strävat efter att utöka vårdgarantin så att den omfattar en större del av vården, och blir mer relevant för fler patienter, inte minst personer med kroniska sjukdomar. På så vis är det möjligt för fler patienter än i dag att få vård snabbare – nämligen de som i dag väntar längre än de föreslagna tidsgränserna på vård som i dag inte omfattas av vårdgarantin – eftersom vården omfattas av en bortre tidsgräns. I delar innebär förslaget också en skärpt tidsgräns för när vården som senast ska ges. Det bör innebära att många patienter får viss vård snabbare än vad de får i dag. Kortare väntan har ett stort värde för patienter, eftersom väntan kan påverka personens livssituation betydligt, både när det gäller värk, oro och stress. Långa väntetider kan också innebära en patientsäkerhetsrisk. Utredningen ser också ett stort värde för patienter och befolkning att information om tidpunkt för vården ska ges i ett tidigt skede. Att veta när vården ska ges har stor potential i att minska oro och stress

samt att förbättra patientens och närståendes planering för kommande vårdtillfälle.

10.5.2 Förslagen och bedömningarna för en nära och tillgänglig vård och för barn och ungas psykiska hälsa

Förslaget om att information ska ges samlat och digitalt och förslaget om att val av tidpunkten för vården ska ske i samråd med patienten innebär att patienters och befolkningens ställning stärks eftersom de får en bättre tillgång till relevant information. Om patienter ges möjlighet att påverka tidpunkten för vård innan tidpunkten för vård väljs kommer patienten att bli mer delaktig i vården som planeras och vården kommer att bättre kunna anpassa tidpunkten för vård efter patientens önskemål.

Bedömningarna om riktade statliga medel för att ta fram nya arbetssätt för samverkan mellan primärvården, BUP och elevhälsan kopplat till arbetet med *En väg in* respektive nya konsultativa arbetssätt för att stärka primärvården syftar till att öka samverkan och skapa mer sammanhållna vårdkedjor mellan olika vårdnivåer och vårdaktörer, en sömlös vård. En stärkt sammanhållen vårdkedja och en tydligare ingång till hälso- och sjukvården för patienterna och befolkningen bör öka förutsättningarna för att de ska kunna få tillgång till tidiga och sammanhängande insatser och ett minskat bollande av patienter mellan olika vårdgivare.

Detta kan i sin tur skapa en större tillit och trygghet i kontakt med vården. Vet individen dessutom vem hen kan kontakta för vilka frågor och när det går att komma i kontakt med önskad person i vården finns ännu större förutsättningar för att patienter och befolkning känner trygghet och tillit till vården och att de upplever vården mer tillgänglig. En välinformerad patient har större förutsättningar att kunna vara autonom och att kunna ta visst ansvar för sin egen vård när den kan och vill utifrån sina förutsättningar.

10.5.3 Bedömningarna avseende nära vård med forskning, utbildning och utveckling

Förslagen inom nära vård med forskning, utbildning och utveckling syftar till att bidra till en över hela landet jämnare och bättre kompetensförsörjning, kunskapsutveckling och utveckling av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården.

För patienter och befolkning innebär det i förlängningen en mer jämlik vård med större möjligheter till en tillgänglig primärvård med kontinuitet och fast läkarkontakt, tillit till att det kontinuerligt bedrivs aktiv forskning och utveckling som innebär att vården ständigt utvecklas och är baserad på aktuell kunskap, vilket gynnar patienternas och befolkningens hälsa.

10.6 Konsekvenser för regional jämlikhet

10.6.1 Förslagen om utökad vårdgaranti

Utredningen har i kapitel 4, avsnitt 4.3, framfört att en vårdgaranti med tydliga tidsgränser för när vård senast ska ges bland annat fyller ett syfte genom att ge regionerna ramar för hur hälso- och sjukvården behöver dimensioneras och resurssättas. Därmed ökar också förutsättningarna för regional likvärdighet eftersom de bortre gränserna är desamma i hela landet.

Vårdgarantin reglerar inte att vård ska ges eller hur den beslutade vården ska genomföras. Regionerna har valt att organisera hälso- och sjukvården på olika sätt och regionerna har olika utgångspunkter när det gäller exempelvis geografiska avstånd, befolkningsstruktur, tillgång till privata vårdgivare och bemanning. Alla regioner är ålagda att följa lagstiftningen och ska efterleva de tidsgränser som anges i vårdgarantin, men även framöver är det sannolikt att hälso- och sjukvården kommer att bedrivas på olika sätt i olika regioner. Det kan exempelvis handla om att två personer med samma åkomma får sin vård inom olika verksamheter beroende på vilken region hen bor i. Det finns dock annan reglering som ställer krav på att vården bland annat ska vara av god kvalitet, bedrivas patientsäkert samt utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet (se exempelvis 5 kap. 1 § HSL samt 3 och 6 kap. PSL).

10.6.2 Förslagen och bedömningarna för en nära och tillgänglig vård och för barn och ungas psykiska hälsa

Utredningens föreslagna regleringar om utökat informationskrav och att informationen ska lämnas samlat och digitalt innebär en ökad tydlighet kring vilken slags information som ska lämnas till patienter och att relevant information ska ges samlat och digitalt oavsett var patienten bor i landet. I dag ser det olika ut om patienten kan få information digitalt från vårdgivare beroende på vilka krav regioner och kommuner ställer på vårdgivares digitala kommunikation och beroende på om vårdgivaren som patienten besöker har valt att tillhandahålla informationen digitalt eller ej. Med förslaget kommer patienten som vill få informationen samlat och digitalt att kunna få det oavsett vilken region, kommun eller vårdgivare patienten besöker.

Förslaget om att samråda med patienten om tidpunkt för vård innebär att alla patienter i hela landet ska ges möjlighet att utifrån sina förutsättningar vara delaktiga vid val av tidpunkt för vårdbesök. Utredningen menar att samråd av tidpunkt för vård kan vara av särskild betydelse för patienter som bor i glesbygd, där avstånden är större, eftersom det kan medföra ökade möjligheter att planera vården och exempelvis kunna lägga flera vårdbesök på samma dag.

Bedömningen om riktade statliga medel för nya konsultativa arbetssätt för att stärka primärvården innebär en möjlighet för vårdverksamheter i alla regioner och kommuner att ansöka om statsbidrag. På motsvarande sätt innebär bedömningen om att ta fram nya arbetssätt för samverkan mellan primärvården, BUP och elevhälsan kopplat till arbetet med *En väg in* en möjlighet för elevhälsan oavsett huvudman och vårdverksamheter i alla kommuner och regioner att ansöka om medel. Eftersom det är frivilligt att ansöka om medel så kommer den regionala spridningen av de riktade medlen påverkas av de olika verksamheternas förutsättningar och intresse för att ansöka om medel. Utredningen föreslår att det statliga stödet ska vara flerårigt. Med ett flerårigt statsbidrag skapas mer jämlika förutsättningar att ta del av medlen för verksamheter, regioner och kommuner som kommit olika långt i utvecklingsarbetet och därmed behöver olika lång tid på sig att skapa goda förutsättningar för utvecklingsarbetet innan en ansökan om statsbidrag görs. Målet är att de framtagna arbetssätten ska spridas och implementeras inom och mellan regioner och kommuner.

10.6.3 Bedömningarna avseende nära vård med forskning, utbildning och utveckling

Bedömningarna om en regionaliserad läkarutbildning syftar till en jämnare kompetensförsörjning avseende läkare över landet. De resultat som visats av en regionaliserad läkarutbildning visar på goda effekter för kompetensförsörjningen avseende läkare eftersom studenterna efter läkarexamen i hög utsträckning stannar på studieorten. Därmed får en regionaliserad läkarutbildning en positiv effekt avseende regional jämlikhet.

Bedömningen om utveckling av fler universitetssjukvårdsenheter, särskilt i primärvården, i fler regioner innebär mer jämlika förutsättningar i varje region över landet för forskning, utbildning och utveckling inom primärvården, och därmed ett större fokus på evidensbaserad vård. Det innebär en positiv effekt för regional jämlikhet. Universitetssjukvårdsenheter har också till uppgift att sprida resultatet av sitt forsknings- och utvecklingsarbete samt delta i utformning av kunskapsstöd. Även detta kan i förlängningen bidra till spridning av kunskap om nya metoder och arbetssätt över landet och därmed till regional jämlikhet i den vård som ges.

10.7 Konsekvenser för socioekonomisk jämlikhet, jämställdhet och barn och unga

10.7.1 Förslagen om utökad vårdgaranti

Förslagen om en utökad vårdgaranti har inte några direkta effekter på socioekonomisk jämlikhet, jämställdhet eller barn och unga. Utredningen föreslår inte någon differentiering i vårdgarantin, det vill säga att exempelvis barn och unga eller något särskilt vårdområde ska följa en särskilt utformad vårdgaranti. I stället är vårdgarantin en bred garanti som gäller likadant för alla – oavsett ålder och hälsoproblem.

Även om vårdgarantin inte har några direkta effekter i ovan nämna perspektiv menar utredningen samtidigt att en tydlig reglering om yttersta tidsgränser är något som kan främja jämlikhet och jämställdhet. När det finns tydliga regler om vad som gäller minskar risken att irrelevanta faktorer påverkar när vården ges, exempelvis möjlighet till påtryckningar. För att den främjande effekten ska slå igenom praktiskt krävs dock bland annat att regleringen är lätt att förstå för,

och känd i, hela befolkningen. Utredningen menar att både dagens vårdgaranti och förslagen om en utökad vårdgaranti är förhållandevis lättförståelig. Att den gäller likadant för alla, utan differentiering, är en faktor som bidrar i den riktningen. Däremot behöver kännedomen och kunskapen om vårdgarantin förbättras. Utredningen lämnade i sitt delbetänkande ett förslag om ett uppdrag till Socialstyrelsen att ansvara för kunskapshöjande insatser för både befolkning och hälso- och sjukvårdens aktörer, med målsättningen att öka kunskapen om vårdgarantin och valmöjligheter.[31] Fram till utredningens föreslagna ikraftträdandedatum 2025 för förslagen om en utökad vårdgaranti är det viktigt att informationsinsatser genomförs.

10.7.2 Förslagen och bedömningarna för en nära och tillgänglig vård och för barn och ungas psykiska hälsa

Förslaget om att patienten ska få informationen samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet har inte några direkta effekter på socioekonomisk jämlikhet, jämställdhet eller barn och unga. Redan nu ska den information som lämnas anpassas efter vad som är relevant i det enskilda fallet. Informationen ska även anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Med utredningens föreslagna regleringar om utökat informationskrav och att informationen ska lämnas samlat och digitalt blir det tydligare för alla vilken slags information som ska finnas att ta del av och att relevant information ska finnas samlat och digitalt för patienter oavsett bakgrund. Förslagen skulle kunna främja socioekonomisk jämlikhet. Resursstarka individer har många gånger bättre förutsättningar för att söka reda på den för individen relevanta skriftliga informationen så som exempelvis kontaktuppgifter till vården, vem som är ens namngivna fasta vårdkontakt eller fasta läkarkontakt. Med förslaget stärks möjligheten för alla patienter oavsett socioekonomisk bakgrund att kunna ta del av information samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet. Detta kan underlätta och stödja patienter med att samordna och sortera information från vården framför allt för den som annars upplever det svårt att hitta och samla ihop relevant information om sin egen vård och sina

[31] SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*, s. 184.

vårdkontakter. För patienten som inte vill eller där det inte är relevant att ta del av informationen digitalt behöver inte heller informationen lämnas digitalt utan kan ges på annat sätt skriftligen. Fortfarande gäller att den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.

Förslaget om att samråda med patienten om tidpunkt för vård kan främja socioekonomisk jämlikhet eftersom förslaget innebär att patienten blir mer delaktig i att påverka tidpunkten för vård utifrån sina förutsättningar och möjligheter.

Bedömningarna om riktade statliga medel för att ta fram nya arbetssätt för samverkan mellan primärvården, BUP och elevhälsan kopplat till arbetet med *En väg in* respektive nya konsultativa arbetssätt för att stärka primärvården ger i sig inga direkta effekter på socioekonomisk jämlikhet eller jämställdhet. Båda bedömningarna syftar till att främja samverkan mellan olika vårdnivåer och vårdaktörer. En stärkt sammanhållen vårdkedja och en tydligare ingång till hälso- och sjukvården kan öka den socioekonomiska jämlikheten och jämställdheten i vården då det kan leda till ökade förutsättningar för att alla individer får tillgång till likvärdig vård. Bedömningen avseende samverkan mellan primärvården, BUP och elevhälsan kopplat till arbetet med *En väg in* syftar till att öka barn och ungas förutsättningar till att få tillgång till vård och stöd vid psykisk ohälsa. Eftersom i stort sett alla barn och unga tillbringar mycket tid i skolan är skolan en viktig aktör för att fånga upp psykisk ohälsa hos barn och unga i ett tidigt skede. En bättre samverkan mellan primärvården, BUP och elevhälsan ökar därför förutsättningarna för att barn och unga får en mer jämlik och likvärdig vård oavsett om barnet lever med vårdnadshavare som är socioekonomiskt resursstarka eller inte.

10.7.3 Bedömningarna avseende nära vård med forskning, utbildning och utveckling

Utredningens bedömning om 10-åriga forsknings- och utvecklingsprogram inom nära vård och allmänmedicin och bildande av universitetssjukvårdsenheter i fler regioner inom primärvården ger förutsättningar för framtagande av ny kunskap om nya arbetssätt och metoder samt en mer evidensbaserad vård.

I den forskning och utveckling som bedrivs är det angeläget att det finns fokus på frågor som rör socioekonomisk jämlikhet, jämställdhet och barn och unga, liksom även andra grupper såsom personer med funktionsnedsättning, äldre och multisjuka med flera. Med spridning av den kunskap som tas fram till vården över hela landet kan den komma olika socioekonomiska grupper, kvinnor och män, flickor och pojkar till del.

10.8 Konsekvenser för den personliga integriteten

10.8.1 Förslaget om information samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet

Utredningen har i kapitel 5, avsnitt 5.5.1 redovisat skälen till förslaget. I detta avsnitt redovisas vilken rättslig grund det finns för behandlingen av personuppgifter och det görs en analys över vilka konsekvenser förslaget kan ha för den personliga integriteten.

Rättslig grund för behandlingen av personuppgifter

Personuppgifter kommer att behandlas på flera sätt

Om utredningens förslag om ett krav på att ge patienten information samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet införs innebär det att personuppgifter om hälsa kommer att behandlas.

Som utredningen redogör för i kapitel 12, avsnitt 12.1 kan det föreslagna kravet till exempel uppfyllas genom att relevant information lämnas ut till patienten genom att informationen överförs till en webbplats eller mobil applikation som patienten har tillgång till genom säker inloggning med sin e-legitimation. På den digitala tjänsten samlas sedan den relevanta informationen på ett lättillgängligt och lättöverskådligt sätt. Utredningen gör bedömningen att den typen av informationslämnande som beskrivs i exemplet utgör utlämnade på medium för automatiserad behandling enligt 5 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355), PDL. Utlämnande på medium för automatiserad behandling innebär, förenklat uttryckt, elektroniskt utlämnande utan möjlighet för mottagaren att själv bereda sig tillgång till uppgifterna

till exempel genom filöverföring från ett datorsystem till ett annat. Vid denna typ av utlämnande fattas ett beslut om överföring av den som lämnar ut uppgifterna. Innan utlämnandet ska det i varje enskilt fall göras en bedömning av om uppgifterna kan lämnas ut eller om exempelvis sekretessbestämmelser utgör hinder för utlämnande.[32]

Det föreslagna kravet medför alltså behandling av personuppgifter i form av bland annat organisering, strukturering, lagring och utlämnande genom överföring (se artikel 4.2 dataskyddsförordningen[33]). Det är vårdgivaren som är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som vårdgivaren utför. I en region och en kommun är varje myndighet som bedriver hälso- och sjukvård personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som myndigheten utför. (2 kap. 6 § första stycket PDL)

Behandlingen har stöd i dataskyddsförordningen och patientdatalagen

För att en behandling av personuppgifter ska vara tillåten, behöver den stödja sig på minst en av de rättsliga grunder som räknas upp i artikel 6.1 dataskyddsförordningen. Den rättsliga grunden för att myndigheter ska få behandla personuppgifter är i regel att behandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse (artikel 6.1 e dataskyddsförordningen) men även andra rättsliga grunder kan samtidigt vara tillämpliga.[34]

Regeringen har ansett att sådan verksamhet som en statlig eller kommunal myndighet bedriver inom ramen för sin befogenhet är ett allmänt intresse.[35] Av skäl 45 till dataskyddsförordningen följer att allmänintresset inbegriper hälso- och sjukvårdsändamål, folkhälsa, socialt skydd och förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster.

De uppgifter av allmänt intresse som utförs i syfte att utföra ett uttryckligt uppdrag eller till följd av ett åliggande måste enligt regeringen anses vara av denna karaktär oavsett om de faktiskt utförs i myndighetens egen regi eller om de genom utkontraktering eller entreprenad utförs av någon annan. Det innebär enligt regeringen att när en juridisk eller fysisk person, på uppdrag av en kommunal eller

[32] Prop. 2007/08:126. *Patientdatalag m.m.*, s. 77.
[33] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning).
[34] Prop. 2017/18:105. *Ny dataskyddslag,* s. 57.
[35] Prop. 2017/18:105. *Ny dataskyddslag*, s. 56–57.

statlig myndighet, utför en förvaltningsuppgift som åligger kommunen eller myndigheten, bör alltså även den privata utföraren, entreprenören eller det kommunala bolaget anses utföra en uppgift av allmänt intresse. Ett privaträttsligt organ som fullgör ett uppdrag från en myndighet avseende en sådan uppgift som är fastställd i författning, regeringsbeslut eller kommunalt beslut i fullmäktige kan därför vidta nödvändiga behandlingsåtgärder på samma rättsliga grund som om myndigheten själv utfört uppgiften, det vill säga med stöd av artikel 6.1 e dataskyddsförordningen.[36] Enligt utredningens bedömning medför detta att för det fall vårdgivaren väljer att ge patienten information samlat och digitalt i enlighet med det föreslagna kravet genom en digital tjänst som tillhandahålls av ett privat företag kan det företaget i sin egenskap av personuppgiftsbiträde (se artikel 4.8 dataskyddsförordningen) behandla personuppgifterna på samma grund som vårdgivaren.

Den behandling av personuppgifter som sker inom hälso- och sjukvården genom insamling, dokumentation och lagring i patientjournal har stöd i ändamålsbestämmelsen i 2 kap. 4 § 1 och 2 samt 3 kap. patientdatalagen om skyldigheten att dokumentera i patientjournal. Detta bygger i sin tur, enligt utredningens och tidigare utredningars bedömning,[37] på i vart fall den rättsliga grunden rättslig förpliktelse (artikel 6.1 c dataskyddsförordningen).

Av 2 kap. 5 § patientdatalagen följer att personuppgifter som behandlas för ändamål som anges i 4 § samma lag också får behandlas för att fullgöra uppgiftslämnande som sker i överensstämmelse med lag eller förordning. Behandling av personuppgifter för att fullgöra uppgiftslämnande som sker i överensstämmelse med lag eller förordning enligt 2 kap. 5 § patientdatalagen utgör en rättslig förpliktelse (artikel 6.1 c dataskyddsförordningen) om det sker på grund av en uppgiftsskyldighet.[38] Utredningens bedömning är att förslaget om ett krav på att ge patienten information samlat och digitalt utgör en rättslig förpliktelse, vilket innebär att den behandling av personuppgifter som sker genom utlämnandet av patientuppgifter sker i enlighet med artikel 6.1 c dataskyddsförordningen.

[36] Prop. 2017/18:105. *Ny dataskyddslag*, s. 58.
[37] Jfr Socialdataskyddsutredningens bedömning SOU 2017:66. *Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning*, s. 326.
[38] SOU 2017:66. *Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning*, s. 326.

Utredningen gör bedömningen att det går att uppfylla det föreslagna kravet på flera sätt. Den personuppgiftsansvarige måste i varje fall se till att behandlingen av personuppgifterna är förenlig med gällande reglering.

Det finns stöd för att behandla känsliga personuppgifter

Personuppgifter om hälsa räknas som känsliga personuppgifter (artikel 9.1 dataskyddsförordningen). Känsliga personuppgifter får behandlas om det är nödvändigt av skäl som hör samman med bland annat medicinska diagnoser, tillhandahållande av hälso- och sjukvård, behandling eller förvaltning av hälso- och sjukvårdstjänster och social omsorg och av deras system (artikel 9.2 h dataskyddsförordningen). Behandlingen måste dock ske på grundval av unionsrätten eller medlemsstaternas nationella rätt eller enligt avtal med yrkesverksamma på hälsoområdet. Behandlingen förutsätter dessutom att uppgifterna behandlas av eller under ansvar av en person som omfattas av tystnadsplikt. (Artikel 9.2 h samt 9.3 dataskyddsförordningen.) Uppräkningen i artikel 9.2 h dataskyddsförordningen lär i praktiken täcka nästan all behandling av känsliga personuppgifter som förekommer inom hälso- och sjukvårdsområdet.[39] Utredningen gör bedömningen att förslaget om krav på att patienten ska få information samlat och digitalt i den mån det är relevant är en sådan typ av behandling som har stöd i artikel 9.2 h dataskyddsförordningen och 3 kap. 5 § lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning, dataskyddslagen.

Inom hälso- och sjukvården gäller som regel tystnadsplikt, både i den offentliga och i den privata sektorn (25 kap. 1 § offentlighet- och sekretesslagen [2009:400], OSL, och 6 kap. 12–16 §§ PSL). I regel råder sekretess för den typ av personuppgifter som förkommer inom hälso- och sjukvård (25 kap. 1 § OSL). Det innebär att kravet på tystnadsplikt som följer av artikel 9.3 dataskyddsförordningen är uppfyllt.

[39] Öman, S. *Dataskyddsförordningen (GDPR) m.m. – En kommentar* (1 juli 2021, Version 2, JUNO), kommentaren till artikel 9.

Risker för den personliga integriteten

Utredningen föreslår att det införs ett krav på att patienter ska få information samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet. Att det införs ett sådant krav innebär som redogörs för ovan att känsliga personuppgifter kommer att behandlas. Förslaget anger dock inte vilka dessa personuppgifter är utan det ska anpassas efter vad som är relevant i det enskilda fallet. Förslaget möjliggör således inte behandling av andra kategorier av personuppgifter än vad som redan i dag behandlas inom hälso- och sjukvården. Utredningen gör bedömningen att samtliga uppgifter som ska lämnas ut till patienten redan kommer att behandlas i patientens journal eftersom en journal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten (se 3 kap. 6 § PDL) och det föreslagna kravet handlar om på vilket sätt patienten ska få information om sin vård.

Förslaget innebär att patienten kommer att ha tillgång till personuppgifter om sig själv. Utredningen kan konstatera att även om det inte är ett krav att ge enskilda direktåtkomst till sin journal (se 5 kap. 5 § PDL) har många patienter redan i dag tillgång till i vart fall delar av sin journal digitalt via *1177 Vårdguiden*. Patienter har således i många fall redan direktåtkomst till personuppgifter om sig själv.

Förslaget ger inte andra än dem som redan i dag har rätt att ta del av patientens personuppgifter, det vill säga patienten och vårdpersonalen (12 kap. 1 § OSL och 4 kap 1 § PDL), åtkomst till uppgifterna. Förslaget innebär inte heller att fler individers personuppgifter kommer att registreras eftersom det endast är patienter som ska få information samlat och digitalt och patienternas personuppgifter ska som sagt redan behandlas i patientjournalen. Utredningens förslag kan dock medföra att personuppgifter lagras på fler ställen än i patientjournalen. Det innebär i sig en ökad risk för den enskildes personliga integritet eftersom det finns en ökad risk för att andra får obehörig tillgång till uppgifterna när de lagras på fler ställen. Det skulle kunna ske genom att någon utan patientens vetskap bereder sig tillgång till personuppgifterna. Det skulle även kunna ske genom att någon mot patientens egentliga vilja bereder sig tillgång till uppgifterna. Detta skulle kunna ske med hot eller genom någon form av påtryckning. Ett skäl som i förarbetena till patientdatalagen angavs mot att ge patienter direktåtkomst till sina journaluppgifter var just risken för att patienten

utsätts för påtryckningar från till exempel anhöriga eller blivande arbetsgivare att visa dem uppgifterna. Regeringen anförde då att det naturligtvis inte går att helt bortse från risken att några patienter kan komma utsättas för sådana påtryckningar. Samtidigt påpekade regeringen att en sådan risk ändå redan fanns. En person kunde till exempel förmå en anhörig att ge honom eller henne fullmakt att begära ut journaluppgifter beträffande denne.[40]

På liknande sätt som regeringen resonerade i förarbetena till patientdatalagen konstaterar utredningen att det föreslagna kravet om att patienten ska få information samlat och digitalt innebär en risk för att andra bereder sig tillgång till personuppgifter men att så redan kan ske i dag. Till exempel kan någon bereda sig tillgång till patientens e-legitimation utan patientens vetskap, någon kan bereda sig direktåtkomst till patientens journal genom att förmå patienten att låta någon använda patientens egen elektroniska tillgång i den andres närvaro eller någon kan förmå patienten att lämna en fullmakt för att få tillgång till patientuppgifter muntligt eller på papper.

Alternativ till utredningens förslag

Ett alternativ till utredningens förslag är att det ställs krav på att patienten ska få direktåtkomst till uppgifter i sin journal, vilket i dag inte är obligatoriskt (se 5 kap. 5 § PDL). Utredningen gör dock bedömningen att detta skulle innebära en större integritetsrisk än utredningens förslag eftersom direktåtkomsten innebär att den som är ansvarig för informationen inte har kontroll över vilka uppgifter som en mottagare vid ett visst tillfälle tar del av.[41] Utredningens förslag innebär däremot att informationen sorteras och väljs ut av den som informerar patienten, vilket innebär att patienten inte har tillgång till alla uppgifter i journalen. Enligt utredningens bedömning skulle alternativet om ett krav på att ge patienten direktåtkomst inte heller uppfylla syftet att patienten ska få lättillgänglig och lättöverskådlig information om sin vård genom att det samlas på en digital plats. Detta eftersom det inte finns ett krav på att samla informationen i journalen på ett sådant sätt att det underlättar patientens läsning.

[40] Prop. 2007/08:126. *Patientdatalag m.m.*, s. 159.
[41] Se regeringens förklaring av direktåtkomst i prop. 2007/08:126. *Patientdatalag m.m.*, s. 235.

Ett annat alternativ är att inte ställa krav på att den samlade informationen ska ges digitalt. Mot bakgrund av den höga graden av digitalisering i vården och samhället i övrigt samt invånarnas förväntningar på samhällsservicen, bedömer utredningen att detta inte heller är ändamålsenligt. Syftet med förslaget är dessutom att patienter ska få information som kan ges vid olika tillfällen samlat på samma plats. Utredningens bedömning är att det skulle innebära en större administrativ börda för vårdpersonalen att uppdatera en analog sammanställning varje gång ny relevant information ges än att denna information ges digitalt.

Integritetsstärkande reglering

Den personuppgiftsansvarige, men också eventuella personuppgiftsbiträden, måste vidta lämpliga tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder för att bland annat förhindra obehörigt röjande av eller obehörig åtkomst till uppgifter (artikel 5.1 f, 24 och 32 dataskyddsförordningen).

Den personuppgiftsansvarige ska vidare enbart anlita personuppgiftsbiträden som ger tillräckliga garantier om att genomföra lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder på ett sådant sätt att behandlingen uppfyller dataskyddsförordningen och säkerställer att den registrerades rättigheter skyddas (artikel 28.1 dataskyddsförordningen).

Dessa krav innebär att den risk för att någon obehörig utan patientens vetskap bereder sig tillgång till personuppgifterna som utredningen beskriver ovan minskas.

Personuppgifter ska behandlas på ett öppet sätt i förhållande till den enskilde (artikel 5.1 a i dataskyddsförordningen) och den enskilde ska lämnas klar och tydlig information om personuppgiftsbehandlingen (artikel 12 i dataskyddsförordningen).

Även i patientdatalagen finns flera integritetsstärkande bestämmelser som bland annat reglerar

- vem som får ta del av dokumenterade uppgifter (4 kap. 1 § PDL),
- att en vårdgivare ska begränsa behörigheten för elektronisk åtkomst till vad som behövs för att den enskilde ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården (4 kap. 2 § första stycket PDL),

– kontroll av elektronisk åtkomst (4 kap. 3 § PDL), och
– att en vårdgivare på begäran av en patient ska lämna information om den direktåtkomst och elektroniska åtkomst till uppgifter om patienten som förekommit (8 kap. 5 § första stycket PDL).

Att information ska ges digitalt i den mån det är relevant för patienten att få digital information innebär att patienten har möjlighet att motsätta sig att informationen ges digitalt. På det sättet har patienten inflytande över vilken information som finns tillgänglig digitalt med anledning av det föreslagna kravet på att ge information samlat och digitalt.

För att stärka patientens inflytande ytterligare skulle det även vara önskvärt att utforma den tekniska lösningen på ett sådant sätt att patienten har möjlighet att ta bort den information som lämnats samlat och digitalt.

Behandlingen av personuppgifter bedöms vara nödvändig och inte otillbörligt inskränka den personliga integriteten

När patienten kan ta del av information från vården om exempelvis utredning, behandling, rehabilitering och planerade vårdkontakter på ett lättillgängligt och lättöverskådligt sätt skapas förutsättningar för att patienten får en tydligare helhetsbild av både vården som är planerad och på vilket sätt vården kan stötta patienten. Detta kan i sin tur skapa en större tillit och trygghet i kontakt med vården. En välinformerad patient har större förutsättningar att kunna vara autonom och att kunna ta ansvar för sin egen vård när den kan och vill utifrån sina förutsättningar. Med beaktande av de befintliga integritetsstärkande bestämmelserna i patientdatalagen och dataskyddsförordningen och vikten av att patientens personuppgifter behandlas för att ge patienten information samlat och digitalt bedömer utredningen att behoven och vinsterna med förslaget överväger integritetsriskerna.

10.8.2 Utredningens övriga förslag och bedömningar

Utredningens övriga förslag och bedömningar medför inte i sig att personuppgifter behöver behandlas på annat sätt än vad som redan sker i dag. Förslagen och bedömningarna påverkar därför inte den personliga integriteten.

10.9 Konsekvenser i övrigt

Utredningen kan inte se att förslagen eller bedömningarna skulle ha någon betydande påverkan, varken positiv eller negativ, på sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, på de integritetspolitiska målen eller på brottslighet och det brottsförebyggande arbetet.

Utredningen har gjort miljörelevansbedömningar av utredningens förslag och bedömningar. Utredningen bedömer att förslagen och bedömningarna skulle kunna ha en marginell effekt på miljö och klimat, genom förändrat resande. Om förslagen om en utökad vårdgaranti innebär att fler patienter blir hjälpta till andra vårdgivare, och de vårdgivarna är belägna längre bort från patientens bostadsort, kan förslagen komma att innebära ökat resande. Om förslaget om att tidpunkten för vård väljs i samråd med patienten leder till att flera olika vårdbesök läggs vid ett och samma tillfälle kan det resultera i ett minskat resande för patienten. Om utredningens bedömning avseende riktade statliga medel till uppstart och implementering av nya konsultativa arbetssätt för att stärka primärvården innebär att vården kan ges närmare patientens vistelseort kan det leda till ett minskat resande för patienterna. Om utredningens bedömning om riktade statliga medel för att ta fram nya arbetssätt för samverkan mellan primärvården, BUP och elevhälsan kopplat till arbetet med *En väg in* innebär att barn och unga från första början får vård på rätt vårdnivå skulle även denna bedömning kunna innebära ett mindre resande.

Utredningens bedömning av en regionaliserad läkarutbildning kan i viss mån innebära ett marginellt ökat resande för de eventuella moment som läkarstudenterna kan behöva genomföra vid universitetet. Det är angeläget att ett miljömässigt hållbart resande väljs. Även utredningens bedömning om nationella forskarskolor kan innebära ett visst resande för doktorander och forskare, även detta marginellt eftersom relativt få personer berörs och även här bör i möjligaste mån

miljömässigt hållbara resalternativ väljas. Dagens digitala mötesteknik bidrar till minskat resande.

Utredningen bedömer att den reglering som föreslås överensstämmer med de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till den Europeiska unionen.

11 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

11.1 Förslagen rörande vårdgaranti

11.1.1 Ikraftträdande

Utredningens förslag

Förslag: Lagändringarna i 8 kap. och 9 kap. hälso- och sjukvårdslagen samt 2 kap. patientlagen ska träda i kraft den 1 januari 2025. Detsamma ska gälla förordningsändringarna i 6 kap. hälso- och sjukvårdsförordningen.

Skäl

Innan de föreslagna ändringarna av vårdgarantin kan träda i kraft behöver regionerna på flera sätt arbeta för att korta väntetiderna. Regionerna behöver bland annat arbeta med produktions- och kapacitetsplanering samt långsiktig schemaläggning för att öka produktionen och möjliggöra att patienten får information om tidpunkten för viss vård inom den tidsgräns som utredningen föreslår, det vill säga 14 dagar. Innan ikraftträdandet behöver regionerna även arbeta med rutiner för registrering och uppföljning. Det är också viktigt att det i god tid före ikraftträdandet görs känt vilka förändringar som kommer att ske av vårdgarantin genom information till vårdens medarbetare och till allmänheten. Utredningen bedömer vidare att om omställningen till nära vård har hunnit längre innan ikraftträdandet skulle det kunna hjälpa vården att klara skarpare tidsgränser inom vårdgarantin. Detta eftersom omställningen till nära vård är en del i att öka tillgängligheten.

Med hänsyn till det förberedande arbete regionerna behöver vidta innan ikraftträdandet föreslår utredningen att de föreslagna lagändringarna med koppling till vårdgarantin träder i kraft den 1 januari 2025. De förordningsändringar som utredningen föreslår bör träda i kraft vid samma tidpunkt som lagändringarna.

11.1.2 Övergångsbestämmelser

Utredningens förslag

Förslag: Om en remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, ett beslut om vård har fattats före ikraftträdandet ska äldre bestämmelser gälla. Detsamma ska gälla för de fall någon remiss inte är nödvändig och den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården före ikraftträdandet.

Skäl

Vid ikraftträdandet av de föreslagna bestämmelserna om vårdgaranti kommer det finnas patienter som redan har fått remiss till eller beslut om sådan vård som omfattas av bestämmelserna om vårdgarantin i dess tidigare lydelse och av de nya bestämmelserna om vårdgaranti. Det kommer även finnas patienter som har fått remiss till eller beslut om vård som före ikraftträdandet av de nya bestämmelserna om vårdgaranti inte omfattas av vårdgarantin. För att det ska vara tydligt vilka regler som gäller i det enskilda fallet föreslår utredningen en övergångsbestämmelse som reglerar att om en remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, ett beslut om vård har fattats före ikraftträdandet gäller äldre bestämmelser. Detsamma föreslås gälla för de fall någon remiss inte är nödvändig och den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården före ikraftträdandet.

11.2 Förslaget om samlad och digital information

Utredningens förslag och bedömning

Förslag: Lagändringen ska träda i kraft den 1 januari 2024.

Bedömning: Det behövs inga särskilda övergångsbestämmelser.

Skäl

Med hänsyn till den tid som kan beräknas gå åt för remissförfarande, fortsatt beredning inom Regeringskansliet och riksdagsbehandling föreslår utredningen att lagförslaget ska träda i kraft den 1 januari 2024.

Utredningen beskriver i kapitel 5, avsnitt 5.5.1 att utredningen ser förslaget om samlad och digital information som en del av införandet av patientkontrakt. I avsnitt 5.4.1 beskrivs vidare att arbetet med patientkontrakt pågått i flera år och att regioner och kommuner fått medel till utvecklingsområdet med namnet Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav, där införandet av patientkontrakt är en del. Regionerna ska under 2022 bidra till utvecklingen av rutiner för dokumentation av patientkontrakt i lokala it-stöd samt för anslutning till tjänster i den nationella tjänsteplattformen. Även Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har fått medel för att stödja regionerna i denna utveckling. Mot denna bakgrund gör utredningen bedömningen att de förberedelser som behövs innan ikraftträdandet bör ha kommit så långt i januari 2024 att de därmed inte bör påverka tidpunkten för ikraftträdande.

Förslaget är inte av den arten att det kräver några särskilda övergångsbestämmelser.

11.3 Förslagen om informationskrav och om samråd vid tidsbokning

Utredningens förslag och bedömning

Förslag: Lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2024.

Bedömning: Det behövs inga särskilda övergångsbestämmelser.

Skäl

Med hänsyn till den tid som kan beräknas gå åt för remissförfarande, fortsatt beredning inom Regeringskansliet och riksdagsbehandling bör de lagändringar som utredningen föreslår tidigast kunna träda i kraft den 1 januari 2024. Utredningen bedömer att förslagen inte innebär något särskilt omfattande förberedelsearbete för hälso- och sjukvårdens huvudmän, vårdgivare eller andra aktörer som kan påverka tidpunkten för ikraftträdande.

Förslagen är inte av den arten att de kräver några särskilda övergångsbestämmelser.

12 Författningskommentar

12.1 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

2 kap.

3 §

Enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. Enligt 9 kap. 1 a § samma lag ska den enskilde

1. inom ramen för verksamhet som utgör primärvård inom viss tid få

a) kontakt med en vårdgivare,

b) en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal,

c) en undersökning, och

d) en behandling,

2. inom ramen för verksamhet som utgör specialiserad vård inom viss tid få

a) en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal,

b) en undersökning, och

c) en behandling,

3. inom viss tid få information om tidpunkten för vård enligt 1 c och d samt 2.

Paragrafen hänvisar till och redovisar delvis innehållet i 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen. Paragrafen har ändrats på så sätt att den även redovisar innehållet i 9 kap. 1 a § hälso- och sjukvårdslagen. Se kommentarerna till de paragraferna. Överväganden finns i kapitel 4, avsnitt 4.4.17.

4 §

Om vårdgarantin enligt 3 § 1 c, d, 2 eller 3 inte uppfylls, ska patienten inom garantin enligt 3 § 1 c, d eller 2 få vården hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

Paragrafen har ändrats så att den i sak motsvarar den nya lydelsen av 9 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen. Se kommentaren till den paragrafen. Överväganden finns i kapitel 4, avsnitt 4.4.17.

3 kap.

2 §

Patienten ska även få information om

1. möjligheten att välja behandlingsalternativ samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,

2. regionens elektroniska system för listning av patienter hos utförare,

3. möjligheten att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt,

4. möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,

5. vem som är patientens fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt,

6. kontaktuppgifter till patientens fasta vårdkontakt, fasta läkarkontakt och vårdenheter,

7. vårdgarantin, och

8. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

Punkterna 5 och 6 är nya. Överväganden finns i kapitel 5, avsnitt 5.5.1.

Enligt *punkt 5* ska patienten informeras om vem som är patientens fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt om sådana har utsetts. Det är därmed inte tillräckligt att informera patienten om att hen har fått en fast vårdkontakt inom en viss profession eller en fast läkarkontakt med viss specialistkompetens utan att tala om vem det är.

Enligt *punkt 6* ska patienten informeras om kontaktuppgifterna till patientens fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt, om sådana har utsetts, samt till patientens aktuella vårdenheter. Bestämmelsen innebär att patienten ska få information om hur hen kan få direkt-

kontakt med sin fasta vårdkontakt och sin fasta läkarkontakt. Det kan till exempel vara genom ett telefonnummer med telefontider till den utsedda fasta läkarkontakten.

8 §

Patienten ska få information samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet.

Paragrafen är ny. Den reglerar på vilket sätt patienten ska få information. Överväganden finns i kapitel 5, avsnitt 5.5.1.

Bestämmelsen medför ett krav på att ge patienter digital information samlat på samma ställe i de fall det är relevant för patienten att få informationen samlat och digitalt. Vilken information som ska lämnas samlat och digitalt ska anpassas efter vad som är relevant i det enskilda fallet. Om patienten inte har behov av digital information behöver sådan inte lämnas. Så kan till exempel vara fallet om patienten inte har förmåga att ta till sig digital information eller om patienten motsätter sig att informationen lämnas digitalt.

Kravet kan till exempel uppfyllas genom att relevant information lämnas ut till patienten genom att det överförs till en webbplats eller mobil applikation som patienten har tillgång till genom inloggning med sin e-legitimation. I den digitala tjänsten samlas sedan den relevanta informationen på ett lättillgängligt och lättöverskådligt sätt.

5 kap.

1 a §

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

Paragrafen är ny. Den reglerar patientens delaktighet i valet av tidpunkt för vården. Överväganden finns i kapitel 5, avsnitt 5.5.2.

Bestämmelsen innebär att tidpunkten för vården så långt som möjligt ska väljas i samråd med patienten. Samrådet ska ske innan tidpunkten för vården väljs, varför det inte är tillräckligt att en tidpunkt meddelas patienten och att patienten uppmanas kontakta vård-

givaren om tidpunkten inte passar patienten. För sådan vård som omfattas av vårdgarantin ska patienten få möjlighet att samråda om tidpunkter som ligger inom vårdgarantins tidsgränser.

Bestämmelsen specificerar inte hur samrådet ska ske, men så långt som möjligt bör sättet för samrådet utgå från patientens förutsättningar och önskemål. Användning av digital tidbokning, där patienten får välja bland ett antal lediga tider för vården, kan vara ett sätt att uppfylla kravet. I vissa fall kan det dock vara mer lämpligt att tala med patienten om lämpliga tidpunkter för vården.

En patients önskemål om att inte vara delaktig i valet av tidpunkten för vården ska respekteras.

12.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

8 kap.

3 §

Regionen ska erbjuda öppen vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. En sådan patient omfattas inte av regionens vårdgaranti, förutom i de fall som anges i 9 kap. 1 §. I övrigt ska vården ges på samma villkor som de villkor som gäller för de egna invånarna.

Om patienten omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård enligt 1 §, svarar den regionen för kostnaderna för vård som patienten ges med stöd av första stycket. Detta gäller dock inte om den regionen ställer krav på remiss för vården och dessa remissregler inte följs.

Paragrafens första stycke har förändrats på så sätt att det därav följer att en patient som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård omfattas av regionens vårdgaranti i de fall som anges i 9 kap. 1 §. Övervägande finns i kapitel 4, avsnitt 4.4.9.

9 kap.

1 §

Regionen ska erbjuda vårdgaranti enligt 1 a § åt den som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 §. Regionen ska även hos sådana utförare som avses i 7 kap. 3 a § första stycket erbjuda vårdgaranti enligt 1 a § första och tredje styckena åt den som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 3 §. Hos en sådan utförare som avses i 7 kap. 3 a § första stycket gäller vårdgarantin enligt 1 a § första och tredje styckena endast om den enskilde är listad hos utföraren.

Paragrafen reglerar skyldigheten för regionen att erbjuda en vårdgaranti.

Andra meningen är ny. Den reglerar skyldigheten för regionen att, hos sådana utförare inom ett vårdvalssystem i primärvården där enskilda kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt (vårdcentraler och motsvarande vårdenheter), erbjuda vårdgaranti inom primärvården och information om tidpunkten för viss vård åt den som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 3 §.

Tredje meningen har ändrats på så sätt att hänvisningarna har ändrats. Enligt den gäller vårdgarantin inom primärvården och garantin om information om tidpunkten hos vårdcentraler och motsvarande vårdenheter endast om den enskilde är listad hos utföraren.

Paragrafen har dessutom ändrats på så sätt att den i stället för att även reglera vårdgarantins innehåll hänvisar till den nya 1 a §.

Förarbeten avseende regionens ansvar enligt första meningen finns i prop. 2013/14:106, s. 92 f. och s. 128 f. Utredningens överväganden avseende andra och tredje meningarna finns i kapitel 4, avsnitt 4.4.9. För förarbeten avseende tredje meningen se även prop. 2021/22:72, s. 49 ff. och s. 87.

1 a §

Regionen ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård se till att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med en vårdgivare,

2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal,

3. en undersökning, och

4. en behandling.

Regionen ska inom ramen för verksamhet som utgör specialiserad vård se till att den enskilde inom viss tid får

1. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal,

2. en undersökning, och

3. en behandling.

Regionen ska också se till att den enskilde inom viss tid får information om tidpunkten för vård enligt första stycket 3 och 4 samt andra stycket.

Paragrafen är ny. Den reglerar vårdgarantins innehåll. Överväganden finns i kapitel 4.

Första stycket reglerar den vårdgaranti som gäller inom primärvården.

Första punkten motsvarar tidigare bestämmelse med den skillnaden att det förtydligas att den enskilde ska få kontakt med en vårdgivare. Någon materiell ändring avses därmed inte. Förarbeten finns i prop. 2009/10:67, s. 36 ff. och s. 79.

Andra punkten har ett utvidgat tillämpningsområde jämfört med tidigare. Överväganden finns i kapitel 4, avsnitt 4.4.2. Vårdgarantin för medicinska bedömningar enligt denna punkt omfattar nya hälsoproblem och hälsoproblem som har medicinskt samband med tidigare kända hälsoproblem, utan avgränsning till kraftiga eller oväntade förändringar av besvären.

Den medicinska bedömningen ska göras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med tillräcklig kompetens för att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Bedömningen ska göras av läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal med legitimation enligt 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), exempelvis en sjuksköterska, fysioterapeut eller psykolog. Med läkare avses även läkare under allmäntjänstgöring.

Oftast görs en medicinsk bedömning vid ett fysiskt möte, men bedömningen kan även göras med hjälp av olika digitala lösningar. Det får anses ingå i hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesansvar att i samband med den medicinska bedömningen även vidta de adekvata åtgärder som är lämpliga och möjliga, till exempel i form av rådgivning för egenvård, förskrivning av läkemedel eller remittering till

specialiserad vård. En medicinsk bedömning ska journalföras i enlighet med bestämmelserna i 3 kap. patientdatalagen (2008:355).

Det är patientens behov som i första hand ska avgöra vilken yrkeskategori som bör komma i fråga för den medicinska bedömningen. Det är också patientens behov som ska styra om bedömningen bör göras vid ett fysiskt besök eller kan göras på distans. Vid avgörandet av vad som i varje enskilt fall är lämpligt och förenligt med kraven på en god vård bör beaktas exempelvis frågans komplexitet, patientens individuella förutsättningar och om patienten tidigare är känd eller inte.

Enligt *tredje punkten* omfattas undersökningar inom primärvården av vårdgarantin. Bestämmelsen är ny. Överväganden finns i kapitel 4, avsnitt 4.4.4. Med *en undersökning* avses varje specifik åtgärd som syftar till att inhämta och analysera relevant information om patientens hälsotillstånd för att kunna ställa diagnos, besluta om lämplig behandling eller liknande. Tillsammans kan flera sådana åtgärder utgöra en utredning av ett sjukdomstillstånd, men det kan också förekomma fall då endast en undersökning utgör hela utredningen.

Alla typer av undersökningar omfattas av vårdgarantin. Det finns således ingen avgränsning i fråga om vilka typer av undersökningar som omfattas av vårdgarantin. Både undersökningar som kräver tillgång till särskild utrustning som bara finns på särskilda enheter och undersökningar som kan göras vid en större bredd av mottagningar, kliniker och verksamheter och inte kräver lika mycket utrustning ingår. De undersökningar som omfattas av denna del av vårdgarantin är sådana som inte kan göras i samband med en medicinsk bedömning enligt första stycket 2.

Enligt *fjärde punkten* omfattas behandlingar inom primärvården av vårdgarantin. Bestämmelsen är ny. Överväganden finns i kapitel 4, avsnitt 4.4.5. Alla typer av behandlingar omfattas av vårdgarantin. De behandlingar som omfattas av denna del av vårdgarantin är sådana som inte kan göras i samband med en medicinsk bedömning enligt första stycket 2.

Andra stycket reglerar den vårdgaranti som gäller inom den specialiserade vården.

Enligt *första punkten* omfattas medicinska bedömningar av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den specialiserade vården av vårdgarantin. Med *en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal* avses detsamma som i första stycket 2. Bestämmelsen har ersatt tidigare bestämmelse

om att den enskilde ska få besöka den specialiserade vården inom en viss tid. Överväganden finns i kapitel 4, avsnitt 4.4.3.

Enligt *andra punkten* omfattas undersökningar inom den specialiserade vården av vårdgarantin. Med *en undersökning* avses detsamma som i första stycket 3. Bestämmelsen är ny. Överväganden finns i kapitel 4, avsnitt 4.4.4.

Enligt *tredje punkten* omfattas behandlingar inom den specialiserade vården av vårdgarantin. Ingen materiell förändring i förhållande till vad som tidigare gällde i fråga om planerad vård är avsedd. Förarbeten till den bestämmelsen finns i prop. 2009/10:67, s. 36 ff. och s. 79. Utredningens överväganden finns i kapitel 4, avsnitt 4.4.6.

Enligt *tredje stycket* ska regionen se till att den enskilde inom viss tid får information om tidpunkten för en medicinsk bedömning inom den specialiserade vården samt en undersökning och en behandling inom primärvården och den specialiserade vården. Med *tidpunkt* avses såväl datum som klockslag när vården ska utföras. Bestämmelsen är ny. Överväganden finns i kapitel 4, avsnitt 4.4.8.

Vårdgarantin reglerar inte om vård ska ges eller vilken vård som kan komma i fråga. Vårdgarantin tar endast sikte på inom vilka tidsgränser patienten ska erbjudas sådan vård som pekas ut i paragrafen. Prioriteringar ska göras inom ramen för vårdgarantins yttersta tidsgränser.

Enligt 4 § får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela föreskrifter om de tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld och i övrigt om garantins innehåll.

2 §

Om regionen inte uppfyller garantin enligt 1 a § första stycket 3, 4, andra eller tredje stycket, ska regionen se till att patienten inom garantin enligt 1 a § första stycket 3, 4 eller andra stycket får vården hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

Paragrafen reglerar under vilka förutsättningar regionen är skyldig att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare. Vissa förändringar har gjorts av paragrafen. Överväganden finns i kapitel 4, avsnitt 4.4.13.

Enligt bestämmelsen ska regionen se till att patienten inom garantin 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. Vården ska alltså ges inom vårdgarantins tidsgränser, även om den behöver ges hos en annan vårdgivare för att garantins tidsgränser ska kunna hållas. Redan det faktum att patienten inte ges information om tidpunkten för vården inom garantin utlöser regionens skyldighet att se till att patienten får vården hos en annan vårdgivare. Även om patienten får information om tidpunkten för vården inom garantin ska regionen se till att patienten får vården hos en annan vårdgivare, om det efter att patienten fått informationen inträffar något som gör det sannolikt att vården inte kommer kunna ges inom utsatt tid.

Med *en annan vårdgivare* avses en annan vårdgivare än den som har mottagit remissen eller, om någon remiss inte är nödvändig, den vårdgivare som har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården.

4 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. de tidsperioder inom vilka vårdgarantin enligt 1 a § ska vara uppfylld och i övrigt om garantins innehåll, och

2. regionernas rapporteringsskyldighet enligt 3 §.

Paragrafen har förändrats på så sätt att den första punkten hänvisar till paragraf 1 a §, vilket är den nya paragraf där vårdgarantins innehåll regleras. Förarbeten finns i prop. 2009/10:67, s. 41 ff., s. 44 ff. och s. 79 f.

Referenser

Tryckt material

Andersson, J. 2022. ”Tänkargrupp: Så kan alla få en fast läkare inom fem år”. *Läkartidningen*. 10 mars.

Anskär, E. 2019. *Time flies in primary care: a study on time utilisation and perceived psychosocial work environment.* Linköpings universitet.

Bris. 2020. *Hållbara liv, Om barnets rättigheter, barns uppväxtvillkor och samhällets ansvar*, årsrapport för 2019, rapport 2020:1.

Cederberg, J. 2022. ”Första läkarna klara i Kalmar och Jönköping – fler väljer att stanna”. *Läkartidningen*. 14 januari.

Dagens Samhälle. 2022. ”Tunga utredare: Inför större regioner och starkare länsstyrelser”. 17 februari.

Dalman, C., Bremberg, S., Åhlén, J., Ohlis, A., Agardh, E., Wicks, S., Lundin, A. 2021. *Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst, En kunskapsöversikt*. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte).

E-hälsomyndigheten. 2020. *Elektroniska läkarintyg, en förstudie.*

Eriksson, D. 2021. *Sammanställning Direktkonsult ortoped.*

Famna. 2017. *Famnas remissvar på delbetänkande av utredningen för samordnad utveckling för god och nära vård SOU 2017:53*.

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. 2021. *Uppdraget att följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa 2020–2023 inom överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner, Delredovisning 2021.*

Folkhälsomyndigheten. 2018. *Kortversion av Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014*.

Folkhälsomyndigheten. 2018. *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18, grundrapport*.

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte). 2022. *Forte årsredovisning 2021*.

Försäkringskassan och SKR. 2021. *Avsiktsförklaring mellan Försäkringskassan och Sveriges Kommuner och Regioner om vidareutveckling av informationsutbyte.*

Försäkringskassan. 2021. *Framställan om statlig delfinansiering av Intygstjänster hos Inera.*

Inera. 2020. *Förstudie om sammanhållen planering via 1177 Vårdguiden – Behov och lösningförslag för ökad delaktighet och samskapande, Slutrapport förstudie 2020-02-28.*

Inera. 2020. *Intygstjänster 2020.*

Inera. 2022. *Intresseanmälan gällande Sammanhållen planering på 1177.se – digitalt stöd till patientkontrakt.*

Inspektionen för vård och omsorg. 2021. *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården, Slutredovisning av regeringsuppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas.*

Integritetsskyddsmyndigheten (IMY). 2021. *Tillsyn enligt dataskyddsförordningen*, DI-2021-9333.

Johnsson, L-Å. *Hälso- och sjukvårdslagen – Med kommentarer.* (1 juli 2021, Version 11, JUNO).

Johnsson, L-Å. *Patientlagen – En kommentar.* (12 februari 2020, Version 2, JUNO).

Konkurrensverket. 2020. *Regioners upphandling av vårdpersonal*, rapport 2020:04.

Landerholm, K. 2021. *Lärandeaktivitet vid regionaliserad läkarutbildning*, pedagogiskt docenturarbete. Linköpings universitet.

Landstinget i Jönköpings län. 2013. *Budget med verksamhetsplan 2014, Flerårsplan 2015–2016.*

Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation. 2017. *Remiss: God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild.*

Lindholm, L H. och Spencer, S. 2014. ”Nationell forskarskola har global räckvidd, Både vetenskapligt och geografiskt når doktoranderna långt”. *Läkartidningen*. 15/2014.

Läkartidningen. 2018. ”Administrativ personal har gått om antalet läkare i vården – med råge”. 24/2018.

Läkartidningen. 2021. ”Läkare på BUP efterlyser avlastning från primärvården”. 23–24/2021.

McKinsey & Company. 2019. *Tid till vård ger vård i tid. Hur möjliggör vi en bättre användning av läkarens tid och en ökad produktivitet?*

Myleus, A., Lindholm, L H., Östergren, C J. 2019. ”Apropå! Nationella forskarskolan i allmänmedicin lever vidare”. *Läkartidningen*. 14/2019.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2014. *Låt den rätte komma in. Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?* rapport 2014:3.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2015. *Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar, Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995*, rapport 2015:10, bilaga 4.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2015. *Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar, Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995*, rapport 2015:10.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2015. *Varierande väntan på vård, Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin,* rapport 2015:5.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2017. *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2017:6.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2017. *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys remissyttrande över betänkandet God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53, S2017/03549/FS)*.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet*, rapport 2021:10.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *I skuggan av covid-19. Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin under 2020*, rapport 2021:6.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *Ledas lika, ledas rätt? Kunskapsunderlag om standardiserade vårdförlopp*, rapport 2021:9.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *Långt bort men nära – Kartläggning av primärvården i landsbygden,* rapport 2021:11.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport,* rapport 2021:8.

Nationella vårdkompetensrådet. 2021. *Förenade anställningar vid de medicinska fakulteterna 2018–2020,* PM Löpnr 2021:10.

Nationella vårdkompetensrådet. 2022. *Tre rekommendationer för att hantera övergången till nya läkarutbildningen*, PM Löpnr 2022:1.

OECD. 2021. *Health at a Glance 2021, OECD Indicators*.

Pensionärernas riksorganisation. 2017. *Yttrande över utredningen Samordnad utveckling för god och nära vårds delbetänkande God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53)*.

Regeringskansliet. 2012. *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016*.

Regeringskansliet. 2014. *Reviderad handlingsplan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2014–2016*.

Regeringskansliet. 2021. *Inbjudan att inkomma med intresseanmälan för deltagande i satsning på decentraliserad vårdutbildning som föreslås i budgetpropositionen för 2022*, U2021/04197.

Region Halland, Landstinget i Kalmar län och Region Norrbotten. 2018. *Patientkontrakt, Slutrapport januari 2018, Samarbetsprojekt i tre landsting/regioner.*

Region Jönköpings län. 2020. *Budget med verksamhetsplan 2021, Flerårsplan 2022–2023.*

Rehnberg, C. 2019. *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv,* ESO-rapport 2019:8.

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa. 2017. *RSMH:s yttrande över delbetänkandet God och nära vård (SOU 2017:53)*.

Riksrevisionen. 2018. *Den kommunala finansieringsprincipen – tillämpas den ändamålsenligt?* RiR 2018:8.

RP 77/2004. Regeringens proposition till Riksdagen med förslag till lagar om ändring av folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård samt vissa andra lagar [Finland].

Ruist, J. 2019. *Global migration – orsaker och konsekvenser*. SNS, forskningsrapport.

SBU. 2021. *Kontinuitet i vården – En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska och etiska aspekter.*

SKR, Uppdrag Psykisk Hälsa. 2017. *Hur mår BUP? En nulägesbeskrivning av barn- och ungdomspsykiatrin i Sverige inhämtad av Uppdrag Psykisk Hälsa.*

SKR, Uppdrag Psykisk Hälsa. 2018. *Förstalinjeboken, Stödmaterial för första linjens arbete för barn och ungas psykiska hälsa*.

SKR, Uppdrag Psykisk Hälsa. 2020. *Psykiatrin i siffror, Barn- och ungdomspsykiatri – Kartläggning 2020.*

SKR. 2007. *Tillgänglighet till insatser för att möta psykisk ohälsa hos barn och ungdomar*.

SKR. 2013. *Sjukskrivningsmiljarden 2013 – Vad innebär den nationella överenskommelsen?*

SKR. 2014. *Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer, med giltighet fr.o.m. den 1 januari 2015.*

SKR. 2015. *Psynk – Psykisk hälsa barn och unga, Slutrapport för Psynk, År 2011–2014*.

SKR. 2017. *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild – SOU 2017:53, yttrande*.

SKR. 2019. *Meddelande från styrelsen – Utvecklingen av digitala vårdtjänster,* daterad 2019-06-14.

SKR. 2019. *Utvidgad modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom primärvården,* utgåva 3.4, daterad 2019-10-16.

SKR. 2020. *Det framgångsrika Sverige skapas lokalt – Inriktningen för Sveriges Kommuner och Regioner 2020–2023.*

SKR. 2020. *Modell för nationell uppföljning av tillgänglighet inom specialiserad vård,* daterad 2020-12-15.

SKR. 2020. *Riktlinjer för avvikelseregistrering inför rapportering till den nationella väntetidsdatabasen*, version 1.5.

SKR. 2020. *Samhället, patienterna och hälso- och sjukvården behöver klinisk forskning – positionspapper om klinisk forskning för bästa möjliga vård – inte bara i dag utan även imorgon.*

SKR. 2021. *Delrapport av överenskommelsen, God och nära vård 2021 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.*

SKR. 2021. *Första linjen 2020. Nulägesbeskrivning av hälso- och sjukvårdens första linje för barn och ungas psykiska hälsa*.

SKR. 2021. *Rapport av överenskommelsen, God och nära vård 2020 – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården.*

SKR. 2021. *Vägledning – Underlag för handlingsplan Nära vård 2021.*

Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och SKR. 2020. *Begrepp inom området psykisk hälsa,* version 2020.

Socialstyrelsen. 2010. *Satsning på en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa 2009, Uppföljning av statsbidrag.*

Socialstyrelsen. 2012. *Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011.*

Socialstyrelsen. 2012. *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011.*

Socialstyrelsen. 2013. *Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser 2012.*

Socialstyrelsen. 2013. *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012.*

Socialstyrelsen. 2014. *Vårdgaranti och kömiljard, Uppföljning 2013.*

Socialstyrelsen. 2016. *Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, Slutrapport mars 2016.*

Socialstyrelsen. 2017. *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna, Till och med 2016*.

Socialstyrelsen. 2017. *Väntetid, kontinuitet och samordning vid vissa kroniska sjukdomar, Metoder, resultat och utmaningar, Rapport februari 2017.*

Socialstyrelsen. 2018. *Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård, Täckningsjämförelser och resultat av sambearbetningar med Socialstyrelsens register.*

Socialstyrelsen. 2018. *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården, februari 2018.*

Socialstyrelsen. 2018. *Utvärdering av universitetssjukvård – strukturer och processer.*

Socialstyrelsen. 2019. *Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård.*

Socialstyrelsen. 2019. *Om lärande, prioriteringar och ekonomiska aspekter. Effekter av satsningen på standardiserade vårdförlopp i cancervården, Slutrapport del 2, 2019.*

Socialstyrelsen. 2019. *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa, Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018, Slutrapport.*

Socialstyrelsen. 2019. *Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, Väntetider i akutsjukvården och fyra tematiska analyser.*

Socialstyrelsen. 2020. *Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt.*

Socialstyrelsen. 2020. *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess – Slutredovisning av Socialstyrelsens utvecklingsinsatser inom överenskommelsen mellan staten och SKR.*

Socialstyrelsen. 2020. *Informationsspecifikation för intyg 2020.*

Socialstyrelsen. 2020. *Utvecklingsplan för försäkringsmedicin.*

Socialstyrelsen. 2021. *Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården.*

Socialstyrelsen. 2021. *Covid-19-effekter på produktion, köer och väntetider i barn- och ungdomspsykiatrin – Bilaga 1. Figurer och dataunderlag.*

Socialstyrelsen. 2021. *Förstudie av innehållsmässig och digital utveckling av de övergripande principerna, FMB.*

Socialstyrelsen. 2021. *Informationsstruktur för intyg.*

Socialstyrelsen. 2021. *Insatser under 2020 för att främja omställningen till en god och nära vård.*

Socialstyrelsen. 2021. *Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa*.

Socialstyrelsen. 2021. *Material för utveckling av funktionen fast läkarkontakt*.

Socialstyrelsen. 2021. *Meddelandeblad – Fast läkarkontakt m.m*.

Socialstyrelsen. 2021. *Uppdämda vårdbehov – Analys och förslag till insatser*.

Socialstyrelsen. 2021. *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 – Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer.*

Socialstyrelsen. 2021. *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården*.

Socialstyrelsen. 2021. *Öppna jämförelser 2021 – Kommunal hälso- och sjukvård.*

Socialstyrelsen. 2022. *God och nära vård – vägledning, Stöd för funktionen och arbetssättet med fast läkarkontakt.*

Socialstyrelsen. 2022. *Kartläggning av datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet (delrapport) – Nationellt tillgängliga hälsodata för en datadriven hälso- och sjukvård, forskning och innovation.*

Socialstyrelsen. 2022. *Planeringsverktyg – Stöd för funktionen och arbetssättet med fast läkarkontakt.*

Socialstyrelsen. 2022. *Regeringsuppdrag att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården, Slutrapport mars 2022.*

Socialstyrelsen. 2022. *Regeringsuppdrag om att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata, Delrapport, mars 2022.*

Socialstyrelsen. 2022. *Stöd för funktionen och arbetssättet med fast läkarkontakt.*

SPF Seniorerna. 2017. *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53)*.

Staten, Stockholms läns landsting, Landstinget i Uppsala län, Landstinget i Östergötland, Skåne läns landsting, Västra Götalands läns landsting, Örebro läns landsting och Västerbottens läns landsting. 2014. *Avtal om samarbete mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.*

Statistiska Centralbyrån. 2021. *Trender och Prognoser 2020, Befolkning, utbildning, arbetsmarknad, Med sikte på år 2035.*

Statskontoret. 2012. *Statens psykiatrisatsning 2007–2011 – delrapport*, rapport 2012:4.

Statskontoret. 2012. *Statens psykiatrisatsning 2007–2011 – slutrapport*, rapport 2012:24.

Stockholms läns landsting. 2006. Landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsutskottet, protokoll, sammanträdesdag 2006-02-16.

Stockholms läns landsting. 2006. Tjänsteutlåtande daterat 2006-01-26, LS 0509–1588.

Svensk förening för allmänmedicin. 2017. *Svensk förening för allmänmedicins synpunkter på Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård SOU 2017:53*.

Svensk sjuksköterskeförening. 2016. *Omvårdnad – Forskning och framtid, strategi för forskning inom omvårdnad.*

Svenska Demensregistret. 2020. *Årsrapport 2019*.

Svenska Distriktläkarföreningen. 2017. Remissvar God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53), utan titel, daterad 2017-10-02.

Svenska Läkaresällskapet. 2017. *Remissvar God och nära vård SOU 2017:53*.

Sveriges läkarförbund. 2012. *Medicin med detsamma? Förslag till en rättvisare vårdgaranti.*

Sveriges läkarförbund. 2017. *Remissyttrande avseende God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild*.

Sveriges läkarförbund. 2020. *Forskningspolicy – Åtgärder för en världsledande medicinsk forskning.*

Sveriges regioner i samverkan. 2021. *Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp, Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom.*

Sveriges regioner i samverkan. 2021. *Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp, Hjärtsvikt – nydebuterad.*

af Ugglas, B. 2021. *Hur påverkas patientsäkerheten av överbelastade akutmottagningar och vårdplatsbrist?* SNS Analys 76.

Umeå universitet. 2019. *Kostnader/resultat för läkarutbildningen i Sunderbyn, Östersund och Sundsvall tom 2018 samt kalkyl för 2019 och prognos för 2020.*

Universitetskanslersämbetet. 2022. *Universitet och högskolor – Årsrapport 2021*.

Uppsala kommun, Vård- och omsorgsförvaltningen. 2022. *Kort lägesrapport – Utveckling av modell för kommunalt akademiskt vård- och omsorgscentrum*.

Vetenskapsrådet. 2022. *Årsredovisning 2021*.

Vårdfokus. 2018. *Fler styr och räknar – färre vårdar patienter*. 21 maj.

Vårdförbundet. 2009. *Vårdförbundets yttrande över betänkandet: Patientens rätt – Några förslag för att stärka patientens ställning (Delbetänkande SOU 2008:127)*.

Winblad, U. och Andersson, C. 2010. *Kåren och köerna – en ESO-rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård*, ESO-rapport 2010:9.

Öman, S. *Dataskyddsförordningen (GDPR) m.m. – En kommentar.* (1 juli 2021, Version 2, JUNO).

Överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

2011 års överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård.

2012 års överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård.

En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020.

En ny, uppdaterad kömiljard 2019 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

God och nära vård 2020, En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

God och nära vård 2021 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

God och nära vård 2022, En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

God och nära vård, En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019.

Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2021–2022, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2022, Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

Insatser inom området psykisk hälsa, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) 2020.

Insatser inom psykisk hälsa-området 2018, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

Kortare väntetider i cancervården, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2015.

Sammanhållen, jämlik och säker vård 2022, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

Standardiserade vårdförlopp – Jämlik och effektiv vård med god kvalitet, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019.

Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016.

Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2013, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2014, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2015, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020, Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021, Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

Överenskommelse inom området psykisk hälsa 2019. Överenskommelse mellan staten och SKR.

Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Överenskommelse för 2009.

Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om pilotstudie för förändringsarbete avseende första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Överenskommelse för 2008.

Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatt förändringsarbete avseende första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Överenskommelse för 2009.

Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatt förändringsarbete avseende första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Överenskommelse för 2010.

Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård. Överenskommelse för 2010.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om intensifierat samverkansarbete för barn och ungas psykiska hälsa. Överenskommelse för 2011.

Offentligt tryck

Här redovisas svenska propositioner, betänkanden i serien Statens offentliga utredningar, regeringsbeslut, riksdagsskrivelser, utskottsbetänkanden och direktiv. Myndighetsrapporter, remissyttranden från myndigheter samt överenskommelser mellan staten och SKR redovisas under rubrikerna ovan.

Dir. 2007:90. Patientens rätt i vården.

Dir. 2020:68. *Samordnande insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd*.

Dir. 2020:81. *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.*

Dir. 2020:142. *En äldreomsorgslag.*

Dir. 2021:96. *Tilläggsdirektiv till Samsjuklighetsutredningen.*

Dir. 2021:107. *Tilläggsdirektiv till Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.*

Prop. 1978/79:220. *Om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen, m.fl.*

Prop. 1981/82:97. *Om hälso- och sjukvårdslag m.m.*

Prop. 1993/94:149. *Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m*.

Prop. 1994/95:195. *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*

Prop. 1996/97:60. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*

Prop. 2007/08:126. *Patientdatalag m.m.*

Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning.*

Prop. 2009/10:165. *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet.*

Prop. 2012/13:20. *Inspektionen för vård och omsorg – en ny tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst.*

Prop. 2013/14:106. *Patientlag.*

Prop. 2017/18:83. *Styrande principer för hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti i primärvården.*

Prop. 2017/18:105. *Ny dataskyddslag*.

Prop. 2019/20:164. *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

Prop. 2020/21:60. *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige.*

Prop. 2021/22:1. *Utgiftsområde 16 – Utbildning och universitetsforskning.*

Prop. 2021/22:72. *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform.*

Regeringsbeslut S2019/03056/FS. *Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård.*

Regeringsbeslut S2020/03220/FS. *Uppdrag att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård.*

Regeringsbeslut S2020/03319/FS. *Insatser för att stödja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård.*

Regeringsbeslut S2020/03319/FS. *Uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård*.

Regeringsbeslut S2020/03320. *Ändring av uppdraget att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård.*

Regeringsbeslut S2020/06171/FS. *Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention*.

Regeringsbeslut S2021/05369. *Uppdrag att kartlägga datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet*.

Regeringsbeslut S2021/06171. *Uppdrag att genomföra en förstudie avseende ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga*.

Regeringsbeslut S2021/06332. *Uppdrag att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata.*

Regeringsbeslut S2021/06575. *Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården.*

Regeringsbeslut S2022/00456. *Uppdrag att fördela medel till regionerna för hantering av de uppdämda vårdbehoven.*

Regeringsbeslut S2022/00882. *Uppdrag att fördela och betala ut medel för att öka antalet allmäntjänstgöringstjänster.*

Regeringsbeslut S2022/01372. *Uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas*.

Regeringsbeslut S2022/01373. *Uppdrag att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt lämna förslag på målvärden för antalet vårdplatser.*

Regeringsbeslut S2022/01664. *Uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet*.

Riksdagsskrivelse 1996/97:186.

Riksdagsskrivelse 2021/22:225.

Socialutskottet. Betänkande 1996/97: SoU14. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*

Socialutskottet. Betänkande 2021/22: SoU22. *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform.*

SOU 2006:100. *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*.

SOU 2008:127. *Patientens rätt. Några förslag för att stärka patientens ställning.*

SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende.*

SOU 2013:2. *Patientlag.*

SOU 2016:2. *Effektiv vård – Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.*

SOU 2017:53. *God och nära vård – en gemensam färdplan och målbild.*

SOU 2017:66. *Dataskydd inom Socialdepartementets verksamhetsområde – en anpassning till EU:s dataskyddsförordning.*

SOU 2018:39. *God och nära vård – En primärvårdsreform.*

SOU 2018:90. *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt, Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa*.

SOU 2019:29. *God och nära vård, Vård i samverkan.*

SOU 2019:42. *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*.

SOU 2020:19. *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.*

SOU 2021:6. *God och nära vård, Rätt stöd till psykisk hälsa*.

SOU 2021:34. *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*.

SOU 2021:39. *Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården.*

SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan.*

SOU 2021:78. *Börja med barnen! Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård.*

Webbsidor

1177 Vårdguiden. *Vårdgaranti*, www.1177.se/Halland/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/vardgaranti/.

1177 Vårdguiden. *Vårdgarantin i Stockholms län*, www.1177.se/Stockholm/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/vardgarantin-i-stockholms-lan/.

Dagens Medicin. ”Ny rapport: Hög tid att ersättningen till nätläkare styrs upp”, www.dagensmedicin.se/vardens-styrning/digitalisering/ny-rapport-hog-tid-att-ersattningen-till-natlakare-styrs-upp.

Dagens Medicin. ”Sjukintyg kan förenklas med diagnoskod direkt ur journalen”, www.dagensmedicin.se/arbetsliv/arbetsmiljo/sjukintyg-kan-forenklas-med-diagnoskod-direkt-ur-journalen/.

Dagens Nyheter. ”Forskare: ’Ett mål bör sättas på 90 procents beläggning’”, www.dn.se/sverige/forskare-ett-mal-bor-sattas-pa-90-procents-belaggning/.

European Commission. *State of Health in the EU – Sverige landsprofil hälsa 2019*, www.oecd-ilibrary.org/docserver/9ca28133-sv.pdf?expires=1649280163&id=id&accname=ocid54005457&checksum=C2E22F047F188C1E4011C69567E69FFA.

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd. *Vårt uppdrag*, https://forte.se/om-forte/vart-uppdrag/.

Försäkringskassan. *Medicinska underlag och blanketter*, www.forsakringskassan.se/halso-och-sjukvarden/medicinska-underlag-och-blanketter.

Helsedirektoratet. *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer,* www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer.

Högskolan i Halmstad. *Nationell forskarskola Hälsoinnovation*, www.hh.se/om-hogskolan/fokusomrade-halsoinnovation/nationell-forskarskola-Halsoinnovation.html.

Inera. *Intygstjänster,* www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/intygstjanster/intygstjanster/.

Lunds universitet, SWEAH, Nationella forskarskolan om åldrande och hälsa. *Om SWEAH*, https://www.sweah.lu.se/om-sweah.

Läkartidningen. ”Fortsatt ökning av administratörer – några regioner går mot strömmen”, https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2022/01/fortsatt-okning-av-administratorer-nagra-regioner-gar-mot-strommen.

Nationella forskarskolan, www.forskarskolanallmanmedicin.se.

Region Halland. *En film från Psykiatrin Halland – ”Rätt vård i rätt tid – Varför är flöden så viktiga, att de blir vår strategi?”*, https://vimeo.com/588282019/3b8fef8d0d.

Regionala cancercentrum i samverkan. *Framtagande och revidering av nationella vårdprogram*, https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardprogram/framtagande-av-nya-vardprogram/.

Regionala cancercentrum i samverkan. Kunskapsbanken. *Nationella vårdprogram*, https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/vardprogram/.

Regionala cancercentrum i samverkan. *Standardiserade vårdförlopp i cancervården (SVF)*, https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardforlopp/.

Regionala cancercentrum i samverkan. *Så tas ett standardiserat vårdförlopp fram*, https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardforlopp/andringar/sa-tas-ett-vardforlopp-fram/.

Samling för Allmänmedicinsk Forskning och Utbildning. *Förslag gällande utvecklandet av en nationell och regional FoU-struktur för forskning i primärvården*, https://safu.se/wp-content/uploads/2021/01/2020-01-10-Forslag-gallande-utvecklandet-av-en-nationell-och-regional-FoU-struktur-for-forskning-i-primarvarden.pdf.

SCB. *Statistikdatabas*, *Regionernas köp och försäljning av verksamhet efter verksamhetsområde*, www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__OE__OE0107__OE0107D/ForsaljVerksamh/.

SKR. Uppdrag Psykisk Hälsa för Nationellt programområde psykisk hälsa. *Nationella vård- och insatsprogram*, https://vardochinsats.se.

SKR. Uppdrag Psykisk Hälsa. *Nationellt programområde psykisk hälsa*, www.uppdragpsykiskhalsa.se/kunskapsutbyte/.

SKR. *Primärvårdskvalitet, Kontinuitet*, https://skr.se/primarvardskvalitet/kvalitetsindikatorer/indikatorerao/kontinuitet.58443.html.

SKR. *Överenskommelser om sjukskrivning och rehabilitering upphör*, www.skr.se/skr/halsasjukvard/forsakringsmedicin/nyheterforsakringsmedicin/arkivforsakringsmedicin/overenskommelseromsjukskrivningochrehabiliteringupphor.53534.html.

Socialstyrelsen. *Beställa data och statistik*, https://bestalladata.socialstyrelsen.se.

Socialstyrelsen. *Fast läkarkontakt*, www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-vard/fast-lakarkontakt/.

Socialstyrelsen. *Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)*, www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/kva/.

Socialstyrelsen. *Pandemins effekter på vården*, www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/pandemins-effekter-pa-varden/.

Socialstyrelsen. *Statistikdatabas för operationer*, https://sdb.socialstyrelsen.se/if_ope/val.aspx.

Socialstyrelsen. *Termbank*, https://termbank.socialstyrelsen.se/.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). *Så beskrivs begreppet HTA*, www.sbu.se/sv/publikationer/nya-vetenskap-och-praxis/sa-beskrivs-begreppet-hta/.

Svenskt perioperativt register (SPOR). www.spor.se.

Sveriges regioner i samverkan. Nationellt kliniskt kunskapsstöd. *Vårdförlopp, vårdprogram och riktlinjer*, https://nationelltklinisktkunskapsstod.se/vardprogramochvardforlopp.

Vetenskapsrådet. *Regionernas redovisning av ALF-ersättningen*, www.vr.se/uppdrag/klinisk-forskning/klinisk-forskning-i-alf-regionerna/regionernas-redovisning-av-alf-ersattningen.html.

Vetenskapsrådet. *Svensk forskning i siffror*, www.vr.se/analys/svensk-forskning-i-siffror.html.

Vetenskapsrådet. *Söka finansiering*, www.vr.se/soka-finansiering.html.

Vården i siffror. https://vardenisiffror.se.

Väntetidsdatabasen. www.vantetider.se.

Kommittédirektiv 2020:81

Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Beslut vid regeringssammanträde den 13 augusti 2020

Sammanfattning

En kommitté i form av en delegation ska verka för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, med fokus på kortare väntetider. Detta gäller inte minst i det efterarbete som följer på utbrottet av sjukdomen covid-19, då en stor mängd uppskjutna vårdinsatser kommer att behöva omhändertas.

Delegationen ska bl.a.

- stödja regionernas arbete med att ta fram och genomföra regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet,
- stödja ett effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom att informera om patienters valmöjligheter,
- stödja regionernas och kommunernas arbete med utvecklingen av en nära och tillgänglig vård,
- utreda och lämna förslag, om så anses lämpligt, på en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning genom 1177 Vårdguiden,
- utreda en utökad vårdgaranti,
- vidareutveckla överenskommelsen om kömiljarden, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget ska delredovisas senast den 30 juni 2021 och slutredovisas senast den 15 maj 2022.

Svensk hälso- och sjukvård brister i tillgänglighet

Vården ska vara både jämlik och lätt tillgänglig. Den som har det största behovet av vård ska ges företräde till vården. Det framgår av både hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen (2014:821).

Tillgänglighet handlar om balansen mellan invånarnas behov av vård och vårdens kapacitet och resurser att möta dessa. En tillgänglig vård innebär att vården är lätt att komma i kontakt med och att insatser ges inom rimlig tid. Tillgänglighet handlar också om geografisk närhet, behovsanpassade öppettider, gott bemötande och möjligheter till digitala kontaktlösningar med vården. Vidare innebär tillgänglighet att hälso- och sjukvården ska utformas så att den inte utestänger personer med särskilda behov, som exempelvis personer med funktionsnedsättningar eller personer som har ett annat modersmål än svenska. Det är av särskild vikt att berörda aktörer beaktar eventuella risker för undanträngningseffekter, det vill säga att patienter med mindre medicinska behov ges vård före patienter med större medicinska behov, vid utformandet av olika tillgänglighetsinsatser.

Trots att svensk hälso- och sjukvård håller hög medicinsk kvalitet har långa väntetider, liksom bristande tillgänglighet i bred bemärkelse, varit ett problem sedan lång tid tillbaka. Det konstaterar både Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i sina uppföljningar av tillgänglighet och väntetider i vården. Sedan 2010 har Sverige därför en lagreglerad nationell vårdgaranti som anger hur länge en person som längst ska behöva vänta på vård. Andelen patienter som får vård inom vårdgarantins gränser har likväl minskat sedan 2014. Det innebär att allt fler patienter väntar allt längre tid på vård. Denna bild bekräftas av flera patientenkäter. Likaså visar internationella jämförelser att patienter i Sverige upplever tillgängligheten till hälso- och sjukvården som sämre än patienter i jämförbara länder, särskilt på kvällar och helger. Vidare pekar studier på att det finns ett samband mellan tillgängligheten till hälso- och sjukvård och befolkningens förtroende för vården. En bristande tillgänglighet riskerar därmed att underminera förtroendet för hälso- och sjukvården.

Att öka tillgängligheten och korta väntetiderna till hälso- och sjukvården genomsyrar regeringens satsningar under mandatperioden. Regeringen har därför beslutat om ett flertal insatser på området. Den 1 januari 2019 infördes en förstärkt vårdgaranti inom primärvården. I juni 2019 ingick staten och Sveriges Kommuner och Regio-

ner (SKR) en överenskommelse om en ny, uppdaterad kömiljard. Den följdes i december 2019 av överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020. Ungefär samtidigt beslutade regeringen även om flera andra omfattande tillgänglighetssatsningar. Av dessa kan nämnas fortsättningen på arbetet med standardiserade vårdförlopp för cancer, liksom införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för andra sjukdomsgrupper än cancer. Även utvecklingen av den nära vården, där särskilda medel går till att stödja arbetet med den förstärkta vårdgarantin inom primärvården, utgör en central del av regeringens tillgänglighetssatsningar. En annan central del är överenskommelsen inom psykisk hälsa, där särskilda medel avsätts för att korta köerna i barn- och ungdomspsykiatrin (BUP). Dessutom har satsningar gjorts på att stärka kompetensförsörjningen i vården.

Dessa satsningar har i varierande utsträckning påverkats av att regionerna under våren 2020 har behövt ställa om hälso- och sjukvården för att bemöta utbrottet av covid-19, som orsakas av det nya coronaviruset. I stället för att bedriva utvecklingsarbete har regionerna och verksamheterna behövt säkerställa ett akut omhändertagande av såväl virussmittade patienter som patienter med andra akuta och svåra sjukdomstillstånd. Det har bl.a. medfört att en stor mängd planerade vårdbesök och operationer har ställts in eller skjutits på framtiden. I april och maj 2020 var antalet genomförda besök och operationer drygt 30 respektive cirka 50 procent lägre än föregående år, enligt den nationella väntetidsdatabasen. När hälso- och sjukvården kommer att kunna återuppta den ordinarie verksamheten igen är oklart, men siffrorna från väntetidsdatabasen pekar mot att antalet patienter i behov av vård då kommer att vara avsevärt mycket större än tidigare. Det kommer att ställa höga krav på hälso- och sjukvården under lång tid framöver för att patienter ska få vård i rimlig tid.

Mot denna bakgrund finns ett behov av att fortsätta stödja regionerna i deras tillgänglighetsarbete. Från ett nationellt perspektiv finns även behov av att ta ett samlat grepp om tillgänglighetsområdet för att därigenom skapa förutsättningar för mer ändamålsenliga och kostnadseffektiva insatser på såväl nationell som lokal nivå. Detta gäller inte minst i det efterarbete som följer på utbrottet av covid-19, då en stor mängd uppskjutna vårdinsatser kommer att behöva omhändertas. En delegation ska därför inrättas vars arbete ska syfta till att verka för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, med

särskilt fokus på kortare väntetider. I denna del ska delegationens arbete framför allt inriktas mot regional, till skillnad från kommunal, hälso- och sjukvård eftersom det främst är inom den regionalt finansierade hälso- och sjukvården som utmaningarna med bristande tillgänglighet och långa väntetider finns. Det finns behov av att skapa förutsättningar för att förstärka arbetet med att öka tillgängligheten.

Uppdraget att stödja tillgänglighetsarbetet och dess samordning

Ytterst är det regionerna som ansvarar för vården och därmed för tillgängligheten och för att patienter får vård i rimlig tid. En central del i arbetet för att öka tillgängligheten är en väl utvecklad och fungerande samverkan mellan alla berörda aktörer. En förutsättning för att regionernas tillgänglighetsarbete ska få genomslag i verksamheterna och komma patienterna till del är att förtroendevalda inom regioner, tjänstemän, offentliga och privata vårdgivare, liksom andra berörda aktörer såväl inom som mellan regionerna, arbetar samordnat. Regionerna måste därför fortsätta att ta ansvar för och prioritera ett kontinuerligt, brett och långsiktigt tillgänglighetsarbete. På grund av situationen med anledning av covid-19 har dock detta arbete i varierande utsträckning förändrats. Efter utbrottet av covid-19 kommer utmaningarna att vara än större eftersom viss planerad vård har skjutits på framtiden samtidigt som utbrottet har skapat nya behov. Tillsammans ökar det behoven av hälso- och sjukvård.

Regeringen kan stödja regionerna genom att skapa goda förutsättningar för deras tillgänglighetsarbete. Det kan bl.a. innebära att man från nationellt håll bistår regionerna genom att stödja samarbeten och samordnar dialoger mellan och inom regionerna samt med andra berörda aktörer, bl.a. privata vårdgivare, i syfte att främja ett kontinuerligt, brett och långsiktigt tillgänglighetsarbete. Genom att från nationellt håll stödja och samordna regionernas tillgänglighetsarbete stärks möjligheten till erfarenhetsutbyte över regiongränserna. Goda arbetssätt och metoder för förbättrad tillgänglighet kan på så sätt spridas mellan regionerna. Det är viktigt att regionerna drar lärdom av varandras arbete för ökad tillgänglighet eftersom det förbättrar förutsättningarna för att de åtgärder som prioriteras är de mest ändamålsenliga och kostnadseffektiva. Samtidigt är det angeläget att insatser från nationellt håll stödjer redan pågående utvecklingsarbete

i regionerna. Det inkluderar arbetet inom ramen för överenskommelser mellan staten och SKR.

Stödja regionernas arbete med att ta fram och genomföra regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet

Orsakerna till bristande tillgänglighet i vården skiljer sig åt mellan olika delar av landet och mellan olika verksamheter inom regionerna. Exempelvis skiljer sig förutsättningarna åt mellan glesbygd och storstad när det gäller bl.a. fysiska avstånd till vården, öppettider på vårdinrättningar, antalet vårdgivare samt möjligheter att rekrytera och behålla personal. Vården kan därför inte förväntas vara utformad på samma sätt överallt. Därmed finns det inte en enskild nationell lösning på problemen utan regionen behöver anpassa sina åtgärder efter lokala förutsättningar, behov och utmaningar.

Tillgängligheten inom BUP är en stor utmaning i de flesta regioner. Det finns därför särskilda behov av att utveckla definierade insatser för att nå en god tillgänglighet inom BUP. I november 2019 gav regeringen en särskild utredare i uppdrag att se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (dir. 2019:93). I uppdraget ingår bl.a. att bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag. Regeringen bedömer att det krävs en utvecklad första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa.

Inom ramen för statens och SKR:s överenskommelser om en ny, uppdaterad kömiljard 2019 och ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020, ska regionerna ta fram regionala nulägesrapporter och handlingsplaner för tillgängligheten i den egna regionen. Nulägesrapporterna redovisades i oktober 2019 och beskriver bl.a. de förutsättningar, behov och utmaningar som präglar regionen när det gäller tillgänglighet till vård. Nulägesrapporterna ska ligga till grund för de handlingsplaner som regionerna ska lämna in senast den 31 mars 2021. Detta senarelagda redovisningsdatum beslutades i en tilläggsöverenskommelse som staten och SKR tecknade i april 2020 på grund av utbrottet av covid-19.

I handlingsplanen ska regionen bl.a. redogöra för regionens målsättningar när det gäller väntetider till hälso- och sjukvården. Det ska framgå vilka egna insatser och åtgärder som regionen anser krävs för

att uppnå en hållbar och förbättrad tillgänglighet med kortare väntetider och minskade vårdköer. Regionerna ska särskilt redovisa hur de arbetar och strategiskt avser att arbeta för att patienter med kroniska sjukdomar ska få vård efter behov och i rimlig tid. I handlingsplanen ska även insatser kopplade till BUP belysas särskilt. Vidare ska regionen i handlingsplanen redogöra för hur utbrottet av covid-19 har påverkat regionens tillgänglighetsarbete, vilka särskilda tillgänglighetsutmaningar utbrottet medför framöver och hur regionen kommer att arbeta med att säkerställa tillgängligheten efter covid-19.

I januariavtalet, som är en sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna, framgår att en generalplan för kortare köer inom vården ska tas fram tillsammans med regionerna. Dessa kommittédirektiv, tillsammans med de regionala handlingsplanerna, utgör en generalplan för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

Delegationen ska därför

- stödja regionerna i arbetet med att ta fram regionala handlingsplaner med regionala målsättningar för ökad tillgänglighet,
- inom ramen för arbetet med de regionala handlingsplanerna, stödja utvecklingen av ökad tillgänglighet till vård och stöd för barn och unga med psykisk ohälsa,
- inom ramen för arbetet med de regionala handlingsplanerna, stödja regionerna i deras arbete för att säkerställa tillgängligheten såväl under som efter utbrottet av covid-19,
- sammanställa och analysera de regionala nulägesrapporterna och handlingsplanerna som stöd för regionerna och som information till regeringen,
- stödja regionerna i deras arbete med att genomföra de åtgärder som anges i de regionala handlingsplanerna, och
- om det finns behov, föreslå andra insatser som bedöms nödvändiga för att förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården med fokus på kortare väntetider.

Stödja ett effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom att informera om patienters valmöjligheter

Skillnader i väntetid både inom och mellan olika regioner, samt mellan olika vårdgivare inom samma specialistområde, pekar på att det finns möjlighet att korta patientens väntetid om vårdgivarnas och regionernas samlade kapacitet används mer effektivt. Enligt hälso- och sjukvårdslagen har regionen en skyldighet att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare, utan extra kostnad, i de fall regionen inte kan erbjuda vård inom vårdgarantins tidsgränser. Problemet med långa väntetider bör dock adresseras redan innan patienten har väntat så länge.

I patientlagen fastslås att patienter har möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård, inom eller utom hemregionen, obeaktat väntetiderna. Enligt SKR:s rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården och riksavtal för utomlänsvård, ska patienter även erbjudas att välja behandling inom sluten vård vid sjukhus i andra regioner, under förutsättning att hemregionen i förväg godkänt patientens behov via remiss. I dessa fall står hemregionen för vårdkostnaden och patienten får bekosta resan. I dag finns det därför pågående samarbeten mellan regionerna om möjligheten för patienter att välja sluten vård i olika regioner. Kunskapen om rådande valmöjligheter är dock inte sällan låg bland såväl verksamhetsledning och vårdpersonal som patienter. Det innebär en ökad risk för att patienter väntar onödigt länge på vård.

I överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 anges att SKR ska inleda en förstudie som tittar på vilken information om väntetider och kvalitets- och patientnöjdhetsdata som skulle kunna tillgängliggöras på 1177 Vårdguidens webbplats. I uppdraget ingår bl.a. att redogöra för hur denna information skulle kunna presenteras på webbplatsen, i syfte att möjliggöra för allmänheten och patienter att jämföra kvalitet, tillgänglighet och patientnöjdhet mellan olika vårdgivare. Förstudien ska redovisas senast den 30 september 2020.

Genom att patienter t.ex. ges möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider finns förutsättningar för ett bättre resursutnyttjande och en ökad tillgänglighet. Detta kan vara ett användbart arbetssätt i det efterarbete som följer på covid-19.

Delegationen ska därför

- informera berörda aktörer om patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare, både i hemregionen och i andra regioner,
- lämna förslag på åtgärder som, inom ramen för gällande lagstiftning och med hänsyn till regionernas behov av långsiktiga planeringsförutsättningar för att kunna säkra en stabilitet i vårdutbudet, kan underlätta för patienter att få vård hos någon annan vårdgivare med kortare väntetider, såväl inom den egna hemregionen som i andra regioner, i syfte att verka för ett mer effektivt utnyttjande av den samlade vårdkapaciteten,
- lämna förslag på insatser som stärker samarbetet mellan regionerna,
- följa och stödja arbetet med att tillgängliggöra information om väntetider och kvalitets- och patientnöjdhetsdata på 1177 Vårdguidens webbplats, och
- verka för att information och förslag på insatser görs tillgängliga för alla patientgrupper, oberoende av eventuell funktionsnedsättning.

Stödja regionernas och kommunernas arbete med utvecklingen av en nära och tillgänglig vård

En tillgänglig primärvård som ges nära patienten ökar patientens möjlighet att i första hand söka sig till primärvården. Det i sin tur kan medföra att akutsjukvården och annan specialiserad vård avlastas, vilket bedöms leda till frigjord vårdkapacitet och ökad tillgänglighet i den specialiserade vården.

Den 1 januari 2019 trädde lagändringar i kraft som fastställer att vården ska ges nära befolkningen. Eftersom hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå inbegriper både kommuner och regioner har arbetet med utvecklingen av den nära vården inletts på både kommunal och regional nivå, i olika omfattning och på olika sätt. Under våren 2020 har arbetet delvis ändrat inriktning eftersom hälso- och sjukvården har behövt anpassa sina verksamheter utifrån de mer akuta behov som utbrottet av covid-19 har medfört. Utvecklingen av en mer nära vård med fokus på primärvården är dock fortfarande en prioriterad fråga för regeringen, inte minst mot bakgrund av primärvårdens av-

görande roll i det hälsofrämjande arbetet och i vården riktad till äldre personer och personer med kroniska sjukdomar.

Enligt januariavtalet ska en primärvårdsreform genomföras under mandatperioden. I maj 2020 beslutade regeringen propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164). I propositionen beskrivs de tre målen med reformen: tillgängligheten till primärvården ska öka, patienten ska bli mer delaktig genom en personcentrerad vård och kontinuiteten i primärvården ska öka. För att stärka utvecklingen av en god och nära vård har regeringen beslutat om årliga överenskommelser med SKR: God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvård, för 2019 och 2020. Enligt överenskommelsen för 2020 avsätts medel till regionerna och kommunerna för att stödja utvecklingen av den nära vården och för insatser som syftar till att stärka kompetensförsörjningen samt för digitaliseringsarbetet i regionerna. Totalt avsätts cirka 6,2 miljarder kronor för överenskommelsen under 2020.

Regeringen avser att fortsätta stödja hälso- och sjukvårdens utveckling av en mer nära vård. Arbetet behöver fortgå med kraft och intensitet och genomföras utifrån regionala nulägesanalyser och handlingsplaner. Utvecklingen är beroende av beslut som stöder utvecklingen i den lokala kontexten. Vidare är utvecklingen beroende av att samverkan på alla nivåer och mellan alla aktörer, t.ex. regioner och kommuner, fungerar tillfredsställande. Det visar inte minst den medicintekniska utvecklingen som har medfört att alltmer av sjukvårdsverksamheterna har kunnat överföras till öppen vård, samtidigt som ansvaret för hemsjukvård i de flesta regioner har överförts till kommunerna. Det innebär att den kommunala hälso- och sjukvården har fått allt viktigare och mer komplicerade uppgifter när det gäller allt fler personer med omfattande vård- och omsorgsbehov. En god samverkan mellan den av regionen finansierade hälso- och sjukvården och den kommunala hälso- och sjukvården är därför en förutsättning för patientens möjlighet att få en god och sammanhållen vård, rehabilitering och omsorg.

Delegationen ska därför

- följa arbetet i regioner och kommuner vad gäller utvecklingen av en mer nära vård, med fokus på primärvården,
- föreslå ändamålsenliga och kostnadseffektiva insatser för hur regeringen och statliga myndigheter kan fortsätta stödja utvecklingen av den nära vården, med fokus på primärvården, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget att utreda och lämna förslag, om så anses lämpligt, på en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning genom 1177 Vårdguiden

Omvärldsförändringar i form av t.ex. demografi och förväntningar på välfärdstjänster gör att hälso- och sjukvården i framtiden inte kan utgå från samma logik som tidigare med fokus på besök på t.ex. en vårdcentral eller ett sjukhus. Patienterna kommer själva i större utsträckning att kunna medverka i vården och ta hand om allt mer komplicerade sjukdomstillstånd. Patienterna kommer då också successivt att få ett större behov av information, rådgivning och stöd om hur de ska hantera information om sitt hälsotillstånd i olika situationer. Detta tydliggör ett ökat behov av stöd till patienter och närstående så att de själva kan vidta åtgärder för att lindra symtom, behandla sjukdomstillstånd och förbättra hälsotillstånd.

Det finns sedan snart två decennier en nationell sjukvårdsrådgivning via 1177 Vårdguiden som erbjuder tjänster via telefonnumret 1177 och genom en webbplats, www.1177.se. Där erbjuds olika webbtjänster, t.ex. journal på nätet eller tidsbokning. Regionernas och kommunernas bolag Inera AB hanterar tekniken nationellt medan regionerna hanterar innehåll i form av information eller val av webbtjänster utifrån regionala behov och önskemål. För invånarna innebär detta att man ringer ett telefonnummer och blir kopplad vidare till en regional organisation för sjukvårdsrådgivning. Även den gemensamma webbplatsen har regionala tillämpningar där regionerna fyller på innehåll utifrån sina behov. Detta upplägg medför att sjukvårdsrådgivningen varierar över landet, t.ex. när det gäller vilken information som ges, vilka webbtjänster som erbjuds och vilka frågor sjukvårdsrådgivningen på telefon kan hantera.

Behovet av en tillgänglig sjukvårdsrådgivning uppmärksammades tydligt i samband med utbrottet av covid-19 under våren 2020 då väldigt många människor kontaktade 1177 Vårdguiden på telefon. Det medförde en kraftigt ökad belastning på tjänsten med långa väntetider i flera delar av landet.

Under 2018 tog Inera AB och SKR tillsammans med regionerna fram en gemensam målbild för första linjens vård och 1177 Vårdguidens roll. Med utgångspunkt i denna målbild ansökte sedan SKR under 2019 om medel från regeringen för en särskild satsning. Regeringen godkände ansökan och har avsatt 163 miljoner kronor under 2019–2020. Medel avses avsättas även för 2021. Det är viktigt att regeringen beaktar regionernas utvecklingskraft för att möjliggöra införandet av t.ex. nya e-tjänster som kan effektivisera verksamheterna. Områden som diskuterats under senare år som tros ha stor potential är bl.a. ökade möjligheter till självservice för patienter samt artificiell intelligens och beslutsstöd för medarbetarna.

Frågan om den nationella sjukvårdsrådgivningens roll i hälso- och sjukvårdssystemet har även lyfts av två nyligen avslutade utredningar. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård framhöll i sitt delbetänkande God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39) att befolkningens behov av rådgivning sannolikt kommer att öka i framtiden och att detta till stor del skulle kunna mötas genom en utveckling av de tjänster som 1177 Vårdguiden erbjuder via t.ex. telefon. Likaså resonerade utredningen Styrning för en mer jämlik vård i sitt slutbetänkande Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42) om sjukvårdsrådgivningen och 1177 Vårdguiden, med fokus på vilken roll en sådan funktion bör ha i utvecklingen av den nära vården. Ingen av utredningarna gjorde dock någon fördjupad analys av frågan och den sistnämnda rekommenderade därför fortsatt utredning.

Nedanstående deluppdrag ska genomföras i samarbete med berörda aktörer, bl.a. SKR samt regionernas och kommunernas bolag Inera AB.

Delegationen ska därför

– utreda och lämna förslag, om så anses lämpligt, på hur en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning genom 1177 Vårdguiden bör utformas och regleras för att kunna möta behov och förväntningar kopplade till utvecklingen av den nära vården,

– analysera möjligheter, om så anses lämpligt, att via en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning tillhandahålla nya typer av digitala tjänster eller funktioner när det gäller t.ex. självservice eller artificiell intelligens,
– utreda och lämna förslag, om så anses lämpligt, på hur en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning ska kunna upprätthållas vid kraftigt ökade behov av sjukvårdsrådgivning på grund av större kriser eller samhällsstörningar, och
– lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget att utreda en utökad vårdgaranti

Den nationella vårdgarantin anger hur länge en person som längst ska behöva vänta på vård. Garantin är likadant utformad för alla patienter och gäller vid fyra specifika nedslag i vårdkedjan. En patient ska få komma i kontakt med regionens primärvård samma dag som patienten söker kontakt (tillgänglighetsgaranti) och få en medicinsk bedömning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom tre dagar (bedömningsgaranti). Bedömningsgarantin, som även benämns den förstärkta vårdgarantin, infördes den 1 januari 2019. Innan dess gällde en besöksgaranti som innebar att patienten skulle få besöka läkare i primärvården inom sju dagar från det att patienten sökt kontakt med primärvården. Vårdgarantin innebär också att en patient ska få besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att patienten har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti). Efter att vårdgivaren har beslutat om planerad vård (exempelvis en operation eller annan behandling) ska vården påbörjas inom 90 dagar (behandlingsgaranti).

Socialstyrelsen lyfte redan 2012 i rapporten Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011, att vårdgarantins fyra nedslag i vårdkedjan riskerar att leda till ändrade prioriteringar och remissrutiner. Det kan i sin tur leda till undanträngning av andra patientgrupper i behov av vårdinsatser än dem som ingår i garantin. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterade 2015 i rapporten Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin, att vårdgarantin fyller en viktig funktion men att den i praktiken saknar betydelse för patienter med svårare och flera sjukdomar.

Det beror på att väntetider till bl.a. diagnostisering, utredning, undersökningar och återbesök inte ingår i vårdgarantin. Patienter som behöver flera vårdinsatser garanteras därmed inte någon maximal tidsgräns för den totala väntan på vård.

För patienter med akuta eller allvarliga vårdbehov är vårdgarantin i praktiken inte heller särskilt relevant, eftersom dessa patienter enligt hälso- och sjukvårdslagen ska ges vård först. Av det följer att vårdgarantin är mest relevant för patienter med mindre, icke-akuta vårdbehov eftersom garantin för dem innebär en signal om hur länge de som längst ska behöva vänta. Följaktligen ska vårdgarantin ses som en maximal väntetidsgräns som garanterar alla patienter, oavsett vårdbehov, en lägstanivå vad gäller tillgänglighet i form av väntetider.

Vidare ställer vårdgarantin inte några krav på vårdens kvalitet, hur vårdprocessen ska fungera för patienten eller hur kontakten med vården ska se ut, t.ex. när det gäller tidsbokningar. Sådana aspekter är viktiga för patienten och påverkar tillsammans med väntetiderna den sammantagna upplevelsen av vården och dess tillgänglighet. Att vårdgarantin är uppfylld räcker alltså inte för att vården ska vara tillgänglig ur ett patientperspektiv.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har rekommenderat regeringen att se över om vårdgarantin kan förstärkas och göras mer relevant ur ett patientperspektiv genom att inkludera fler delar av vårdkedjan.

Socialstyrelsen har också framhållit att det kan finnas skäl att utreda om vårdgarantin kan och bör differentieras efter patientens behov. Myndigheten anser att det i stället för en bred vårdgaranti kan införas sjukdomsspecifika, målrelaterade väntetider mellan remiss och behandlingsstart. En mer differentierad vårdgaranti skulle därmed separera mer och mindre brådskande vårdbehov, där brådskande diagnoser skulle få en mer ambitiös vårdgaranti än de mindre brådskande. Den digitala utvecklingen som möjliggör vård genom olika digitala kanaler är också något som talar för en översyn av vårdgarantin.

Delegationen ska därför

– utreda för- och nackdelar med en utökad vårdgaranti, och
– lämna nödvändiga författningsförslag.

Arbetet med vårdförlopp är viktigt för patienter med större vårdbehov

De standardiserade vårdförloppen inom cancerområdet, liksom personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom andra sjukdomsområden, är exempel på tillgänglighetsinsatser som kompletterar vårdgarantin. Inom cancervården har standardiserade vårdförlopp funnits sedan 2015, formulerade i överenskommelser mellan staten och SKR. Det finns i dag 31 standardiserade vårdförlopp i cancervården. Ett standardiserat vårdförlopp beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras och vilka maximala ledtider som gäller för de olika momenten. Ett standardiserat vårdförlopp ska ta så lång tid det behöver ta, men inte innehålla några onödiga väntetider. Ett standardiserat vårdförlopp inom cancervården startar då välgrundad misstanke om cancer väcks och avslutas vid start av behandling.

I juni 2019 beslutade staten och SKR om en ny satsning för att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom tio sjukdomsområden, däribland stroke, hjärtsvikt, kol, sepsis, schizofreni samt utredning av kognitiv svikt och demenssjukdomar. Ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp kan på dessa områden omfatta en större del av vårdkedjan än de standardiserade vårdförloppen inom cancervården. De personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen har ett multidisciplinärt upplägg och kan involvera primärvården, inklusive den kommunala hälso- och sjukvården, och den specialiserade vården, som var för sig eller tillsammans ansvarar för delar av vårdkontinuiteten. Syftet med dessa vårdförlopp är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. Syftet är också att patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling. Under 2020 ska minst fem av vårdförloppen inom ramen för den nya satsningen börja tillämpas. Vidare ska personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för fler sjukdomsområden tas fram där psykiatriska diagnoser ska prioriteras i detta arbete.

En del av den beskrivna problematiken med vårdgarantin kan omhändertas genom de standardiserade vårdförloppen och de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. Till skillnad från vad som gäller för vårdgarantin är dock tidsgränserna för dessa vårdförlopp inte lagstadgade. Det finns därför ett behov av att utreda om vårdgarantin kan utvecklas och göras mer relevant för fler patientgrupper.

Delegationen ska därför

– om det bedöms lämpligt, lämna förslag på hur vårdgarantin kan vidareutvecklas med särskild hänsyn till det pågående arbetet med att utveckla de standardiserade vårdförloppen inom cancerområdet och de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen inom andra sjukdomsområden, och
– lämna nödvändiga författningsförslag.

Förstärkt vårdgaranti för barn och unga med psykisk ohälsa

För BUP finns det sedan 2011 en målsättning om en förstärkt vårdgaranti som innebär att barn och ungdomar inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar till en fördjupad utredning eller behandling. Andelen genomförda första bedömningar och påbörjade fördjupade utredningar eller behandlingar inom dessa tidsgränser redovisas månatligen uppdelat per region. Målsättningen är dock inte lagstadgad utan formulerad i överenskommelser mellan staten och SKR.

Eftersom det är extra viktigt att barn och unga får hjälp i tid, och väntetiderna till BUP fortsätter att öka, är det särskilt relevant att beakta väntetiderna till denna del av vården. Enligt januariavtalet ska ett mål om en köfri BUP slås fast.

Delegationen ska därför

– bedöma om målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti, och
– lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget att vidareutveckla överenskommelsen om kömiljarden

Av januariavtalet framgår att det ska införas en uppdaterad kömiljard som omfattar hela vårdkedjan och särskilt tar hänsyn till kroniskt sjuka patienters behov. I juni 2019 ingick staten och SKR en överenskommelse om en ny, uppdaterad kömiljard för 2019. Överenskom-

melsen omfattade cirka 1,6 miljarder kronor. I december 2019 slöt parterna en ny överenskommelse om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020, som omfattar 2,9 miljarder kronor. På grund av utbrottet av covid-19 och dess konsekvenser för hälso- och sjukvården, beslutade staten och SKR i april 2020 om ett tillägg till överenskommelsen. Tillägget innebär bl.a. att vissa prestationskrav stryks för resten av 2020 och att medlen i stället fördelas mellan regionerna utifrån befolkningsstorlek.

De tidigare överenskommelserna om kömiljarden (2009–2014) var nära kopplade till den nationella vårdgarantin. Avsikten med satsningarna var att öka incitamenten för regionerna att nå vårdgarantins tidsgränser. Ersättningen till regionerna baserades på prestation och följsamhet till de två steg i vårdgarantin som rör den specialiserade vården: besöks- respektive behandlingsgarantin. Den nya kömiljarden som infördes 2019 består i stället av två block. Det första blocket innefattar prestationskrav kopplade till regionens väntetider och uppfyllnadsgrad av vårdgarantin. Det andra blocket handlar om att regionerna ska bedriva ett strategiskt tillgänglighetsarbete och förbättra sin väntetidsstatistik. Regionerna ska bl.a. under 2020 börja rapportera alla besök i primärvården och i den specialiserade vården, inklusive BUP, till den nationella väntetidsdatabasen.

Prestationskraven i första blocket är i första hand formulerade som relativa mått där regionen ska korta sina väntetider utifrån sin egen väntetidssituation. Syftet är att jämna ut de skilda förutsättningarna mellan regionerna och därmed öka incitamenten för samtliga regioner att korta väntetiderna. Enligt den nationella väntetidsdatabasen kortade majoriteten av regionerna sina väntetider till den specialiserade vården under hösten 2019. Effekten syns tydligast för operation där vårdgarantins uppfyllnadsgrad ökade med två procentenheter, från 74 procent i november 2018 till 76 procent i november 2019. I 2020 års överenskommelse utvecklades prestationskraven till att omfatta fler delar av vårdkedjan, bl.a. inkluderades medicinsk bedömning i primärvården, återbesök i den specialiserade vården samt besök, utredning och behandling inom BUP.

Kömiljarden behöver fortsätta utvecklas under de kommande åren för att bli så ändamålsenlig och kostnadseffektiv som möjligt. Av överenskommelserna 2019 och 2020 framgår exempelvis att prestationskraven successivt ska utvecklas och bli mer omfattande, liksom att fler delar av vårdkedjan ska inkluderas. För att det ska vara möj-

ligt krävs ett bredare synsätt och att fler tidsgränser inkluderas än de som ingår i vårdgarantin. Detta, i kombination med de förväntningar och krav som finns på att fortsätta utveckla överenskommelsen om kömiljarden, gör att arbetet med att utveckla och förbättra överenskommelsen, inklusive prestationsmodellen, måste fortsätta. Arbetet bör i ökad utsträckning utgå från regionala behov, förutsättningar och utmaningar för att ge kommuner och regioner bättre planeringsförutsättningar. Samtidigt behöver överenskommelsen vara enkel att kommunicera, transparent för berörda parter och möjliggöra effektiv uppföljning och utvärdering. Likaså ska onödig administration för regionerna minimeras.

Delegationen ska därför

- med särskild hänsyn till behoven hos personer med kroniska sjukdomar, lämna förslag på hur överenskommelsen om kömiljarden kan vidareutvecklas för att bli så ändamålsenlig och kostnadseffektiv som möjligt,
- lämna förslag på huvudsakligt innehåll, utformning av prestationskrav, modell för fördelning av medel, hur fler delar av vårdkedjan kan inkluderas samt hur krav på inrapportering och uppföljning av data bör formuleras,
- redogöra för möjliga styreffekter, t.ex. risken för eventuella undanträngningseffekter, samt potentiella för- och nackdelar när det gäller förslagen om kömiljardens vidareutveckling,
- med hänsyn till befintliga strukturer, t.ex. överenskommelser mellan staten och SKR samt tidigare gjorda utvärderingar och granskningar av överenskommelser som styrmedel, analysera för- och nackdelar med regionala och samverkansregionala överenskommelser mellan staten och regionerna, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Konsekvensbeskrivningar

Delegationen ska särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer, inklusive ekonomiska konsekvenser. Om förslagen medför kostnadsökningar för staten, regionerna eller kommunerna, ska delegationen föreslå hur dessa ska finansieras. I synnerhet ska konse-

kvenserna för jämställdheten mellan kvinnor och män, flickor och pojkar beskrivas, liksom konsekvenserna för socioekonomisk och regional jämlikhet samt hälso- och sjukvårdens och berörda myndigheters roll. Vidare ska delegationen särskilt redovisa hur förslagen kan påverka den administrativa arbetsbördan och de administrativa kostnaderna inom hälso- och sjukvården, inklusive i vilken del av hälso- och sjukvården som dessa kommer att uppstå. Vid sina avvägningar ska delegationen även beakta den administrativa bördan och de ekonomiska konsekvenserna som kan uppkomma för privata aktörer. Även konkurrensaspekter ska belysas.

Delegationen ska inom ramen för uppdraget särskilt beakta att skyddet för den personliga integriteten säkerställs. I de fall delegationen lämnar förslag som rör behandling av personuppgifter ska den särskilt redogöra för hur hänsyn tagits till behovet av informationssäkerhet, rättssäkerhet samt skydd för den personliga integriteten. En sådan analys ska primärt göras utifrån Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG men även utifrån annan befintlig reglering, bl.a. lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning och patientdatalagen (2008:355).

I 14 kap. 3 § regeringsformen anges att en inskränkning av den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den. Det innebär att en proportionalitetsprövning ska göras under utredningsprocessen. Om något av delegationens förslag påverkar den kommunala självstyrelsen ska därför, utöver dess konsekvenser, också de särskilda överväganden som lett fram till förslaget särskilt redovisas.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Delegationens arbete ska stödja redan pågående utvecklingsarbete i regionerna, inklusive det som görs inom ramen för överenskommelser mellan staten och SKR. Delegationen ska samarbeta med SKR vid genomförandet av uppdragen. När det gäller den del av uppdraget som rör sjukvårdsrådgivning och 1177 Vårdguiden ska delegationen även samarbeta med regionernas och kommunernas bolag Inera AB.

Vidare ska delegationen samråda med de myndigheter som har centrala uppgifter som berör uppdraget och med andra berörda aktörer som t.ex. professions- och patientorganisationer. Det gäller särskilt med Socialstyrelsen som har i uppdrag att följa och analysera utvecklingen av väntetider och vårdköer inom hälso- och sjukvården. Vid genomförandet av det uppdrag som handlar om att stödja regionernas och kommunernas arbete med utvecklingen av den nära vården ska delegationen särskilt samverka med Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, som har i uppdrag att stödja, följa och utvärdera utvecklingen av den nära vården. Delegationen ska också samverka med det Nationella vårdkompetensrådet.

I den mån det bedöms lämpligt ska delegationen även föra dialog med andra pågående utredningar, t.ex. Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (S 2019:05). Detta gäller särskilt deluppdraget om att stödja regionerna i utvecklingen av ökad tillgänglighet till vård och stöd för barn och unga med psykisk ohälsa. Vid genomförandet av uppdraget ska delegationen beakta tidigare genomförda utredningar och uppföljningar av bl.a. vårdgarantin och kömiljarden.

Följande uppdrag ska redovisas senast den 30 juni 2021:

- Uppdraget att stödja regionernas arbete med att ta fram och genomföra regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet, när det gäller att
  - stödja regionerna i arbetet med att ta fram regionala handlingsplaner med regionala målsättningar för ökad tillgänglighet,
  - inom ramen för arbetet med de regionala handlingsplanerna, stödja utvecklingen av ökad tillgänglighet till vård och stöd för barn och unga med psykisk ohälsa,
  - inom ramen för arbetet med de regionala handlingsplanerna, stödja regionerna i deras arbete för att säkerställa tillgängligheten såväl under som efter utbrottet av covid-19, och
  - sammanställa och analysera de regionala nulägesrapporterna och handlingsplanerna som stöd för regionerna och som information till regeringen.
- Uppdraget att stödja ett effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom att informera om patientens valmöjligheter.

– Uppdraget att utreda och lämna förslag, om så anses lämpligt, på en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning genom 1177 Vårdguiden.

– Uppdraget att vidareutveckla överenskommelsen om kömiljarden.

Följande uppdrag ska redovisas årligen, senast den 30 juni 2021 och senast den 15 maj 2022:

– Uppdraget att stödja regionernas och kommunernas arbete med utvecklingen av en nära och tillgänglig vård.

– Följande uppdrag ska redovisas senast den 15 maj 2022:

– Uppdraget att stödja regionernas arbete med att ta fram och genomföra regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet, när det gäller att

  – stödja regionerna i deras arbete med att genomföra de åtgärder som anges i de regionala handlingsplanerna, och

  – om det finns behov, föreslå andra insatser som bedöms nödvändiga för att förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården med fokus på kortare väntetider.

– Uppdraget att utreda en utökad vårdgaranti.

Delegationen ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2021:107

Tilläggsdirektiv till Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12)

Beslut vid regeringssammanträde den 3 november 2021

Ändring i uppdraget

Regeringen beslutade den 13 augusti 2020 kommittédirektiv om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (dir. 2020:81). Uppdraget ska slutredovisas senast den 15 maj 2022.

Uppdraget ändras nu på så sätt att utredaren även ska lämna nödvändiga författningsförslag inom ramen för uppdraget att stödja ett effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom att informera om patienters valmöjligheter, där utredaren lämnat bedömningar i delbetänkandet Vägen till ökad tillgänglighet – strategisk, långsiktig och i samverkan (SOU 2021:59).

Utvidgning av uppdraget att stödja ett effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom att informera om patienters valmöjligheter

Utredaren har sedan tidigare haft i uppdrag att stödja ett effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom att informera om patienters valmöjligheter. I deluppdraget ingick att lämna förslag på åtgärder som, inom ramen för gällande lagstiftning och med hänsyn till regionernas behov av långsiktiga planeringsförutsättningar för att kunna säkra en stabilitet i vårdutbudet, kan underlätta för patienter

att få vård hos någon annan vårdgivare med kortare väntetider, såväl inom den egna hemregionen som i andra regioner, i syfte att verka för ett mer effektivt utnyttjande av den samlade vårdkapaciteten.

Utredaren överlämnade den 30 juni 2021 delbetänkandet Vägen till ökad tillgänglighet – strategisk, långsiktig och i samverkan (SOU 2021:59). Enligt delbetänkandet är utredarens samlade bild att regionerna ser och hanterar vårdgarantins tidsgränser som en målsättning och inte som det lagkrav som det formellt sett är. Vidare bedömer utredaren att det finns en otydlighet i kraven om regionernas ansvar för att vårdgarantins tidsgränser hålls och att åtgärder vidtas. I delbetänkandet gör utredaren därför vissa bedömningar när det gäller åtgärder som kan underlätta för patienten att få vård hos en annan vårdgivare med kortare väntetider, såväl inom den egna regionen som i andra regioner, i syfte att verka för ett mer effektivt nyttjande av den samlade vårdkapaciteten. Utredarens bedömningar aktualiserar behovet av författningsändringar.

Utredaren bedömer att regionen bör agera i god tid. Det är angeläget att regionen inte inväntar tidpunkten då patientens vårdgaranti överskridits innan åtgärder vidtas, utan agerar så snart det finns skäl att misstänka att vårdgarantin inte kommer att kunna uppfyllas. Enligt utredaren är det också av stor vikt att regionens rutiner inte utgår från att patienten förväntas att själv initiera ett ärende om att söka en annan vårdgivare om det finns en misstanke om att vårdgarantin inte kommer att kunna uppfyllas.

Vidare bedömer utredaren att regionen utan längre dröjsmål bör erbjuda tid i dialog med patienten eller lämna besked om att vårdgarantin inte kan uppfyllas. Patienten bör erbjudas att vara delaktig vid tidsbokning. Enligt utredaren bör ett erbjudande om tid i möjligaste mån ges med beaktande av patientens individuella förutsättningar, livssituation och andra aktuella omständigheter. Vidare bör ett erbjudande om tid eller besked om att vårdgarantin inte kan uppfyllas kunna ges till patienten utan längre dröjsmål. Utredaren bedömer att en tidsgräns på 14 dagar bör införas från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården. Denna tidsgräns bör gälla såväl besöksgarantin som behandlingsgarantin.

Slutligen bedömer utredaren att det behövs ett utökat informationskrav om vårdgarantin. Regionen bör ha en skyldighet att informera patienten om vårdgarantins villkor i olika avseenden. Informa-

tionen bör enligt utredaren bland annat omfatta villkor vid vård i en annan region, vid av- eller ombokning och när patienten på eget initiativ bokar vård.

Den lagreglerade vårdgarantin är ett viktigt styrmedel för att säkerställa att patienten får vård i rimlig tid. Regionen har i dag en skyldighet att erbjuda vård inom vårdgarantins tidsgränser, men för att regionen ska kunna fullgöra sitt ansvar är det viktigt att lämpliga åtgärder vidtas i god tid. Regeringen delar utredarens bedömning att en ordning som innebär att huvudansvaret för att vårdgarantin uppfylls läggs på patienten riskerar att leda till ojämlik vård och att det därför kan finnas behov av att tydliggöra ansvaret i detta avseende. Vidare bedömer regeringen att en tidsgräns kan bidra till att tydliggöra behovet av att regionen aktivt vidtar åtgärder i god tid. Eftersom utredaren anser att nuvarande direktiv inte möjliggör att lämna förslag om författningsändringar inom ramen för deluppdraget, bedömer regeringen att det finns behov av att utvidga utredarens uppdrag på så sätt att utredaren ges möjlighet att lämna nödvändiga författningsförslag som stöder ett mer effektivt resursutnyttjande, tydliggör regionernas ansvar och skapar förutsättningar för kortare väntetider.

Utredaren ska därför

- lämna nödvändiga författningsförslag inom ramen för uppdraget att stödja ett effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom att informera om patienters valmöjligheter, där utredaren lämnat bedömningar i delbetänkandet Vägen till ökad tillgänglighet – strategisk, långsiktig och i samverkan (SOU 2021:59), och
- lämna förslag på andra eventuella följdändringar som aktualiseras av dessa förslag.

Redovisning av uppdraget

Uppdraget enligt dessa tilläggsdirektiv ska redovisas senast den 15 maj 2022.

(Socialdepartementet)

Fördjupad redovisning av långa väntetider

Den här bilagan presenterar fördjupad information om väntetider inom den specialiserade vården, fördelat på vårdområde, kön samt barn och vuxna. Statistiken kommer från väntetidsdatabasen hos Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och avser huvudsakligen antalet som väntade i slutet av december 2021. Därutöver redovisas förändringen i det totala antalet väntande mellan januari och december 2021. Sedan januari 2021 rapporterar regionerna uppgifter till väntetidsdatabasen enligt en ny utvidgad uppföljningsmodell. Den innebär bland annat att besök hos fler professioner och vårdområden ingår i modellen, vilket medför att resultaten för 2021 inte är fullt jämförbara med tidigare år. Det är anledningen till att det är förändringen under 11 månader 2021 som redovisas och alltså inte förändringen under ett helår.

Utredningen beställde ett uttag från väntetidsdatabasen och fick det levererat i excelfiler som utredningen sedan har bearbetat. Uppgifterna avser dels första besök, dels operation eller annan åtgärd. Uttaget gjordes 2022-03-25 (första besök) och 2022-04-01 (operation eller annan åtgärd). Siffror som redovisas på www.vantetider.se kan skilja sig från de siffror som redovisas här eftersom regioner kan korrigera och justera sina inrapporterade uppgifter i efterhand. Uppdateringar som gjorts efter datumen för uttag finns inte med i utredningens material.

Det finns kända brister i väntetidsdatabasen, bland annat vissa frågetecken kring om alla regioner rapporterar på samma sätt så att informationen blir fullt jämförbar mellan regioner.

I denna bilaga har utredningen valt att redovisa uppgifter om antalet väntande *inklusive* patientvalt väntade och medicinskt orsakat väntade. Detta för att ge den samlade bilden av väntelistorna – även personer

som är registrerade med någon av dessa koder har bedömts vara i behov av vård och det behöver tas med i regionens samlade kapacitetsplanering. Det är dock viktigt att notera att dessa personer inte ingår när efterlevnaden av vårdgarantin beräknas. De procentsatser som redovisas här i bilagan när det gäller andelen som väntat över 90 dagar motsvarar därför inte riktigt vårdgarantins efterlevnad och är högre än de resultat som redovisas på www.vantetider.se.

Tabell 1 Fördelning i olika tidsintervall på väntelistan till första besök inom specialiserad vård utifrån kön samt barn och unga respektive vuxna, december 2021

	0–90 dagar	91–180 dagar	181–365 dagar	1–2 år	Över 2 år	*Summa*	Totalt antal väntande
Flickor 0–18 år	68 %	14 %	14 %	3 %	0 %	*100 %*	26 690
Pojkar 0–18 år	66 %	15 %	16 %	3 %	0 %	*100 %*	32 080
Kvinnor över 18 år	66 %	18 %	11 %	4 %	2 %	*100 %*	156 645
Män över 18 år	69 %	17 %	10 %	3 %	1 %	*100 %*	114 437
Okänt 0–18 år	61 %	16 %	15 %	6 %	2 %	*100 %*	38 781
Okänt över 18 år	64 %	16 %	13 %	5 %	2 %	*100 %*	40 060
Okänt kön och ålder	81 %	9 %	6 %	2 %	1 %	*100 %*	81 877
Totalt	**69 %**	**16 %**	**11 %**	**4 %**	**1 %**	***100 %***	**490 570**

Not: Inklusive patientvalt väntande och medicinskt orsakat väntande. Procentsatserna i tabellen anger hur stor andel av det totala antalet väntande i den grupp som raden avser (exempelvis flickor 0–18 år) som hade väntat respektive tidsintervall. Exempelvis hade 68 procent av flickorna 0–18 år väntat 0–90 dagar, och 3 procent 1–2 år. Totalt fanns det 26 690 flickor 0–18 år på väntelistorna.
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR). Datauttag gjort 2022-03-25.

Tabell 2 Antal väntande på första besök inom specialiserad vård per vårdområde i december 2021 samt förändring sedan januari 2021

Vårdområde	Förändring jan–dec	Totalt antal väntande dec	Över 90 dagar		Över 180 dagar		Över 1 år	
			Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Ögonsjukvård	19 314	80 568	34 033	42 %	17 363	22 %	5 152	6 %
ÖNH	14 398	53 402	16 426	31 %	8 399	16 %	1 896	4 %
Ortopedisk vård	14 705	51 252	15 345	30 %	6 246	12 %	1 612	3 %
Hud- och könssjukvård	7 951	32 689	5 447	17 %	1 485	5 %	272	1 %
Kirurgisk vård	4 940	27 810	6 989	25 %	2 871	10 %	911	3 %
Gynekologisk vård	221	26 907	7 791	29 %	4 206	16 %	1 468	5 %
BUM	5 383	25 010	4 986	20 %	2 250	9 %	590	2 %
Internmedicinsk vård	6 011	21 323	6 614	31 %	3 481	16 %	1 085	5 %
Urologisk vård	6 945	19 737	4 988	25 %	2 309	12 %	507	3 %
Obstetrik och gynekologi	3 652	16 139	4 717	29 %	2 045	13 %	670	4 %
Allmänpsykiatri vuxna	4 097	13 960	3 984	29 %	1 879	13 %	479	3 %
Kardiologisk vård	1 548	11 889	3 775	32 %	1 912	16 %	503	4 %
Audiologisk vård	4 596	8 460	3 118	37 %	1 369	16 %	311	4 %
Foniatrisk vård	1 504	8 434	4 747	56 %	3 267	39 %	775	9 %
Lungsjukvård	1 565	8 188	3 699	45 %	2 332	28 %	1 408	17 %
Neurologisk vård	1 603	8 004	2 244	28 %	894	11 %	177	2 %
BUP	1 922	7 936	1 616	20 %	1 018	13 %	399	5 %
Handkirurgisk vård	1 016	6 078	2 272	37 %	1 011	17 %	297	5 %
Endokrinologisk vård	1 124	4 806	1 641	34 %	1 084	23 %	646	13 %
Klinisk genetik	-17	3 602	2 584	72 %	2 083	58 %	1 463	41 %
Övriga*	12 172	54 376	16 355	30 %	9 321	17 %	3 999	7 %
Totalt	**114 650**	**490 570**	**153 371**	**31 %**	**76 825**	**16 %**	**24 620**	**5 %**

* Övriga består av omkring 70 olika vårdområden. Se väntetidsdatabasen på www.vantetider.se för att se indelningen.
Not: Inklusive patientvalt väntande och medicinskt orsakat väntande. Andel avser andel av dem som väntade på första besök inom vårdområdet. ÖNH=öron-näs- och halssjukvård, BUM=barn- och ungdomsmedicinsk vård, BUP=barn- och ungdomspsykiatrisk vård. De vårdområden som specificeras i tabellen är de största i bemärkelsen att de hade flest antal väntande i december 2021. Tillsammans stod de för 89 procent av det totala antalet väntande.
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR). Datauttag gjort 2022-03-25.

Tabell 3 Fördelning i olika tidsintervall på väntelistan till operation eller annan åtgärd inom specialiserad vård utifrån kön samt barn och unga respektive vuxna, december 2021

	0–90 dagar	91–180 dagar	181–365 dagar	1–2 år	Över 2 år	*Summa*	Totalt antal väntande
Flickor 0–18 år	52 %	15 %	19 %	11 %	3 %	*100 %*	5 424
Pojkar 0–18 år	46 %	16 %	21 %	14 %	3 %	*100 %*	7 070
Kvinnor över 18 år	54 %	16 %	17 %	11 %	3 %	*100 %*	62 839
Män över 18 år	55 %	16 %	16 %	10 %	3 %	*100 %*	49 351
Okänt 0–18 år	43 %	14 %	19 %	16 %	8 %	*100 %*	10 763
Okänt över 18 år	55 %	11 %	14 %	13 %	7 %	*100 %*	22 342
Okänt kön och ålder	62 %	13 %	14 %	8 %	2 %	*100 %*	25 502
Totalt	**54 %**	**15 %**	**16 %**	**11 %**	**4 %**	***100 %***	**183 291**

Not: Inklusive patientvalt väntande och medicinskt orsakat väntande. Procentsatserna i tabellen anger hur stor andel av det totala antalet väntande i den grupp som raden avser (exempelvis flickor 0–18 år) som hade väntat respektive tidsintervall. Exempelvis hade 52 procent av flickorna 0–18 år väntat 0–90 dagar, och 11 procent 1–2 år. Totalt fanns det 5 424 flickor 0–18 år på väntelistorna.
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR). Datauttag gjort 2022-04-01.

Tabell 4 Antal väntande på operation eller annan åtgärd inom specialiserad vård per vårdområde i december 2021 samt förändring sedan januari 2021

Vårdområde	För ändring jan–dec	Totalt antal väntande dec	Över 90 dagar		Över 180 dagar		Över 1 år	
			Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Ortopedisk vård	1 170	37 684	20 067	53 %	14 093	37 %	6 829	18 %
Kirurgisk vård	2 976	27 825	14 029	50 %	9 577	34 %	4 165	15 %
Ögonsjukvård	4 804	25 159	7 168	28 %	3 610	14 %	1 522	6 %
ÖNH	518	17 815	7 903	44 %	5 502	31 %	2 664	15 %
Audiologisk vård	6 967	11 822	3 430	29 %	1 813	15 %	896	8 %
Allmänpsykiatri vuxna	9 697	10 245	4 722	46 %	3 141	31 %	1 124	11 %
Gynekologisk vård	50	9 733	4 862	50 %	3 612	37 %	1 843	19 %
Urologisk vård	1 269	9 597	4 418	46 %	3 142	33 %	1 467	15 %
Handkirurgisk vård	399	7 106	4 167	59 %	2 977	42 %	1 675	24 %
BUP	1 597	4 610	2 160	47 %	1 460	32 %	560	12 %
Plastikkirurgisk vård	365	4 383	3 004	69 %	2 357	54 %	1 282	29 %
Obstetrik och gynekologi	1 082	3 198	1 423	44 %	985	31 %	387	12 %
Kardiologisk vård	796	3 036	1 304	43 %	876	29 %	376	12 %
Barn-ungdoms-kirurgi	416	1 460	804	55 %	528	36 %	196	13 %
Neurokirurgisk vård	-81	1 390	544	39 %	341	25 %	153	11 %
Thoraxkirurgisk vård	82	1 343	238	18 %	104	8 %	45	3 %
Mag-tarm-sjukvård	119	1 231	920	75 %	811	66 %	607	49 %
Kärlkirurgisk vård	106	1 080	456	42 %	327	30 %	167	15 %
Ryggsjukvård	199	783	496	63 %	393	50 %	272	35 %
Övriga*	1 796	3 791	1 569	41 %	1 031	27 %	512	14 %
Totalt	**34 327**	**183 291**	**83 684**	**46 %**	**56 680**	**31 %**	**26 742**	**15 %**

* Övriga består av 36 vårdområden. Se vantetidsdatabasen på www.vantetider.se för att se indelningen.
Not: Inklusive patientvalt väntade och medicinskt orsakat väntade. Andel avser andel av dem som väntade på operation eller annan åtgärd inom vårdområdet. ÖNH=öron-näs- och halssjukvård, BUP=barn- och ungdomspsykiatrisk vård. De vårdområden som specificeras i tabellen är de största i bemärkelsen att de hade flest antal väntande i december 2021. Tillsammans stod de för 98 procent av det totala antalet väntande.
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR). Datauttag gjort 2022-04-01.

Rekommendationer och riktlinjer om planerad uppföljning

I denna bilaga redovisas två sammanställningar av rekommendationer och riktlinjer om planerad uppföljning: utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer (tabell 1) och utifrån de nationella vårdprogrammen för ett urval av cancerdiagnoser (tabell 2). Sammanställningarna utgör ett av underlagen till utredningens bedömning att planerade uppföljningar fortsatt inte bör omfattas av vårdgarantin, se kapitel 4, avsnitt 4.4.7.

Tabell 1 **Sammanställning av rekommendationer om återbesök och uppföljning i nationella riktlinjer**

Riktlinje och målgrupp	Återbesök eller uppföljning samt frekvens
Astma-KOL: Barn, unga och vuxna med astma	• Inom 6 veckor vid astma med exacerbation. • Minst 2 ggr/år vid okontrollerad astma med underhållsbehandling. • 1–2 ggr/år vid kontrollerad astma med underhållsbehandling (barn och unga 1–2 ggr/år, vuxna 1 gång/år). • Vid behov vid kontrollerad astma utan underhållsbehandling. För vuxna dessutom: • Uppföljande spirometriundersökning 1 gång/år vid okontrollerad astma med underhållsbehandling. • Uppföljande spirometriundersökning minst vart tredje år vid kontrollerad astma.
Astma-KOL: Personer med KOL	• Inom 6 veckor vid akut exacerbation. • Minst 2 ggr/år vid upprepade exacerbationer. • 1 gång/år vid underhållsbehandling. • Vid behov om ingen underhållsbehandling. Dessutom uppföljande spirometriundersökning: • 1 gång/år för personer som röker. • Årligen för personer med KOL och FEV1 <80 % av förväntat normalvärde (för att hitta ”rapid decliners”).

Riktlinje och målgrupp	Återbesök eller uppföljning samt frekvens
Demens	• Minst 1 gång/år: Regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov. Vid beteendemässiga och psykiska symtom: • Strukturerad uppföljning och utvärdering av BPSD och effekt av insatta åtgärder – frekvens anges ej. Vid insatta fysiska skyddsåtgärder: • Strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av fysiska skyddsåtgärder – kontinuerligt observera och utvärdera. Vid insatt välfärdsteknik: • Strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av välfärdsteknik – kontinuerligt utvärdera (socialtjänsten).
Depression och ångest	Aktiv uppföljning med planerad förnyad kontakt (kontinuitet) – frekvens anges ej.
Diabetes	• Ögonbottenfoto vart tredje år vid typ 2-diabetes utan ögonbottensjukdom. • Årlig undersökning av albumin i urinen vid diabetes. • Flera rekommendationer om rutinmässiga fotundersökningar.
Endometrios	• Uppföljning av behandlingseffekten cirka 3 månader efter behandling (kirurgi och nyinsatt eller ändrad hormonell behandling). • Telefonuppföljning 1–2 veckor efter akut sjukhusinläggning.
Epilepsi	Vid nydiagnosticering: • Uppföljning och bedömning av epilepsisjuksköterska inom 6 veckor. • Uppföljning och neurologisk bedömning av barnläkare inom 3 månader för barn och unga. • Uppföljning och neurologisk bedömning av läkare inom 6 månader (även vid fortsatt misstänkt epilepsi). Återkommande uppföljning och neurologisk bedömning: • Minst årligen för vuxna. • Minst 2 ggr/år för barn och ungdomar. Barn under 2 år behöver följas upp tätare. Gravida kvinnor med epilepsi: • Uppföljning och neurologisk bedömning – frekvens anges ej.
Hjärtsjukvård: Hjärtsvikt, NYHA II–IV	Uppföljning vid multidisciplinär hjärtsviktsmottagning – frekvens anges ej.
Hjärtsjukvård: Vuxna med medfödda hjärtfel	Uppföljning inom GUCH-verksamhet. Minst en bedömning inom GUCH-verksamhet rekommenderas. Tidsintervallet mellan uppföljningarna bör anpassas efter tillståndets svårighetsgrad.

Riktlinje och målgrupp	Återbesök eller uppföljning samt frekvens
Levnadsvanor	Ingen specifik information om uppföljning eller återbesök.
Missbruk och beroende	Ingen specifik rekommendation om uppföljning.
MS Parkinson	• Undersökning av läkare med betydande erfarenhet av Parkinsons sjukdom minst 2 ggr/år vid Parkinsons sjukdom. • Undersökning av läkare med betydande erfarenhet av MS minst årligen vid MS, kliniskt isolerat syndrom (CIS) och radiologiskt isolerat syndrom (RIS). • Magnetresonanstomografi minst årligen vid MS, kliniskt isolerat syndrom (CIS) och radiologiskt isolerat syndrom (RIS).
Palliativ vård	Regelbunden användning av symtomskattningsinstrument för patienter i livets slutskede.
Psoriasis	• Behandling PUVA vid svårbehandlad psoriasis med otillräcklig effekt av annan behandling. Förutsätter behandling under begränsad tid, enligt behandlingsprotokoll, samt med uppföljning – frekvens anges ej. Vid svår psoriasis: • Strukturerad utvärdering av behandlingseffekt med både livskvalitetsinstrument och kliniska instrument. Vid systemisk behandling utvärderas behandlingen ofta genom regelbundna uppföljningar – frekvens anges ej. • Återkommande utvärdering av kardiovaskulära riskfaktorer – frekvens anges ej.
Rörelseorganen	Ingen specifik rekommendation om uppföljning.
Schizofreni	Regelbundna kontroller av metabola riskfaktorer med blodprov och fysisk undersökning – frekvens anges ej.
Stroke	Strukturerad uppföljning i öppen vård vid stroke eller TIA. Frekvens anges ej – återbesökens innehåll och frekvens bestäms av patientens behov.

Not: Sammanställt av utredningen utifrån information som Socialstyrelsen tagit fram till utredningen utifrån nationella riktlinjer.
Källa: Material från Socialstyrelsen, inkommet till utredningen 2022-01-14.

Tabell 2 Översiktlig sammanställning av uppföljning från nationella vårdprogram för ett urval av cancerdiagnoser

Sammanställt av utredningen utifrån respektive vårdprogram

Cancerdiagnos	Återbesök eller uppföljning samt frekvens
Prostatacancer	• Efter kurativt syftande behandling ska PSA-test göras med avtagande frekvens (från 4 ggr/år till 1 gång/år) i 10 år. • Personer under hormonbehandling ska följas upp med undersökningar och/eller kontakt med läkare (beroende på tillstånd) 2–4 ggr/år. • Personer utan behandling ska följas upp med undersökningar och kontakt med läkare i 2 ggr/år.
En tidigt upptäckt urinblåsecancer	• Cystoskopi ska göras 3 och 12 månader efter behandling, därefter årligen år 2–5.
Efter urinblåsecancer där urinblåsan opererats bort	• Bilddiagnostik 3 ggr/år år 1–3, årligen år 4–5, vartannat år därefter. • Blodprover 4 ggr år 1, därefter årligen. • Årligen år 1–5: Uretroskopi och uretrasköljvätska vid kvarlämnad uretra. • Årligen: Utprovning och förskrivning av stomimaterial, urinläckageskydd och kateterprodukter. • Årligen: Förnyad behovsbedömning, rehabiliteringsbehov.
Akut myeloisk leukemi	• Blodprovstagning ska göras månatligen år 1, varannan månad år 2 och var tredje månad år 3. • Återbesök ska göras en månad efter avslutad behandling och därefter var tredje månad år 1, var sjätte månad år 2 och årligen år 3–5.
Bröstcancer	• Patienter ska erbjudas en strukturerad årlig uppföljning inklusive bröstradiologi i minst 5 år.

Källa: Respektive vårdprogram via Regionala cancercentrums Kunskapsbanken, https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/vardprogram/, uttag 2022-01-14–28.

Miniminivåer för universitetssjukvårdsenheter

Den här bilagan kompletterar kapitel 6 *God och nära vård med utbildning, forskning och utveckling*. I bilagan redovisas de miniminivåer som gäller som krav för att vara universitetssjukvårdsenhet. Universitetssjukvårdsenheter är verksamheter i hälso- och sjukvården som är särskilt utsedda att vid sidan om att bedriva hälso- och sjukvård av hög kvalitet också har särskilda krav på sig att bedriva klinisk forskning, utbildning och utveckling av hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag[1] av regeringen att fastslå miniminivåer för vad universitetssjukvården som minst bör uppnå, miniminivåerna är framtagna i nationell konsensus. För att utnämnas till universitetssjukvårdsenhet (USVE) ska USVE jämte att bedriva hälso- och sjukvård av hög kvalitet uppfylla miniminivåerna. Miniminivåerna ligger också till grund för den nationella utvärderingen som sker vart fjärde år. I avtal mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvård (ALF-avtalet) anges att den region som inte uppnår denna miniminivå i samverkan med berört universitet ska åtgärda detta inom en viss tid i enlighet med utvärderingens rekommendation. Om så inte sker får staten säga upp avtalet. Socialstyrelsen fattade beslut om miniminivåerna 2020.[2]

I tabellen nedan presenteras miniminivåerna, dels den generella miniminivån om ledningen vid USVE, dels miniminivåer för klinisk forskning, dels miniminivåer för läkarutbildningen och slutligen miniminivåer för utveckling av hälso- och sjukvård. I den del av tabellen

[1] Regeringsbeslut S2019/05315/RS. *Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Socialstyrelsen*, *Uppdrag att utvärdera universitetssjukvården inom ALF-avtalet*, uppdrag nr. 13.
[2] Socialstyrelsen. 2020. Bilaga till *Beslut om miniminivåer som universitetssjukvården bör uppnå med utgångspunkt i vad som anges i ALF-avtalet.*

som gäller läkarutbildning används begreppen VFU och VIL, de står för verksamhetsförlagd utbildning respektive verksamhetsintegrerat lärande.

Tabell 1 Miniminivåer som universitetssjukvården bör uppnå

Tabellen visar miniminivåer för ledningen, klinisk forskning, läkarutbildning och utveckling av hälso- och sjukvård, i höger kolumn eventuella kommentarer eller definitioner

Miniminivå	Definitioner och kommentarer
Miniminivå för ledningen Nedan presenteras den miniminivå som gäller ledningen för universitetssjukvårdsenheten.	
Vid USVE finns i ledningen minst en FoUU-ansvarig person som är minst docent med förenad eller adjungerad anställning vid universitet eller högskola.	Med förenad anställning avses en anställning vid universitet eller högskola som är förenad med anställning vid en sjukvårdsenhet som är upplåten för medicinsk utbildning och forskning (4 kap. högskoleförordningen, 1992:1434, enbart professorer och lektorer). Med adjungerad anställning avses en tidsbegränsad anställning och regleras enligt högskoleförordningen (4 kap. högskoleförordningen, 1992:1434). FoUU-ansvaret kan ligga på fler än en person, som ansvarar för olika delar (forskning, utbildning eller utveckling).
Miniminivåer klinisk forskning Nedan presenteras de miniminivåer som beslutats avseende USVE:s uppgift inom klinisk forskning.	
Vid USVE tillämpas en handlingsplan som stödjer utvecklingen från student till docent inom för enheten relevanta yrkesgrupper.	Med handlingsplan avses en skriftlig plan eller strategi med åtgärder för att uppfylla uppsatta mål. Den kan ha tagits fram av ledningsorganet för ALF eller av USVE. Handlingsplanen kan exempelvis innehålla olika former av stöd under perioden från student till docent, samt en incitamentsstruktur som uppmuntrar till strävan att nå docentur. Med relevanta yrkesgrupper avses för USVE relevant personal med direkt eller indirekt patientkontakt inom de för närvarande 22 yrken som kräver legitimation för att få utöva yrket samt andra relevanta yrken med krav på högskolekompetens, exempelvis biostatistiker, molekylärbiolog, socionom, folkhälsovetare.

Miniminivå	Definitioner och kommentarer
Vid USVE finns minst en kliniskt verksam erfaren forskarhandledare.	Med kliniskt verksam avses personal inom de för närvarande 22 yrken som kräver legitimation för att få utöva yrket samt andra relevanta yrken med krav på högskolekompetens, till exempel biostatistiker, molekylärbiolog, socionom, folkhälsovetare. Med erfaren forskarhandledare avses minst docent.
Vid USVE finns minst en kliniskt verksam doktorand, som aktivt deltar i sin forskarutbildning.	Med kliniskt verksam doktorand avses person inom de för närvarande 22 yrken som kräver legitimation för att få utöva yrket samt andra relevanta yrken med krav på högskolekompetens, till exempel biostatistiker, molekylärbiolog, socionom, folkhälsovetare.
Vid USVE har någon av den kliniskt verksamma personalen genomfört ett halvtidsseminarium eller erhållit en doktorsexamen under en fyraårsperiod.	Med kliniskt verksam personal avses personer inom de för närvarande 22 yrken som kräver legitimation för att få utöva yrket samt andra relevanta yrken med krav på högskolekompetens, till exempel biostatistiker, molekylärbiolog och socionom, folkhälsovetare. Halvtidsseminarium ska genomföras för varje doktorand som ska avlägga doktorsexamen i syfte att kontrollera att målen för doktorsexamen är på god väg att realiseras. För doktorsexamen krävs godkänd vetenskaplig doktorsavhandling samt att övriga examinations-moment i forskarutbildningen är godkända. Nivån är satt för att även personalmässigt små enheter ska kunna utses till USVE.
USVE samverkar, vid planering och genomförande av studier avseende klinisk forskning, med andra vårdenheter inom egen region, andra regioner, universitet och högskolor, näringsliv, patient- och närstående eller företrädande organisationer.	Med samverkan, när så är relevant, avses övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för visst syfte. Någon eller några tillför sina specifika resurser, kompetenser och/eller kunskaper till en uppgift som utförs gemensamt. Samverkan med patient- och närstående och/eller företrädande organisationer avser USVE som har direkt patientkontakt.
Kliniskt verksam personal vid USVE bedriver eller deltar kontinuerligt i regionala, nationella eller internationella studier avseende klinisk forskning.	Med kliniskt verksam personal avses personer inom de för närvarande 22 yrken som kräver legitimation för att få utöva yrket samt andra relevanta yrken med krav på högskolekompetens, till exempel biostatistiker, molekylärbiolog och socionom, folkhälsovetare.

Miniminivå	Definitioner och kommentarer
På USVE finns en kontinuerlig produktion av vetenskapliga artiklar.	Med vetenskapliga artiklar avses originalartiklar och översiktsartiklar, dvs. artiklar som genomgått sakkunniggranskning (peer-review) och publicerats (inklusive Epub ahead of print) i vetenskapliga tidskrifter. Med kontinuerlig avses en ständigt pågående produktion.
Kliniskt verksam personal vid USVE deltar regelbundet i vetenskapliga möten och konferenser med egen vetenskaplig presentation.	Med kliniskt verksam personal avses personer inom de för närvarande 22 yrken som kräver legitimation för att få utöva yrket samt andra relevanta yrken med krav på högskolekompetens, till exempel biostatistiker, molekylärbiolog, socionom, folkhälsovetare. Med vetenskaplig presentation avses inbjuden som talare eller deltagande med accepterat abstract, poster eller muntlig presentation vid nationella eller internationella vetenskapliga möten/konferenser.
Minst en forskare vid USVE har minst ett beviljat anslag i nationell eller internationell konkurrens med pågående dispositionsrätt.	Med beviljat anslag avses medel som beviljats där kliniskt verksam personal vid USVE är huvudsökande eller medsökande. Dispositionsrätten kan ligga hos universitetet eller USVE.

Miniminivå	Definitioner och kommentarer
Kliniskt verksam personal vid USVE har tillgång till relevant stöd och lokaler som möjliggör klinisk forskning i tillräcklig omfattning.	Här avses kliniskt verksam personal som bedriver klinisk forskning. Med tillgång till avses att kliniskt verksam personal har tillgång till relevant stöd antingen vid enheten eller från annan aktör, t.ex. annan USVE på sjukhuset, landstingets organisation eller universitet/högskola. Exempel på relevant stöd som möjliggör klinisk forskning: • Tillgång till arbetsplats med dator • Tillgång till för verksamheten adekvat bibliotekstjänst och aktuella tidskrifter • Tillgång till relevanta digitala informationssystem • Forskningsansökningar • Projektplanering • Framtagande av studieprotokoll och patientinformation • Etikansökningar/regulatoriska dokument • Avtalsskrivning • Forskningssjuksköterska • Good Clinical Practice-utbildning • Randomisering • Core facilities • Avancerad teknisk utrustning • Utbildning om vad som gäller för forskning på biobanksprov • Sjukvårdsintegrerad biobankning Biobanker och/eller biobanksdata inkl. service för tillgång till befintliga prov • Biobanksservice för planering av studier • Rådgivning och hjälp vid utformning av biobanskavtal • Kvalitetsregister • Datainsamling/datahantering/data-baskonstruktion • Statistisk analys • Forskningsdatabas • Monitorering • Innovationssystem • Publikationsstöd

Miniminivå	Definitioner och kommentarer
Miniminivåer läkarutbildning Nedan presenteras de miniminivåer som beslutats för USVE:s uppgift avseende läkarutbildningen.	
Vid USVE erbjuds VFU/VIL eller annan utbildningsinsats.	
Den personal som regelbundet deltar i VFU/VIL för läkarstuderande vid USVE har erforderlig pedagogisk handledarutbildning enligt universitets direktiv.	
Vid USVE erbjuds alla läkarstuderande en namngiven handledare under VFU/VIL som de kan vända sig till.	
Personal som handleder läkarstudenter vid USVE följer handledarinstruktionerna.	Universitetet ansvarar för handledarinstruktionerna.
Utbildningens lärandemål för VFU/VIL är kända av personal som handleder läkarstudenter.	Lärandemålen är framtagna av universitetet. USVE kan dessutom ha omsatt lärandemålen i mer detaljerade mål anpassade för verksamheten.
USVE kan redovisa exempel på hur kursutvärderingar och uppföljningar under VFU/VIL har använts i förbättringsarbetet.	Universitetet ansvarar för kursutvärderingar. Med uppföljning under VFU/VIL avses att USVE inhämtar feedback från läkarstudenter.
Vid USVE används en känd skriftlig rutin för studenter som inte uppfyller lärandemålen.	Med rutin avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt hur ansvaret ska fördelas. Universitetet ansvarar för rutinen/riktlinjen.
USVE tillhandahåller lokaler och basal utrustning som möjliggör verksamhetsintegrerad utbildning av läkarstudenter.	Exempel på relevant infrastruktur som möjliggör utbildning av läkare: • Ändamålsenliga lokaler för seminarier och utbildning • Ändamålsenlig utbildningsmiljö för klinisk färdighetsträning • Tillgång till arbetsplats med dator • Tillgång till för verksamheten adekvat bibliotekstjänst och aktuella tidskrifter • Tillgång till relevanta digitala informationssystem

Miniminivå	Definitioner och kommentarer
Miniminivåer utveckling av hälso-och sjukvård Nedan presenteras de miniminivåer som beslutats för USVE:s uppgift avseende utveckling av hälso- och sjukvård.	
USVE kan redovisa på vilket sätt kliniskt verksam personal använder kunskapsstöd.	Med kunskapsstöd avses exempelvis riktlinjer och vårdprogram.
Kliniskt verksam personal vid USVE har under året deltagit i framtagande eller uppdatering av kunskapsstöd.	
USVE förmedlar resultatet av sin verksamhet och sitt utvecklingsarbete i en skriftlig årsrapport.	Med utvecklingsarbete avses användande av vetenskap eller beprövad erfarenhet (exempelvis införande av och utmönstring av metoder) samt innovationer i syfte att utveckla verksamheten. Med förmedla avses att göra den skriftliga rapporten tillgänglig och sprida till övriga delar av hälso- och sjukvården.
USVE använder data från för verksamheten relevanta kvalitetsregister i utvärdering och utveckling av verksamheten.	Med utvärdera avses bedöma resultatet av en verksamhet eller åtgärd. Med utveckla verksamheten avses att konkreta förändringar införs i verksamheten med syfte att leda till förbättringar för patienterna.
USVE använder data från mätningar av patienternas upplevelser och kan redovisa att det bidragit till utveckling av verksamheten.	Med patienternas upplevelser avses: • Upplevelse av sin egen sjukdom och hälsa efter behandling eller annan intervention (till exempel symtom, funktionsförmåga, hälsorelaterad livskvalitet). • Upplevelser av vården (till exempel bemötande, förtroende, delaktighet, väntetider, kontakt, samordning). Avser USVE som har direktkontakt med patienter.
USVE samverkar med patienter och närstående eller patient- och närståendeorganisationer i utvärderings- och utvecklingsarbetet.	Avser USVE som har direktkontakt med patienter.

Miniminivå	Definitioner och kommentarer
USVE har en skriftlig och på ledningsnivå beslutad strategi, rutin eller motsvarande som stöder innovationer, till följd av utvecklingsarbete och forskningsresultat och som är känd i verksamheten.	Med ledningsnivå avses den nivå som har mandat att fastställa gemensamma strategier/riktlinjer eller motsvarande. Strategin/rutinen kan vara beslutad på annan nivå än USVE, till exempel av landstinget/regionen. Med strategi avses en långsiktig övergripande plan. Strategin kan exempelvis innehålla stöd till anställda med målet att de ska ha kunskap, kompetens och färdigheter för att bidra till innovationer i hälso- och sjukvården. Den kan också innehålla stöd för utveckling och implementering av innovationer i hälso- och sjukvården. Med rutin avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt hur ansvaret ska fördelas. Med innovationer avses goda idéer som har utvecklats till nyskapandeprodukter, tjänster eller arbetsmetoder till nytta för invånare, patienter, och medarbetare och som svarar mot behov och efterfrågan i vardagen och omvärlden. Värdet uppstår i nyttiggörandet och tillämpningen av en idé.
Vid USVE finns en rutin för att kontinuerligt följa upp den kliniskt verksamma personalens individuella fortbildnings- och vidareutbildningsplaner.	Med kliniskt verksam personal avses personer inom de för närvarande 22 yrken som kräver legitimation för att få utöva yrket samt andra relevanta yrken med krav på högskolekompetens, till exempel biostatistiker, molekylärbiolog, socionom, folkhälsovetare. Med fort- och vidareutbildning avses utbildning i syfte att upprätthålla och utveckla den kompetensnivå som krävs för att kunna utföra arbetsuppgifterna. Med rutin avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt hur ansvaret ska fördelas.

Källa: Socialstyrelsen. 2020. Bilaga *Beslut om miniminivåer som universitetssjukvården bör uppnå med utgångspunkt i vad som anges i ALF-avtalet*.

Fördjupad information om barn och ungas psykiska hälsa

Den här bilagan kompletterar kapitel 7 *Barn och ungas psykiska hälsa*. I bilagan beskrivs först de statliga satsningar som gjorts för att förbättra tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och tillgängligheten generellt för barn och unga med psykisk ohälsa under 2007–2015. Därefter redogörs för prestationskraven och den prestationsbaserade ersättningen som varit kopplad till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP. Slutligen finns en kort sammanställning av hur regionerna använt de fördelade medlen från de statliga satsningarna under 2007–2012 samt 2018.

Statliga satsningar för att förbättra tillgängligheten till BUP och tillgängligheten generellt för barn och unga med psykisk ohälsa under 2007–2015

Nedan beskriver vi kortfattat de huvudsakliga satsningar som gjorts kopplade till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP och tillgänglighet till BUP, samt kort även andra tillgänglighetsatsningar för barn och unga med psykisk ohälsa under 2007–2015. I kapitel 7, avsnitt 7.6.1 finns motsvarande beskrivning av satsningarna för de efterföljande åren 2016–2022.

Statliga satsningar för perioden 2007–2011

Statens psykiatrisatsning

Under 2007–2011 pågick *Statens psykiatrisatsning*. Regeringens politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning pekade ut tre huvudområden: *vården*, *vardagen* och *valfriheten*. Vart och ett av dessa var kopplade till definierade mål. Utifrån det övergripande syftet med satsningen angavs också fyra prioriterade områden: insatser riktade till barn och ungdomar, arbete och sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning, satsningar på kompetens och evidens samt stöd för långsiktigt kvalitets- och utvecklingsarbete. Totalt avsatte regeringen 3,6 miljarder kronor (720 miljoner kronor per år) under 2007–2011 till olika fördefinierade insatser inom de tre ovan angivna huvudområdena. Merparten av medlen användes för uppdrag till olika myndigheter, lärosäten och projekt inom enskilda kommuner och regioner.[1] *Statens psykiatrisatsning* skiljde sig från tidigare satsningar genom att kommuner och regioner fick mindre möjlighet att själva bestämma inriktning och hur medlen skulle användas. Dessutom infördes en ny styrform genom att satsningen för målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP innebar prestationsbaserad ersättning från och med 2009.[2]

Utöver de statliga satsningarna för att införa vårdgarantin (2,45 miljarder under 2005–2008) och för att generellt förbättra tillgängligheten till vården (8,6 miljarder under 2002–2008) tilldelades regionerna 214 miljoner kronor per år under 2007–2008 för att förbättra tillgängligheten till BUP i syfte att nå målet med målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP.[3] 2007 års statsbidrag hade en bredare inriktning med mål om tillgänglighet, kvalitet, kompetens och inrapportering till register, medan 2008 års statsbidrag presenterades som en plattform för insatser som syftade till att nå den planerade målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP 2011. Även 2009–2011 fick Socialstyrelsen i uppdrag att fördela 214 miljoner kronor per år, för att förbättra tillgängligheten till BUP och för att upp-

[1] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2015. *Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar, Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995*, rapport 2015:10 och SOU 2018:90. *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt, Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa*, s. 187–188.
[2] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2015. *Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar, Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995*, rapport 2015:10.
[3] *Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa.* Överenskommelse för 2009.

nå målsättningen.[4] Som framgår ovan var de stimulansmedel som var kopplade till målsättningen prestationsbaserade från och med 2009. Kraven för måluppfyllelse fastställdes genom årliga överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), se rubriken *Prestationsbaserad ersättning kopplad till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP* nedan samt tabell 1 och tabell 2. Efter den initiala särskilda överenskommelsen om målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP 2009 ingick målsättningen i stället i överenskommelserna om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård (kömiljarden), det vill säga de överenskommer som var kopplade till vårdgarantin, under 2010–2012.[5]

Satsningar på första linjens vård

I en kartläggning av förutsättningarna för en målsättning om en förstärkt vårdgaranti inom BUP konstaterade SKR att en god tillgång till första linjens insatser var en förutsättning för att korta väntetiderna till BUP, se även kapitel 7, avsnitt 7.5.[6] Staten och SKR ingick därför ytterligare en överenskommelse 2008 som syftade till att stödja utvecklingen av framgångsrika insatser för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga och en första linjens vård och omsorg för barn och unga med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. I projektet som kallades *Modellområdesprojektet* (2008–2011) valdes 14 områden med regioner och kommuner ut för att utveckla ett antal modeller för samverkan mellan de olika aktörerna som på olika sätt arbetar med barn och ungdomar. Projektet handlade om ett förändringsarbete inom första linjens vård och omsorg. Målet var att projektet på sikt skulle leda till en bättre samverkan mellan regioner och kommuner och därmed till en bättre vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Överenskommelsen förnyades 2009 och 2010. Staten och SKR enades 2011 om en fortsatt satsning, *Psynkprojektet* (2011–2014), eftersom erfarenheter som gjordes under projektets

[4] Socialstyrelsen. 2012. *Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011*.
[5] *Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård.* Överenskommelse för 2010; *2011 års överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård; 2012 års överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård.*
[6] SKR. 2007. *Tillgänglighet till insatser för att möta psykisk ohälsa hos barn och ungdomar*.

gång bedömdes kunna vara till stor nytta för andra kommuner och regioner.[7] Det gällde exempelvis erfarenheter kring gemensam ledning och styrning, samverkan och uppföljning.[8] Målet med *Psynk-projektet* var att utforma och implementera effektiva strategier för hälsofrämjande insatser och erbjuda vård på rätt nivå för barn och unga med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom.[9] Drygt 30 miljoner kronor avsattes årligen till dessa satsningar.[10]

Statliga satsningar för perioden 2012–2015

PRIO-satsningen

År 2012 lanserade regeringen handlingsplanen *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016*. Målet med handlingsplanen var att skapa förutsättningar för ett långsiktigt förändringsarbete hos huvudmännen och andra berörda aktörer för att förbygga psykisk ohälsa och att utveckla vården och omsorgen till personer med psykisk ohälsa. Satsningen utgick från tre övergripande mål:

- en jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet
- tillgång till arbete och anpassad sysselsättning
- möjlighet till delaktighet och inflytande.[11]

---

[7] *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om intensifierat samverkansarbete för barn och ungas psykiska hälsa*. Överenskommelse för 2011.
[8] SKR. 2015. *Psynk – Psykisk hälsa barn och unga, Slutrapport för Psynk, År 2011–2014*.
[9] *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om intensifierat samverkansarbete för barn och ungas psykiska hälsa*. Överenskommelse för 2011.
[10] *Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om pilotstudie för förändringsarbete avseende första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom*. Överenskommelse för 2008; *Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatt förändringsarbete avseende första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom*. Överenskommelse för 2009; *Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatt förändringsarbete avseende första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom*. Överenskommelse för 2010; *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om intensifierat samverkansarbete för barn och ungas psykiska hälsa*. Överenskommelse för 2011; *Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting; Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2013, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting; Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2014, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*.
[11] Regeringskansliet. 2012. *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016*.

De övergripande målen reviderades 2014 till:

- god vård och omsorg: kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, effektiv, jämlik, i rimlig tid och samordnad,
- tillgång till arbete, anpassad sysselsättning och stöd i boendet efter behov,
- möjlighet till delaktighet och inflytande.[12]

I PRIO-handlingsplanen fanns två särskilt prioriterade målgrupper:

- barn och unga med psykisk ohälsa,
- personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik.[13]

Utöver detta skulle insatser riktade till alla personer med psykisk ohälsa prioriteras inom områdena:

- kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete,
- bemötande, delaktighet och inflytande.[14]

I handlingsplanen konstaterades att det fanns svårigheter i samverkan och samordning mellan de olika aktörer som gav insatser till många patienter i de två prioriterade målgrupperna. Att stärka samverkan mellan kommuner och regioner var därför ett viktigt inslag i överenskommelsen om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa mellan staten och SKR som slöts årligen mellan 2012 och 2015.[15] Huvuddelen av *PRIO-satsningen* utgjordes av dessa överenskommelser där utvecklingsinsatser och prestationsbaserad ersättning till regioner och kommuner har ingått. Överenskommelserna omfattade också grundläggande krav som regionerna och kommunerna skulle leva upp till för att kunna få ta del av medlen. Grundkraven var utformade så att regioner och kommuner behövde samverka för att uppnå dem. Ett grundkrav gällde överenskommelser om samverkan

[12] Regeringskansliet. 2014. *Reviderad handlingsplan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2014–2016*.
[13] Regeringskansliet. 2012. *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016*.
[14] Regeringskansliet. 2012. *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016*.
[15] Regeringskansliet. 2012. *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016*.

kring personer med psykisk funktionsnedsättning. Ett annat grundkrav handlade om att det skulle finnas beslut som tydliggjorde ansvarsfördelningen inom och mellan kommun och region för insatser till barn och unga som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa. Detta utvecklades senare till att regionerna och kommunerna skulle erbjuda webbaserad information eller liknande med beskrivningar utifrån sin ansvarsfördelning om var i länet stöd och hjälp ges till barn och unga med psykisk ohälsa.[16] Den ekonomiska omfattningen av *PRIO-satsningen* uppgick totalt till 3,4 miljarder kronor.[17]

Från att tidigare varit en del av överenskommelserna om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård inkluderades målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP i överenskommelserna om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa inom ramen för PRIO-handlingsplanen från och med 2013. Även dessa år utgjordes medlen för målsättningen av prestationsbaserad ersättning. Under 2012–2015 avsattes totalt 674 miljoner kronor för prestationsbaserad ersättning till regionerna för måluppfyllelse av prestationskrav kopplade till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP, se rubriken *Prestationsbaserad ersättning kopplad till målsättningen om en förstärkt vårdgarantin inom BUP* och tabell 1.[18]

Satsningar på första linjens vård

År 2012 fanns även en prestationsbaserad del kopplad till utveckling av första linjens vård. I överenskommelsen konstaterades att tillgängligheten till BUP påverkas av hur första linjens vård fungerar. Vidare konstaterades att det fanns behov av definitioner och möjliga mätpunkter för första linjens vårdprocesser. 50 miljoner kronor för-

[16] *Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2015, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.*
[17] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2015. *Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar, Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995*, rapport 2015:10.
[18] *2012 års överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård; Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2013, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting; Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2014, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting; Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2015, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.*

delades till de kommuner och regioner som deltog i en förstudie om hur tillgängligheten till den första linjens vård skulle mätas.[19]

Även 2015 fanns ett prestationskrav kopplat till första linjens vård. Syftet var att stimulera en positiv utveckling av införandet av första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. Kravet för att få ta del av medlen, som uppgick till 80 miljoner kronor, var att regionerna skulle registrera väntetiderna från första kontakt till första besök i första linjen för minst en enhet. I ett längre perspektiv var målet att stimulera utvecklingen av första linjens verksamheter och att få en bild av i vilken utsträckning specialistverksamheten avlastades av dessa.[20]

Som framgår ovan pågick också *Psynkprojektet* under 2011–2014, vars syfte var att implementera effektiva strategier för hälsofrämjande insatser och erbjuda vård på rätt nivå för barn och unga med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. I slutredovisningen av *Psynkprojektet* konstaterade SKR att vissa delar av utvecklingsarbetet hade överträffat förväntningarna, medan andra inte motsvarade förhoppningarna. Bland annat ansågs ansvarsfördelningen för barns psykiska hälsa fortfarande vara otydlig efter projektets slut. Sammantaget bedömde SKR att projektet ändå bidragit till det övergripande målet på flera sätt, inte minst genom att ta fram olika verktyg och stödmaterial. Dock konstaterade SKR att det verkade krävas mer handgripligt stöd från både nationell, regional och lokal nivå snarare än information för att kunna fatta nödvändiga beslut och implementera dem.[21] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys delade denna bedömning i sin uppföljning och menade att handgripligt stöd för att genomdriva och hålla ihop komplexa förändringsprocesser är en förutsättning för att insatser av den karaktären ska bli långsiktiga och integreras som en del av de ordinarie verksamheterna inom kommuner och regioner. Myndigheten konstaterade också att projektet hade bidragit till de insatsspecifika målen bland annat genom framtagandet av olika verktyg och stödmaterial. Vidare ansåg myndigheten att *Psynkprojektet* bidragit till att initiera och förstärka utvecklingsarbetet och att genomförandet synliggjort en del av kommunernas och regionernas utmaningar när det gällde att förbättra stödet till

[19] *Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.*
[20] *Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2015, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.*
[21] SKR. 2015. *Psynk – Psykisk hälsa barn och unga, Slutrapport för Psynk, år 2011–2014.*

barn och unga. Myndigheten konstaterade också att samtliga initiativ som tagits inom projektet hade utgått från kommunernas och regionernas behov. Eftersom flertalet av behoven ännu inte var tillgodosedda menade myndigheten att det fanns anledning att arbeta vidare med dem.[22]

Prestationsbaserad ersättning kopplad till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP

Tabell 1 och tabell 2 visar en något förenklad bild av de gällande prestationskraven för 2009–2015 respektive 2020–2022. Informationen är hämtad från de överenskommelser där prestationskrav funnits kopplade till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP.

[22] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2015. *Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar, Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995*, rapport 2015:10, bilaga 4.

Perioden 2009–2015

Tabell 1 Prestationskrav kopplade till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP 2009–2015

År som grund för fördelning	Prestationskrav	Ekonomiska medel
2009 Överenskommelse om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa.	• 80 % av patienterna får ett första besök inom specialiserad vård inom högst 30 dagar.	107 miljoner kronor.
	• 60 % av patienterna får definierade behandlingar och fördjupade utredningar inom planerad specialiserad vård inom högst 60 dagar.	107 miljoner kronor.
2010 Överenskommelse om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård.	• 90 % av patienterna i regionen har väntat 30 dagar eller kortare på ett första besök.	107 miljoner kronor.
	• 90 % har väntat 60 dagar eller kortare på beslutad fördjupad utredning/behandling.	107 miljoner kronor.
2011–2012 Överenskommelser om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård.	• 90 % av barn och unga med beslut om en första bedömning inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, eller annan verksamhet med uppdrag kring psykisk ohälsa, har fått en bedömning inom 30 dagar.	2011 och 2012: 107 + 107 miljoner kronor.
2013–2015 Överenskommelser om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa.	• 80 % av barn och unga med beslut om en fördjupad utredning/behandling inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, eller annan verksamhet med uppdrag kring psykisk ohälsa, har påbörjat fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar.	2013 och 2014: 80 + 100 miljoner kronor. 2015: 50 + 50 miljoner kronor.

Källa: Utredningens sammanställning baserat på respektive års överenskommelse.

Som framgår av tabell 1 förändrades kraven för att få ta del av medlen från 2009 till 2010 och från 2010 till 2011. Från och med 2011 gällde att 90 procent fått första besök och 80 procent fått fördjupad utredning eller behandling inom målsättningens tidsgräns, det vill säga inom 30 dagar. Samma prestationskrav gällde fram till och med 2015. Även skrivningarna kring prestationskraven och redovisnings-

kraven ändrades och utvecklades med åren för att öka tydligheten kring vad och hur det skulle rapporteras till väntetidsdatabasen. Exempelvis har skrivningarna kring vilka enheter som ska rapportera ändrats med åren, vilket bara delvis framgår av tabell 1 ovan (även under 2011–2015). En annan viktig förändring var att från och med 2011 skulle faktiska väntetider registreras, se även kapitel 7, avsnitt 7.7.1.[23]

Som tabell 1 visar sänktes den prestationsbaserade ersättningen kopplad till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP från och med 2013. Av överenskommelsen för 2013 framgår att en anledning till att medlen minskade från och med 2013 var att staten tillskjutit medel under sex år för att möjliggöra en långsiktig uppbyggnad av kapacitet och att de flesta regionerna gav ett första besök inom 30 dagar. Nytt för 2013 var att prestationsdelen för målsättningen ingick i överenskommelsen mellan staten och SKR om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa. För regionernas del innebar det att ersättningen från och med 2013 endast utgick till de regioner som utöver prestationsmålen för tillgänglighet klarade två grundkrav, se rubriken *Statliga satsningar för perioden 2012–2015*.[24]

[23] *Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa*. Överenskommelse för 2009; *Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård*. Överenskommelse för 2010; *2011 års överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård; 2012 års överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård; Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2013, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting; Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2014, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting; Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2015, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.*

[24] *Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2013, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*.

Perioden 2020–2022

Tabell 2 Prestationskrav kopplade till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP 2020–2022

Prestationskrav	Ekonomiska medel
Block 1	*Block 1*
• 72 % av de genomförda besöken, fördjupade utredningarna respektive behandlingarna ska ha skett inom 30 dagar. • Om regionen har fler än 20 barn/ungdomar som väntar på besök, fördjupad utredning respektive behandling ska regionen även uppfylla kravet om att minst 72 % av de väntande ska ha väntat max 30 dagar.	Fördelat på tre prestationskrav: – Första besök – Fördjupad utredning – Behandling.
	2020: 294 miljoner kronor. Enligt tilläggsöverenskommelse 2020 ströks prestationskrav i block 1 från och med 1 mars 2020 och 300 miljoner kronor avsattes då till BUP.
	2021: 190 miljoner kronor enligt tilläggsöverenskommelse: 1 september–30 november.
2022 – Alternativt prestationskrav infördes: Uppvisa en förbättring jämfört med samma månad föregående år, dvs. en större andel av de genomförda besöken, fördjupade utredningarna respektive behandlingarna inom BUP ska ha skett inom 30 dagar 2022 jämfört med samma månad 2021. – Förbättring med 5,0–6,9 procentenheter ger regionen 50 % av regionens reserverade månadspott. – Förbättring med 7,0–9,9 procentenheter ger 75 % av månadspotten. – Förbättring med 10,0 procentenheter eller mer ger 100 % av månadspotten.	2022: ca 301,5 miljoner kronor.
Block 2	*Block 2*
• Prestationskrav för strategiskt utvecklingsarbete (handlingsplan) och förbättrad väntetidsstatistik.	Öronmärkta för tillgänglighets-satsningar för BUP: 2020: 80 miljoner kronor 2021: 190 miljoner kronor 2022: 80 miljoner kronor.

Källa: Utredningens sammanställning baserat på respektive års överenskommelse.

Till skillnad från tidigare år gjordes i överenskommelserna om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020–2022 en annan uppdelning av medlen. En del av medlen skulle nu gå till första besök, en del till fördjupad utredning och en del till behandling. Tidigare år hade fördjupad utredning och behandling haft en gemensam pott, som de flesta åren utgjorde hälften av de totalt avsatta medlen. Kravet för genomförda första besök, fördjupade utredningar och behandlingar var också sänkt till 72 procent inom 30 dagar. En annan skillnad med den nya modellen jämfört med föregående år var att det förutom ett krav på genomförda insatser nu även infördes krav kopplat till de väntande barnen och ungdomarna. Minst 72 procent av de väntande skulle ha väntat högst 30 dagar på respektive insats. Kravet kopplat till de väntande gällde för de regioner som hade fler än 20 väntande till respektive vårdinsats. En tredje skillnad med modellen 2020 var att medlen fördelades per månad i stället för utifrån medelvärdet för uppföljningsperioden och om en region inte klarade prestationskraven en viss månad så skulle medlen överföras till en bonuspott, som var kopplad till första besök och operation eller åtgärd inom den specialiserade vården, i stället för att de totala medlen delades av de regioner som uppfyllt prestationskraven som skett tidigare år. Avsikten var att premiera långsiktighet och kontinuitet i arbetet för en ökad tillgänglighet inom den specialiserade vården. Dessutom infördes en ytterligare del i överenskommelsen 2020 som innehöll prestationskrav för strategiskt utvecklingsarbete och förbättrad väntetidsstatistik, där även BUP ingick (80 miljoner kronor).[25]

På grund av covid-19-pandemin beslutades i april 2020 om en tilläggsöverenskommelse som innebar att prestationskraven kopplade till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP ströks från och med 1 mars 2020 och 300 miljoner kronor avsattes då till BUP.[26] Samma modell för prestationskrav kopplat till målsättningen som den initiala från 2020 gällde för senare delen (september till november) av 2021. Återigen fördelades medlen, 190 miljoner kronor, utifrån medelvärdet för uppföljningsperioden och medlen för de regioner som inte uppnått prestationskraven skulle delas av de regioner som uppnått prestationskraven. Överenskommelsen innehöll också ett andra

[25] *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*
[26] *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020, Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

block med prestationskrav för strategiskt utvecklingsarbete och förbättrad väntetidsstatistik, där BUP ingick (190 miljoner kronor).[27]

Även 2022 innebär prestationskraven kopplade till målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP att regionerna kan kvalificera sig till medlen genom att minst 72 procent av de genomförda besöken, fördjupade utredningarna respektive behandlingarna sker inom 30 dagar. Om regionen har fler än 20 barn och unga som väntar på besök, fördjupad utredning respektive behandling ska regionen även uppfylla kravet om att minst 72 procent av de väntade har väntat max 30 dagar. Nytt för 2022 är att regionerna alternativt kan kvalificera sig till medlen genom att uppvisa en förbättring jämfört med samma månad föregående år (februari–november), det vill säga en större andel av de genomförda besöken, fördjupade utredningarna respektive behandlingarna inom BUP ska ha skett inom 30 dagar 2022 jämfört med samma månad 2021. Beroende på förbättringens storlek kan regionen kvalificera sig till 50, 75 eller 100 procent av regionens reserverade månadspott, se tabell 2. Totalt är cirka 301,5 miljoner kronor avsatta jämnt fördelat på de tre momenten första besök, fördjupad utredning respektive behandling. Om en region inte klarar ett visst prestationskrav en viss månad så överförs medlen till en bonuspott. Bonuspotten ska sedan fördelas utifrån totala antalet prestationskrav i hela tillgänglighetsöverenskommelsen som regionerna har uppnått under året. På samma sätt som 2020 och 2021 innehåller 2022 års överenskommelse ett andra block för strategiskt utvecklingsarbete där 80 miljoner kronor fördelas särskilt till regionerna för insatser som syftar till att korta väntetiderna inom BUP.[28]

Hur medlen har använts 2007–2012 samt 2018

Nedan beskrivs hur medlen från de statliga satsningarna har använts under 2007–2012 samt 2018. I kapitel 7, avsnitt 7.7.3 finns motsvarande beskrivning för 2020.

[27] *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner* och *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021, Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*
[28] *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.

Socialstyrelsen har i sina uppföljningar av regionernas insatser för målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP under åren 2007–2012 konstaterat att de insatser som regionerna genomförde med statsbidragen hade en stor bredd och variation. En del regioner prioriterade ett fåtal insatser, medan andra regioner satsade på ett tjugotal insatser. Flera regioner satsade på långsiktiga insatser som planerades pågå under flera år. En del insatser blev permanenta med tiden. Störst fokus låg på tillgänglighetssatsningar och med åren blev det allt vanligare med mer renodlade tillgänglighetssatsningar för att förkorta väntetiderna och att uppnå målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP. Tillgänglighetssatsningarna handlade bland annat om rekrytering, personalförstärkning och upphandling av neuropsykiatriska utredningar. Kompetensutveckling och kvalitetsarbete, såsom utvecklande av rutiner, metoder och riktlinjer, var andra prioriterade områden. Medel användes även till samverkansprojekt, både med verksamheter inom och utanför regionerna (vanligast var samverkan med elevhälsa och socialtjänst följt av ungdomsmottagningar).[29] Insatser för att utveckla första linjens vård var vanliga.[30] Medel fördelades till BUP, men även till andra verksamheter såsom primärvården, barn- och mödrahälsovård, ungdomsmottagningar, barn- och ungdomshabilitering samt barn- och ungdomsmedicin.[31]

I Socialstyrelsens uppföljning av 2016–2018 års överenskommelser om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa ingår en redogörelse för hur regionerna använt 2018 års stimulansmedel för den särskilda satsningen på barn och unga, en bredare satsning för att stimulera initiativ för att nå barn och unga (250 miljoner varav drygt 217 miljoner kronor hade använts vid tidpunkten för uppföljningen). Uppföljningen visade att 29 procent av de redovisade medlen använts till att starta nya, eller att förstärka, förbättra, och bedriva befintliga verksamheter. Av dessa medel användes ungefär en tredjedel till att förstärka första linjen för barn och unga i en region. Ytterligare en knapp fjärdedel av medlen hade använts till att på olika sätt göra vården mer tillgänglig. Det handlade exempelvis om att implementera internetbehandling, triageringsverksamheter och att köpa

[29] Socialstyrelsen. 2012. *Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011*.
[30] Socialstyrelsen. 2010. *Satsning på en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa 2009, Uppföljning av statsbidrag* och Socialstyrelsen. 2012. *Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011*.
[31] Socialstyrelsen. 2010. *Satsning på en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa 2009, Uppföljning av statsbidrag*.

in neuropsykiatriska utredningar. Övriga medel användes till utveckling av arbetssätt och rutiner (8 procent), kompetensökning (7 procent), förebyggande arbete (6 procent), ospecificerat utvecklingsarbete (5 procent), bemanning (3 procent), samverkan (2 procent), metod (2 procent), övrigt (5 procent) och ospecificerat (11 procent).[32]

[32] Socialstyrelsen. 2019. *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa, Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018, Slutrapport*.

Underlag inför nulägesrapport 15 oktober 2021 gällande överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021*

I Tilläggsöverenskommelsen 1 juli 2021 om *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården* står följande:

> För att följa upp regionernas arbete med de insatser och åtgärder som beskrivits i de regionala handlingsplanerna som redovisades 31 mars 2021 ska regionerna senast den 15 oktober 2021 inkomma med en nulägesrapport. Nulägesrapporten ska utgå från den regionala handlingsplanen och ska innehålla en statusuppdatering vad gäller regionens arbete med handlingsplanens genomförande under 2021. Rapporten ska också innehålla en beskrivning av hur regionen vid rapporttillfället ligger till i förhållande till sina mål samt en redogörelse för det fortsatta arbetet för att uppnå de målsättningar för väntetider och vårdköer som har angivits i handlingsplanen.
>
> Utöver detta ska regionerna också beskriva sitt arbete med kvalitetssäkring och implementering av den nya modellen för uppföljning av specialiserad vård samt eventuella brister i täckningsgrad och inrapportering.

Utgångspunkten för nulägesrapporten är den regionala handlingsplan som lämnades 31 mars 2021. Nedan följer frågor som kan användas som vägledning när nulägesrapporten tas fram.

Frågorna specificerar det som efterfrågas i överenskommelsen. De frågor som gäller den nya modellen för specialiserad vård har kompletterats med samma frågor för primärvårdsmodellen.

1. Ange regionens målsättningar som presenterades i den regionala handlingsplanen. Om regionens målsättningar inte var tydliga och

mätbara i handlingsplanen bör de om möjligt förtydligas i nulägesrapporten.

2. Ange regionens nulägesresultat för de satta målen så tidsmässigt nära inlämnandet av nulägesrapporten som möjligt. Ange samtidigt vilket datum som resultaten är avlästa.
3. Ange och motivera regionens resultat för den lagstadgade vårdgarantin (0-)3-90-90 och läget för de överenskomna målsättningarna gällande BUP 30-30-30 (om dessa inte redovisats under punkt 2).
4. Ange översiktligt några mått på hur regionens produktionsdata för tillgänglighet ser ut för 2021 jämfört tidigare år. Hur har vårdproduktionen förändrats jämfört med tidigare år? Vad ser ni är orsaken till detta?
5. Vilka av handlingsplanens insatser för att nå målen har påbörjats och vilka har genomförts hittills under året?
6. Vilka av handlingsplanens insatser har inte genomförts eller påbörjats? Beskriv varför.
7. Har regionen beslutat om ytterligare tillgänglighetsinsatser till följd av covid-pandemin efter att handlingsplanen lämnades in 31 mars 2021?
8. Hur bedömer regionen möjligheten att nå de uppsatta målen vid årets slut? Beskriv hur arbetet planeras för resten av året för att nå de uppsatta regionala målen för en förbättrad tillgänglighet.
9. Hur har regionen planerat för och påbörjat tillgänglighetsarbetet 2022 och på längre sikt?
10. Hur har implementeringen av nya uppföljningsmodellerna för primärvård och specialiserad vård fungerat i er region?
11. Regionerna får ersättning för att rapportera uppgifter som berör tillgängligheten i såväl primärvård som specialiserad vård (ledtider, SVF, patologi, överbeläggningar, undersökningar, BUP, ledig kapacitet och aktuellt väntetidsläge). Nedanstående frågor bör om möjligt besvaras för primärvård respektive specialiserad vård:
    - Finns brister i er registrering av tillgänglighetsdata till väntetidsdatabasen? Om ja, vilka?

– Upplever ni att rapporteringen sker i enlighet med modellerna och enligt SKR:s anvisningar?
– Vad saknas i er inrapportering och hur ser planen för åtgärder ut framåt?
– Hur ser regionen på sin täckningsgrad på de data som levereras? Vad skulle underlätta för regionen att få bättre täckningsgrad?

Statens offentliga utredningar 2022

Kronologisk förteckning

1. Förbättrade åtgärder när barn misstänks för brott. Ju.
2. En skärpt syn på brott mot journalister och utövare av vissa samhällsnyttiga funktioner. Ju.
3. Sveriges tillgång till vaccin mot covid-19 – framgång genom samarbete och helgardering. S.
4. Minska gapet. Åtgärder för jämställda livsinkomster. A.
5. Innehållsvillkor för public service på internet – och ordningen för beslut vid förhandsprövning. Ku.
6. Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga. Del 1 och 2. S.
7. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2022. Samhället, tekniken och etiken. M.
8. Rätt och rimligt för statligt anställda. Fi.
9. Avfallsbeskattning – En fråga om undantag? Fi.
10. Sverige under pandemin. Volym 1 Samhällets, företagens och enskildas ekonomi. Volym 2 Förutsättningar, vägval och utvärdering. S.
11. Handlingsplan för en långsiktig utveckling av tolktjänsten för döva, hörselskadade och personer med dövblindhet. S.
12. Startlån till förstagångsköpare av bostad. Fi.
13. Godstransporter på väg – vissa frågeställningar kring ett nytt miljöstyrande system. Fi.
14. Sänk tröskeln till en god bostad. Fi.
15. Sveriges globala klimatavtryck. M.
16. Ett förstärkt lagstöd för utlämnande av sekretesskyddade uppgifter till utlandet. Fö.
17. En modell för att mäta och belöna progression inom sfi. U.
18. EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – kompletteringar och ändringar i svensk rätt. Ju.
19. Utökade möjligheter att använda hemliga tvångsmedel. Ju.
20. Privatkopieringsersättningen i framtiden. Ju.
21. Rätt för klimatet. M.
22. Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram. S.

Statens offentliga utredningar 2022

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Minska gapet. Åtgärder för minskade livsinkomster. [4]

Finansdepartementet

Rätt och rimligt för statligt anställda. [8]

Avfallsbeskattning – En fråga om undantag? [9]

Startlån till förstagångsköpare av bostad. [12]

Godstransporter på väg – vissa frågeställningar kring ett nytt miljöstyrande system. [13]

Sänk tröskeln till en god bostad. [14]

Försvarsdepartementet

Ett förstärkt lagstöd för utlämnande av sekretesskyddade uppgifter till utlandet [16]

Justitiedepartementet

Förbättrade åtgärder när barn misstänks för brott. [1]

En skärpt syn på brott mot journalister och utövare av vissa samhällsnyttiga funktioner. [2]

EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – kompletteringar och ändringar i svensk rätt. [18]

Utökade möjligheter att använda hemliga tvångsmedel. [19]

Privatkopieringsersättningen i framtiden. [20]

Kulturdepartementet

Innehållsvillkor för public service på internet – och ordningen för beslut vid förhandsprövning. [5]

Miljödepartementet

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2022. Samhället, tekniken och etiken. [7]

Sveriges globala klimatavtryck. [15]

Rätt för klimatet. [21]

Socialdepartementet

Sveriges tillgång till vaccin mot covid-19 – framgång genom samarbete och helgardering. [3]

Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga. Del 1 och 2. [6]

Sverige under pandemin. Volym 1 Samhällets, företagens och enskildas ekonomi. Volym 2 Förutsättningar, vägval och utvärdering. [10]

Handlingsplan för en långsiktig utveckling av tolktjänsten för döva, hörselskadade och personer med dövblindhet. [11]

Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram. [22]

Utbildningsdepartementet

En modell för att mäta och belöna progression inom sfi. [17]