Regeringskansliet

Remiss

2023-09-12
S2023/02604

Socialdepartementet

Effektiv och behovsbaserad digital vård

Remissinstanser

1. Adda AB
2. Astma- och allergiförbundet
3. Barnombudsmannen
4. Blekinge tekniska högskola
5. Blodtrycksdoktorn
6. Bollnäs kommun
7. Borås kommun
8. Capio
9. Danderyd kommun
10. Diabetesförbundet
11. Dietisternas riksförbund
12. Distriktssköterskeföreningen
13. Doktor 24 Healthcare AB
14. Doktorse Nordic AB
15. E-hälsomyndigheten
16. EsterCare AB
17. FAMNA
18. Finspång kommun
19. Folkhälsomyndigheten
20. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd

Telefonväxel: 08-405 10 00
Fax: 08-24 46 31
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Fredsgatan 8
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

21. Funktionsrätt Sverige
22. Fysioterapeuterna
23. Förvaltningsrätten i Linköping
24. Gnosjö kommun
25. Gotlands kommun
26. Göteborgs kommun
27. Göteborgs universitet
28. Hudiksvall kommun
29. Högskolan Väst
30. Inera AB
31. Inspektionen för vård och omsorg
32. Integritetsskyddsmyndigheten
33. Joint Academy (Arthro Therapeutics AB)
34. Kalmar kommun
35. Kammarrätten i Stockholm
36. Karolinska institutet
37. Knodd Vård AB
38. Kommunal
39. Konkurrensverket
40. Kry International AB
41. Kungsbacka kommun
42. Lindesberg kommun
43. Linköpings universitet
44. Linnéuniversitetet
45. Lunds universitet
46. Läkemedelsverket
47. Malmö kommun
48. Malung Sälen kommun
49. MediCheck Healthcare AB
50. Migränhjälpen Nordic AB

51. Min Doktor (MD International AB)
52. Mindler AB
53. Myndigheten för delaktighet
54. Myndigheten för digital förvaltning
55. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
56. Nationell Samverkan för psykisk hälsa
57. Norbergs kommun
58. Olofström kommun
59. Oxelösund kommun
60. Pensionärernas riksorganisation
61. Praktikertjänst
62. Psoriasisförbundet
63. Ragunda kommun
64. Regelrådet
65. Region Blekinge
66. Region Dalarna
67. Region Gävleborg
68. Region Halland
69. Region Jämtland Härjedalen
70. Region Jönköpings län
71. Region Kalmar län
72. Region Kronoberg
73. Region Norrbotten
74. Region Skåne
75. Region Stockholm
76. Region Sörmland
77. Region Uppsala
78. Region Värmland
79. Region Västerbotten
80. Region Västernorrland

81. Region Västmanland
82. Region Örebro
83. Region Östergötland
84. Riksdagens ombudsmän
85. Riksförbundet HjärtLung
86. Riksrevisionen
87. Robertsfors kommun
88. Skellefteå kommun
89. Skövde kommun
90. Socialstyrelsen
91. Sotenäs kommun
92. SPF Seniorerna
93. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
94. Statens medicinsk-etiska råd
95. Statskontoret
96. Stiftelsen Högskolan i Jönköping
97. Stockholms kommun
98. Strängnäs kommun
99. Sundsvalls kommun
100. Svensk förening för allmänmedicin
101. Svensk Sjuksköterskeförening
102. Svenska Distriktsläkarföreningen
103. Svenska Läkaresällskapet
104. Svenska privatläkarföreningen
105. Sveriges arbetsterapeuter
106. Sveriges Kommuner och regioner
107. Sveriges Läkarförbund
108. Sveriges Psykologförbund
109. Synskadades riksförbund
110. Tierps kommun

111. Trelleborg kommun
112. Umeå universitet
113. Universitetskanslersämbetet
114. Upphandlingsmyndigheten
115. Uppsala universitet
116. Vetenskapsrådet
117. Vetlanda kommun
118. Vilhelmina kommun
119. Vision
120. Vårdförbundet
121. Vårdföretagarna
122. Västra Götalandsregionen
123. Ystad kommun
124. Åmål kommun
125. Örebro kommun
126. Örebro universitet

Uppdraget har varit att utreda hur digitala vårdgivare ska kunna bli en del av en mer sammanhållen och kontinuitetbaserad digifysisk primärvård med god tillgänglighet där samtliga aktörer tillsammans arbetar för att tillgodose patienternas behov av en god och nära vård. I enlighet med uppdraget ska utredaren bland annat göra en översyn av de ersättningsprinciper som tillämpas för vårdval, utomlänsvård och digital utomlänsvård och föreslå åtgärder för ett mer sammanhållet system. Utredaren svarar ensam för innehållet i promemorian.

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 12 december 2023**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till s.sl@regeringskansliet.se. Ange diarienummer **S2023/02604** och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven

enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i promemorian.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Promemorian kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av promemorian via ett beställningsformulär hos Elanders Sverige AB.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss (SB PM 2021:1). Den kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Cecilia Halle
Departementsråd

Kopia till

Elanders Sverige AB, e-postadress: betankande@elanders.com

Regeringskansliet

Remiss

2023-09-12
S2023/02604

Socialdepartementet

Effektiv och behovsbaserad digital vård

Remissinstanser

1. Adda AB
2. Astma- och allergiförbundet
3. Barnombudsmannen
4. Blekinge tekniska högskola
5. Blodtrycksdoktorn
6. Bollnäs kommun
7. Borås kommun
8. Capio
9. Danderyd kommun
10. Diabetesförbundet
11. Dietisternas riksförbund
12. Distriktssköterskeföreningen
13. Doktor 24 Healthcare AB
14. Doktorse Nordic AB
15. E-hälsomyndigheten
16. EsterCare AB
17. FAMNA
18. Finspång kommun
19. Folkhälsomyndigheten
20. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd

Telefonväxel: 08-405 10 00
Fax: 08-24 46 31
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Fredsgatan 8
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

21. Funktionsrätt Sverige
22. Fysioterapeuterna
23. Förvaltningsrätten i Linköping
24. Gnosjö kommun
25. Gotlands kommun
26. Göteborgs kommun
27. Göteborgs universitet
28. Hudiksvall kommun
29. Högskolan Väst
30. Inera AB
31. Inspektionen för vård och omsorg
32. Integritetsskyddsmyndigheten
33. Joint Academy (Arthro Therapeutics AB)
34. Kalmar kommun
35. Kammarrätten i Stockholm
36. Karolinska institutet
37. Knodd Vård AB
38. Kommunal
39. Konkurrensverket
40. Kry International AB
41. Kungsbacka kommun
42. Lindesberg kommun
43. Linköpings universitet
44. Linnéuniversitetet
45. Lunds universitet
46. Läkemedelsverket
47. Malmö kommun
48. Malung Sälen kommun
49. MediCheck Healthcare AB
50. Migränhjälpen Nordic AB

51. Min Doktor (MD International AB)
52. Mindler AB
53. Myndigheten för delaktighet
54. Myndigheten för digital förvaltning
55. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
56. Nationell Samverkan för psykisk hälsa
57. Norbergs kommun
58. Olofström kommun
59. Oxelösund kommun
60. Pensionärernas riksorganisation
61. Praktikertjänst
62. Psoriasisförbundet
63. Ragunda kommun
64. Regelrådet
65. Region Blekinge
66. Region Dalarna
67. Region Gävleborg
68. Region Halland
69. Region Jämtland Härjedalen
70. Region Jönköpings län
71. Region Kalmar län
72. Region Kronoberg
73. Region Norrbotten
74. Region Skåne
75. Region Stockholm
76. Region Sörmland
77. Region Uppsala
78. Region Värmland
79. Region Västerbotten
80. Region Västernorrland

81. Region Västmanland
82. Region Örebro
83. Region Östergötland
84. Riksdagens ombudsmän
85. Riksförbundet HjärtLung
86. Riksrevisionen
87. Robertsfors kommun
88. Skellefteå kommun
89. Skövde kommun
90. Socialstyrelsen
91. Sotenäs kommun
92. SPF Seniorerna
93. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
94. Statens medicinsk-etiska råd
95. Statskontoret
96. Stiftelsen Högskolan i Jönköping
97. Stockholms kommun
98. Strängnäs kommun
99. Sundsvalls kommun
100. Svensk förening för allmänmedicin
101. Svensk Sjuksköterskeförening
102. Svenska Distriktsläkarföreningen
103. Svenska Läkaresällskapet
104. Svenska privatläkarföreningen
105. Sveriges arbetsterapeuter
106. Sveriges Kommuner och regioner
107. Sveriges Läkarförbund
108. Sveriges Psykologförbund
109. Synskadades riksförbund
110. Tierps kommun

111. Trelleborg kommun
112. Umeå universitet
113. Universitetskanslersämbetet
114. Upphandlingsmyndigheten
115. Uppsala universitet
116. Vetenskapsrådet
117. Vetlanda kommun
118. Vilhelmina kommun
119. Vision
120. Vårdförbundet
121. Vårdföretagarna
122. Västra Götalandsregionen
123. Ystad kommun
124. Åmål kommun
125. Örebro kommun
126. Örebro universitet

Uppdraget har varit att utreda hur digitala vårdgivare ska kunna bli en del av en mer sammanhållen och kontinuitetbaserad digifysisk primärvård med god tillgänglighet där samtliga aktörer tillsammans arbetar för att tillgodose patienternas behov av en god och nära vård. I enlighet med uppdraget ska utredaren bland annat göra en översyn av de ersättningsprinciper som tillämpas för vårdval, utomlänsvård och digital utomlänsvård och föreslå åtgärder för ett mer sammanhållet system. Utredaren svarar ensam för innehållet i promemorian.

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 12 december 2023**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till s.sl@regeringskansliet.se. Ange diarienummer **S2023/02604** och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven

enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i promemorian.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Promemorian kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av promemorian via ett beställningsformulär hos Elanders Sverige AB.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss (SB PM 2021:1). Den kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Cecilia Halle
Departementsråd

Kopia till

Elanders Sverige AB, e-postadress: betankande@elanders.com

Region Stockholm

REMISS

2023-09-20 RS 2023-0714

Rotel IV – Hälso- och sjukvårdsroteln
Rotel VII – Primärvårds- och folkhälsoroteln

Hälso-och sjukvårdsnämnden
Primärvårdsnämnden
Stockholms läns sjukvårdsområde

Ärende:

Remiss – Promemorian Effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 2023:27)

Yttrande från berörd nämnd/styrelse senast: **2023-10-25**

Handläggare: Jakob Stone / Daniela Sameland

Yttranden skickas till regionledningskontorets registrator:

E-post: registrator.rlk@regionstockholm.se

Adress:
Regionledningskontoret
Registraturen
Box 30215
104 25 Stockholm

Internadress:
Regionledningskontoret, Registraturen, Lindhagensgatan 98 plan 5

Effektiv och behovsbaserad digital vård

Ds 2023:27

Förord

Socialministern, statsrådet Lena Hallengren, beslutade den 22 juni 2022 att ge generaldirektören Björn Eriksson i uppdrag att biträda Socialdepartementet med att utreda hur digitala vårdgivare ska kunna bli en del av en mer sammanhållen och kontinuitetbaserad digifysisk primärvård med god tillgänglighet där samtliga aktörer tillsammans arbetar för att tillgodose patienternas behov av en god och nära vård. I enlighet med uppdraget ska utredaren bland annat göra en översyn av de ersättningsprinciper som tillämpas för vårdval, utomlänsvård och digital utomlänsvård och föreslå åtgärder för ett mer sammanhållet system. Till sin hjälp har utredaren haft regionjuristen Josef Driving, utredaren Charlotte Pihl och ämnesrådet Petra Zetterberg Ferngren.

Härmed överlämnas promemorian Effektiv och behovsbaserad digital vård. Uppdraget är därmed slutfört.

Stockholm den 15 augusti 2023

Björn Eriksson

Innehåll

Förord **1**

Innehåll **3**

1 Sammanfattning **7**

2 Författningsförslag **13**

2.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 13

3 Uppdraget och dess genomförande **17**

3.1 Dialoger och andra möten 18

4 Ersättningsprinciper i primärvården **21**

4.1 Rättslig reglering och praxis 21

4.2 Ersättningsprinciper som tillämpas i regionerna 30

4.3 Vilka digitala vårdtjänster kan likställas med ett fysiskt besök i primärvården? 39

4.3.1 Hur definieras en ersättningsgill digital vårdkontakt i primärvården 44

5 Kvalitetskrav i hälso- och sjukvården **51**

5.1 Ledningssystem, patientsäkerhetsarbete och patientsäkerhetsberättelse 51

5.2 Regler vid läkemedelsförskrivning 54

5.3 Särskilda krav som ställs i regionernas regelböcker för vårdval primärvård ... 57
5.3.1 Genomgång av särskilda krav på underleverantörer ... 59

5.4 Dokumentationskrav i hälso- och sjukvården ... 61
5.4.1 Dokumentationshantering med bristande interoperabilitet ... 65

6 Receptförnyelse ... 71

6.1 Digitala vårdgivare förnyar recept – under vissa förutsättningar ... 71

6.2 Möjlighet att dela information om förskrivning mellan vårdgivare ... 76

7 Uppföljning och tillsyn av digitala utförare i primärvården ... 79

7.1 Regionernas uppföljning och kontroll av privata vårdgivare ... 79

7.2 Uppföljning enligt regionernas regelböcker för vårdval primärvård ... 81

7.3 Tillsyn över hälso- och sjukvården ... 89

8 Remiss och hänvisning ... 93

8.1 Remiss och hänvisning enligt gällande regelverk ... 93
8.1.1 Förutsättningarna avgör om remiss kan utfärdas ... 94

8.2 Vilka vårdverksamheter remitterar digitala vårdgivare sina patienter till? ... 97
8.2.1 Hänvisning av patienter ... 100

9 Marknadsföring ... 103

9.1 Nationella riktlinjer för marknadsföring ... 103

9.2 Regionerna ställer krav vid marknadsföring ... 106

9.3 Instanser som ser över marknadsföring 107
9.4 Hur de digitala vårdtjänsterna marknadsförs 110
9.5 Delad syn på marknadsföring 112
9.5.1 Marknadsföring av regionernas egna digitala vårdtjänster 113
9.6 Utbudets påverkan på vårdkonsumtion 114

10 Överväganden och förslag 119

10.1 Utgångspunkter för förslagen 119
10.2 Lösningar som utredningen har övervägt 131
10.3 Begreppet distanskontakt definieras 136
10.4 Skyldighet att erbjuda patienter distanskontakter 137
10.4.1 Regionerna bör möjliggöra etablering av digitala vårdgivare inom öppen specialiserad vård 154
10.5 Utomlänsvård genom distanskontakt ska föregås av en adekvat behovs- och lämplighetsbedömning 157
10.6 Patienten ska betala hemregionens patientavgift 166
10.7 Ersättningsfrågor 171
10.8 Tydligare krav och uppföljning 176
10.9 Ingen ny reglering av kvalitetsparametrar eller uppföljning 180
10.10 Remittering eller hänvisning av patienter 183
10.11 Hur förslagen förhåller sig till EU-rätten och till Europakonventionen 188
10.12 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelse 188

11 Konsekvenser av förslagen 191

11.1 Aktörer som berörs av förslagen 191

11.2 Förslaget om att införa en definition av begreppet distanskontakt i hälso- och sjukvårdslagen ... 192

11.3 Förslaget om att regionerna ska erbjuda distanskontakter ... 192

11.4 Förslaget om att utomlänsvård genom distanskontakt ska föregås av en adekvat behovs- och lämplighetsbedömning ... 195

11.5 Förslaget om att patienten ska betala hemregionens patientavgift ... 198

11.6 Konsekvenser för staten ... 200

11.6.1 Bedömningen om att Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård bör tilldelas finansiering under två år ... 201

11.6.2 Digitala förmågor bör ingå som obligatoriska moment i examensbeskrivningarna till relevanta medicinska grundutbildningar ... 201

11.6.3 Stöd för implementering av digitala verktyg bör tas fram ... 202

11.6.4 Regeringen bör uppmuntra och stimulera forskning kring digitala tjänster inom hälso- och sjukvården ... 202

11.6.5 Sammanställning av forskning om när det lämpar sig respektive inte lämpar sig med hälso- och sjukvård via distanskontakt ... 202

11.6.6 Stimulansmedel för innovation och utveckling ... 202

11.7 Konsekvenser för det jämställdhetspolitiska delmålet om jämställd hälsa ... 203

12 Författningskommentar ... 209

12.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ... 209

1 Sammanfattning

Promemorian innehåller förslag som syftar till att säkerställa att primärvård som ges av digitala vårdgivare bättre kan integreras och samordnas med övrig primärvård samt se till att digitala vårdtjänster ges efter behov och främjar kostnadseffektivitet.

Promemorian innehåller även ett antal rekommendationer som regionerna med bibehållen rådighet kan välja att följa för ett mer tydligt och sammanhållet hälso- och sjukvårdsystem.

Utgångspunkter

Som centrala utgångspunkter för förslagen har utredningen särskilt uppmärksammat och problematiserat följande:

- Primärvårdens uppdrag att bland annat samordna patientens insatser försvåras av ett splittrat system.
- Relationskontinuitetens betydelse i primärvården riskerar att urholkas i dagens system.
- Huvudmännens förmåga att prioritera och styra försvagas av den digitala utomlänsvården.
- Det krävs åtgärder för att säkerställa principen om vård efter behov och kostnadseffektivitet.
- Dagens system innebär konkurrensproblem och en omotiverad styrning mot utomlänsvård.
- Specialiserad digital öppen vård har svårt att hitta en egen plats i systemet.

Promemorians förslag och bedömningar

Begreppet distanskontakt definieras (avsnitt 9.3)

Utredningen föreslår att en definition av begreppet distanskontakt ska införas i hälso- och sjukvårdslagen. Med distanskontakt avses vårdkontakt i öppen vård där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda.

Regionerna ska erbjuda distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt (avsnitt 9.4)

Inom framför allt den öppna vården (primärvård och öppen specialiserad vård) bör patienter alltid kunna erbjudas besök på distans – video, telefon, chatt eller i annan form – om det bedöms lämpligt ur ett medicinskt perspektiv. Patienter ska inte behöva ta sig till en fysisk mottagning om det inte är nödvändigt – det sparar tid och resurser för såväl patienten som för vårdenheten. Patienter som önskar få vård via distanstjänster ska inte heller behöva söka sig till utomlänskontakter för att ta del av sådana tjänster utan ska, om de så önskar, kunna erbjudas tjänsterna inom den egna regionen med de fördelar som detta kan medföra i form av bland annat samordning, ökad kontinuitet och bättre informationsdelning. I promemorian föreslås därför att regionerna ska erbjuda öppen vård genom distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt.

Patientens hemregion ska inte vara skyldig att ersätta kostnaden för distanskontakter som erbjuds av en annan region om distanskontakten inte har föregåtts av en adekvat behovs- och lämplighetsbedömning enligt grunder som beslutas av den region som erbjuder vården (avsnitt 9.5)

Utredningen konstaterar att offentligt finansierad vård – enligt gällande lagstiftning – ska ges efter behov och organiseras så att den främjar kostnadseffektivitet. För att säkerställa att utomlänsvård som sker genom distanskontakt uppfyller dessa krav, föreslår utredningen att hemregionen inte ska vara skyldig att ersätta kostnaden för vården om den inte har föregåtts av en adekvat

behovs- och lämplighetsbedömning enligt grunder som beslutas av den region som erbjuder vården (vårdregionen). Om en utomlänspatient ändå ges tillgång till en distanskontakt, utan att dessa förutsättningar är uppfyllda, får vårdregionen själv bära kostnaden för vården. Regionerna bör därför reglera i sina vårdavtal med privata utförare i öppen vård att digitala vårdtjänster endast ersätts om regionen har fattat beslut om hur behovs- och lämplighetsbedömningen ska gå till och att beslutet har följts av utföraren.

Vid utomlänsvård som sker genom distanskontakt ska patienten betala de vårdavgifter som tillämpas i patientens hemregion (avsnitt 9.6)

Många nationellt verksamma digitala vårdgivare etablerar sig i regioner som har beslutat om en låg vårdavgift (patientavgift) för digitala vårdkontakter. Det kan antas att patientavgiftens storlek har särskilt stor betydelse vid valet av vårdgivare i samband med digitala vårdkontakter. Enligt utredningens uppfattning finns det vissa problem förknippade med digital utomlänsvård, bland annat vad gäller informationskontinuitet, vårdövergångar och koordinering med fysiska vårdinsatser samt uppföljning. Det är därför viktigt att patienter inte drivs att söka digital utomlänsvård enbart på grund av patientavgiftens storlek, när patienten i övrigt uppfattar två digitala vårdgivare som likvärdiga. Den ena vårdgivaren kanske till och med är den vårdgivare som patienten har valt att lista sig hos och som har samordningsansvaret för patientens övriga hälso- och sjukvårdsinsatser. I sådana fall är det olyckligt om patienten väljer en digital utomlänskontakt huvudsakligen eller enbart på grund av den lägre patientavgiften. I promemorian föreslås därför att det ska vara patientens hemregion som bestämmer patientavgiften för primärvård och annan öppen vård som erbjuds av en annan region genom distanskontakt. Syftet med förslaget är att patienter inte ska välja utomlänsvård när ett för patienten likvärdigt utbud av utförare och vårdtjänster finns att tillgå i den egna regionen.

Ikraftträdande och övergångsbestämmelse (avsnitt 9.12)

Utredningen bedömer att berörda aktörer – regioner och privata vårdgivare – kan behöva tid för förberedelser inför förändringarna och föreslår därför ett ikraftträdande den 1 oktober 2025. Bestämmelserna om att patienten ska erbjudas distanstjänster och att utomlänsvård genom distanskontakt ska föregås av en behovs- och lämplighetsbedömning ska inte tillämpas på avtal som har ingåtts före ikraftträdandet. Bestämmelserna ska dock tillämpas om ett sådant avtal förlängs efter ikraftträdandet.

Myndighetsuppdrag m.m.

Utbildning i förmågan att använda digitala verktyg

Teknikutvecklingen går snabbt och allt fler yrkesgrupper i vården förväntas ha förmågor och kunskaper kring användande av digitala verktyg för att möta och behandla patienter digitalt. Utbildning i digital vård är därför en nödvändig förutsättning i alla medicinska professioners grundutbildning.

Mot den bakgrunden gör utredningen bedömningen att förmågan att använda digitala verktyg för att möjliggöra vård genom distanskontakt bör ingå som obligatoriska moment i examensbeskrivningarna till relevanta medicinska grundutbildningar.

Stöd för implementering av digitala verktyg

Iakttagelser från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) visar på vikten av att den personal som möter patienter via digitala tjänster behöver få utbildning och introduktion som är specifik för just detta. Viktiga delar i en sådan utbildning skulle enligt myndigheten vara hur tekniken ska hanteras och hur man upprätthåller hög informationssäkerhet, exempelvis när personal arbetar på distans och möter patienter via chatt och videomöte. Personalen behöver även få utbildning i vilka vårdkontakter som kan handläggas digitalt, hur de ska agera vid akuta situationer och – om de misstänker att barn far illa – göra en orosanmälan.

Socialstyrelsen bör därför ges i uppdrag att ta fram ett stöd för implementering av digitala verktyg för att möta patienter genom distanskontakt – med fokus på bland annat informationssäkerhet och bemötande för alla vårdprofessioner.

Sammanställning av forskning för när det lämpar sig respektive inte lämpar sig med hälso- och sjukvård via distanskontakt

Utredningen konstaterar att det finns ett behov av ett samlat grepp gällande exempelvis vilken vård som inte lämpar sig vid distanskontakter utifrån befintlig forskning. En sammanställning av aktuell forskning på området kan utgöra kunskapsunderlag till regionerna när de själva utvecklar sina digitala tjänster. Det kan också utgöra stöd då regionerna väljer att anlita privata digitala vårdgivare och behöver ta del av vetenskapligt underlag för att värdera att tjänsten är patientsäker och ändamålsenlig.

SBU bör därför ges i uppdrag att sammanställa forskning för när det lämpar sig respektive inte lämpar sig med hälso- och sjukvård via distanskontakt.

Regeringen bör uppmuntra och stimulera forskning kring digitala tjänster och distanskontakter inom den öppna vården

De senaste åren har utvecklingen av innovativa lösningar för distanskontakter med patienter eller distansmonitorering av patienter gått snabbt. När så sker är det viktigt att effekterna av de lösningar och verktyg som utvecklas löpande beforskas i syfte att säkerställa att alla tjänster som tillhandahålls är evidensbaserade och patientsäkra. I och med förslaget om att regionerna ska erbjuda distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt, kommer fler patienter få tillgång till sådana tjänster. Då är det angeläget att de bedömningar som görs är baserade på kunskap och vetenskapligt underlag.

Därför bör regeringen – inför kommande forskningsproposition för åren 2025–2028 – anvisa medel för att möjliggöra forskning inom digitala tjänster och distanskontakter i primärvård och övrig öppen vård.

Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård bör tilldelas finansiering för utformning av kriterier för behovs- och lämplighetsbedömningen

Det finns stora fördelar för regionerna att genom samverkan dra lärdomar av varandra och i möjligaste mån etablera gemensamma bedömningskriterier för tillgång till digitala vårdtjänster.

För att vård också ska ges på samma villkor över hela landet vore det lämpligt om huvudmännen gemensamt tar sig an utformningen av behovs- och lämplighetsbedömningen. Ett samarbete som även inkluderar relevanta statliga myndigheter är Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård. Utredningen bedömer därför att Partnerskapet är ett lämpligt forum för detta samarbete och arbetet bör kunna finansieras inom ramen för de medel som avsatts för överenskommelsen om God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.

Stimulansmedel till innovation och utveckling

För att regionerna ska kunna säkerställa att patienter inom den öppna vården får vård efter behov samt alltid erbjuds distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården sker fysiskt, så bör regionerna tilldelas stimulansmedel för att utveckla arbetet med distanstjänster, inklusive behovs- och lämplighetsbedömning. Av medlen kan även det arbete som föreslås ske inom ramen för Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård finansieras.

Stimulansmedlen bör kunna öronmärkas inom ramen för de medel som avsatts för överenskommelsen om God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.

2 Författningsförslag

2.1 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. 1 och 3 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf, 2 kap. 5 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	2 kap.
	5 a §
	Med distanskontakt avses en vårdkontakt i öppen vård där patient och hälso- och sjukvårdspersonal är rumsligt åtskilda.
	8 kap.
	1 §[1]
Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Detsamma gäller i fråga om den som har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481)	

[1] Senaste lydelse 2019:973.

och som stadigvarande vistas inom regionen. Även i övrigt ska regionen verka för en god hälsa hos befolkningen.

Regionen ska erbjuda öppen vård genom distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt.

8 kap.
3 §[2]

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 enligt 9 kap. 1 §. *Om vården erbjuds som distanskontakt tillämpas de grunder för avgiftsuttag enligt 17 kap. 1 § som patientens hemregion har beslutat om.* 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.

[2] Senaste lydelse 2019:973.

Kostnadsansvaret enligt andra stycket gäller inte heller om vården har skett genom en distanskontakt som inte föregåtts av en adekvat behovs- och lämplighetsbedömning enligt grunder som beslutas av den region som erbjuder vården.

---

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

2. Bestämmelserna i 8 kap. 1 § andra stycket och 3 § tredje stycket tillämpas inte på avtal som har ingåtts före ikraftträdandet. Bestämmelserna tillämpas dock om ett sådant avtal förlängs efter ikraftträdandet.

3 Uppdraget och dess genomförande

Enligt uppdraget ska en utredare utreda hur digitala vårdgivare ska kunna bli en del av en mer sammanhållen och kontinuitetsbaserad digifysisk primärvård med god tillgänglighet där samtliga aktörer arbetar tillsammans för att tillgodose patienternas behov av en god och nära vård. Syftet är enligt uppdraget att öka integrationen mellan fysisk och digital vård samt att främja ökad kontinuitet. Patienters behov av vård ska vara styrande.

Utifrån primärvårdsreformens inriktningsmål om bland annat ökad tillgänglighet och kontinuitet ska utredaren göra en översyn av de ersättningsprinciper som tillämpas för vårdval, utomlänsvård och digital utomlänsvård och föreslå åtgärder för ett mer sammanhållet system som ger förutsättningar för att samhällets resurser ska användas på ett så ändamålsenligt, effektivt och jämlikt sätt som möjligt. Inom ramen för översynen ska det klargöras vilka digitala vårdtjänster som är att likställa med fysiska besök i primärvården och vad som är att betrakta som sjukvårdsrådgivning.

Vidare ska utredaren analysera om det finns behov av att ställa särskilda krav, exempelvis kvalitetsmässiga sådana, på nationellt verksamma digitala vårdgivare och, om det finns sådana behov, föreslå hur de kraven kan utformas. Utredaren ska också kartlägga till vilka vårdverksamheter de digitala vårdgivarna remitterar eller hänvisar patienter och vid behov föreslå åtgärder för ett mer effektivt och behovsbaserat resursutnyttjande. Enligt uppdraget ska utredaren bedöma om det finns skäl som talar för att andra bedömningsgrunder ska gälla vid receptförnyelse om förskrivaren finns hos en digital vårdgivare och vid behov föreslå ytterligare krav som ska ställas vid receptförnyelse hos en digital vårdgivare och analysera och föreslå hur såväl uppföljning som tillsyn av digitala

vårdgivare kan utvecklas, framför allt med avseende på hantering av receptförnyelse. Slutligen ska utredaren kartlägga hur digitala vårdtjänster marknadsförs och analysera hur utbudet av sådana tjänster påverkar patienter i deras vårdkonsumtion, samt lämna nödvändiga författningsförslag.

3.1 Dialoger och andra möten

Utredningen ska enligt uppdraget samverka med berörda myndigheter och föra dialog med bland andra regionerna, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samt företrädare för professionerna, patienterna och de privata vårdgivarna.

Statliga myndigheter

Möten har hållits med de statliga myndigheterna E-hälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Konkurrensverket, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

SKR, regioner och Inera

Utredningen har haft ett nära samarbete med SKR, som innefattat ett antal möten. Inom ramen för arbetet har utredningen hållit intervjuer med företrädare för regionerna Gävleborg, Jönköping, Jämtland Härjedalen, Stockholm, Sörmland, Uppsala, Västerbotten, Västra Götaland och Östergötland. Intervjuerna har rört bland annat regionernas ersättningssystem och krav på utförarna inom vårdval i primärvården och utvecklingen av digitala tjänster i regionens egen regi, bland annat implementeringen av tjänsten 1177 Direkt.

Utredningen har även intervjuat Inera AB (Inera) angående bland annat tillgång till och användning av Ineras nationella tjänster, såsom Nationell Patientöversikt (NPÖ) och implementeringen av 1177 Direkt.

Företrädare för hälso- och sjukvårdens professioner

Utredningen har fört dialog med företrädare för Svenska Läkaresällskapet, Sveriges läkarförbund, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Vårdförbundet, Svensk sjuksköterskeförening, Psykologförbundet och Fysioterapeuterna.

Företrädare för patientorganisationer

Utredningen har fört dialog med företrädare för patient- och handikapporganisationerna Astma- och allergiförbundet, Diabetesförbundet, Riksförbundet HjärtLung, Psoriasisförbundet och Funktionsrätt Sverige. Vid samma tillfälle deltog även företrädare för SPF Seniorerna.

Privata vårdgivare

Utredningen har intervjuat privata digitala och digifysiska vårdgivare i syfte att bättre förstå förutsättningarna för deras verksamhet, exempelvis gällande ersättningsregler och andra krav. Utredningen har träffat vårdgivarna Capio, Praktikertjänst, Kry, Min Doktor, Doktor.se och Doktor24. Utredningen har även träffat digitala vårdgivare som erbjuder mer nischade tjänster – MediCheck, Blodtrycksdoktorn, Joint Academy, Mindler, EsterCare, Knodd och Migränhjälpen. En del av vårdgivarna finns fysiskt etablerade i en eller flera regioner medan andra erbjuder digitala tjänster som underleverantörer till vårdvalsaktörer inom primärvården med fysiska mottagningar.

Utredningen har även fört dialog med branschorganisationen Vårdföretagarna – då även flera privata vårdgivare utan specifik digital profil har deltagit.

Forskare

Utredningen har fört dialog med ett antal forskare som bland annat forskar inom området digital vård i primärvården, i syfte att ta del av aktuellt kunskapsläge och få inspel i arbetet.

4 Ersättningsprinciper i primärvården

Utredningen ska enligt uppdraget göra en översyn av de ersättningsprinciper som tillämpas för vårdval, utomlänsvård och digital utomlänsvård och föreslå åtgärder för ett mer sammanhållet system. Inom ramen för översynen ska det klargöras vilka digitala vårdtjänster som är att likställa med fysiska besök i primärvården och vad som är att betrakta som sjukvårdsrådgivning.

4.1 Rättslig reglering och praxis

Regionernas ansvar för primärvård

Enligt 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, har varje region ett grundläggande ansvar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt de som är bosatta inom regionen.

Med primärvård avses 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.

Definitionen av primärvård ändrades den 1 juli 2021. I propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164) utvecklade regeringen sina överväganden och konstaterade att en mer ändamålsenlig gränsdragning mellan primärvård och annan specialiserad vård enbart bör ta utgångspunkt i om vården kräver generalist- eller annan specialistkompetens inom olika professioner, oavsett vilken huvudman som

ska utföra vården. Både regioner och kommuner är huvudmän för primärvården. Enligt regeringen ska primärvården även i fortsättningen stå för en bred kompetens som kan tillgodose den enskilda individens allra flesta vårdbehov. Primärvård kännetecknas av att verksamheten är beroende av flera olika generalistkompetenser som samverkar kring patienten och bör därför definieras utifrån generalistens breda kompetens. Det är naturligt att den allmänmedicinska specialistkompetensen är central inom primärvården. Samtidigt krävs det en mängd andra generalistkompetenser för att klara ett omfattande uppdrag. Andra yrkesgrupper med bred kompetens som enligt regeringen kan vara nödvändiga för att fullgöra primärvårdens uppdrag är till exempel arbetsterapeuter, barnmorskor, biomedicinska analytiker, dietister, farmaceuter, fysioterapeuter, kuratorer, medicinska sekreterare, psykologer, sjuksköterskor och undersköterskor (a. prop. s. 69 f.).

Regeringen anförde vidare att ”särskilda medicinska resurser” bör kunna avse annan kompetens än specialistkompetens i allmänmedicin eller likvärdig specialitet, såsom geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin. Med särskilda tekniska resurser avses exempelvis särskilt avancerad eller kostsam utrustning som brukar koncentreras till exempelvis sjukhusen.

Regionerna är huvudmän för huvuddelen av primärvården, medan kommunerna ansvarar för vissa delar, bland annat hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer, hemsjukvård och vissa rehabiliteringsinsatser. Även om den kommunala hälso- och sjukvården berörs av frågor om digitalisering och digitala vårdtjänster, är det huvudsakligen inom regionernas primärvård som digitala vårdgivare har kommit att etablera sig. I denna promemoria behandlas därför uteslutande regionernas primärvård.

Enligt 7 kap. 2 a § HSL ska regionerna organisera sin hälso- och sjukvård så att den som kan ges nära befolkningen. Bestämmelsen ger uttryck för målet att regionernas primärvård ska vara den tydliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. Den innebär också att regionerna ska sträva efter att öka användningen av tekniska lösningar inom olika vårdformer och att göra det möjligt för patienten att få hjälp i sitt eget hem via dator eller mobiltelefon eller på annat sätt (prop. 2017/18:83 s. 46).

Regionerna får enligt 15 kap. 1 § HSL, med bibehållet huvudmannaskap, sluta avtal med någon annan, exempelvis privata företag,

om utförande av den hälso- och sjukvård som regionen ansvarar för. Regionerna har också möjligheter att sluta avtal med andra regioner om utförande av olika vårdinsatser, 8 kap. 5 § HSL.

Valfrihet och vårdval i primärvården

Sedan år 2010 är det obligatoriskt för regionerna att inrätta så kallat vårdval i primärvården. Enligt 7 kap. 3 § HSL ska regionen organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt välja och få tillgång till en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Ett vårdvalssystem ska utformas så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.

När regionen beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV, tillämpas. LOV bygger på att regionen publicerar ett förfrågningsunderlag, vari bland annat förutsättningar och krav för att kvalificera sig som leverantör i valfrihetssystemet ska framgå. Alla leverantörer som uppfyller dessa krav har rätt att efter ansökan godkännas att få delta i valfrihetssystemet och teckna kontrakt med den upphandlande regionen, förutsatt att vissa uteslutningsgrunder inte föreligger. Av förfrågningsunderlaget ska även framgå vilka krav som ställs på de tjänster som ska levereras och hur tjänsterna ersätts.

LOV innehåller även en bestämmelse om att den upphandlande myndigheten ska tillhandahålla ett så kallat ickevalsalternativ, för patienter som inte gör något aktivt val, 9 kap. 2 § LOV.

Enligt 9 kap. 1 § patientlagen (2014:821), förkortad PL, ska en patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård. Valmöjligheten omfattar öppen vård som finansieras av regionerna, vare sig den bedrivs i regionernas egen regi, av privata vårdgivare som har avtal med en region eller av privata vårdgivare som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.

Med öppen vård avses enligt 2 kap. 4–5 §§ HSL annan hälso- och sjukvård än vård som ges till en patient som är intagen vid en sjukvårdsinrättning (sluten vård). Definitionen av öppen vård omfattar därför bland annat mottagningsbesök och dagkirurgi, men också digitala vårdkontakter och annan hälso- och sjukvård som tillhandahålls på distans. Verksamheten inom primärvården utgör öppen hälso- och sjukvård. Patienter har således möjlighet att välja såväl fysisk som digital primärvård i en annan region på samma villkor som den regionens invånare, inklusive möjlighet att lista sig och välja en fast läkarkontakt hos en utförare inom en annan regions primärvård (prop. 2013/14:106 s. 86).

Bestämmelsen om patientens rätt att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård motsvaras av en skyldighet för regionerna att, utöver sitt primära ansvar för att erbjuda de egna invånarna en god hälso- och sjukvård, också erbjuda öppen vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård, 8 kap. 3 § HSL.

När en patient väljer att söka öppen hälso- och sjukvård i en annan region gäller inte bestämmelserna om vårdgaranti, men i övrigt ska vården ges på samma villkor som de villkor som gäller för de egna invånarna. Patientens hemregion ska svara för kostnaderna för vården, under förutsättning att eventuella remissregler som gäller i patientens hemregion har följts.

Att döma av förarbetena förutsågs inte vid tiden för lagändringen att rätten att fritt söka öppen vård i en annan region skulle få mer än marginell effekt, utan att den främst skulle få betydelse för patienter som reser till en annan region för att söka vård (prop. 2013/14:106, s. 107 f.). Lagändringen har dock fått avgörande betydelse för utvecklingen av digitala vårdtjänster och nationellt verksamma digitala vårdgivare i primärvården. Enligt siffror från Region Sörmland, som administrerar majoriteten av de nationellt verksamma digitala vårdgivarna, genomfördes under 2022 drygt 1,6 miljoner besök hos dessa vårdgivare – till en kostnad om cirka 620 miljoner kronor. I Region Stockholm, som under de senaste åren också administrerat nationellt verksamma digitala vårdgivare i större utsträckning, registrerades under 2022 cirka 740 000 digitala besök av fyra privata utförare i primärvården, varav flertalet besök gällde andra än de egna listade patienterna och cirka 178 000 besök gällde utomlänspatienter.

Listning

Ett etablerat sätt för enskilda att välja utförare i primärvården är att lista sig hos en primärvårdsenhet, som brukar benämnas vårdcentral, hälsocentral eller husläkarmottagning. Meningen är att patienter genom listning ska välja en primärvårdsenhet som sedan ska tillhandahålla huvuddelen av de insatser i primärvården som patienterna behöver och stå för samordning av insatserna.

Val av utförare i primärvården genom listning har under lång tid varit en etablerad del av regionernas administration av invånarnas val av utförare samt av vårdgivarnas uppdrag och ersättning. De flesta regioner tillämpar så kallat passiv listning baserat på närhetsprincipen, för enskilda som inte själva gör ett aktivt val.

Den 1 juli 2022 reglerades begreppet listning i lag, som det primära sättet för invånare att välja utförare i primärvården. Enligt en ny bestämmelse, 7 kap. 3 a § HSL, ska följaktligen val av utförare i primärvården ske genom att uppgifter om den enskilde förs in i en förteckning över utförarens patienter (listning). Samtidigt infördes en skyldighet för regionerna att tillhandahålla en elektronisk listningstjänst, 7 kap. 3 a § tredje stycket HSL. Byte av utförare genom omlistning får göras högst två gånger per år, om det inte finns särskilda skäl för att tillåta fler byten.

Utförarna i primärvården gavs genom lagändringen även en rätt att begära listningstak och därigenom begränsa antalet patienter som får vara listade hos utföraren. I bestämmelsen om vårdgaranti, 9 kap. 1 § HSL, infördes även en bestämmelse om att vårdgarantin i primärvården (kontakt samma dag, medicinsk bedömning av legitimerad vårdpersonal inom tre dagar) endast gäller hos en utförare som patienten är listad hos.

Syftet med lagändringen var att ge bättre förutsättningar för kontinuitet och kvalitet för patienten samt stabilitet, bättre planeringsmöjligheter och förutsägbarhet för verksamheterna inom hälso- och sjukvården (prop. 2021/22:72 s. 21). Eftersom regionerna redan sedan tidigare tillämpade listning som ett sätt att administrera patienternas val av utförare i primärvården, utförarnas åtagande samt ersättningen till utförarna, gjorde regeringen bedömningen att reformen ur ett huvudmannaperspektiv i praktiken inte innebar någon förändring (a. prop. s. 77).

Under remissbehandlingen av förslaget framfördes, bland annat från tre digitala vårdgivare, att förslaget kraftigt skulle begränsa patienternas frihet att välja vårdgivare. Regeringen påpekade dock att förslaget i sig inte hindrar patienten att till exempel akut vända sig till någon annan utförare än där han eller hon är listad (a. prop. s. 21). Under riksdagsbehandlingen gjordes mot denna bakgrund även ett förtydligande tillägg i 7 kap. 3 a § femte stycket som innebär att listning inte påverkar den enskildes möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård enligt 9 kap. 1 § PL.

Regionerna har redan innan lagändringen gjort delvis olika tolkningar av rätten att i samband med varje ny vårdkontakt välja en annan utförare än den där patienten är listad. Flera regioner har formuleringar i sina förfrågningsunderlag om att utförarna endast är skyldiga att ta emot andra utförares listade patienter om vårdbehovet är ”akut” eller ”omedelbart”. Andra typer av vårdbehov kan således, om vårdgivaren föredrar det, hänvisas till den utförare där patienten är listad, eller tillgodoses endast sedan patienten listat sig hos den nya utföraren. Flera regioner tycks också utgå ifrån att det är undantagsvis, främst i akuta situationer, som patienten egentligen har ett intresse av att välja en annan utförare än den där patienten är listad.

I andra regioner har utförarnas åtagande uttryckligen formulerats så att utföraren inte ska göra någon som helst skillnad på listade och olistade patienter. Även i dessa regioner förutsätts dock ofta att patienterna endast i begränsad utsträckning ska välja att söka vård hos en annan vårdgivare än den där de är listade. Därför är ersättningen för ett besök av en icke listad patient ofta låg, ibland väldigt låg, och utförarna förväntas i stället bygga sina intäkter huvudsakligen på den fasta ersättning som utgår för de listade patienter.

Den tolkning som stämmer bäst överens med ordalydelsen i 9 kap. 1 § PL, och som stärkts ytterligare genom det förtydligande tillägget i 7 kap. 3 a § femte stycket HSL, är att patienten för varje ny vårdinsats i primärvården, egentligen oavsett vårdinsatsens karaktär och brådskandegrad, bör ha rätt att fritt välja bland alla primärvårdsutförare, inom och utom den egna regionen.

Enligt förarbetena (prop. 2021/22:72 s. 51) ska inte listade patienter kunna prioriteras framför patienter som inte är listade utan det medicinska behovet ska avgöra prioriteringsordningen. Däremot är det tydligt att listade patienter bör kunna förvänta sig en högre

tillgänglighet än icke listade. Bestämmelsen i 9 kap. 1 § andra stycket HSL, om att vårdgarantin i primärvården endast ska gälla hos den utförare där patienten är listad, syftar nämligen till att tydliggöra dels att ansvaret för den enskilda utföraren i första hand avser den egna listan av patienter, dels att patienten kan förvänta sig tillgänglighet framför allt där han eller hon är listad.

Vårdgarantins miniminivå framgår av 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Såvitt avser primärvården ska vårdgarantin innehålla en försäkran om att den enskilde får kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti) och en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom tre dagar (bedömningsgaranti inom primärvården), om en sådan bedömning inte kan göras vid första kontakttillfället.

När vården utförs av offentliga och privata vårdgivare inom ramen för ett valfrihetssystem, torde det åligga regionen i egenskap av upphandlande myndighet och huvudman för vården att i avtal, förfrågningsunderlag eller regelböcker utforma utförarnas åtagande så att vårdgarantin uppfylls. En utförare inom primärvården ska dock inte enligt bestämmelserna om vårdgaranti vara skyldig att tillgodose tillgänglighetsgarantin och bedömningsgarantin inom primärvården för andra patienter än de som har valt utföraren genom listning. Det framstår som något oklart inom vilka tidsramar utförarna bör åläggas att ta emot andra patienter än de listade, för att patientens rätt att välja utförare oavsett listning ska anses vara uppfyllt. Så snart patientens behov av vård är fastställt bör dock utföraren vara skyldig att prioritera patienterna utifrån deras medicinska behov, oavsett listning.

Lagregleringen av patientens rätt att välja utförare i primärvården oavsett listning innehåller inte någon likställighetsprincip, på så sätt att vården alltid ska erbjudas listade och icke listade på samma villkor. Tvärtom så är det alltså tydligt att icke listade kan förvänta sig en något sämre tillgänglighet än listade och enligt vad utredningen har erfarit förekommer det i praktiken att privata vårdgivare inte ger andra än de egna listade patienterna tillgång till sitt digitala vårdutbud. Det förekommer också att regioner inte låter icke listade utomlänspatienter få tillgång till ett visst digitalt vårdutbud eller digitalt kontaktsätt. I en enkätundersökning genomförd bland vårdcentralschefer i april 2022 svarade 84 procent att de erbjöd digitala

läkarbesök till vårdcentralens listade patienter, men endast 33 procent svarade att motsvarande tjänster erbjöds till icke listade. (Konkurrensverket, Privata digitala vårdtjänsters påverkan på konkurrensförhållanden i primärvården, Rapport 2022:3). Det kan diskuteras om sådana begränsningar verkligen är förenliga med patienternas rätt att, inom eller utom den egna regionen och oavsett listning, välja utförare av öppen hälso- och sjukvård.

Utredningen kan konstatera att patientens lagstadgade rätt att välja utförare inte alltid i praktiken korresponderar med en avtalad skyldighet för vårdgivarna att erbjuda alla typer av vårdtjänster eller kontaktsätt till patienter som är listade hos andra utförare, inom eller utom den regionen. Detta gäller särskilt när det handlar om att tillhandahålla digitala vårdtjänster på ett sådant sätt så att de kan bli tillgängliga och valbara nationellt. I stället tillåts vårdgivarna i praktiken ofta själva välja om de ska erbjuda digitala hälso- och sjukvårdstjänster på ett sådant sätt att de blir valbara för icke listade inom- eller utomlänspatienter, inklusive att anlita en underleverantör som är en nationellt verksam digital vårdgivare.

Dessa digitala vårdgivare, som ofta har en helt egen digital ingång för vårdsökande, kan vara specialiserade på en viss kategori av patienter eller en viss diagnos. Även om den digitala vårdgivaren väljer att ta emot ett så brett patientunderlag som möjligt, så är de kategorier av patienter som kan tas emot i en helt digital vårdform av naturliga skäl begränsade. Effekten blir att vårdgivare, i förhållande till andra än de egna listade patienterna, i praktiken tillåts välja bort, eller åtminstone prioritera ner, vissa åtaganden som annars ingår i primärvårdsuppdraget.

Utförare och underleverantörer

För att kunna bedriva offentligt finansierad primärvård gäller i samtliga regioner att vårdgivaren måste ha en fysisk primärvårdsenhet, exempelvis en vårdcentral, i regionen. Det förekommer att både den fysiska vårdcentralen och en nationellt tillgänglig digital vårdverksamhet bedrivs inom ramen för samma juridiska person, exempelvis ett aktiebolag. Det är dock mer vanligt att nationellt verksamma digitala vårdgivare själva saknar en fysisk mottagnings-

verksamhet och bedriver sin verksamhet som underleverantörer till en utförare i primärvården.

Enligt 5 kap. 1 § LOV ska fysiska eller juridiska personer var för sig eller tillsammans med andra leverantörer ha möjlighet att ansöka om godkännande i valfrihetssystemet. Den upphandlande myndigheten får inte ställa upp villkor om att samarbetet ska ha en bestämd form för att få lämna en ansökan. Om det krävs för att kontraktet ska kunna fullgöras på ett godtagbart sätt får dock krav på viss juridisk form uppställas. Enligt 5 kap. 2 § LOV får sökande åberopa andra företags ekonomiska, tekniska och yrkesmässiga kapacitet för att uppfylla kraven för att godkännas i valfrihetssystemet.

Bestämmelserna, som syftar till att göra det lättare för mindre företag att delta i valfrihetssystem, utgör grunden för att vårdgivare i ett vårdvalssystem kan anlita underleverantörer. Utgångspunkten är att en region inte kan motsätta sig att en vårdgivare anlitar ett annat företag för att utföra en del av de tjänster som omfattas av vårdgivarens avtal med en region, så länge som underleverantören uppfyller de obligatoriska krav i förfrågningsunderlaget som är applicerbara på underleverantörens tjänster.

I betänkandet Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42, s. 127 f.) fördes en diskussion om huruvida en digital vårdgivare som inte huvudsakligen riktar sig till huvudleverantörens patienter är att anse som underleverantör i upphandlingsrättslig mening, med tanke på att de inte bidrar till fullgörande av huvudleverantörens åtagande. Åtagandet för utförarna i primärvården ska dock, i enlighet med regleringen av patientens rätt att välja utförare, innebära en skyldighet att ta emot även andra patienter än utförarens listade patienter, samt att ta emot utomlänspatienter på samma villkor som bosatta i den egna regionen. Så länge de tjänster som erbjuds av underleverantören hade kunnat erbjudas av huvudleverantören bör enligt utredningens mening en digital vårdgivare ändå definieras som en underleverantör.

De upphandlingsrättsliga förutsättningarna för att begränsa anlitande av underleverantörer är osäkra. Regionerna uppställer olika regler för anlitande av underleverantörer (se närmare om detta i kapitel 6).

4.2 Ersättningsprinciper som tillämpas i regionerna

Regionerna råder över och utformar sina förfrågningsunderlag och andra regler för sina valfrihetssystem i primärvården, inklusive principer och regelverk för hur utförarna ersätts för sina tjänster. Även om såväl uppdragsbeskrivningar, kravställning och ersättningsregler skiljer sig åt på många punkter, så finns också många likheter. Regionernas ersättningsregler uppdateras också över tid, utifrån förändrade förutsättningar och nya prioriteringar som regionerna självständigt beslutar om i enlighet med principen om kommunalt självbestämmande.

Valet av ersättningsmodell har en viktig styrningsfunktion när det gäller etableringen av utförare och vilka tjänster som erbjuds, inte minst när det gäller de digitala vårdtjänsterna.

Fast ersättning - kapiteringsersättning

Gemensamt för samtliga regioners ersättningsmodeller är att ersättningen till utförarna i primärvården till övervägande del utgår som så kallad kapiteringsersättning grundat på den enskildes val av utförare genom listning, med ett visst belopp för den tidsperiod då patienten är listad hos utföraren.

Kapiteringsersättningen beräknas på olika sätt i olika regioner, men justeras typiskt sett utifrån olika faktorer som speglar de listade individernas förväntade vårdbehov. Dessa faktorer kan vara ålder, kön, sjukdomsbörda (Ajusted Clinical Groups, ACG) eller socioekonomiska egenskaper (Care Need Index, CNI).

Syftet med att använda en stor del kapiteringsersättning är att främja helhetsansvar, kontinuitet och kostnadseffektivitet samt styra mot sjukdomsförebyggande insatser. Det ökar även huvudmännens planeringsförutsättningar och möjlighet att styra över primärvårdens totalkostnad. Nackdelen med stor andel kapitering är att den inte i tillräcklig utsträckning stimulerar till produktion, vilket kan leda till lägre tillgänglighet. Vårdgivaren ges dock incitament att upprätthålla en god tillgänglighet för de listade patienterna, så att dessa inte väljer att lista om sig hos en annan utförare. Trots att kapiteringsersättningen ofta viktas utifrån förväntat vårdbehov, uppges det finnas en risk för patientselektering, genom att det kan löna sig att förmå förhållandevis friska patienter med vårdbehov att

lista sig hos den egna utföraren (SKR, Ersättningsmodeller i primärvården, Delrapport 1, 2022).

Rörlig ersättning - besöksersättning

Utöver den fasta kapiteringsersättningen utgår även en rörlig, också kallad produktionsbaserad, ersättning för utförda patientbesök eller andra utförda åtgärder. Syftet med den rörliga ersättningen är att främja produktion och därmed öka tillgängligheten. Ibland består den rörliga ersättningen till en del i att utföraren får tillgodogöra sig patientavgiften och kompenseras för det fall patienten är avgiftsbefriad.

Den rörliga ersättningen för ett besök skiljer sig vanligen åt beroende på om patienten är listad hos utföraren eller om det är fråga om ett tillfälligt besök av en icke listad patient. Flertalet regioner lämnar ingen besöksersättning alls när patienten är listad hos utföraren.

Vanligen utgår tilläggsersättning för en patient som inte är listad hos utföraren. Tilläggsersättningen kallas ibland för otrohetsersättning eller inomlänsersättning. I vissa regioner är dock även tilläggsersättningen så låg att den inte kan förväntas ge utföraren full täckning för kostnaden. Bland dem som lämnar lägst ersättning är Region Sörmland och Region Västerbotten. Besöksersättningen för ett fysiskt besök av en icke listad patient bosatt i den egna regionen ersätts i dessa regioner med 200 kr.

Samtliga regioner lämnar besöksersättning för digitala vårdkontakter av icke listade patienter och flera regioner lämnar även en viss ersättning för digitala vårdkontakter av listade patienter. Några regioner lämnar högre ersättning för digitala vårdkontakter än för fysiska kontakter, i syfte att stimulera till användning av digitala verktyg.

Ersättning lämnas ofta under förutsättning att de digitala vårdkontakterna ersätter eller motsvarar ett fysiskt besök, se avsnitt 3.3. Flera regioner lämnar besöksersättning endast för besök som sker genom videomöte i realtid. Exempelvis Region Uppsala definierar ett digitalt vårdmöte som en vårdkontakt där patient möter hälso- och sjukvårdspersonal och där kommunikationen sker med hjälp av videoteknik så att deltagarna kan se och tala med varandra i realtid.

Andra regioner tillämpar en mer teknikneutral definition av en distanskontakt. Exempelvis beskriver Region Halland att distanskontakter kan ske genom överföring av ljud, bild, text eller som kombination av dessa. Således omfattas såväl videokontakt, telefonkontakt och skriftlig kontakt, exempelvis chatt, av definitionen, förutsatt att övriga krav som uppställs på en digital vårdkontakt uppfylls. Enligt Region Halland ska hälso- och sjukvården erbjuda den besöksform som är medicinskt lämplig och mest fördelaktig för båda parter. Det ska alltid vara möjligt för patienten att välja ett besök på mottagning i stället för ett digitalt besök. Region Sörmland är en annan region som på ett liknande sätt definierar ett ersättningsgillt besök mer teknikneutralt utifrån innehållet och inte det valda kontaktsättet.

När det gäller digitala besök av en icke listad patient bosatt i den egna regionen lämnar de flesta regioner en ersättning som är beräknad för att ge vårdgivaren täckning för kostnaderna hänförliga till besöket. Ersättningen är vanligen i nivå med den av SKR rekommenderade gemensamma utomlänsersättningen för digitala vårdkontakter, se nedan. Några regioner, bland annat regionerna Västerbotten, Blekinge och Stockholm (från och med den 1 maj 2023), har dock valt att lämna besöksersättning för en digital vårdkontakt av en icke listad inomlänspatient med endast 100 kronor. Då hänvisas utförarna i dessa regioner i praktiken till att täcka kostnaderna för dessa vårdkontakter med den övriga ersättning som utgår för uppdraget, som huvudsakligen beräknas utifrån de patienter som valt att lista sig hos utföraren. Det innebär ett starkt negativt incitament mot att erbjuda digitala vårdtjänster till andra än de egna listade patienterna.

Andra former av ersättning

Utöver den fasta kapiteringsersättningen och den rörliga besöksersättningen tillämpas olika former av mål- eller resultatbaserad ersättning. Särskild ersättning eller bonus utgår när vissa målvärden uppnås, eller så görs ett avdrag om värdena inte uppnås. Målvärden kan exempelvis handla om vårdgivarens läkemedelsförskrivning, såsom följsamhet till riktlinjer för antibiotikaanvändning och tillgänglighet (uppfyllnad av vårdgarantin). Vissa regioner lämnar

målrelaterad ersättning kopplat till andelen digitala vårdkontakter, i syfte att stimulera användningen av digitala verktyg.

Många regioner lämnar tilläggsersättning till utförare som etablerar mottagningar med ofördelaktigt geografiskt läge. Ett ofördelaktigt läge kan bestå i exempelvis stort avstånd till sjukhus eller ett område med lägre befolkningstäthet.

Ersättningsgrunden täckningsgrad för vårdkonsumtion används som ett sätt att få utförarna att i så stor utsträckning som möjligt ta hand om den egna enhetens listade patienter på primärvårdsnivå och inte i onödan remittera patienter till högre vårdnivå. En särskild form av täckningsgrad är i vilken utsträckning de listade patienterna får sina insatser på primärvårdsnivå hos den utförare som de är listade hos.

Kostnadsansvar

Den utförare som patienten är listad hos och som för detta uppbär fast kapiteringsersättning, har vanligen ett kostnadsansvar för vissa kostnader hänförliga till de listade patienternas behov av andra insatser.

Bland annat görs avdrag när listade patienter söker vård hos en annan utförare i primärvården, inom eller utom den egna regionen. Ofta motsvarar avdraget den extra besöksersättning som betalas ut till den andra utföraren. Därigenom uppnås kostnadsneutralitet och bättre planeringsförutsättningar och budgetkontroll för regionen. Ett annat syfte är att förmå den utförare som patienten valt genom listning att själv tillgodose patientens vårdbehov i så stor utsträckning som möjligt.

När det gäller digitala besök har dock flera regioner gjort undantag från principen om kostnadsansvar för besök hos annan utförare i primärvården, med motiveringen att det är svårt för utförarna att styra över patienternas digitala kontakter med andra utförare och ett kostnadsansvar för digitala vårdkontakter kan bli orimligt betungande för redan ansträngda utförare i primärvården. Den extra besöksersättningen belastar då regionens centrala primärvårdsbudget och påverkar inte den enskilda utförarens ekonomi.

Flertalet regioner tillämpar kostnadsansvar för utföraren när utföraren inom ramen för en vårdkontakt beställer medicinsk

service, såsom provtagning, laboratorieanalys, klinisk fysiologi eller röntgenundersökning. Det är också vanligt att utförarna har kostnadsansvar för förskrivna och uthämtade läkemedel, avseende de egna listade patienterna. Ingen region tillämpar dock kostnadsansvar för utförare som förskriver läkemedel till en utomlänspatient.

Utomlänsersättningen

När en patient har fått vård i en annan region än den där patienten är bosatt, ska hemregionen ersätta vårdregionen för kostnaderna, vilket regleras i Riksavtalet för utomlänsvård, som i dess senaste lydelse gäller från den 1 januari 2015. Enligt riksavtalet ska hemregionen utge skälig ersättning som har sin grund i överenskommelse mellan samverkande regioner inom berörd sjukvårdsregion. Överenskommelse om prislista ska offentliggöras på respektive samverkansnämnds hemsida.

Av riksavtalet och dess kommentarer framgår att avsikten varit att prislistorna framför allt ska avse vård som ges en utomlänspatient i egenregiverksamhet, där regionen själv utför vården. När vård däremot ges av en privat vårdgivare som har kontrakt med en region i enlighet med LOU eller LOV följer av riksavtalet (p. 8.2) att vårdgivaren ersätts av den kontraktsslutande regionen, som i sin tur ersätts av patientens hemregion enligt de i kontraktet med vårdregionen angivna villkoren. Vidare ska ersättningen för en vårdtjänst i ett sådant kontrakt vara densamma för både inom- och utomlänspatienter. Ett angivet skäl till den sistnämnda bestämmelsen är att olika ersättning skulle kunna ge upphov till särbehandling, det vill säga att inom- och utomlänspatienter inte behandlas lika.

Riksavtalets bestämmelser omfattar i princip alla vårdtjänster, såväl primärvård som öppen och sluten specialiserad vård. På grund av primärvårdens ersättningsmodell med kapiteringsersättning som huvudsaklig finansiering, har det visat sig svårt att följa bestämmelsen i riksavtalets p. 8.2 om att ersättningen för inom- och utomlänspatienter ska vara densamma. När det gäller fysiska besök i primärvården är det därför vanligt att utomlänsbesök betydligt överstiger ersättningen för besök av en icke listad inomlänspatient. Fysiska utomlänsbesök i primärvården sker dock i förhållandevis begränsad omfattning.

Enligt uppgift från SKR planeras en översyn av riksavtalet.

Utomlänsersättning för digitala vårdkontakter

Som ovan beskrivits innebär patientens rätt att inom eller utanför den egna regionen välja utförare även hälso- och sjukvård genom distanskontakt. När det gäller digitala vårdkontakter i primärvården har ersättningen för besök av olistade inom- respektive utomlänspatienter uppvisat mindre skillnader. De flesta regioner ersätter således ett digitalt besök av en inomlänspatient som inte är listad hos utföraren med ett belopp som överensstämmer med eller ligger i närheten av ersättningen som utgår för ett digitalt besök av en utomlänspatient. Skillnader finns dock i några regioner.

SKR har tagit fram rekommendationer till regionerna om gemensamma ersättningsnivåer och vissa andra förutsättningar för utomlänsersättning avseende digitala vårdtjänster i primärvården (SKR 2019, Rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården m.m.). Bakgrunden till att rekommendationer togs fram var framför allt att ersättningsnivåerna för digitala besök ursprungligen var desamma som för fysiska besök och uppfattades som alltför höga. Rekommendationerna syftar till att skapa tydligare spelregler för ersättning och därtill hörande frågor, vilket enligt SKR är ett viktigt led i arbetet med att stödja utvecklingen av framtidens hälso- och sjukvård.

Enligt den senaste versionen av rekommendationen, antagen av SKR:s styrelse den 14 juni 2019, rekommenderas regionerna att tillämpa följande gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården.

– 500 kronor för en digital läkarkontakt
– 425 kronor för en digital kontakt med psykolog, kurator eller psykoterapeut
– 275 kronor för kontakt med annan legitimerad sjukvårdspersonal

Ersättningarna är beräknade inklusive patientavgift och för att de även ska täcka vårdgivarens kostnader för provtagning och medicinsk service i samband med vårdkontakten. Det betyder att vårdgivaren får bestrida kostnaderna för eventuella sådana tjänster.

SKR:s rekommendation har vad gäller beloppen för utomlänsfakturering införlivats i samtliga sjukvårdsregioners utomlänsprislistor. Således fakturerar samtliga regioner patientens hemregion enligt SKR:S rekommendationer.

Som framgår av riksavtalet syftar utomlänsprislistorna inte i första hand till att vara styrande för ersättningen till privata utförare. I SKR:s rekommendationen anges att ”utomlänsersättningen ska tillämpas vid utomlänsfakturering och vilka ersättningar som ska gälla i förhållande till vårdgivarna beslutas av varje region. Om enskilda regioner gör egna upphandlingar av digitala tjänster till ett annat pris än det föreslagna utomlänspriset bör det senare ändå tillämpas vid utomlänsfakturering”. Samtidigt kommuniceras på SKR:s webb att de rekommenderade ersättningarna avser de totala belopp som ”vårdgivaren får för en patientkontakt”.

De allra flesta regioner har valt att tillämpa rekommendationen så att privata utförare ersätts för digitala vårdkontakter av utomlänspatienter med de belopp som följer av utomlänsprislistan, ibland med ett mindre avdrag för regionens administrationskostnader. Region Jönköpings län, har dock från och med år 2023 valt att anpassa ersättningen till utförarna för ett digitalt utomlänsbesök med den ersättning som utgår för ett digitalt besök av en olistad inomlänspatient. Således ersätts utförare i Region Jönköpings län för alla digitala vårdkontakter av utomlänspatienter med 250 kronor (läkare) respektive 200 kronor (övriga yrkeskategorier), jämfört med tidigare ersättningsbelopp som överensstämde med utomlänsprislistan och SKR:s rekommendation.

I de fall vård av en utomlänspatient utförs av en underleverantör till en utförare med vårdavtal, så regleras underleverantörens ersättning helt och hållet mellan dessa parter utan inflytande eller insyn av regionerna.

Patientavgifter

Enligt 17 kap. 1 § HSL får vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök tas ut enligt grunder som regionen (eller kommunen) bestämmer. Såväl den egna regionens invånare som invånare som utnyttjar möjligheten att söka öppen

hälso- och sjukvård i en annan region än där de är bosatta, ska behandlas lika vid uttag av avgifter.

Enligt 17 kap. 6 § HSL gäller så kallat högkostnadsskydd, ett högsta belopp som får tas ut för bland annat öppen hälso- och sjukvård under en 12-månadersperiod räknat från det att det första tillfälle då en avgift betalades. Högkostnadsbeloppet är 1300 kronor för år 2023 i alla regioner utom i Region Uppsala, där högkostnadsbeloppet är 1200 kronor. Patienter som fyllt 85 år ska vara avgiftsbefriade, 17 kap. 3 § HSL. I övrigt saknas bindande regler för hur regionerna får bestämma vårdavgifterna i den öppna hälso- och sjukvården.

I primärvården har samtliga regioner beslutat om avgiftsfrihet för barn under 18 år, flertalet även upp till 20 års ålder. Övriga avgifter i primärvården skiljer sig åt mellan regionerna. För digital kontakt med läkare varierar avgiften mellan 100 kronor och 330 kronor. SKR utfärdade i mars 2018 en rekommendation om att regionerna som lägst skulle ta ut en patientavgift om 100 kronor för digitala vårdkontakter i primärvården (SKR, Patientavgifter vid digitala vårdmöten, Meddelande från styrelsen nr 5/2018). Motivet för rekommendationen var både att stimulera utvecklingen av digitala vårdtjänster och att undvika att framkalla oönskade beteenden hos patienter och vårdgivare. Som ytterligare skäl lyfte SKR att avgiftsfrihet för digitala vårdkontakter kan innebära en risk för ökad konsumtion av vård som kanske inte är helt motiverad av medicinska skäl, samt att olikheter i patientavgifter kan skapa oönskade incitament för vårdgivares etablering.

Trots rekommendationen förekommer det fortfarande avgiftsbefriade digitala besök i primärvården. I exempelvis Region Sörmland är digitala vårdkontakter med andra yrkeskategorier än läkare och psykolog avgiftsbefriade, liksom vårdkontakter med läkare som sker för receptförnyelse.

Tidigare har vårdkontakter som inte kräver ett fysiskt besök eller ett videobesök i stor utsträckning varit avgiftsbefriade. Allt fler regioner går dock mot att inkludera andra digitala kontaktsätt, exempelvis asynkron chatt, i de avgiftsbelagda vårdkontakterna, under förutsättning att vårdkontakten innehålls- och tidsmässigt kan anses motsvara ett fysiskt besök, se avsnitt 3.3.1.

Västra Götalandsregionen tillämpar som enda region differentierad patientavgift i primärvården beroende på om patienten besöker

sin genom listning valda primärvårdsenhet (100 kronor) eller en annan primärvårdsenhet (300 kronor).

I många regioner ansvarar vårdgivaren för att patientavgiften betalas och får tillgodogöra sig den, medan i andra tillfaller patientavgiften regionen. I de flesta regioner kompenseras vårdgivaren i de fall besöket är avgiftsbefriat, så att den totala ersättningen för besöket alltid är densamma.

Digitala vårdgivare kan ha etablering i en region eller i flera

Nationellt verksamma digitala vårdgivare är ofta verksamma i en region, ofta som underleverantörer till en utförare i primärvården. Huvuddelen av vårdgivarnas finansiering sker då via utomlänsersättningen.

De senaste åren har framför allt två digitalt profilerade vårdgivare kommit att etablera fysiska primärvårdsenheter i flera regioner. De har därigenom fått en direkt avtalsrelation med flera regioner och möjlighet att finansiera sin verksamhet med kapiteringsersättning avseende patienter som valt att lista sig hos vårdgivaren. Det ger också vårdgivaren viss trygghet för det fall en av regionerna skulle vidta åtgärder som väsentligt försämrar vårdgivarens förutsättningar, exempelvis sänka ersättningen för digitala vårdkontakter.

När digitala vårdgivare har avtal med flera regioner, ger det upphov till frågor kring huruvida regionerna har möjlighet att säkerställa att vårdgivarna inte kombinerar de olika avtalen och regionernas olika ersättningsregler på ett oönskat sätt, för att exempelvis maximera ersättningen och minimera patientavgiften för olika typer av vårdkontakter. Förfarandet kan också ge konkurrensfördelar i förhållande till den ordinarie primärvården.

Några regioner har valt att i sina vårdavtal införa uttryckliga villkor om att vårdgivaren inte får rapportera digitala vårdkontakter med sina egna listade patienter via ett avtal som vårdgivaren, eller en vårdgivare i samma koncern, har med en annan region. Åtminstone en region förbjuder i sina villkor vårdgivarna att själva eller via ett bolag inom samma koncern, enligt sitt avtal med en annan region tillhandahålla digitala vårdtjänster till några patienter folkbokförda i regionen.

4.3 Vilka digitala vårdtjänster kan likställas med ett fysiskt besök i primärvården?

Med hälso- och sjukvård avses enligt 2 kap. 1 § HSL bland annat åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Insatser eller tjänster som utförs i detta syfte av medicinskt utbildad personal eller sådan personal i samarbete med personal med viss annan kompetens (se prop. 1981/82:97 s. 44) är alltså hälso- och sjukvård, vilket innebär att regler om exempelvis journalföring och patientsäkerhetsarbete aktualiseras liksom skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen. Öppen vård är enligt definitionen i 2 kap. 4–5 §§ HSL annan hälso- och sjukvård än sådan hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. Digitala vårdtjänster i primärvården utgör därför definitionsmässigt öppen vård.

Gränsdragningen mellan primärvård och annan hälso- och sjukvård

I det föregående har redogjorts för begreppet primärvård och dess avgränsning. Det är endast i primärvården som det i alla regioner finns valfrihetssystem, med etableringsfrihet för privata vårdgivare. Primärvårdsuppdraget, bland annat dess förhållande till specialiserad vård och andra vårdformer, kan vara formulerat på olika sätt i olika regioner och i vissa regioner finns flera olika valfrihetssystem på primärvårdsområdet. En vårdgivare som vill profilera sig på helt digitalt omhändertagande av ett visst sjukdomstillstånd kan omfattas av en regions vårdval i primärvården, samtidigt som motsvarande vårdbehov i en annan region omhändertas i den specialiserade vården, exempelvis vid en sjukhusklinik som drivs i regionens egen regi eller av privata vårdgivare som enligt avtal inte medger ersättning för digitala vårdtjänster. Två exempel på sådana skillnader som utredningen har tagit del av rör digitala vårdgivare som specialiserat sig på gynekologiska besvär respektive vårdinsatser under graviditet.

Vilka vårdtjänster är lämpliga att erbjuda digitalt?

Alla vårdärenden lämpar sig inte för att omhändertas via endast digitala kanaler. Socialstyrelsen har tagit fram fyra övergripande principer som ska vara uppfyllda för att vård och behandling ska lämpa sig för digitala vårdtjänster (Socialstyrelsen 2018, Digitala vårdtjänster – övergripande principer för vård och behandling)

1. Gällande författningar eller aktuell kunskapsstyrning förutsätter inte ett fysiskt möte.
2. Den digitala tjänsten är anpassad till den enskilda patientens behov av och förutsättningar för att använda tjänsten.
3. Vårdgivaren har tillgång till tillräcklig information om patientens hälsotillstånd och sjukdomshistoria för att kunna ge en god och säker vård.
4. Nödvändig uppföljning och koordinering med andra aktörer är möjlig.

Det finns således inte några rekommendationer om specifika diagnoser som bör eller inte bör vara föremål för digitala besök. Principerna har en god och säker vård som utgångspunkt och målet med principerna är att de ska ge stöd till huvudmän och utförare av hälso- och sjukvård för att bidra till en god och säker vård. Socialstyrelsen anger i rapporten att det har varit nödvändigt att formulera principerna på en övergripande nivå bland annat utifrån den heterogena gruppen av tjänster och den snabba teknikutvecklingen.

Olikheter mellan fysiska och digitala vårdbesök

Så som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys beskriver i rapporten Besök via nätet (rapport 2022:1) används digitala utomlänsbesök på ett delvis annorlunda sätt jämfört med fysiska besök på en vårdcentral.

De digitala besöken innebär oftare ett möte med en läkare – myndigheten redovisar dock att andelen läkarbesök har minskat från 87 procent 2018 till 67 procent 2020. Näst vanligast är enligt rapporten besök hos sjuksköterska men även andra professioner

såsom fysioterapeuter förekommer. Det är en stor skillnad mot hur fördelningen av yrkeskategorier ser ut på vårdcentraler där många fysiska besök också gäller andra professioner. Där utgör läkarbesök cirka en tredjedel av mottagningsbesöken och besök till sjuksköterska ungefär lika många. Besök hos fysioterapeut är betydligt vanligare på en vårdcentral än hos de digitala vårdgivarna.

En annan skillnad mellan digitala utomlänsbesök och fysiska besök på vårdcentral är vilka diagnoser som registreras på besöken. Diagnospanoramat rapporteras över lag vara smalare för de digitala besöken. Vanliga besöksorsaker uppges vara receptförnyelse, övre luftvägsinfektioner, hudproblem och urinvägsinfektioner.

En tredje skillnad som myndigheten nämner i rapporten gäller tillgänglighet över dygnet. Över 90 procent av de fysiska besöken sker klockan 8–16. De digitala besöken är däremot tillgängliga dygnet runt, sju dagar i veckan, vilket nyttjas av användarna: besök är vanligt förekommande på helger, sena eftermiddagar och kvällar.

Underliggande data i rapporten är delvis gamla, flera från 2018. De privata digitala vårdgivarna började etablera sig runt 2016 och de senaste åren har utvecklingen vad gäller digitala kontaktsätt i vården gått mycket fort, bland annat till följd av covid-19-pandemin. Det är därför svårt att säga hur dessa uppgifter står sig år 2023. På grund av att flera av de stora digitala aktörerna dessutom har etablerat fysiska vårdcentraler i flera regioner – och därmed övergått i en mer digifysisk verksamhet, har också utomlänsbesöken minskat. Detta förhållande bidrar också till att det är svårt att utifrån statistiken över digitala utomlänsbesök få en rättvisande bild då flera av de besök som tidigare fakturerades som utomlänsbesök nu görs inom patientens egen region. Som framgår i avsnitt 3.1 genomfördes under 2022 drygt 1,6 miljoner digitala utomlänsbesök via Region Sörmland, motsvarande under 2021 var drygt 2,1 miljoner digitala utomlänsbesök via regionen.

Flera av de digitala vårdgivare som utredningen har träffat – och även andra källor – har påtalat att renodlat digitala vårdtjänster endast lämpar sig för ett relativt smalt spektrum av tillstånd. Det beror i första hand på att många tillstånd kräver fysisk undersökning som inte kan utföras på distans. Kunskapen om vilka tillstånd som är möjliga och lämpliga att omhänderta i en digital vårdform är under utveckling, såväl hos privata digitala vårdgivare som inom ramen för regionernas eget arbete med digitala arbetssätt.

Många digitala vårdgivare har etablerat rutiner och samarbeten för att inom ramen för det egna omhändertagandet av patienten ombesörja exempelvis provtagning på den ort där patienten befinner sig. Det förekommer dock att patienten hänvisas till den ordinarie primärvården om det exempelvis krävs provtagning eller annan medicinsk service. I flertalet regioner, dock inte alla, är det möjligt för en nationellt verksam digital vårdgivare att remittera patienten direkt för provtagning eller annan medicinsk service i den ordinarie organisationen i patientens hemregion. Det förekommer dock att digitala vårdgivare i en sådan situation hänvisar patienten till att uppsöka sin ordinarie vårdcentral. Det förekommer, om än förhållandevis sällan, att patient remitteras för annan medicinsk service än provtagning, exempelvis röntgenundersökning. En orsak till det är att tillstånd då sådana undersökningar kan bli aktuella också förutsätter att det har gjorts en fysisk undersökning i samband med den inledande vårdkontakten (se även kapitel 7).

Vårdkontakter som syftar till att förnya recept är ytterligare en skillnad (se också kapitel 5). Patienten kan i dag kostnadsfritt kommunicera med den vårdcentral som han eller hon är listad hos via 1177 och då bland annat be om ett nytt recept för sådant läkemedel som patienten behandlas med varaktigt eller under en längre period. Det är dock inte alltid som receptförnyelse hos patientens ordinarie förskrivare kan ske omgående, exempelvis under en helg. För att inte riskera ett avbrott i läkemedelsbehandlingen är det ofta nära till hands att kontakta en nationellt verksam digital vårdgivare som kan upprätthålla en högre tillgänglighet och därför snabbt kan tillgodose behovet av ett förnyat recept. Hos de privata digitala vårdgivare som utgår från Region Sörmland är tjänsten därtill avgiftsbefriad för patienten, se ovan avsnitt 3.2.

Företrädare för flera regioner har ifrågasatt om vårdkontakter som enbart syftar till att få recept förnyade överhuvudtaget ska ersättas som ett besök via utomlänstaxan. En annan fråga som aktualiserats är om den digitala vårdgivaren har tillgång till patientens journal så att förskrivningen kan ske på ett patientsäkert sätt (se även kapitel 4 och 5).

Likheter mellan besökstyperna

Liksom vid fysiska besök på exempelvis en vårdcentral föregås en digital vårdkontakt vanligen av någon form av triagering – en första medicinsk bedömning av patientens besvär och vårdbehov samt bedömning av på vilken vårdnivå och av vilken profession som patienten bör tas om hand. Ibland kan redan i detta skede bedömningen göras att patienten klarar sig utan någon ytterligare hälso- och sjukvårdsinsats och kan ges egenvårdsråd.

Ibland kan den inledande bedömningen med en sjuksköterska på vårdcentralen eller den digitala triageringstjänsten hos en digital vårdgivare leda till att det bedöms lämpligt att patienten ska få träffa en läkare då det inte går att avgöra hur allvarliga symptomen är. Vissa av dessa läkarbesök leder till någon form av medicinsk insats medan andra leder till att läkaren konstaterar att patienten inte behöver hälso- och sjukvårdens hjälp utan i stället ger patienten individuellt anpassad rådgivning om exempelvis egenvård.

I dessa fall kan konstateras att det digitala besöket och den medicinska bedömning som föregått besöket leder till samma resultat oavsett om besöket sker fysiskt eller digitalt. Det finns därför ingenting som talar för att dessa besök inte skulle likställas med varandra.

Enligt utredningens uppfattning är det framför allt frågan om vilka förutsättningar vårdgivarna har att erbjuda och bedriva en säker hälso- och sjukvård – och inte nödvändigtvis vilka vårdbesök som sker med hjälp av digitala verktyg – som är mest relevant att ställa sig. IVO har under 2019 granskat 13 vårdgivare som erbjuder digitala vårdtjänster inom primärvården – varav cirka hälften utgjordes av regiondrivna verksamheter. Syftet med den, förvisso begränsade, tillsynen har varit att granska hur vårdgivarna säkerställer att den digitala vården är patientsäker utifrån de särskilda förutsättningar som finns när vården sker digitalt. Syftet har också varit att kunna ge viss vägledning i patientsäkerhetsarbetet, vilket IVO har gjort i samband med inspektionerna (IVO Iakttagelser i korthet, 3/2019). IVO framför att vård som ges via digitala tjänster skiljer sig från den traditionella, fysiska, vården. Det ställer vissa krav på vårdgivare i form av bland annat stöd till personalen. IVO lyfter som exempel stöd för att avgöra vilka sjukdomstillstånd som kan hanteras på ett patientsäkert sätt via distanskontakt, se även avsnitt 9.4.

4.3.1 Hur definieras en ersättningsgill digital vårdkontakt i primärvården

Den produktionsrelaterade delen av ersättningen till utförarna i primärvården utgår vanligen med ett visst belopp per besök. Utomlänspatienter ersätts också per besök enligt den så kallade utomlänsprislistan. När det gäller distanskontakter så behöver det därför göras en avgränsning mellan sådana kontakter som ska anses motsvara ett besök i primärvården och kontakter som inte ska ersättas. Även om skillnader finns i hur gränsdragningen kommit till uttryck i skriftliga regler och anvisningar, så är regionernas tillämpning relativt enhetlig. De tar sin utgångspunkt i SKR:s rekommendationer om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården m.m.

I SKR:s rekommendationer anges att en digital vårdkontakt ska utgöra kvalificerad sjukvård för att vara ersättningsgill och därmed kunna debiteras patientens hemregion.

Beskrivningen av vad som utgör kvalificerad sjukvård och därmed ska räknas som en vårdkontakt är ursprungligen hämtad från Socialstyrelsens anvisningar för rapportering till Patientregistret. I anvisningarna förtydligas bland annat att ”telefon- och brevkontakter avseende kvalificerad hälso- och sjukvård ska rapporteras och att fjärrkontakt avser kontakt via video, Skype eller motsvarande. Vidare anges att en sådan vårdkontakt ska ske via en dialog mellan läkare och patient och innehållsmässigt och tidsmässigt ersätta/motsvara ett öppenvårdsbesök. Behandlingsansvarig gör en medicinsk/psykiatrisk bedömning och fattar beslut om eventuell behandling, ändring av pågående behandling eller ytterligare utredning” (Socialstyrelsen 2016, Inrapportering till Socialstyrelsens patientregister: förtydligande till föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret).

Kontakter som inte ska rapporteras till Patientregistret som en vårdkontakt exemplifieras i anvisningarna enligt följande.

– Allmänna upplysningar samt råd om patienten bör uppsöka någon vårdinrättning eller inte
– Telefon/fjärrkontakt som leder till besök eller inskrivning hos samma vårdgivare i direkt anslutning till kontakten. Eftersom det rör sig om en och samma vårdgivare är kontakten en del i besöket/vårdtillfället. Om kontakten utmynnar i förslag till

besök eller inläggning hos annan vårdgivare är kontakten en kvalificerad kontakt.

- Information om förberedelser inför en kommande vårdkontakt
- En telefon-/fjärrkontakt på ett par minuter kan inte anses ersätta ett öppenvårdsbesök.
- Begäran om journalkopia utan att personalen förklarar journalinnehållet eller lämnar ett medicinskt utlåtande baserat på journalinnehållet.
- Information om öppettider, bokning av tolk eller sjuktransport eller dylikt.
- Förlängning av sjukskrivning för sedan tidigare kända problem utan ställningstagande till eventuella nytillkomna besvär
- Förnyelse av läkemedelsrecept eller hjälpmedelsförskrivning för sedan tidigare kända problem utan ställningstagande till eventuella nytillkomna besvär
- Delgivning av medicinskt utlåtande eller av undersökningsresultat, inkluderar remissvar och provsvar

Det bör noteras att Socialstyrelsens anvisningar är avsedda för rapportering av vårdkontakter i slutenvården och i den öppna specialiserade vården samt att rapporteringsskyldigheten till patientregistret i den öppna specialiserade vården endast omfattar läkarbesök.

Utöver rekommendationen att patientens identitet ska vara starkt autentiserad, innehåller SKR:s rekommendationer eller Socialstyrelsens anvisningar ingen närmare beskrivning av vilken teknik eller vilka kommunikationsvägar som ska användas för att en digital vårdkontakt eller annan distanskontakt i primärvården ska betraktas som en vårdkontakt och ge upphov till besöksersättning. På detta område finns vissa skillnader i hur regionerna lämnar besöksersättning, beroende på vilken kontaktväg som valts, se avsnitt 3.2.

Exempel på hur gränsdragningen beskrivs i regionernas regelböcker

I exempelvis Region Västerbottens avgiftshandbok för 2023 anges att det digitala vårdbesöket definieras som en dialog mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient, och ska innehålls- och tidsmässigt ersätta eller motsvara ett fysiskt besök. Vidare ska kontakten innehålla medicinsk bedömning och beslut om vård. Digitala vårdbesök innefattar samtliga former av digitala besök i all öppen vård inklusive telefonbesök, internetbehandlingar (exempelvis KBT) samt telemedicin. Vidare ska patient och sjukvårdspersonal samtidigt vara närvarande. Patientavgift ska tas ut oberoende om läkare eller annan yrkeskategori möter patienten.

I Region Stockholms Regelverk för rapportering av vårdkontakter 2023 anges på liknande sätt att distanskontakt som rapporteras som vårdkontakt innehållsmässigt ska ersätta och motsvara ett fysiskt besök; behandlingsansvarig gör en medicinsk bedömning och fattar beslut om eventuell behandling, ändring av pågående behandling eller ytterligare utredning. Region Stockholms regelverk för rapportering av vårdkontakter bygger enligt vad regionen har uppgett på Socialstyrelsens anvisningar för rapportering av vårdkontakter till patientregistret.

I Registreringsansvisningar distanskontakter i Region Skåne 2023 beskrivs en distanskontakt som motsvarar ett öppenvårdsbesök. En sådan distanskontakt ska ske i realtid via ljud, bild eller chatt i kombination, innehållsmässigt och tidsmässigt motsvara ett öppenvårdsbesök, där både patient eller legal företrädare och hälso- och sjukvårdspersonal i dialog deltar samtidigt. Distanskontakt sker via anvisade kommunikationslösningar, exempelvis genom videolänk och med ID-kontroll med inloggning med lösenord, exempelvis via BankID. Distanskontakter via telefon och skriftliga distanskontakter registreras i vissa fall beroende på innehållet.

Även i Region Sörmland finns motsvarande regelverk. I Regelbok för bedrivande av primärvård inom Region Sörmland 2023 anges bland annat att vårdgivaren ska uppfylla följande krav för att ett digitalt besök ska berättiga till ersättning:

– Besöket ska utgöra ”kvalificerad sjukvård” enligt Socialstyrelsens definition, d.v.s. det ska inte vara fråga om rådgivning och liknande.

– Besöket ska uppfylla samma krav på journalföring och inrapportering m.m. som andra, motsvarande besök i primärvården enligt regionens krav.
– Besöken ska föregås av en behovsbedömning/triagering för att utesluta symtom och diagnoser som bör tas omhand av den fysiska, annan vårdnivå eller som resulterar i egenvårdsråd och därmed inte är att betrakta som sjukvård.
– Besöken ska föregås av ID-kontroll genom stark autentisering.

Särskilt om receptförnyelse

Åtgärden att utfärda recept räknas i sig inte som en vårdkontakt utan som en administrativ åtgärd. Huruvida en patients kontakt med vården i syfte att förnya ett recept ska rapporteras som en vårdkontakt får bedömas i enlighet med samma principer som gäller för andra vårdkontakter. Reglerna kring förskrivning av läkemedel innebär dock att i princip varje förskrivning ska föregås av en kvalificerad medicinsk bedömning, se kapitel 4 och 5.

Av Västra Götalandsregionens information till vårdgivarna (Vårdgivarwebben) om receptförskrivning vid distanskontakt framgår att förskrivning av recept vanligen kräver en kvalificerad medicinsk bedömning och inte ska ske lättvindigt eller slentrianmässigt, utan måste värderas utifrån den specifika patientens tillstånd. För att arbetet kring förskrivning av recept, bedömning av provsvar och remissvar innehållsmässigt ska motsvara ett öppenvårdsbesök förutsätts att det finns ett utbyte av information mellan vårdgivaren och patienten kring den aktuella frågan. I journalen ska framgå att patient och vårdgivare haft ett informationsutbyte som visar att ny information tillkommit och värderats eller att sedan tidigare känd information bekräftats av båda parter. Detta ligger bland annat till grund för att informationsutbytet förutom anamnes ska kunna sägas innehålla ett status. Ett kort meddelande till patienten om att exempelvis proverna är normala och inte kräver dosjustering samt att patientens recept nu är förnyade enligt önskemål, lever inte upp till kraven på en kontakt som motsvarar ett öppenvårdsbesök.

Region Stockholm skriver på webbsidan Vårdgivarguiden under ”Frågor och svar om rapportering av vårdkontakter” att bland annat

receptförnyelse efter skriftlig kontakt räknas som en administrativ åtgärd som inte ska rapporteras, oavsett hur det sker. Att förnya ett recept anses ingå i den tidigare vårdkontakten där beslut om medicinering fattades. En vårdkontakt som sker för receptförnyelse ska rapporteras som en vårdkontakt om den uppfyller kraven på en sådan. Enligt de ersättningsbestämmelser som tillämpas i Region Stockholm utgår dock besöksersättning endast för besök som sker via video.

Vad är att betrakta som sjukvårdsrådgivning?

Utredningen ska också klargöra vad som är att betrakta som sjukvårdsrådgivning. Frågan är inte helt enkel att besvara på ett uttömmande och koncist sätt. Som framgår ovan händer det att ett vårdbesök – oavsett om detta sker fysiskt eller digitalt – inte föranleder annan åtgärd än att patienten inte bedöms behöva någon behandling utan kan klara sig med exempelvis egenvårdsråd.

Begreppet sjukvårdsrådgivning saknar legaldefinition. Inom ramen för den nationella webbsidan för sjukvårdsrådgivningen 1177.se samlas generisk medicinsk information som exempelvis egenvårdsråd som inte är individuellt utformad eller kräver journalföring samt information om hälso- och sjukvårdssystemets vårdnivåer. Sådan allmän information kan sägas rymmas i begreppet sjukvårdsrådgivning och kan också erhållas via telefon genom att ringa regionernas gemensamma telefonnummer för sjukvårdsrådgivningen, 1177.

Patienten kan emellertid också i kontakt med en sjuksköterska via 1177 beskriva sina besvär och ges en individuell bedömning av huruvida dessa bör föranleda patienten att uppsöka en fysisk vårdinrättning, en digital vårdkontakt eller annan insats i hälso- och sjukvården. Rådet kan givetvis också bli att patienten hellre bör avvakta med att söka någon ytterligare vård. Patienten kan också ges egenvårdsråd kopplade till sin symptombild. Hänvisningar och råd som ges av sjukvårdsrådgivningen som grundar sig på en medicinsk bedömning av hälso- och sjukvårdspersonal och som utmynnar i individuellt utformade hänvisningar och/eller råd, utgör hälso- och sjukvårdsåtgärder som är journalföringspliktiga. Inom ramen för sjukvårdsrådgivningen är dock inte målet att fastställa diagnos eller

ge behandling. Bland annat av denna anledning har sjukvårdsrådgivningen inte ansetts behöva tillgång till tidigare journalanteckning och har således inte alltid åtkomst till NPÖ eller regionalt system för sammanhållen journalföring.

Sjukvårdsrådgivning kan alltså beskrivas som dels tillhandahållande av allmän information som inte utgör hälso- och sjukvård, dels liknas vid den triagering i primärvården som i många fall föregår en vårdkontakt, en första grundläggande inhämtning av bland annat anamnes- och symptombeskrivning, en första medicinsk bedömning av patientens hälsotillstånd, sortering/prioritering utifrån bedömning av allvarlighetsgraden samt ställningstagande till vilket fortsatt omhändertagande patienten bör få inom vården.

Flera regioner beskriver skillnaden mellan sjukvårdsrådgivning via 1177 och en kontakt med primärvården som att den senare har i uppdrag och ska ges bättre förutsättningar att göra en kvalificerad medicinsk bedömning och ställa diagnos.

Utredningen erfar att regionernas uppdrag för verksamheten inom ramen för 1177 ständigt utvecklas, i syfte att öka kvaliteten i verksamheten och bättre samverka med hälso- och sjukvården i övrigt. Det är bland annat sedan längre tid möjligt att i stället för kontakt via telefon chatta med rådgivningssjuksköterska och i vissa regioner finns möjlighet att använda videosamtal. Denna utveckling kan förväntas fortsätta.

Begreppet sjukvårdsrådgivning kan således omfatta såväl generisk medicinsk information och allmänna upplysningar om hälso- och sjukvårdssystemet som en första individuell medicinsk bedömning och triagering. Primärvårdens uppdrag innefattar såväl verksamhet som kan beskrivas som sjukvårdsrådgivning som sådant som enligt ovan beskrivna praxis i regionerna ska rapporteras som en vårdkontakt.

Sjukvårdsrådgivning syftar inte till att göra en kvalificerad bedömning, ställa diagnos, fatta beslut om eller ge patienten någon medicinsk behandling.

5 Kvalitetskrav i hälso- och sjukvården

Utredningen ska enligt uppdraget analysera om det finns behov av att ställa särskilda krav, exempelvis kvalitetsmässiga sådana, på nationellt verksamma digitala vårdgivare och, om det finns sådana behov – föreslå hur de kraven kan utformas.

Enligt 5 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, – som gäller för all hälso- och sjukvård, oavsett med vilken teknik vården tillhandahålls eller hur den finansieras – ställs det i dag flera kvalitetskrav på verksamheterna. Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska enligt 5 kap. 1 § bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Vården ska vara av god kvalitet, vilken systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras (5 kap. 1 § 1 och 4 § HSL).

Det finns även skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen när dessa utför hälso- och sjukvårdsåtgärder. Enligt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, ska hälso- och sjukvårdspersonalen bland annat utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Hälso- och sjukvårdspersonalen är också skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador och händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada (6 kap. 4 § PSL).

5.1 Ledningssystem, patientsäkerhetsarbete och patientsäkerhetsberättelse

Vårdgivaren ska enligt 3 kap. PSL bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det betyder att vårdgivaren bland annat ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls (1 §). Vårdgivaren ska förebygga att

patienter drabbas av vårdskador (2 §) och utreda händelser i verksamheten som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada (3 §). Vidare är vårdgivaren skyldig att snarast anmäla till IVO om det finns skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten (7 §).

Ledningssystem i hälso- och sjukvården

Vårdgivaren har ett stort eget ansvar att se till att verksamheten håller en god kvalitet och är säker. Det är viktigt att arbetet kan ske systematiskt och vara möjligt att följa upp och utveckla på bästa sätt. Socialstyrelsen har publicerat föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) som enligt 1 kap. 1 § föreskrifterna ska tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheter som omfattas av

1. 5 kap. 4 § HSL,
2. 16 § tandvårdslagen (1985:125),
3. 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och
4. 3 kap. 3 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453).

Föreskrifterna ska enligt 1 kap. 2 § även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt 3 kap. PSL.

Det är vårdgivaren som ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (3 kap. 1 och 2 §§).

Ledningssystemet ska anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning (4 kap. 1 §).

Patientsäkerhetsberättelsen viktig för vårdgivarens planering

Vårdgivaren ska enligt 3 kap. 10 § PSL senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår,
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
3. vilka resultat som har uppnåtts.

Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Enligt 8 kap. 5 § 3 patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) får Socialstyrelsen meddela föreskrifter om vilka uppgifter som ska ingå i en patientsäkerhetsberättelse. Myndigheten har i 7 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) föreskrivit att patientsäkerhetsberättelsen – utöver det som framgår av 3 kap. 10 § PSL – även ska innehålla uppgifter om hur

1. ansvaret enligt 3 kap. 9 § PSL varit fördelat,
2. patientsäkerheten genom egenkontroll enligt 5 kap. 2 § i föreskriften har följts upp och utvärderats,
3. samverkan enligt 4 kap. 6 § föreskriften har möjliggjorts för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada,
4. risker för vårdskador har hanterats enligt 5 kap. föreskriften,
5. rapporter enligt 6 kap. 4 § PSL har hanterats, och
6. inkomna klagomål och synpunkter enligt 5 kap. 3 a § föreskriften och enligt 3 kap. 8 a § PSL som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats.

Enligt föreskriften ska det vidare framgå av patientsäkerhetsberättelsen hur många händelser som har utretts enligt 3 kap. 3 § PSL under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

5.2 Regler vid läkemedelsförskrivning

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården regleras bland annat vem som är behörig att ordinera läkemedel, vem som är behörig att iordningsställa, administrera och överlämna läkemedel samt under vilka förutsättningar det är tillåtet att delegera iordningsställande, administrering och överlämnande av läkemedel.

Enligt 6 kap. 2 § föreskriften ska varje ordination föregås av en lämplighetsprövning med utgångspunkt i patientens behov. Detta innebär att den som ordinerar särskilt ska göra en lämplighetsbedömning där hänsyn tas till patientens

1. hälsotillstånd,
2. ålder,
3. kön,
4. läkemedelsanvändning,
5. pågående behandling och utredning,
6. överkänslighet mot läkemedel, och
7. eventuella graviditet eller amning.

Vid bedömningen ska även läkemedlets kontraindikationer och andra viktiga faktorer för läkemedelsbehandlingen beaktas. Det som anges ovan ska gälla såväl vid insättning eller utsättning av ett läkemedel, som vid ändring eller förlängning av en pågående läkemedelsbehandling.

Det framgår vidare av 6 kap. 17 § i föreskriften att det av vårdgivarens rutiner för ordination och hantering av läkemedel ska framgå hur vårdgivaren säkerställer att ordinerade läkemedelsbehandlingar följs upp, och att generella direktiv om läkemedelsbehandling utfärdas på ett patientsäkert sätt. Av rutinerna ska det även framgå vilken eller vilka läkare som får utfärda generella direktiv om läkemedelsbehandling.

Läkemedelsverket har i föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit bland annat reglerat vilka uppgifter som alltid ska anges vid förskrivning till människa (4 kap. 8 §). Det handlar om relativt basala uppgifter

såsom patientens personuppgifter, läkemedelsnamn, dosering, om patienten är förmånsberättigad och uppgifter om förskrivaren.

Utöver dessa regelverk har Nationell arbetsgrupp Strama (ursprungligen Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens) under 2022 publicerat uppdaterade rekommendationer för kvalitetsindikatorer vid digitala vårdmöten. I materialet anges bland annat att sjukhistoria och fysisk undersökning är grundläggande för en säker diagnos och rätt val av behandling vid ett flertal vanliga infektionstillstånd och att brister i detta ökar risken för att patienten inte får en antibiotikabehandling som behövs – alternativt att patienten får en antibiotikabehandling som inte behövs. Strama redogör för ett antal diagnoser som kan ställas vid digitala vårdmöten samt om antibiotikabehandling kan ges (Strama, Rekommendationer för kvalitetsindikatorer vid digitala vårdmöten 2022).

Förskrivning av antibiotika i kontexten av digital vård

I takt med att digitala vårdbesök i primärvården ökat kraftigt de senaste åren har det uttryckts oro från olika företrädare för hälso- och sjukvården gällande förskrivning av läkemedel vid digitala vårdmöten, exempelvis antibiotika. Främst har det handlat om att tröskeln för att få läkemedel förskrivet vid ett digitalt möte jämfört vid ett fysiskt möte uppfattats som lägre (Wilkens et al 2023, Evaluating the effect of digital primary care on antibiotic prescription: Evidence using Swedish register data).

I en avhandling från Lunds universitet från 2022 har författaren undersökt om läkare oftare förskriver antibiotika till patienter med infektionssymtom vid digitala besök jämfört med patienter som har haft ett fysiskt vårdcentralsbesök. Resultatet visade att digitala läkarbesök inte kopplades till högre förskrivning av antibiotika jämfört med motsvarande fysiska besök för halsont, urinvägsinfektion och hosta/förkylning-/influensasymtom.

Dock menar författaren att resultaten ska tolkas med försiktighet då det sannolikt är skillnader mellan patientgrupperna som sökt digital respektive fysisk vård, såsom ålder och samsjuklighet. Trots detta menar författaren att resultaten förblev oförändrade vid analyser som tog hänsyn till bland annat åldersskillnader mellan

grupperna. Vidare stämmer resultaten även överens med en del andra studier från USA. Författaren menar också att fler oberoende studier i Sverige bör komma fram till liknande resultat för att slutsatserna ska bli säkrare (Entezarjou 2022, eVisits in the digital era of Swedish primary care).

I en ytterligare artikel publicerad 2023 har forskare undersökt skillnader i förskrivning av antibiotika mellan fysiska och digitala besök för patienter som blivit diagnostiserade med urinvägsinfektion, övre luftvägsinfektion eller hud- och mjukdelsinfektion. Andelen antibiotika som förskrevs vid digitala vårdmöten jämfört vid ett fysiskt möte var signifikant lägre, oavsett vilken av de tre diagnoserna det gällde. Artikelförfattarna framför att fynden talar för att digital primärvård kan vara ett effektivt alternativ till fysisk vård, i varierad utsträckning och beroende av diagnos men att fortsatt forskning behövs på området i takt med att digital primärvård ökar (Wilkens et al, 2023).

Omkring en tredjedel av all antibiotikaförskrivning inom Region Stockholm sker vid digitala vårdmöten

I Janusinfo (kommersiellt obunden läkemedelsinformation riktad till läkare och sjukvårdspersonal) publicerades under 2022 en genomgång av antibiotikaförskrivning i Region Stockholm där det framkommer att omkring en tredjedel av all antibiotikaförskrivning inom regionen förskrivs vid digitala vårdmöten. Under 2021 förskrevs knappt 200 000 antibiotikarecept av vårdgivare med uppdrag i Region Stockholm, varav ca 76 000 av recepten förskrevs vid ett digitalt möte. I artikeln framgår att i de allra flesta fall följs de rekommendationer som finns gällande förskrivning av antibiotika vid digitala vårdmöten.

Den mesta antibiotika som förskrivs vid digitala vårdmöten rör sig om smalspektrumantibiotika som kan förskrivas på indikationer som bedöms vara rimliga att handlägga utan ett fysiskt möte. Författaren konstaterar också att det finns förskrivningar som gjorts vid digitala möten som är både tveksamma avseende val av antibiotikasort och vilken diagnos som behandlats. I sammanhanget lyfts dock att rätt använd digital vård är ett bra komplement till fysiska möten men att god kvalitet och patientsäkerhet behöver värnas på området (Region Stockholm 2022, Janusinfo).

De digitala vårdgivarnas arbete med kvalitet i läkemedelshantering

Samtliga digitala vårdgivare som utredningen fört dialog med menar att de förskriver läkemedel enligt gällande regler och rekommendationer. De framför bland annat att de följer de riktlinjer som Strama har tagit fram samt att de har egna framtagna riktlinjer och system för kvalitetsuppföljning. En digital vårdgivare uppger att de har nästan 100 procent följsamhet till Stramas rekommendationer vid val av antibiotika. Vårdgivaren har en kvalitetsavdelning som följer upp de förskrivningar som görs, bland annat av en farmaceut.

5.3 Särskilda krav som ställs i regionernas regelböcker för vårdval primärvård

En genomgång av samtliga regioners regelböcker för vårdval primärvård har gjorts för att kartlägga i vilken utsträckning regionerna ställer krav på att en leverantör använder samma journalsystem som regionen samt om de ställer krav på leverantören att tillhandahålla digitala vårdtjänster.

Några regioner ställer krav på att leverantören använder det journalsystem som tillhandahålls av regionen

Ett antal regioner ställer krav på att leverantörer inom vårdval primärvård ska använda de IT-system, bland annat elektronisk patientjournal som tillhandahålls av regionen. Ett viktigt syfte med att ställa detta krav är att patientens vårddokumentation ska finnas samlad i det regionala journalsystemet och finnas lätt tillgänglig oavsett vilken vårdgivare som patienten besöker.

Exempelvis Region Blekinge anger i sin regelbok att utgångspunkten är att de IT-systemen som anges i deras riktlinjer är en integrerad del av arbetet med att tillgodose patientens behov och säkerhet.

Vidare finns det regioner som erbjuder privata utförare som ingått avtal med regionen att föra journal i det gemensamma journalsystemet, men ställer inte något krav på det.

I flera regelböcker framgår att vårdgivaren ska ingå i sammanhållen journalföring på nationell nivå, dvs. ha möjligheten att utbyta information mellan vårdgivare genom NPÖ.

Regionerna går mot att ställa krav på digitala vårdtjänster

Flera regioner ställer som krav att leverantörer inom vårdval primärvård använder digitala tjänster som regionen tillhandahåller. Dessa tjänster kan vara meddelanden via 1177, stöd- och behandlingsplattformen men också digitala kontakter via chatt och video. En del regioner går i riktningen mot ”digitalt först – fysiskt när det behövs, digitalt när det går, fysiskt när det behövs”.

Exempelvis Region Värmland uppställer kravet att huvuddelen av de besök som ur medicinsk synvinkel kan genomföras genom videobesök alltid ska erbjudas till patienten som ett alternativ till fysiska besök.

Region Västernorrland ställer krav på att vårdgivaren ska erbjuda både fysisk och digital vård. Region Östergötland lyfter bland annat att utvecklingen ska ske inom områden där det digitala kan ersätta det analoga eller fysiska, med bibehållen eller ökad vårdkvalitet och effektivitet. Vidare ställs krav på att den initiala kontakten för invånaren är via upphandlad nationell tjänst i första linjens digitala vård.

Även Region Uppsala ställer krav på att digitala vårdmöten på vårdcentral ska ske inom Region Uppsalas godkända system. Även i Region Gävleborgs förfrågningsunderlag framgår att vårdgivaren inom hälsoval ska använda sig av det upphandlade systemet för digitala vårdmöten som regionen beslutat om.

Region Norrbotten erbjuder tjänsten Digitalen som är ett sätt för medborgarna att komma i kontakt med vården via chatt och video. Privata leverantörer har möjlighet att ansluta sig till Digitalen till en kostnad för anslutning och drift.

I Region Dalarnas förfrågningsunderlag finns en skrivning under Åtagande och uppdrag där det framgår att vården ska tillgängliggöras dygnet runt via fysiska och digitala möjligheter. Det framgår också av förfrågningsunderlaget att vårdgivaren ska bemanna regionens digitala tjänst Min vård med läkare enligt schema som beräknas utifrån vårdcentralens listade patienter. Regionen vill främja

utvecklingen för att öka tillgängligheten för patienterna med fler yrkeskategorier via Min Vård.

Region Kalmar har en digital vårdgaranti där det bland annat ingår att samtliga enheter inom primärvården ska vara digitalt tillgängliga för invånarna genom ett specificerat basutbud av digitala vårdtjänster. Vidare innefattas en svarsgaranti innebärande att en digital kontakt ska besvaras inom 24 timmar samt en tillgänglighetsgaranti som innebär att alla digitala tjänster i basutbudet ska så långt som möjligt vara tillgängliga och användbara för så många som möjligt.

5.3.1 Genomgång av särskilda krav på underleverantörer

En genomgång har gjorts av samtliga regioners regelböcker för vårdval primärvård för att kartlägga om det ställs särskilda krav vid anlitande av underleverantörer. I ett fåtal fall framgår ingen direkt information om underleverantörer i regionens regelbok.

Leverantören ska tillse att underleverantören uppfyller alla krav

Regionerna uppställer i sina regelböcker krav på att leverantören ska tillse att eventuella underleverantörer uppfyller alla krav som ställs i de aktuella förfrågningsunderlagen samt att de ansvarar gentemot regionen för underleverantörens arbete såsom det vore leverantörens eget. Likaså att underleverantören ska utföra uppdraget på samma villkor som anges i kontraktet och därmed under leverantörens fulla ansvar.

En del regioner tydliggör i sina kravböcker att de inte har en direkt relation till underleverantören, endast med leverantören.

Underleverantörer får anlitas för delar av uppdraget

I några regioners regelböcker framgår att en leverantör har rätt att anlita en underleverantör för en mindre del av uppdraget, för att komplettera sin kompetens eller för att förstärka sin kapacitet för genomförande av uppdraget. I Västra Götalandsregionens regelbok framgår att regionen ensam avgör vad som ska anses vara en mindre

del av uppdraget. Flertalet regioner understryker också att underleverantörer endast får anlitas med regionens godkännande.

I regionerna Uppsala och Sörmlands regelböcker framgår att underleverantören kan utföra hela eller delar av uppdraget. Region Sörmland understryker också att regionen har samma rätt till kontroll av underleverantörer som av leverantören. Vidare framgår att vårdgivaren även ska redovisa om underleverantören har anställda som har bisyssla och om detta är godkänt.

I Region Jönköpings läns regelbok krävs att underleverantörer som utför hälso- och sjukvårdsuppdrag ska vara anmälda till vårdgivarregistret. Det får antas att fler regioner kontrollerar att underleverantörer är anmälda till registret, men utan att detta kravställs i regelboken.

I Region Stockholms regelbok framgår att leverantören som anlitar en underleverantör ska meddela beställaren om tillhandahållna, digitala tjänster och system som underleverantören behöver tillgång till för att kunna utföra de hälso- och sjukvårdstjänster som underleverantören anlitas för att utföra.

Ett antal regioner lyfter i sina regelböcker att vårdgivaren ska dokumentera i de journal- och patientadministrativa system som regleras genom förfrågningsunderlag för vårdval primärvård. Likaså lyfter några att samma regler för information och marknadsföring gäller för underleverantören som för huvudleverantören.

Underleverantören ska ha en fysisk mottagning

Region Västmanland ställer som krav att all verksamhet ska rymmas inom vårdcentralens lokaler eller i nära anslutning till den vilket också ska gälla den verksamhet som bedrivs av underleverantörer med undantag för familjecentral. Även Region Skåne ställer som krav att en underleverantör ska vara lokaliserad inom regionens geografi i form av fysisk patientmottagning. Dock gäller ett undantag för om en leverantör avser att tillhandahålla digitala vårdtjänster genom en underleverantör. En underleverantör som endast tillhandahåller digitala vårdtjänster behöver inte vara verksam inom eller i direkt anslutning till leverantörens lokaler. En underleverantör som endast tillhandahåller digitala vårdtjänster behöver inte heller använda det journalsystem som regionen använder.

5.4 Dokumentationskrav i hälso- och sjukvården

Att vården av patienter i hälso- och sjukvården dokumenteras är av stor betydelse för kvaliteten och säkerheten i den vård som ges. Därför ska det enligt 3 kap. 1 § patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL, föras patientjournal vid vård av patienter.

Journalföringen syftar i första hand till att bidra till en god och säker vård av patienten (3 kap. 2 § första stycket). Patientjournalen är även en informationskälla för

- patienten,
- uppföljning och utveckling av verksamheten,
- tillsyn och rättsliga krav,
- uppgiftsskyldighet enligt lag, samt
- forskning (3 kap. 2 § andra stycket).

Det är i första hand den som har en legitimation för yrket som är skyldig att föra patientjournal, även om vissa andra icke legitimerade yrkesutövare också kan vara skyldiga att föra journal (3 kap. 3 §).

Patientjournalen ska innehålla de uppgifter som är av betydelse för en god och säker vård av patienten. Om uppgifterna finns tillgängliga ska journalen alltid innehålla bland annat uppgift om patientens identitet, bakgrunden till vården, ställd diagnos och anledningen till mer betydande åtgärder, vilken information som lämnats till patienten samt om en patient har valt att avstå från viss vård och behandling (3 kap. 6 §).

Av 3 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården framgår att vårdgivare ska säkerställa att dokumenterade uppgifter hos vårdgivaren är åtkomliga och användbara för den som är behörig.

Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

För att patientjournalens syfte att bidra till en god och säker vård av patienten ska kunna utnyttjas optimalt är det väsentligt att tidigare

gjord journaldokumentation om en patient kan finnas digitalt tillgänglig när patienten senare söker vård hos en annan vårdgivare.

Enligt lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation får vård- och omsorgsgivare under vissa förutsättningar ha tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till personuppgifter som behandlas av andra vård- och omsorgsgivare. Bestämmelserna ger vårdgivare möjlighet att skapa system för ett effektivt informationsutbyte sinsemellan. Att de olika vårdgivarna dokumenterar i system som kan kommunicera med varandra är en förutsättning för att data ska kunna överföras på ett ändamålsenligt sätt. Någon lagfäst skyldighet för vårdgivare att ingå i system för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation finns dock inte. I samband med att lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation trädde i kraft den 1 januari 2023, upphävdes bestämmelserna i 6 kap. PDL om sammanhållen journalföring. Ändringen innebär utökade möjligheter till informationsöverföring inom och mellan hälso- och sjukvården och omsorgen, men inga väsentliga förändringar vad gäller system för sammanhållen journalföring som endast involverar aktörer inom hälso- och sjukvården.

Möjligheterna som bestämmelserna om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation ger används ofta på regional nivå genom att olika vårdgivare som bedriver vård på uppdrag av en region nyttjar ett gemensamt journalsystem som regionen tillhandahåller. Som framgår ovan uppställer flera regioner i sina regelverk för vårdval i primärvården krav på att privata vårdgivare ska föra journal i regionens system, i syfte att hålla journaldokumentation om invånarnas vårdkontakter samlade och tillgängliga för vårdgivare i regionen. Andra regioner erbjuder privata vårdgivare att på frivillig basis använda regionens journalsystem, men låter vårdgivare som så önskar i stället använda ett eget journalsystem.

På nationell nivå finns sammanhållen vårddokumentation bland annat genom tjänsten NPÖ som tillhandahålls av Inera AB (Inera) och som gör det möjligt för vårdgivare att göra sin journalinformation tillgänglig för andra vårdgivare som är anslutna till systemet. Användningen av NPÖ har successivt ökat. Innehållet i NPÖ är inte fullständigt, bland annat på grund av att huvudmännen själva bestämmer vilken information som ska göras tillgänglig för andra (E-hälsomyndigheten 2022, Sammanhållen journalföring – Möjligheter till digital informationsförsörjning på hälsodata-

området). Det har delvis att göra med att det ibland krävs en ganska stor investering för vårdgivarna att kunna visa (producera) information till NPÖ, särskilt om det journalsystem som regioner och vårdgivare använder inte redan är anpassat för detta. Informationen måste dels struktureras enligt de nationella standarder som Inera tar fram, dels måste varje system anpassas efter Ineras tekniska specifikationer så att de går att ansluta.

Utöver det förhållandet att NPÖ inte ger en fullständig bild av patientens vårdhistorik, så finns en risk att vårdpersonalen inte alltid öppnar och eftersöker information om en patient i NPÖ. Så kan särskilt vara fallet när patienten har fått vård av en digital vårdgivare och kanske inte ens själv känner till att den vårdgivaren har sin administrativa hemvist i en annan region och att dokumentationen därför inte finns tillgänglig i den egna regionens journalsystem. Utredningen har även erfarit att det finns synpunkter på NPÖ:s användarvänlighet och att det är svårt att hitta efterfrågad information, även då den i princip finns tillgänglig via NPÖ.

E-hälsomyndigheten har haft regeringens uppdrag att analysera och föreslå hur de legala möjligheterna till sammanhållen journalföring kan nyttjas i så stor utsträckning som möjligt i vården och omsorgen, i hela landet och av alla vårdgivare. Myndigheten lämnade i februari 2022 slutrapporten Sammanhållen journalföring – Möjligheter till digital informationsförsörjning på hälsodataområdet. I rapporten föreslår myndigheten bland annat att vissa särskilt viktiga informationsmängder ska tillgängliggöras av alla aktörer – på ett likartat sätt – och att det på sikt bör bli obligatoriskt för aktörerna att tillgängliggöra de prioriterade informationsmängderna. Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten föreslås bägge få uppdrag att utarbeta nödvändiga stöd och lösningar gällande flera områden såsom semantik, uppförandekoder, och kunskapsstöd. E-hälsomyndigheten föreslår också att myndigheten ska ges i uppdrag att utveckla en teknisk lösning för patientöversikter som kan användas såväl nationellt som i samband med gränsöverskridande vård inom EES.

Dokumentation hos privata digitala vårdgivare

De digitala vårdgivare som är nationellt verksamma använder inte alltid det gemensamma journalsystemet i den region där de är verksamma, vilket kan ha flera orsaker. Vårdgivarna är ofta teknikdrivna och har informationshanteringen som en del av den egna affärsmodellen, till exempel genom långtgående integration mellan journalföring och sina digitala plattformar för patientkontakt. Om en stor del av den digitala vårdgivarens patienter dessutom är från andra regioner så minskar värdet av att kunna dela information i det regionala journalsystemet.

För att en nationellt verksam digital vårdgivare ska kunna ta del av sina patienters dokumenterade vårdhistorik och dela med sig av sin journalinformation till vårdgivare i patientens hemregion blir det därför viktigt att den digitala vårdgivaren kan anslutas till och dela informationen nationellt via NPÖ. De flesta digitala vårdgivare uppger att de både tillgängliggör sin egen journalinformation (producerar) och har möjlighet att ta del av (konsumera) andra vårdgivares journalinformation via NPÖ. Det gäller dock fortfarande inte alla digitala vårdgivare. Det förekommer också att vårdgivare som i princip kunnat ansluta till NPÖ inte nyttjar möjligheten att ta del av information om patienterna. Vissa digitala vårdgivare är av uppfattningen att det i deras verksamhet, som kan ha karaktären av digital ”lättakutmottagning”, sällan är nödvändigt att ta del av patientens tidigare journaldokumentation inför bedömning och ställningstagande till åtgärd. De ärenden som omhändertas av dessa vårdgivare uppges vara av så enkel natur att det helt enkelt inte behövs. Samtidigt finns det digitala vårdgivare som ställer sig frågande till en sådan inställning och som oftast tar del av journalen för att säkerställa att det inte finns kontraindicerande uppgifter om exempelvis tidigare läkemedelsförskrivning (se också om receptförnyelse i kapitel 5).

Inera har uppgett att NPÖ och andra nationella e-tjänster för hälso- och sjukvård endast ska erbjudas till offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet. Enligt den tolkning som Inera hittills har gjort anses en privat vårdgivare vara offentligt finansierad när den har avtal direkt med en region. Om en privat vårdgivaren som har avtal med en region i sin tur avtalar med en annan privat vårdgivare att utföra en del av uppdraget som underleverantör, så har

Inera hittills ansett att den vårdgivaren inte är offentligt finansierad. En privat vårdgivare som har direktavtal med en region kan också självständigt teckna avtal med Inera och därefter själv beställa tjänsten NPÖ och ansluta sitt lokala journalsystem.

En privat vårdgivare som använder en regions journalsystem kan dock anslutas till NPÖ via regionen genom så kallad indirekt anslutning. Det gäller också underleverantörer i de fall regionen tillåter att sådana ansluts på detta sätt. I så fall tillämpar Inera inte begränsningen utifrån huruvida vårdgivaren anses vara offentligt finansierad eller inte.

Detta innebär att flera nationellt verksamma digitala vårdgivare som är underleverantörer och därför saknar direktavtal med en region och som inte heller använder en regions journalsystem, i nuläget inte har möjlighet att ansluta sig till NPÖ, vare sig som producent eller konsument (se avsnitt 9.8).

5.4.1 Dokumentationshantering med bristande interoperabilitet

Att patientens uppgifter lätt kan överföras mellan olika vårdgivare i hälso- och sjukvården är viktigt ur såväl ett patientsäkerhets- som effektivitetsperspektiv. Så är ofta inte fallet då det saknas nationella krav och gemensamma standarder för dokumentation och dokumentationssystem. Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (tidigare sammanhållen journalföring) har därför ofta förutsatt att flera vårdgivare för journal i ett och samma journalsystem.

En tidigare statlig utredning – Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård – har i betänkandet Riksintressen i hälso- och sjukvården (SOU 2021:71) bland annat angett att den fragmenterade digitala infrastruktur som finns i dag skapar hinder för vårdens utveckling. Hälsodata och sammanhållna journaler bedöms ha en stor potential att bidra till en bättre och säkrare vård, ökad tillgänglighet och stärkt patientautonomi (SOU 2021:71 s. 22).

I syfte att bland annat att öka patientsäkerheten, bedriva mer patientcentrerad vård och minska administrativt dubbelarbete för hälso- och sjukvårdspersonalen samt ge bättre förutsättningar för att utveckla och förbättra medicinska behandlingar, arbetssätt och

hälsofrämjande preventiva insatser beslutade regeringen i juni 2022 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att analysera och lämna förslag på ändamålsenliga och samhällsekonomiskt effektiva åtgärder som bedöms vara motiverade för att åstadkomma en bättre och säkrare informationsförsörjning av hälsodata mellan system och aktörer (dir. 2022:98). Regeringen konstaterar i utredningens direktiv att det för att kunna dela hälsodata för en effektivare, säkrare och mer individanpassad vård krävs gemensamma standarder. I dag saknas det reglering som säkerställer att samtliga aktörer som berörs av HSL ska kunna omfattas av en nationell digital infrastruktur. Exempelvis ingår inte privata vårdgivare som inte bedriver verksamhet på uppdrag av en region i den nationella digitala infrastrukturen, vilket kan skapa skillnader i förutsättningarna för att bedriva vård mellan privata och offentliga aktörer, försvåra vård och behandling av patienter som möter flera olika vårdgivare och försvåra möjligheterna till uppföljning och forskning (a. dir. s. 4). Regeringen anför vidare att ett viktigt steg för att hälsodata ska komma till nytta för att stärka hälso- och sjukvården är att hälsodata blir interoperabla, det vill säga att olika system kan samarbeta genom att få tillgång till och använda varandras information (a. dir. s. 7). Utredningen ska redovisa sitt uppdrag senast den 30 april 2024.

E-hälsomyndigheten har haft regeringens uppdrag att tillgängliggöra och förvalta nationella gemensamma specifikationer, inom och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst samt i gränssnittet mot andra it-lösningar inom den offentliga förvaltningen. Myndigheten konstaterar i sin slutrapport att en viktig del i digitaliseringen av hälso- och sjukvård och socialtjänst är att it-system, både semantiskt och tekniskt, kan utbyta information entydigt och säkert. En förutsättning för sådant informationsutbyte är tillgång till och användande av e-hälsospecifikationer som är tillräckligt detaljerade för att kunna tillämpas entydigt inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. En nationell gemensam e-hälsospecifikation (NGS), är en e-hälsospecifikation som genomgått en formell process och fått status som nationell och gemensam. Myndigheten beskriver i rapporten arbetet med att inventera existerande e-hälsospecifikationer och arbetet med de processer och bedömningskriterier som behövs för att tilldelning av statusen NGS (E-hälsomyndigheten 2021, Uppdrag att tillgängliggöra och förvalta nationella gemensamma specifikationer s. 7–8). När it-system utbyter standardiserad

och strukturerad information kan informationen enklare återanvändas där den behövs och patientsäkerheten ökar (a.a. s. 17).

Patientöversikter inom EES och Sverige

Utredningen om e-recept och patientöversikter inom EES överlämnade i mars 2023 slutbetänkandet Patientöversikter inom EES och Sverige (SOU 2023:13) till socialministern. Utredningen föreslår bland annat att bestämmelser ska införas om krav på vårdgivare att ge elektronisk tillgång till utvalda digitala uppgifter om en patients hälsa och vård, för att tillföras en patientöversikt som kan utbytas inom EES och Sverige (SOU 2023:13 s. 25).

E-hälsomyndigheten föreslås få i uppdrag att tillhandahålla en digital tjänst för att ta del av patientöversikter från utlandet för hälso- och sjukvårdspersonal. Utredningen föreslår också att hälso- och sjukvårdspersonal även ska kunna få tillgång till patientöversikter från Sverige. Tekniska krav på de som tillgängliggör och önskar ta del av uppgifterna i en patientöversikt föreslår utredningen ska regleras i föreskrifter.

Utredningen föreslår även att E-hälsomyndigheten får i uppdrag att utveckla en digital samtyckestjänst där patienten kan lämna och överblicka sina samtycken (a.a. s. 26). I betänkandet betonar utredningen att för att kunna ge en vård av hög kvalitet behöver medarbetare inom dessa verksamheter ha tillgång till aktuella och relevanta uppgifter om patienten. Den information om patientens hälsa och vård som en patientöversikt kan innehålla är av sådan karaktär att den väsentligt kan påverka kvaliteten på den vård som ges, framför allt genom att vårdskador undviks. Ytterst kan det handla om skillnad mellan liv och död. Vidare anger utredningen att beslut om undersökning och behandling kan fattas på en mer solid grund. Tillgång till uppgifter om patientens hälsa och vård från andra vårdgivare stärker enligt utredningen patientsäkerheten vid vård över såväl landsgränser som region-, kommun- och organisationsgränser (a.a. s. 202).

Förslagen bereds i Regeringskansliet.

European Health Data Space (EHDS)

Den 3 maj 2022 presenterade kommissionen sitt förslag till en förordning med tillhörande meddelande om det europeiska hälsodataområdet (COM [2022] 66). Förslaget är en del av EU:s datastrategi och är det första av flera annonserade dataområden av allmänt intresse som kommissionen ämnar reglera.

Det övergripande syftet med förordningen är att göra det lättare att dela och få tillgång till olika typer av hälsodata – såväl inom själva vården (primäranvändning) som för till exempel forskning, innovation och beslutsfattande (sekundäranvändning). Förslaget reglerar delning av hälsodata inom varje medlemsland och delning av hälsodata i en gränsöverskridande kontext.

Förslaget till förordning innehåller bland annat krav gällande primäranvändning av hälsodata inom områdena

– rättigheter för patienter,
– tjänster för patienter (patientportaler),
– tillgång till hälsodata för hälso- och sjukvårdspersonal,
– tjänster för tillgång till hälsodata för hälso- och sjukvårdspersonal (portaler för hälso- och sjukvårdspersonal),
– prioriterade kategorier av hälsodata,
– e-hälsomyndigheter
– gränsöverskridande infrastruktur,
– självcertifiering av patientjournalsystem och frivillig märkning av hälsoappar, samt
– marknadskontroll.

Förslaget förhandlas för närvarande i Europeiska rådets arbetsgrupp för folkhälsa.

En aviserad reformering av den digitala infrastrukturen i vården

Utöver ovanstående förslag och pågående arbeten aviseras det i samarbetspartierna Sverigedemokraterna, Moderaterna, Kristdemokraterna och Liberalernas överenskommelse för Sverige (Tidö-

avtalet), ett samarbetsprojekt om en reformering av den digitala infrastrukturen i vården (Tidöavtalet, punkt 3).

Enligt överenskommelsen syftar projektet till att genomföra en enhetlig och gemensam digital infrastruktur för den svenska sjukvården som ersätter och kompletterar de 21 regionernas befintliga infrastruktur. Likt infrastrukturen för den avreglerade apoteksmarknaden ska sjukvården använda en enhetlig digital infrastruktur. Hälsodata blir tillgänglig i hela vårdkedjan för all vård, både kommunal vård, regional sjukvård och tandvård, oavsett vårdhuvudman. Den digitala infrastrukturen ska skapa förutsättningar för en innovativ och marknadsdriven utveckling där patientsäkerheten är i fokus.

Ett första steg mot en nationell gemensam infrastruktur togs den 22 juni 2023 då regeringen gav E-hälsomyndigheten i uppdrag att ta fram förslag till en färdplan för genomförandet av regeringens målsättning om en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården där staten tar ett större ansvar.

6 Receptförnyelse

Utredningen har i uppdrag att bedöma om det finns skäl som talar för att andra bedömningsgrunder ska gälla vid receptförnyelse om förskrivaren finns hos en digital vårdgivare – och vid behov föreslå ytterligare krav som ska ställas vid receptförnyelse hos en digital vårdgivare.

Utredningen ska även överväga om hanteringen av receptförnyelse medför behov av utvecklad uppföljning och tillsyn (se kapitel 6).

6.1 Digitala vårdgivare förnyar recept – under vissa förutsättningar

En av de tjänster som erbjuds av nationellt verksamma digitala vårdgivare i primärvården är receptförnyelse. Tjänstens lättillgänglighet beskrivs av vårdgivarna som särskilt värdefull till exempel under sommarsemestern och på resa, under en tid då tillgängligheten i den ordinarie primärvården kanske inte är lika god. Patienten kan ha glömt att förnya sina recept eller tappat bort en uthämtad förpackning och kan därför vara i behov av ett nytt recept med kort varsel.

När en pågående läkemedelsbehandling ska förlängas faller det sig naturligt att patienten vänder sig till den läkare eller mottagning som ansvarar för läkemedelsbehandlingen. I primärvården är det vanligen patientens fasta läkarkontakt eller annan läkare vid den mottagning där patienten är listad. Det är den läkaren som i allt väsentligt förutsätts ha lagt upp en planering för patientens läkemedelsbehandling och som även förväntas följa upp den insatta behandlingens resultat. Patienten kan kontakta sin valda primärvårdsenhet, exempelvis digitalt via 1177, och påtala att ett läkemedel

är slut eller håller på att ta slut och att det behövs ett förnyat recept. Receptförnyelse kan då ofta skötas utan att patienten behöver kallas till ett nytt (digitalt eller fysiskt) besök. När receptförnyelse på detta sätt kan lösas av patientens ordinarie vårdcentral utan besök utgår enligt flertalet regioners ersättningsregler ingen produktionsrelaterad ersättning och någon patientavgift tas då heller inte ut.

I avsnitt 3.2 har konstaterats att digitala vårdgivare som ersätts för digital utomlänsvård, genom att kombinera besöksersättning enligt utomlänstaxan och avgiftsfrihet för patienten, kan erhålla konkurrensfördelar framför den ordinarie primärvården. Det ger en omotiverad styrning mot att receptförnyelse sker via digital utomlänsvård, av en läkare som inte känner patienten och typiskt sett har begränsade möjligheter att ta ansvar för patientens samlade läkemedelsbehandling.

Vid en genomgång av ett antal digitala vårdgivares webbsidor framgår att de flesta anger att de överhuvudtaget inte förskriver licenspreparat, narkotikaklassade eller beroendeframkallande läkemedel digitalt. I vissa fall hänvisas patienten därför till en av vårdgivarens fysiska mottagningar alternativt till patientens ordinarie mottagning.

Ett par vårdgivare har också särskilda riktlinjer gällande receptförnyelse. I de fall förnyelse önskas av recept som patientens ordinarie vårdgivare skrivit ut och patienten har en väl fungerande vårdkontakt i övrigt, förskrivs enligt riktlinjer som utredningen tagit del av, minsta rimliga förpackningsstorlek (maximalt för 3 månader) så att patienten kan fortsätta sin behandling utan uppehåll tills kontakt med ordinarie förskrivare etableras. Patienten ska enligt riktlinjerna alltid informeras om att fortsatt förskrivning ska ske via ordinarie förskrivare och att någon upprepad receptförnyelse inte ska göras.

En vårdgivare som bedriver både fysisk och digital vård (primärvård och specialistvård) över hela landet listar ett antal förutsättningar som behöver vara uppfyllda för att en receptförnyelse ska kunna göras vid ett digitalt primärvårdsbesök.

– Kontroll av NPÖ och läkemedelsförteckning ska vara gjord.
– Preparatet är inte narkotikaklassat.
– Indikation för förskrivning verifierad.

– Patienten har fått information om fortsatt kontroll och förskrivning.
– Läkemedlet är ej på specialistvårdnivå.

En vanligt förekommande uppfattning som framförts till utredningen är att begreppet receptförnyelse kan vara missvisande, eftersom varje förskrivning av läkemedel, inklusive sådan som innebär fortsatt oförändrad behandling, bör föregås av en noggrann medicinsk bedömning av patientens behov, vilket bland annat kan innebära att gå igenom patientens journal.

Det är av betydelse att ordinarie förskrivare får information om att en ny förskrivning har skett. I propositionen Ökad kvalitet vid läkemedelsförskrivning (prop. 2009/10:138) anför regeringen bland annat att det ur ett patientsäkerhetsperspektiv är viktigt att uppgifter om vem som förskrivit ett läkemedel finns som en av flera viktiga uppgifter när en förnyad förskrivning ska ske. Det är också enligt regeringen viktigt ur säkerhetssynpunkt att läkaren kan ta direktkontakt med tidigare förskrivare (a. prop. s. 45).

Det framstår som oklart i vad mån sådana kontakter tas i dag, men det kan antas att så sker i vissa fall när det bedömts nödvändigt.

Vidare ska, som framgår av kapitel 4, en ordination av läkemedel föregås av en lämplighetsbedömning med utgångspunkt i patientens behov. Detta ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården, gälla såväl vid insättning eller utsättning av ett läkemedel, som vid ändring eller förlängning av en pågående läkemedelsbehandling.

Ägarförhållanden mellan öppenvårdsapotek och digitala vårdgivare kan driva på receptförnyelser

I september 2019 lämnade Läkemedelsverket en rapport till regeringen med bland annat förslag om att vårdgivare inte ska kunna beviljas tillstånd att driva öppenvårdsapotek. Anledningen till förslaget var i första hand de risker som har identifierats gällande överförskrivning av läkemedel på grund av andra incitament till förskrivning än medicinsk ändamålsenlighet, samt risk för onödigt vårdutnyttjande. Läkemedelsverket föreslog även att öppenvårds-

apotek inte heller ska kunna äga vårdgivare då riskerna torde vara desamma i en motsatt riktning av ägandeförhållandena (Läkemedelsverket 2019, Översyn av begränsningar för att få tillstånd att bedriva öppenvårdsapotek).

Regeringen beslutade i oktober 2021 att ge en särskild utredare i uppdrag att utifrån bland annat de bedömningar och förslag som Läkemedelsverket lämnat i fråga om vårdgivares möjlighet att äga och driva öppenvårdsapotek, samt det omvända förhållandet, lämna nödvändiga författningsförslag för en mer ändamålsenlig och sammanhållen reglering på området. Utredningen, som tog namnet Treklöverutredningen, lämnade i maj 2022 delbetänkandet Begränsningar i möjligheterna för vissa aktörer att få tillstånd att bedriva öppenvårdsapotek (SOU 2022:27).

Av betänkandet framgår bland annat att samtliga de fem större apoteksaktörerna i början av år 2022 hade någon form av samarbete med en privat vårdgivare, bland annat flera av de större nationellt verksamma digitala vårdgivarna.

Flera av de tjänster som erbjuds är liknande oavsett om det föreligger gemensamma ägarförhållanden eller enbart samarbete. De vanligaste tjänsterna som erbjuds är vaccination mot influensa och Covid-19 eller turistvaccinationer samt testning för Covid-19. Undersökningar av hudförändringar är också, enligt Treklöverutredningen, relativt vanligt förekommande. Det händer även att det genomförs viss provtagning, såsom blodtrycksmätning och patientnära analys (PNA), på öppenvårdsapotek efter remiss från samarbetsvårdgivaren. Samtliga av de fem största apoteksaktörerna har samarbete genom hänvisning till vårdgivare för så kallad receptförnyelse i de fall en kunds recept har gått ut eller är slutexpedierat. Utöver detta finns flera lokala samarbeten mellan apotek och närliggande vårdcentral. Det handlar till exempel om avstämning kring vilka läkemedel som är bra att ha på lager, informationsutbyte och utbildningar.

I de fall det föreligger gemensamma ägarförhållanden mellan öppenvårdsapoteket och vårdgivaren är det vanligare att vårdaktören också finns på plats i apotekets lokaler för att genomföra andra typer av vårdinsatser – då oftast genom en sjuksköterska med möjlighet till kontakt med läkare via digitala kanaler (a.a. s. 69).

Vidare beskrivs att det finns olika uppfattning om i vad mån samarbete mellan apotek och vårdgivare avlastar primärvården eller

inte. Vissa av de som tillfrågats om saken anger att samarbetet snarare kan leda till ökad belastning på den offentliga vården. I det sammanhanget nämns bland annat erbjudande om receptförnyelse på öppenvårdsapotek via samarbetsvårdgivaren. I dessa fall har den läkare som förnyar receptet inte alltid tillgång till patientens journal och får då inte en fullständig bild av patientens anamnes innan beslut fattas om förnyelse av recept. Det kan också, enligt betänkandet, leda till att patientens ordinarie läkare inte får information om provtagning och receptförnyelse, att patienten inte följs upp på ett korrekt sätt eller att fel utredningar av patienten görs, vilket i slutändan kan medföra ett ökat tryck på annan hälso- och sjukvård. En konsekvens av överutnyttjad vård är i förlängningen en större belastning på den offentliga hälso- och sjukvården och ökade offentliga kostnader (a.a. s. 71–72). Treklöverutredningens förslag bereds inom Regeringskansliet.

En av de större apotekskedjorna har för utredningen beskrivit sina samarbeten med två olika digitala vårdgivare som är nationellt verksamma. I ett av fallen handlar det om att sjuksköterskor från den ena vårdgivaren utför exempelvis vaccinationer på något av kedjans apotek. I det andra fallet handlar det om att apotekskedjans e-handelskunder – som också har sökt vård hos en digital aktör och exempelvis ordinerats att mäta blodtryck för att få ett recept utskrivet – kan mäta blodtrycket på något av de apotek som ingår i kedjan. I de fall en av apotekets kunder behöver göra en receptförnyelse så hänvisas kunden till den aktuella digitala vårdgivaren med vilken apoteket har samarbete med.

Treklöverutredningen listar i betänkandet de risker som Läkemedelsverket lyfter fram i sin rapport avseende vårdgivares möjlighet att bedriva öppenvårdsapotek respektive att öppenvårdsapotek äger vårdgivare:

– Risk för överförskrivning och icke ändamålsenlig behandling.
– Särskild risk för överförskrivning inom veterinärmedicinska verksamheter.
– Risk för onödigt vårdutnyttjande.
– Risk för att patienten styrs till specifika vårdgivare.
– Risk för att arbetsgivaren ska påverka förskrivaren.

– Risk för att professionens trovärdighet och de legitimerade yrkesutövarnas integritet ska påverkas.
– Risk för öppenvårdsapotekens påverkan på förskrivare (SOU 2022:27 s. 35).

6.2 Möjlighet att dela information om förskrivning mellan vårdgivare

Det är också av stor betydelse att förskrivande läkare har tillgång till patientens medicinska dokumentation för att på bästa sätt kunna värdera huruvida det är lämpligt att förnya ett recept. Patientens ordinarie eller tidigare förskrivare kan ha dokumenterat hur den fortsatta behandlingen planeras och ska följas upp, dokumentation som det förstås är viktigt att senare förskrivare lätt kan ta del av. Enligt uppgifter till utredningen förekommer det att digitala vårdgivare, låter patienten ladda upp en skärmdump av journalanteckningar från 1177 eller visa upp en läkemedelsförpackning med etikett för att styrka att patienten står på det aktuella läkemedlet. Enligt utredningens mening är detta inte ett acceptabelt sätt att arbeta på.

NPÖ, en tjänst för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation som tillhandahålls av Inera, är ett sätt för offentligt finansierade vårdgivare att dela journalinformation med varandra. Vårdpersonal kan via NPÖ ta del av journalinformation som finns hos andra vårdgivare, i enlighet med regelverket för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Användningen av NPÖ är dock inte heltäckande, se avsnitt 4.4.

Nationella Läkemedelslistan

Nationella läkemedelslistan (NLL) är ett första steg i en ny nationell digital infrastruktur där uppgifter om en patients läkemedel hålls aktuell och uppdaterad och kan delas mellan hälso- och sjukvård, apotek och patient. Tidigare fanns uppgifter om patientens läkemedelsbehandlingar uppdelade i flera olika källor, till exempel patientjournaler, NPÖ, receptregistret och läkemedelsförteckningen. Förutsättningarna för åtkomst till dessa källor varierade

dock, bland annat beroende på vilket vårdsystem som hälso- och sjukvårdspersonal arbetade med och regler för direktåtkomst.

Ett annat problem var att inte någon av källorna innehöll information som var fullständig för samtliga patienter. Allt detta innebar att det var svårt att få en helhetsbild av patientens aktuella läkemedelsbehandling, vilket gjorde att det lätt kunde uppstå fel i läkemedelsprocessens olika steg. För varje patient som drabbas kan en vårdskada uppstå som kunde ha undvikits om rätt uppgifter hade varit åtkomliga vid rätt tillfälle.

Regeringen gjorde i propositionen Nationell läkemedelslista (prop. 2017/18:223) bedömningen att utveckling och framtagning av ett nytt register, som skulle ersätta receptregistret och läkemedelsförteckningen, vore ett ändamålsenligt sätt att förbättra överföring av information som behöver delas mellan hälso- och sjukvården, apotek och patienter (jfr. a. prop. s. 46).

I samband med att lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista trädde i kraft den 1 maj 2021 togs tjänsten Förskrivningskollen i bruk, som möjliggör för förskrivare och andra behöriga användare att hämta uppgifter om patientens förskrivna och expedierade läkemedel. Vid samma tillfälle tillkom nya funktioner i tjänsten Läkemedelskollen, där patienter och vårdnadshavare kan hämta uppgifter om bland annat aktuella förskrivningar och uthämtade läkemedel.

Ett av syftena med införandet av NLL är den ökade patientsäkerhet som uppnås när hälso- och sjukvården, öppenvårdsapoteken och en patient har aktuell och enhetlig information om patientens samtliga förskrivna och uthämtade läkemedel. NLL är ett rikstäckande register och samma information ska vara tillgänglig för vården, öppenvårdsapoteken och patienten oavsett var i landet förskrivningen är gjord eller var patienten har hämtat ut sina läkemedel. Det blir också enklare att följa upp en läkemedelsbehandling och att undvika felaktiga kombinationer av läkemedel. En ytterligare förväntad effekt är att förutsättningarna för att förhindra missbruk av läkemedel förbättras. NLL förväntas således bidra till ökad patientsäkerhet och till en effektivisering av arbetsmomenten vid ordination och förskrivning av läkemedel (jfr. propositionen Senarelagd anslutning till nationell läkemedelslista (prop. 2022/23:57 s. 12).

De förväntade nyttorna och den ökade patientsäkerheten uppnås först när samtliga aktörer inom hälso- och sjukvården och öppenvårdsapoteken har anslutit sig till NLL. Enligt 9 kap. 1 § lagen om nationell läkemedelslista ska den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården som innefattar ordination och förskrivning av läkemedel eller andra varor vara ansluten till registret från och med den 1 december 2025. Med detta avses att aktörerna ska ha ett elektroniskt system som gör det möjligt att få direktåtkomst till uppgifter i NLL och vid en elektronisk förskrivning lämna vissa uppgifter till NLL.

Senast detta datum ska en förskrivare kunna se sin patients förskrivnings- och uttagsinformation från NLL i det ordinarie vårdinformationssystem som används i förskrivarens organisation. Fram till dess kan förskrivnings- och uttagsinformation från NLL ses samlat i Förskrivningskollen. Förskrivaren bör alltid främst utgå från sitt ordinarie journalsystem, NPÖ eller ett system för dosdispenserade läkemedel, exempelvis Pascal (ehalsomyndigheten.se/yrkesverksam/vard/for

7 Uppföljning och tillsyn av digitala utförare i primärvården

Utredningen ska enligt uppdraget analysera och föreslå hur såväl uppföljning som tillsyn av digitala vårdgivare kan utvecklas – framför allt med avseende på hantering av receptförnyelse.

7.1 Regionernas uppföljning och kontroll av privata vårdgivare

En region får enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen ansvarar för enligt HSL. Enligt 10 kap. 8 § kommunallagen (2017:725), förkortad KL, ska regionen kontrollera och följa upp verksamheten när skötseln av en kommunal angelägenhet genom avtal har lämnats över till en privat utförare. Om regionen sluter avtal med en privat utförare ska, enligt 10 kap. 9 § KL, regionen genom avtalet tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över. I förarbetena till bestämmelsen anges att regionen i avtalet med den privata utföraren ska reglera vilken information som ska lämnas av den privata utföraren. Omfattningen av den information som ska lämnas blir beroende av bland annat den överlämnade verksamhetens art, hur många regionmedlemmar – dvs. invånare i regionen – som är beroende av verksamheten och hur mycket skattemedel som går till verksamheten. För att bestämma insynens omfattning ska det, vid avtalets utformning, göras en avvägning mellan å ena sidan den privata utförarens intressen av exempelvis skydd för affärsmässiga förhållanden och å andra sidan allmänhetens intresse av hur verksamheten utförs. Exempel på sådan information som det kan bli

aktuellt för huvudmannen att tillförsäkra sig är uppgifter om personalen och dess kompetens, utbildningsnivå och kapacitet, liksom information om antalet anställda, antalet anställda omräknat till heltid, personalkontinuitet, brukarundersökningar samt den privata utförarens organisation och eventuella underleverantörer (prop. 2016/17:171 s. 421 f.).

Det är således regionens skyldighet att följa upp all den vård som bedrivs enligt avtal med privata vårdgivare, inklusive den vård som den privata vårdgivaren i sin tur har avtalat med en underleverantör att utföra. Eftersom direkt avtalsrelation med underleverantören saknas så har regionen dock endast rättsliga möjligheter att utkräva ansvar av sin avtalspart, som är huvudleverantören. Eftersom underleverantören utför en del av de uppgifter som regionen har lämnat över till huvudleverantören och regionen indirekt finansierar underleverantörens verksamhet, är det viktigt att även den verksamheten kan följas upp på ett tillfredsställande sätt. För att effektiv uppföljning ska vara möjlig krävs att huvudleverantören reglerar en skyldighet för underleverantören att bidra till den uppföljning som regionen har rätt att utföra.

Vid utomlänsvård via en privat digital vårdgivare är det den region som har avtal med utföraren (vårdregionen) som är huvudman för verksamheten enligt hälso- och sjukvårdslagen och den som ansvarar för uppföljningen av verksamheten. Patientens hemregion är dock skyldig att ersätta kostnaden för vården, liksom för annan hälso- och sjukvård som de egna invånarna erhåller i den egna regionen. Vid de intervjuer som utredningen har hållit med företrädare för flera regioner har bland annat framkommit en frustration över att det endast är vårdregionen som har möjlighet att ställa krav på eller följa upp verksamheten. Den information som regionerna får i samband med fakturering av invånarnas digitala utomlänsbesök uppfattas som relativt summarisk och inte tillräcklig för att patientens hemregion ska vara säker på att den vård som regionen betalar för håller tillräckligt hög kvalitet. Den region som för närvarande ansvarar för merparten av de privata digitala vårdgivarnas verksamhet, Region Sörmland, har uppgett att man regelbundet utför omfattande uppföljning av vårdgivarnas verksamhet. I de fall regionen har haft anmärkningar så har dessa ofta lett till förändringar i dialog med vårdgivarna. Regionen sammanställer också en hel del statistik om

de digitala vårdgivarnas verksamhet, som betalande regioner på förfrågan kan ta del av.

7.2 Uppföljning enligt regionernas regelböcker för vårdval primärvård

Uppföljning av vårdens kvalitet syftar till att säkerställa att den vård som ges uppfyller de mål och kriterier som finns uppställda i lag och andra författningar samt gällande riktlinjer, policydokument och avtal. Uppföljning kan också ha en rent ekonomisk sida, nämligen att kontrollera att privata vårdgivare ersätts i enlighet med gällande avtal, exempelvis att rapportering och faktureringsunderlag är korrekta.

Uppföljning av vården kan ske med både kvantitativa och kvalitativa metoder. Vanligt är att uppföljningen av vårdens kvalitet delas in i olika kvalitetsområden som ofta benämns som ”god vård”. De områden som inkluderas i god vård och omsorg är kunskapsbaserad, säker, individanpassad, jämlik, tillgänglig och effektiv (Socialstyrelsen 2018, Digitala vårdtjänster riktade till patienter, kartläggning och uppföljning, Socialstyrelsen 2020, handbok för utveckling av indikatorer – för god vård och omsorg).

Regionerna ställer krav på uppföljning i sina regelböcker för vårdval primärvård

Vid en genomgång av regionernas regelböcker för vårdval primärvård så framgår tydliga krav på uppföljning av leverantörerna för att säkerställa att de fullföljer sitt åtagande enligt regelboken. Vidare syftar uppföljningarna till att säkerställa att leverantören lever upp till kvalitetskraven samt för att säkerställa att vårdgivaren lämnat in ett korrekt underlag till huvudmannen vid begäran om ersättning.

I de allra flesta regelböcker framkommer att uppföljningen sker löpande eller årligen. En del regioner lyfter att de tillämpar en tillits- och dialogbaserad uppföljningsmodell som mer syftar till utveckling och stöd framför kontroll av verksamheten. Generellt lyfter regionerna att uppföljningen ska bidra till utveckling av primärvården.

I regelböckerna framgår att regionerna kan genomföra fördjupade uppföljningar vid behov. Med fördjupad uppföljning menas riktad och systematisk kontroll av utförare som genomförs utöver den sedvanliga, löpande uppföljningen (SKR 2016, modell för fördjupad uppföljning – kontroll av utförare inom hälso- och sjukvården). Uppföljningsdialoger inom specifika områden kan också initieras av regionerna, exempelvis inom läkemedelsförskrivning.

Uppföljning görs utifrån bestämda områden och indikatorer

Regionerna redogör i sina regelböcker för att uppföljning ska ske utifrån olika uppföljningsområden, kvalitetsindikatorer och nyckeltal som de har beslutat om. Dessa uppdateras kontinuerligt samt att regionerna kan besluta om nya uppföljningsområden och indikatorer över tid. En del regioner hänvisar i sina regelböcker till att de utgår från SKR:s basmodell för uppföljning av primärvård, se avsnitt nedan. Likaså hänvisar en del regioner till att de vid fördjupade uppföljningar tillämpar SKR:s modell för fördjupad uppföljning, se nedan. Även uppföljning utifrån Socialstyrelsens nationella indikatorer för god vård omnämns i regelböckerna.

Vissa regioner ställer krav på att Medrave ska användas vid verksamhetsuppföljning. Medrave är ett informationssystem som samlar verksamhetsdata ur befintliga journalsystem och skapar rapporter och beslutsunderlag för kvalitetsuppföljning. Exempelvis behövs Medrave eller liknande tjänst för att kunna rapportera data till Primärvårdskvalitet samt till olika kvalitetsregister.

Totalt 18 regioner använder Medrave för sin verksamhetsuppföljning och resterande tre regioner använder system som de byggt själva (Uppgift från Primärvårdskvalitet, 2023).

Leverantören ansvarar för underleverantörens arbete

Som beskrivs i avsnitt 4.3.1 så ställer regionerna i sina regelböcker krav på att leverantörer ska tillse att eventuella underleverantörer uppfyller alla krav som ställs i förfrågningsunderlagen. Vidare ska leverantören ansvara för underleverantörens arbete såsom det vore leverantörens eget.

Leverantören ansvarar också för att underleverantören kan fullfölja sitt åtagande enligt den uppdragsbeskrivning som finns i förfrågningsunderlaget. Detta innebär att leverantören har ansvar för att följa upp sina underleverantörer. Då regionerna inte har någon direkt avtalsförbindelse med underleverantören så kan regionen formellt sett endast rikta sina krav på uppföljning mot huvudleverantören, även vad avser den verksamhet som bedrivs av underleverantören. Detsamma gäller krav på rättelse eller andra sanktioner vid eventuella avtalsbrott.

Då många av de nationellt verksamma digitala vårdgivarna är underleverantörer till vårdgivare i ett fåtal regioner, i nuläget främst Region Sörmland, så är det Region Sörmland som för närvarande bär det tyngsta ansvaret för uppföljningen av dessa vårdgivare.

Region Sörmland tydliggör i sitt förfrågningsunderlag att regionen har rätt till samma kontroll av underleverantörer som av leverantören. Regionen ställer också krav på att vårdgivaren ska kunna redogöra omfattning inklusive resultat av den vård som bedrivs via underleverantören. Den vårdgivare som anlitar en underleverantör ska kunna redovisa inklusions- och exklusionskriterier för den vård underleverantören bedriver.

Enligt vad Region Sörmland har uppgett är det inte ovanligt att det förekommer brister i huvudleverantörernas insyn i och kontroll av sina underleverantörer.

Region Stockholm redogör för ett antal generella principer och krav vid anlitande av underleverantör vid vårdavtal på vårdgivarguiden. Regionen ställer bland annat följande krav:

– Huvudleverantören ansvarar för underleverantörens åtaganden och eventuella brister som för egen räkning.
– Underleverantören ska ge beställaren (regionen) en självständig rätt att hos underleverantören genomföra fördjupad uppföljning i enlighet med avtalet.
– Underleverantören ska åta sig att, på beställarens begäran, delta vid uppföljningsmöten och i övrigt aktivt medverka vid de uppföljningsåtgärder som beställaren företar.

Metodstöd för primärvårdsuppföljning

SKR tillhandahåller en vägledning som syftar till att utgöra ett stöd för regionerna genom en generisk modell för uppföljningsdialog i primärvård (SKR 2021, Primärvårdsuppföljning, metodstöd för dialogbaserad verksamhetsuppföljning). Vägledningen ger förslag på hur uppföljningen kan organiseras och utföras i form av en dialogbaserad uppföljning baserad på grundprinciperna för tillitsbaserad ledning och styrning. Vägledningen innehåller också sammanställning av olika datakällor som kan utgöra underlag för uppföljning av primärvård. SKR lyfter att metodstödet kan och bör tillämpas på samtliga utförare i primärvården, oavsett regiform.

Vägledningen innehåller några frågor som berör hur leverantören arbetar med underleverantörer.

– Hur arbetar ni med e-hälsa? Använder man egna eller andras (underleverantörers) digitala vårdtjänster/kanaler? Vilka tjänster? Förekomst/inslag av egenmonitorering?
– Utförs någon del av uppdraget av underleverantör? Hur följs dess kvalitet upp?

SKR tillhandahåller också ett praktiskt stöd för fördjupad uppföljning av utförare inom hälso- och sjukvård. Den fördjupade uppföljningen är en riktad och systematisk kontroll av utförare som genomförs utöver den löpande uppföljningen. Den syftar till att säkerställa att verksamheter, oavsett driftsform, lever upp till de krav i avtal, överenskommelser, lagar och regler som gäller för respektive verksamhet.

I betänkandet Digifysiskt vårdval (2019:42) rekommenderades att regionerna ska fortsätta inriktningen mot en dialogbaserad uppföljning av utförare samt fördjupad analys av eller medicinsk revision. Skälen för denna rekommendation menade de var att SKR tagit fram en modell för uppföljning som varit avsedd att vara stöd för varje regions eget beslut om metoder och indikatorer för uppföljning av primärvårdsverksamhet. Modellen utgår från flera olika former av uppföljning där dialogbaserad uppföljning står i fokus.

Rapportering till Primärvårdskvalitet

Regionerna ställer i sina regelböcker krav på leverantörerna att rapportera in data till nationella kvalitetsregister som är relevanta för primärvårdens verksamhet. Primärvårdskvalitet är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården som flera regioner ställer krav på rapportering till. Systemet syftar till att stödja förbättringsarbete och uppföljning genom analys, reflektion och lärande. Primärvårdskvalitet omfattar kvalitetsindikatorer för akuta och kroniska tillstånd, psykisk ohälsa, rehabilitering samt kärnområden såsom kontinuitet, samsjuklighet och levnadsvanor. Indikatorerna utvecklas av primärvårdens professioner och baseras på evidens och nationella riktlinjer. Enligt uppgift från Primärvårdskvalitet kan 89 procent av Sveriges vårdcentraler se sin data i Primärvårdskvalitet, både i privat och egen regi (mars 2023). Det är främst vårdcentraler i regionerna Stockholm och Skåne som saknar täckning.

Region Sörmland ställer krav på att samtliga vårdcentraler ska vara anslutna till och ha tillgång till Primärvårdskvalitet. I dialog med regionen framkommer att dessa krav inte finns för digitala vårdgivare som är underleverantörer i regionen. Detta beror på att Primärvårdskvalitet främst bygger på den fysiska vården och listade invånare på respektive vårdcentral, de flesta indikatorer bygger på listningsdata. För infektioner finns det en separat modul med indikatorer som bygger på förekomst hos de individer som kontaktat vårdenheten som enligt uppgift från Primärvårdskvalitet skulle kunna passa enheter utan listad population, exempelvis närakuter och digitala vårdgivare. De indikatorer avseende infektion som tillämpas är utformade enligt Stramas riktlinjer för när det bör vara fysiska besök. Detta innebär att det finns indikatorer som kan vara av intresse för digitala vårdgivare, men de kan inte ta del av bredden i systemet. I de fall en digital vårdgivare har fysiska vårdcentraler så kan de vara anslutna till Primärvårdskvalitet.

För att kunna rapportera in till Primärvårdskvalitet så behöver verksamheten vara ansluten till någon form av tjänst för detta. I de allra flest fall är regionerna anslutna till kvalitetssystemet Medrave.

I dagsläget finns ingen nationell databas för Primärvårdskvalitet, det är respektive region och vårdgivare som har data. En nationell databas är under framtagande.

Uppföljning av digital vård enligt samma principer som övrig vård

Socialstyrelsen hade 2018 regeringens uppdrag att bland annat ge förslag på hur kvaliteten på den vård som ges digitalt kan följas upp. Myndigheten konstaterade att hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs via digitala vårdtjänster omfattas av samma lagar och regler som övrig hälso- och sjukvård. Vidare konstateras att principerna för uppföljning av kvaliteten i den vård som ges genom digitala kommunikationskanaler inte skiljer sig från uppföljning av vård där patient och vårdpersonal träffas i ett fysiskt möte. Samtidigt menar myndigheten att uppföljningen behöver säkerställa att riktlinjer som är specifika för denna kommunikationskanal efterlevs och att de eventuella patientsäkerhetsrisker som digitala möten innebär hanteras.

Myndigheten pekade också på att den mest uppenbara skillnaden mellan digitala och fysiska vårdmöten är de begränsningar som det medför i möjligheten att genomföra fysiska undersökningar och akuta provtagningar. Detta menade man kan medföra att vissa områden av vårdens kvalitet kommer att vara mer angelägna att följa upp. I rapporten hänvisar Socialstyrelsen till Strama som tagit fram rekommendationer för kvalitetsindikatorer för området infektionssjukdomar och antibiotikabehandling vid digitala vårdmöten (Socialstyrelsen 2018, Digitala vårdtjänster riktade till patienter, kartläggning och uppföljning).

Vidare lyfter myndigheten att det är viktigt att följa upp hur digitala vårdtjänster påverkar medicinska resultat, patientsäkerhet, nyttjande av vård, prioriteringar och resursallokeringar av de totala resurserna för vård. Uppföljning kan exempelvis undersöka om patienter efter en digital vårdkontakt har andra kontakter i vårdsystemet. Vidare om det finns avlastningseffekter för exempelvis primärvård och om det finns skillnader i etablerade kvalitetsindikatorer, exempelvis gällande mätetal för medicinska resultat och patientsäkerhet.

Även Myndigheten för vård och omsorgsanalys konstaterade i en rapport att det finns ett behov av att följa hur den digitala vården påverkar vårdens kostnader, kvalitet, effektivitet samt hur jämlikheten utvecklas avseende geografiska och socioekonomiska skillnader i användningen (Myndigheten för vård och omsorgsanalys 2022, Besök via nätet).

Regionernas uppföljning av digital vård i regionerna

Utredningen har fört dialog med ett antal regioner om hur de följer upp digital vård i den regna regionen. Västra Götalandsregionen redogör för att produktionen av digitala besök följs upp i relation till antalet fysiska besök. Statistiken som samlas in utgör grund för dialog och diskussion kring enheternas arbete med digitala vårdkontakter. I övrigt gör regionen ingen skillnad på uppföljning avseende digitala och fysiska besök. Inte heller regionerna Uppsala och Västerbotten gör någon skillnad på uppföljning av digitala och fysiska besök. Region Västerbotten menar att en generell inställning är att fysisk och digital vård ska följas upp på samma sätt.

Region Gävleborg menar att de noga följer upp både digitala och fysiska besök, men att det nationellt inte finns någon struktur för uppföljning vad gäller digital vård och att det finns utmaningar i hur man registrerar och rapporterar.

Några regioner uppger att det inte är möjligt att särskilja digitala och fysiska besök för att följa upp om förskrivning av läkemedel skiljer sig mellan digitala och fysiska besök. Exempelvis Västra Götalandsregionen uppger att det i nuläget, via befintliga system, inte går att fånga vad som förskrivs vid digitala respektive fysiska besök.

Region Östergötland uppger att de inte gjort någon särskild granskning av den digitala vård som ges inom regionen.

Uppföljning av läkemedelsförskrivning vid digitala vårdmöten

Som nämnts tidigare så konstaterar Socialstyrelsen att uppföljning av kvalitet i den vård som ges genom digitala vårdtjänster ska följas upp enligt samma principer som vanlig vård. Myndigheten menar dock att det finns vissa områden som kan vara mer angelägna att följa upp givet de begränsningar som digitala vårdbesök innebär, i form av avsaknad av fysisk undersökning och akut provtagning.

Det kan bland annat handla om uppföljning av efterlevnad av särskilda riktlinjer, exempelvis Stramas rekommendationer för diagnoser och behandling vid digitala vårdmöten. Ett annat exempel som lyfts är uppföljning av beroendeframkallande läkemedel. Mot bakgrund av att psykiska sjukdomar är en grupp med potentiella risker vid diagnostik och behandling finns det ett efterföljande

behov av kvalitetsuppföljning vid läkemedelsförskrivning (Socialstyrelsen 2018, Digitala vårdtjänster riktade till patienter, kartläggning och uppföljning).

De digitala vårdgivarna har uppgett för utredningen att de inte förskriver beroendeframkallande läkemedel, vilket är något som de uppger att de följer upp och agerar på ifall det ändå skulle ske. En digital vårdgivare framför att de följer upp läkemedelsförskrivning på månatlig basis och återkopplar gruppvis eller individuellt vid behov. Vårdgivaren menar att störst fokus ligger på att hålla en ansvarsfull linje gällande antibiotikaförskrivning genom att följa Stramas rekommendationer. En ytterligare digital vårdgivare redogör för att de granskar allt som görs och att matchningar görs mellan diagnossättning och förskrivning av läkemedel.

Region Sörmland producerar årligen en rapport över den digitala utomlänsvård som ges genom underleverantörer i regionen. I rapporten finns data över läkemedelsförskrivning, diagnoser, åldersfördelning etc. Regionen uppger att de gör kontinuerliga uppföljningar av läkemedelsförskrivning hos de digitala privata vårdgivare som verkar i regionen. Enligt regionen finns inget avvikande vad gäller förskrivning av narkotikaklassade läkemedel eller antibiotika (se även avsnitt 4.2). Ungefär fem av 100 000 utfärdade recept är narkotikaklassade läkemedel. Omkring 91 000 recept på antibiotika förskrevs vid totalt 1,3 miljoner digitala besök hos totalt fem vårdgivare genom Region Sörmland under 2022.

Uppföljning av digitala utomlänsbesök

Några regioner som utredningen fört dialog med ger uttryck för att det behöver ställas mer krav på uppföljning och utvärdering av digitala vårdbesök. Regionerna lyfter också vikten av att faktiskt kunna följa upp den digitala vård som ges som utomlänsvård.

Västra Götalandsregionen menar att det behövs ökade krav på inrapporterade data för att skapa bättre underlag för fakturering och uppföljning. Som redogörs för under avsnitt 6.1 så sammanställer Region Sörmland en hel del data från de digitala besök som görs av underleverantörer i regionen och betalande regioner har också möjlighet att begära ut data. Enligt vad utredningen erfarit så begärs inte underlaget ut i den utsträckning det kunde göras och att det

råder en uppfattning om att det inte finns så mycket uppföljningsdata tillgänglig.

En region menar att de får förlita sig på den uppföljning som Region Sörmland gör av de digitala vårdgivare som är underleverantörer i regionen. Även Region Uppsala påpekar att det finns utmaningar i att följa upp digital utomlänsvård. Vidare lyfter regionen frågetecken kring var det medicinska ansvaret ligger om det sker en avvikelse vid ett digitalt utomlänsbesök.

7.3 Tillsyn över hälso- och sjukvården

IVO utövar tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal, med undantag för den verksamhet som bedrivs inom Försvarsmakten. Enligt 7 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, innebär tillsynen granskning av att verksamheten och personalen uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Tillsynen ska främst inriktas på granskning av att vårdgivarna fullgör sina skyldigheter enligt 3 kap. PSL – dvs. skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. I avsnitt 9.9 finns en översiktlig sammanfattning av uppgifter ur ett urval patientsäkerhetsberättelser.

Ett register över vårdgivare

En grundläggande förutsättning för att myndigheten ska kunna utföra sitt uppdrag är att det finns tillgänglig information om tillsynsobjekten. Om IVO inte får tillgång till uppgifter om vilka verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård i landet, saknas möjligheter för myndigheten att granska och bland annat uppmärksamma brister och risker för patienterna. Enligt 2 kap. 1 § PSL ska den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av IVO:s tillsyn anmäla verksamheten till IVO senast en månad innan verksamheten påbörjas. Av 2 § samma kapitel följer att om verksamheten helt eller till väsentlig del förändras eller flyttas ska anmälan göras inom en månad efter genomförandet. Om verksamheten läggs ned, ska detta snarast anmälas till IVO. Av 2 kap. 4 § PSL framgår att IVO ska föra ett automatiserat register över de anmälda verksamheterna. Det sker

i det s.k. vårdgivarregistret. I 2 kap. patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1998:13) om anmälan av verksamheter på hälso- och sjukvårdens område anges bland annat vilka uppgifter som anmälan ska innehålla. Enligt Socialstyrelsens blankett och instruktioner för anmälan till vårdgivarregistret ska anmälaren uppge huruvida vårdgivaren erbjuder digitala vårdkontakter via en digital plattform för exempelvis videomöte och i så fall ska webbadressen där den digitala tjänsten finns uppges.

Sedan den 1 juli 2023 får IVO förelägga den som inte har fullgjort sin skyldighet att anmäla till vårdgivarregistret att fullgöra denna skyldighet. Ett beslut om föreläggande får förenas med vite.

Tillsyn över digitala vårdgivare

Vid möten med IVO har framförts att myndigheten arbetar riskbaserat, dvs. tillsyn inom vården och omsorgen genomförs där riskerna för patienter och brukare bedöms vara som störst. Det gäller för all vård och omsorg som IVO utövar tillsyn över – inklusive den vård som utförs av digitala vårdgivare. I dagsläget finns ingen samlad information eller signaler till myndigheten som tyder på att sådana större risker eller brister skulle föreligga. Vårdgivarnas egenkontroll och regionernas uppföljning av verksamheter är i sammanhanget viktiga verktyg. IVO har genomfört vissa tillsynsinsatser inom digital vård och publicerade 2019 sina iakttagelser (se avsnitt 3.7).

Inkomna ärenden till IVO:s upplysningstjänst

Utredningen har tagit del av upplysningar och tips gällande digitala vårdgivare samt digital vård i regionernas regi som inkommit till IVO:s upplysningstjänst under perioden 1 januari 2020 – februari 2023. Totalt har knappt 80 ärenden inkommit till IVO som klassas som hög risk och har hanterats vidare inom IVO.

De flesta ärenden som inkommit är kopplade till ledning och organisation, personalkompetens, fördröjd, utebliven eller felaktig utredning/undersökning. Ett mindre antal tips som har inkommit till IVO berör kategorierna; brister i journal och dokumentation,

sekretess och information. Det finns även några inkomna tips som handlar om läkemedel, såsom felaktig förskrivning samt överförskrivning.

Inkomna ärenden till ett urval patientnämnder

Utredningen har även tagit del av inkomna ärenden inom digital vård från patientnämnderna i regionerna Stockholm och Sörmland.

Till patientnämnden i Region Stockholm har totalt 159 ärenden inkommit gällande synpunkter på digital vård inom samtliga vårdverksamheter och driftformer under perioden 1 januari 2021 – 31 oktober 2022. Flertalet inkomna ärendena berör ifrågasatt felaktig diagnos och behandling, brister i bemötande, delaktighet och kommunikation samt bristande tillgänglighet och felaktig läkemedelsförskrivning. Vidare handlar några synpunkter om att patienter uppger sig ha blivit felaktigt listad på en vårdcentral utan sitt medgivande i samband med att de sökt vård hos en digital vårdgivare. En del inkomna ärenden handlar om ifrågasättande av patientavgift då patienten inte känt sig ha blivit hjälpt vid vårdmötet och därför inte anser sig behöva betala för besöket.

Till patientnämnden i Region Sörmland har totalt 13 ärenden inkommit gällande synpunkter på digitala vårdgivare under perioden 1 januari 2021 – 31 december 2022. Ungefär hälften av ärendena går under kategorin vård och behandling och handlar om försenad eller missad diagnos samt felaktig eller olämplig ordinering av läkemedel. Övriga ärenden berör bestridande av fakturerade patientavgifter i samband med digital vård samt bristande dokumentation och administration.

8 Remiss och hänvisning

Utredningen ska enligt uppdraget kartlägga till vilka vårdverksamheter de digitala vårdgivarna remitterar eller hänvisar patienter och vid behov föreslå åtgärder för ett mer effektivt och behovsbaserat resursutnyttjande.

8.1 Remiss och hänvisning enligt gällande regelverk

En remiss är en handling om patient som utgör beställning av tjänst eller begäran av övertagande av vårdansvar och regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvård, tandvården m.m. (SOSFS 2004:11).

Vårdgivaren ska ge skriftliga direktiv och säkerställa att det finns rutiner för hur remisser ska utformas och hanteras, 3 § SOSFS 2004:11 samt att verksamhetschef ska fastställa rutiner för de remisser som ska användas inom verksamhetsområdet, för hantering av utgående remisser och inkommande remissvar, det ska också finnas dokumenterade rutiner för vem eller vilka inom verksamheten som får utfärda remisser, 4 § SOSFS 2004:11.

SKR beslutade i juni 2019 om en ny rekommendation till regionerna om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdgivare. I rekommendationerna framgår att ett krav ska vara att den vårdgivare som erbjuder hälso- och sjukvård via digitala tjänster har rutiner för remiss och svar vid behov av provtagning och annan medicinsk service (SKR – meddelande från styrelsen, 8/2019). I samma dokument rekommenderas regionerna också att säkra att samtliga vårdgivare inom av regionen finansierad hälso- och sjukvård, även i samband med digitala vårdkontakter, tillgodoser patients begäran om provtagning och annan medicinsk service grundad på

remiss från offentligt finansierad vårdgivare i Sverige samt att i sådana fall låta provtagning ingå i läkarkontakten och inte föranleda ytterligare patientavgift.

Hänvisning inom hälso- och sjukvården är inte reglerat i författning, men enligt Socialstyrelsens termbank innebär en hänvisning anvisning till annan vårdenhet eller till egenvård (i samband med avslag av vårdbegäran eller vid avslut av vårdåtagande).

8.1.1 Förutsättningarna avgör om remiss kan utfärdas

En vårdgivare är skyldig att upprätta rutiner för remisshantering. Såvitt framkommit vid de dialoger som utredningen har fört med ett urval av regioner har regionerna inga särskilda riktlinjer för remisser som utfärdas vid digitala vårdmöten. Som regel verkar rutinerna vara desamma oavsett om remissen utfärdas vid ett digitalt eller vid ett fysiskt vårdmöte, det handlar snarare om vilka förutsättningar som finns för att utfärda en remiss vid ett digitalt möte, om ett utfärdande av remiss behöver föregås av en fysisk undersökning.

Det finns exempel på regioner som fattat beslut om att inte ta emot remisser från digitala vårdgivare. Exempelvis Region Västerbotten tar inte emot remisser från digitala vårdgivare som är nationellt verksamma, oavsett vilken vårdverksamhet eller provtagningsenhet den är ställd till. Inom regionen finns möjlighet att skicka remisser till specialistmottagning hud med digitala bilder, dessa remisser mottas endast av mottagningen om den kommer från patientens listade vårdcentral. I dialog med regionen framkommer att det ibland kommer remisser till hudmottagningen med bifogade bilder, även kallat teledermatoskopi (ett distansstöd för att diagnostisera misstänkta hudförändringar) från nationellt verksamma digitala vårdgivare. Dessa remisser skickas åter till avsändare givet riktlinjerna men också då bifogade bilder anses vara av dålig kvalitet. Detta innebär att den patient som sökt vård hos en digital vårdgivare då behöver göra om motsvarande process på den vårdcentral som patienten är listad på för att få en remiss till hudmottagningen i Region Västerbotten.

Även Västra Götalandsregionen har beslutat om riktlinjer för remisser inom teledermatoskopi, vilken innebär att regionens hudmottagningar endast tar emot hudremisser med bild som finns

tillgängliga i regionens journalsystem. Då de digitala vårdgivarna använder andra journalsystem så godtas inte deras remisser inom området hud. Regionen har inte tagit fram särskilda riktlinjer för remisshantering vid digitala vårdmöten i övrigt och regionen uppger att de inte skiljer på digitala och fysiska besök i detta avseende.

I Region Sörmlands regelbok för bedrivande av primärvård ställs krav på att den digitala vårdgivaren har rutiner för remiss vid behov av provtagning och annan medicinsk service. Regionen själv har inte tagit fram några särskilda riktlinjer för remiss vid digital vård, det är samma riktlinjer vid remiss oavsett digital eller fysisk vård. De digitala vårdgivarna kan dock inte skicka elektroniska remisser till specialistkliniker i regionen då de saknar åtkomst till mottagarens nätverk samt integration mellan journalsystemen. Regionen har i dialogmöten med nationellt verksamma digitala vårdgivare som utgår från Region Sörmland informerat om att de ska skicka pappersremiss när remiss utfärdas till specialistklinik. Om en region-driven verksamhet ska skicka remiss till en mottagare i en annan region så sker även det med pappersremiss.

I de fall en patient behöver uppsöka fysisk primärvård efter ett digitalt vårdmöte så uppfattar regionen det som att patienten i första hand hänvisas till sin vårdcentral framför att remiss utfärdas. En vårdgivare lyfter att det blir en del administration kring pappers-remiss då möjlighet att skicka elektronisk remiss saknas.

En privat digital vårdgivare lyfter att det finns regioner som kan ha regler om att remiss till röntgen inte får utfärdas vid ett digitalt vårdmöte vilket då utesluter möjligheten att skicka remiss till röntgen i vissa regioner. På två digitala vårdgivares hemsidor framgår att de inte kan utfärda remiss för röntgen genom ett digitalt besök. En annan digital vårdgivare uppger att de kan remittera patienter till röntgen om det är medicinskt motiverat.

Digitala vårdgivare upplever att deras remisser tas emot

Utredningen har under dialoger med privata vårdgivare frågat om de upplever att remissmottagare i hög utsträckning avvisar remisser utfärdade vid ett digitalt besök. Frågan har ställts mot bakgrund av att det i Socialstyrelsens rapport Digitala vårdtjänster – övergripande principer för vård och behandling (2018) framkommit att digitala

vårdgivare upplever att vissa vårdgivare inte tar emot deras remisser av exempelvis principiella skäl.

Under de dialoger utredningen haft med privata digitala vårdgivare framkommer inte att de upplever några större utmaningar vad gäller remissförfarande, såsom att vårdgivare nekar remiss utfärdat vid ett digitalt besök av princip.

Två digitala vårdgivare redogör för att de har samarbetspartners över hela landet som de kan remittera patienter till, i både privat och offentlig regi och att dessa fungerar väl. En av vårdgivarna lyfter att de, när de startade sin verksamhet, främst hade samarbeten och avtal med privata vårdgivare, exempelvis laboratorier, då dessa vårdgivare var de som ville och kunde leverera provsvar vid tiden för när vårdgivaren etablerade sig. I dag ser detta annorlunda ut och vårdgivaren menar att deras patienter går till laboratorier i både regional och privat regi och att detta fungerar väl. De samarbeten och avtal som de digitala vårdgivarna har med exempelvis laboratorier följs upp över tid och vid behov.

En av de vårdgivare som erbjuder mer specialiserad vård lyfter dock att det vid en journalgenomgång framkommit att det är vanligt att läkare i primärvården avvisar remisser med önskemål om en fysisk undersökning. Samtidigt lyfter en annan vårdgivare att det finns bra rutiner och dialog kring remissutfärdande, att det är en större acceptans i den specialiserade vården. I de fall remisser nekas är det kopplat till de riktlinjer som finns i den aktuella regionen.

En region som utredningen fört dialog med menar att flera av de digitala vårdgivarna för några år sedan upplevde att det fanns vårdverksamheter runtom i landet som inte tog emot deras remisser av anledningen att den kom från en digital vårdgivare men att detta inte längre upplevs som ett problem i dag. En anledning till detta kan vara att de digitala vårdgivarna blivit väl etablerade samt att den digitala vården blivit en naturlig del av hälso- och sjukvården då även regionerna erbjuder digitala vårdbesök.

8.2 Vilka vårdverksamheter remitterar digitala vårdgivare sina patienter till?

Inga stora volymer remisser

I möten med privata digitala vårdgivare framkommer att remittering sker i en mindre omfattning, antalet remissinstanser är få. En vårdgivare uppger att det är försvinnande få remisser som skickas, två andra vårdgivare som erbjuder primärvårdstjänster utfärdar remiss vid mindre än 1 procent av totala antalet besök (0,45–1 procent). En vårdgivare menar att remissfrekvensen kan vara lite säsongsvarierat och hänvisar bland annat till remisser inom hud som utfärdas mer under vissa delar av året.

En privat vårdgivare som har etablerade fysiska mottagningar inom primärvård och specialiserad vård men också erbjuder digital vård skickade under 2022 remisser till fysisk vård vid 0,2 procent av de ärenden som handläggs digitalt inom primärvård. Vårdgivaren har fattat beslut om att endast skicka remisser inom området hud vid digitala besök som är en de vanligaste sökorsakerna vid digital vård hos vårdgivaren. Bakgrunden till beslutet är att vårdgivaren menar att det är utmanande att hålla sig uppdaterad om hur avtal är utformade, utförares utbud, om en enhet stängt ned eller om det är remisstopp inom olika vårdområden i respektive region.

Vårdgivaren lyfter fram att de har en sömlös överföring av patientärenden, i de fall en patient behöver uppföljning eller vidare handläggning efter ett digitalt vårdmöte så ges patienten fortsatt kontakt med sin ordinarie vårdcentral i den digitala plattformen, vilket de menar säkrar kontinuiteten. Vårdgivaren använder sig av en lösning som gör det möjligt att skicka patientärenden mellan vårdgivarens olika vårdenheter.

Det finns några digitala vårdgivare som skickar en något större andel remisser än merparten av de vårdgivare som utredningen fört dialog med. En digital vårdgivare som erbjuder primärvårdstjänster uppger att de utfärdar remisser i 8 procent av de ärenden som handläggs. En ytterligare vårdgivare som erbjuder mer specialiserad vård utfärdar remiss vid cirka 14 procent av totala antalet besök som görs hos vårdgivaren.

Verksamheter som de digitala vårdgivarna remitterar patienter till

Gemensamt för de digitala vårdgivarna som erbjuder bredare primärvårdstjänster är att patienten i första hand ska handläggas färdigt vid det digitala vårdmötet men att remisser och hänvisningar görs vid behov. En vårdgivare lyfter att deras triage är uppbyggd så att de flesta patienter som välkomnas till digital vård kan sluthandläggas eller få en medicinsk bedömning. En annan vårdgivare menar att omkring 90 procent av patienterna färdigbehandlas genom deras digitala vårdtjänst.

Remisser skickas i huvudsak till specialistvård eller för provtagning. I de fall patienten behöver uppsöka fysisk primärvård så sker oftast en hänvisning, till exempel i de fall en remiss behöver föregås av en fysisk undersökning.

En vårdgivare uppger att det finns information tillgänglig i deras app samt på hemsidan över de mottagningar och provtagningsenheter som de har samarbete eller avtal med och som patienten kan söka sig till i samband med att till exempel en remiss för provtagning utfärdas. Vårdgivaren uppger att de har samarbete med 600 provmottagningar som patienterna kan välja mellan.

De flesta remisser som skickas vid digital vård går till hudmottagningar. En vårdgivare har hudläkare anställda hos sig och menar att det skapar en viss legitimitet när egna hudläkare utfärdar remiss till specialistmottagning inom hud. Några vårdgivare lyfter också att de skickar remisser inom ramen för standardiserade vårdförlopp (SVF), såsom vid misstanke om tumörsjukdomar.

Andra exempel på områden som digitala vårdgivare remitterar till är för provtagning samt olika självtest som skickas hem på posten, exempelvis streptokock A-test eller hemtest för klamydia. Ortopedmottagning och sluta-röka-hjälp är också exempel på remissinstanser.

Digitala vårdgivare som nischat sig inom olika områden

Utredningen har fört dialog med några digitala vårdgivare som erbjuder mer specialiserade tjänster. Dessa vårdgivare erbjuder ett upplägg där patienten ingår i ett behandlingsprogram över tid och kan snarare vara en vårdgivare som patienten blivit hänvisad eller remitterad till.

En av de privata digitala aktörer som erbjuder mer specialiserad vård uppger att de årligen remitterar deras patienter för provtagning, till privata enheter som de har avtal med samt till regionala enheter – i de fall exempelvis en patient bor långt ifrån en av de privata enheterna som man har avtal med. Under 2021 så utfördes ca 6 000 provtagningar med remiss från den aktuella vårdgivaren, under 2022 var motsvarande ca 12 000 provtagningar på remiss från vårdgivaren. Under 2022 gjordes totalt 89 343 besök hos vårdgivaren genom Region Sörmland vilket motsvarar att remiss för provtagning skickades vid cirka 13 procent av besöken.

Vårdgivaren uppger att de själva står för kostnaden för provtagningen. Samma vårdgivare uppger också att de i ovanliga fall remitterar patienten vidare till fysisk vård, det görs då till patientens husläkare eller specialiserad vård för vidare utredning, hur många remisser som skickas till patienternas husläkare kan inte uppskattas.

En digital vårdgivare som erbjuder barnsjukvård uppger att de skickar enstaka remisser till barn- och ungdomspsykiatrin (BUP). En annan vårdgivare som erbjuder psykologtjänster skickar ibland remisser till psykiatrin.

En digital vårdgivare som erbjuder vård vid svår huvudvärk och migrän uppger att de i ett fåtal fall skickar remiss, i första hand för provtagning. När patienten är i behov av provtagning så skickar vårdgivaren remiss till den vårdcentral som patienten är listad på för utfärdande av remiss för provtagning. När vårdcentralen sedan mottar remissvaret så ska detta skickas till den digitala vårdgivaren som informerar patienten om svaret. Enligt vårdgivaren tar vårdcentralerna emot deras remisser i varierande utsträckning. Anledningen till att den digitala vårdgivaren går via patientens vårdcentral för provtagning är enligt vårdgivaren att de tidigare saknat lab-modul samt saknar kännedom om patienternas närmaste provtagningsenhet, vilket bidragit till att det inte varit praktiskt möjligt att utfärda remiss för provtagning.

De mer nischade vårdgivarna tar emot remisser och blir hänvisade till

De digitala vårdgivare som valt att nischa sig inom olika områden uppger att de utöver att patienterna själva söker vård hos dem, även kan motta remisser eller bli hänvisade till av andra vårdgivare som de

exempelvis har någon form av samarbete med. En digital vårdgivare som behandlar patienter med högt blodtryck tar emot remisser från företagshälsovården, under perioden hösten 2022 - januari 2023 har de mottagit 130 remisser med en förväntan om en kraftig ökning av remisser och hänvisningar under 2023. Vårdgivaren menar att företagshälsovården upplever att primärvården inte alltid tar emot deras remisser för behandling och vidare utredning varför den digitala aktören blivit en förekommande remissinstans vid behandling av högt blodtryck.

Även tre andra digitala vårdgivare som nischat sig inom olika områden uppger att de tar emot patienter som hänvisats till dem, den ena vårdgivaren menar att det kan framgå i journalanteckningar att patienter blivit hänvisade till dem. En annan vårdgivare lyfter att de har omkring 200 partners i den fysiska vården fördelat över landet som hänvisar patienter för behandling hos dem.

8.2.1 Hänvisning av patienter

Hänvisningar är vanligare än remisser

Hänvisningar av patienter sker i något större omfattning än remitteringar från digitala vårdgivare. De hänvisningar som görs är främst till akutmottagning, jourmottagningar eller till den vårdcentral patienten är listad på. En vårdgivare har svårt att uppskatta antalet hänvisningar som görs, samtidigt som en annan vårdgivare uppskattar att hänvisningar sker i 10 procent av fallen. En vårdgivare uppger att omkring 5 procent av patienterna hänvisas vidare i samband med triage, i de flesta fall sker då en hänvisning till 112 eller annan vårdnivå. En ytterligare vårdgivare uppskattar att hänvisningar sker i 15–20 procent av fallen. Två vårdgivare som erbjuder såväl fysisk som digital vård, hänvisar patienter till akutmottagning vid mindre än en procent av alla vårdkontakter. Den ena vårdgivaren hänvisar patienter till jourmottagningar i 6 procent av fallen.

En vårdgivare menar att det finns en tradition av hänvisningar då remisser kan vara administrativt tunga. Vårdgivaren framhåller då att, eftersom ansvaret för att söka fortsatt vård läggs på patienten, det är viktigt med tydliga instruktioner till patienterna och att tidsrymd för när patienten ska söka vård finns tydligt dokumenterat i journal och tillgängligt för andra vårdgivare via NPÖ och för

patienten själv via tjänsten 1177. I exempelvis Region Stockholms hänvisningsstöd för var och när patienter ska hänvisas framgår att varje hänvisning ska dokumenteras i journalsystemet så att den som tar emot patienten får kunskap om varför patienten har hänvisats (Region Stockholm 2022, Vårdgivarguiden – hänvisning av patienter).

De vårdgivare som erbjuder mer specialiserade tjänster

Då några av de digitala vårdgivare som erbjuder mer specialiserade tjänster erbjuder ett behandlingsupplägg där de följer patienters kroniska diagnoser över tid så sker inte hänvisningar i någon större utsträckning. En vårdgivare uppger att i de fall en hänvisning sker så kan det handla om journalsystemet flaggar upp för avvikande laboratorievärden eller om patienten uppger symtom som kräver fysisk bedömning. Samma vårdgivare uppger att de hänvisat totalt 422 patienter under perioden mars – december 2022 vid totalt 89 343 besök som gjordes hos vårdgivaren under 2022 genom Region Sörmland. Vårdgivaren hänvisar också patienter som de utreder för hypertoni när patienten behöver genomgå vissa fysiska undersökningar, i första hand hänvisas dessa patienter till privata vårdgivare som de har avtal med.

En annan vårdgivare som behandlar patienter över tid som har besvär med artros kan hänvisa patienten vidare för ställningstagande till operation om behandlingen inte hjälper och fysioterapeut anser det lämpligt.

En vårdgivare som enbart erbjuder psykologtjänster uppger att de hänvisningar som görs är till psykiatrin.

En ytterligare digital vårdgivare som riktar sig till yngre barn redogör för att patienter som inte kan handläggas på ett kvalitativt och patientsäkert sätt i digital vård hänvisas till fysisk vårdinstans. Valet av instans beror på patientens tillstånd och behov, dag och tid på dygnet, var patienten är listad samt geografisk tillgänglighet. Vårdgivaren uppger att hänvisningar sker vid cirka 8 procent av det totala antalet besök.

9 Marknadsföring

Utredningen ska enligt uppdraget kartlägga hur digitala vårdtjänster marknadsförs och analysera hur utbudet av sådana tjänster påverkar patienter i deras vårdkonsumtion.

Marknadsföring enligt gällande regelverk

Vid marknadsföring av tjänster inom hälso- och sjukvård ska all marknadsföring stämma överens med god marknadsföringssed i enlighet med 5 § marknadsföringslagen (2008:486).

Med god marknadsföringssed menas i regel det utomrättsliga normsystem som har utvecklats inom näringslivet genom bland annat uppförandekoder och branschpraxis (prop. 2007/08:115 s. 69 f). Vad som kan anses vara god marknadsföringssed kan vara föränderligt över tid och variera beroende på bransch, vara eller försäljningssätt.

9.1 Nationella riktlinjer för marknadsföring

I slutbetänkande av utredningen styrning för en mer jämlik vård (SOU 2019:42) gavs rekommendationen om att regionerna (dåvarande landsting) bör enas om en nationell marknadsförings- och informationspolicy som riktar sig till utförare som tar del av offentliga medel för att utföra vård. Vidare rekommenderades att regionerna i sina förfrågningsunderlag för vårdval bör ställa krav på utförare att följa denna.

Rekommendationen gavs med bakgrund av att digitala privata vårdgivare lagt stora resurser på marknadsföring samtidigt som en majoritet av regionerna inte haft möjlighet att ställa krav angående

marknadsföring då flera av de privata digitala aktörerna har sin bas som underleverantör i en region.

Vidare bakgrund till rekommendationen om en nationell policy angavs vara att då digitala utomlänsbesök ersätts per besök så finns en risk för att marknadsföringen riktas in på att öka konsumtionen av vård. Utredningen pekade också på att då förekomsten av utomlänsvård samt det faktum att en underleverantör i en region kan marknadsföra sig nationellt så är det viktigt att regionerna enas i frågan om en gemensam policy för marknadsföring.

I december 2019 beslutade SKR om att fastställa riktlinjer för marknadsföring av hälso- och sjukvård samt att rekommendera regionerna att införa och tillämpa riktlinjerna.

SKR:s rekommendationer för marknadsföring av hälso- och sjukvård

De riktlinjer som SKR har tagit fram syftar till att komplettera och förtydliga de grundläggande bestämmelser om marknadsföring som finns i marknadsföringslagen, utifrån de förhållanden som råder i hälso- och sjukvården, där exempelvis etiska avvägningar är särskilt viktiga.

Riktlinjerna tydliggör också skillnaden mellan information och marknadsföring. Med marknadsföring avses vårdgivarens reklam och andra åtgärder som är avsedda att främja avsättningen av och tillgången till vårdgivarens tjänster och produkter. Med information avses objektiv och faktabaserad information som vårdgivaren tillhandahåller invånare, exempelvis information om patientlagen och öppettider.

Riktlinjerna har som utgångspunkt att vårdgivarens marknadsföring ska

– vara saklig, korrekt och relevant,
– ha en god etisk och seriös framtoning som inte riskerar att rubba förtroendet, för vårdgivaren eller för uppdragsgivande region,
– ske med måttfullhet och med stort hänsynstagande till mottagaren,
– endast uppmuntra till vård som är medicinskt motiverad, och

– ha sin utgångspunkt i det uppdrag som anges mellan vårdgivare och region.

Riktlinjerna fastställer också att vårdgivaren inte får rikta sin marknadsföring till barn och ungdomar under 18 år. Det innefattar också att vårdgivaren inte får marknadsföra sig inför eller i program i radio, tv eller på webbsidor på internet som vänder sig till barn och ungdomar, eller vars besökare till stor andel består av barn och ungdomar.

Enligt riktlinjerna får vårdgivare inte marknadsföra sina tjänster med uttryck som gratis, kostnadsfritt eller liknande. Det är dock tillåtet att informera om tillämpliga avgifter.

Läkarförbundets regler för marknadsföring av läkarverksamhet

Sveriges Läkarförbund antog i september 2018 regler för marknadsföring av läkarverksamhet. De marknadsföringsregler som tagits fram har sin grund i Läkarförbundets etiska regler. De marknadsföringsregler som tagits fram av förbundet syftar till att garantera allmänheten god information och att upprätthålla en god och värdig anda i marknadsföringen av läkarverksamhet. Marknadsföringsreglerna riktar sig till alla som marknadsför läkarverksamhet i Sverige och ska gälla lika oavsett medium. För de läkare som är medlem i Sveriges läkarförbund är reglerna bindande.

Marknadsföring till barn och unga

Konsumentverket har tagit fram en vägledning med en sammanställning av de regler och den praxis som gäller för marknadsföring riktad till barn och unga. Bakgrunden till detta anges vara att barn och unga anses vara en särskilt utsatt grupp då de genom sin bristande erfarenhet är extra mottagliga för kommersiella budskap och inte har samma förmåga som vuxna att kritiskt granska marknadsföringen. Konsumentverket lyfter också att det i dag finns många olika marknadsföringskanaler som barn och unga lätt kan ta till sig, exempelvis internet, sociala medier och appar.

9.2 Regionerna ställer krav vid marknadsföring

Med enstaka undantag har samtliga regioner uttryckliga krav om vårdgivares marknadsföring i sina regelböcker för vårdval i primärvården. Bland annat framgår att vårdgivarna åtar sig att följa regionens riktlinjer för information och marknadsföring. Vidare ställer regionerna krav på att det tydligt framgår att vårdgivarna arbetar på uppdrag av dem.

I flertalet regelböcker framgår att regionerna har antagit SKR:s framtagna rekommendation om riktlinjer för marknadsföring av hälso- och sjukvård och att vårdgivarna ska följa dessa. Några regioner hänvisar också till Läkarförbundets regler för marknadsföring av läkarverksamhet och att dessa ska följas.

I en del regelböcker tydliggörs också att underleverantörer ska följa samma regler för information och marknadsföring som gäller för huvudleverantörer. Så är bland annat fallet i Region Sörmland, där en stor andel av de digitala vårdgivarna som verkar nationellt agerar som underleverantör till vårdgivare i primärvården.

Västra Götalandsregionen och Region Kronoberg ställer krav på att informations- och marknadsföringsinsatser på förhand ska godkännas och stämmas av med regionerna inför att en insats planeras.

Region Sörmland har skärpt reglerna för marknadsföring ytterligare

Region Sörmland har, mot bakgrund av den framväxande marknaden av digitala vårdgivare samt att många digitala vårdgivare etablerade sig i regionen, i flera omgångar skärpt sina riktlinjer för marknadsföring av hälso- och sjukvård samt tandvård.

I början av 2022 valde regionen att revidera sina riktlinjer. I de reviderade riktlinjerna ställer regionen krav på att de vårdgivare som arbetar på uppdrag av regionen i första hand ska rikta sin marknadsföring till invånarna i Region Sörmland. Vårdgivaren ska välja medium och distributionskanaler som når invånarna i Region Sörmland, framför medium och distributionskanaler som når invånare utanför regionen.

Eftersom flera av de digitala vårdgivarna som är nationellt verksamma endast har avtal med Region Sörmland behöver de förhålla sig till de av regionen fastställda riktlinjerna för marknadsföring,

vilket innebär att de endast får marknadsföra sin verksamhet i Sörmland. En privat digital vårdgivare lyfter i mejl till utredningen att man anser det naturligt att vårdgivare som endast utgår från en region bör fokusera sin marknadsföring i den regionen.

Av Region Sörmlands riktlinjer framgår bland annat att vårdgivares marknadsföring ska ske med måttfullhet, vilket innebär att den ska vara återhållsam till innehåll, omfattning och spridning. Marknadsföring som i huvudsak riktar sig till invånare utanför regionen är inte att anses som måttfull. Vårdgivaren ska samråda med regionen i god tid före större marknadsföringsåtgärder.

Region Sörmland uppger att de gör löpande uppföljningar av digitala vårdgivares marknadsföring för att säkerställa att de följer de riktlinjer som regionen tagit fram. Regionen har dock gjort ett undantag från sina riktlinjer om marknadsföring av tbe-vaccinationer, där vårdgivarna tillåts göra marknadsföring utanför regionen då tbe är väldigt utbrett och det exempelvis kommer många sommargäster till Region Sörmland. Det finns digitala vårdgivare som erbjuder vaccinationer på exempelvis vaccinationsmottagningar i anslutning till apotek eller på deras egna vårdcentraler.

Även Region Norrbotten har krav på att vårdgivare som har avtal med regionen endast får rikta sin marknadsföring till invånare inom regionen.

9.3 Instanser som ser över marknadsföring

Konsumentverket

Konsumentverket är den myndighet som ansvarar för att granska företags marknadsföring och reklam så att den inte är vilseledande eller olämplig. Konsumentverket utövar tillsyn över företag och dess marknadsföring. Tillsyn kan initieras utifrån Konsumentverkets egen omvärldsbevakning eller utifrån inkomna anmälningar från konsumenter. När Konsumentverket genomför tillsyn så utgår myndigheten huvudsakligen från marknadsföringslagen (2008:486) samt antagna branschregler för olika områden.

Reklamombudsmannen

Reklamombudsmannen (RO) är näringslivets självreglering av reklam och verkar för en hög etisk nivå i all kommersiell marknadskommunikation riktad mot den svenska marknaden. Det görs genom prövning av om anmäld reklam följer internationella Handelskammarens regler för reklam och marknadskommunikation (International Chamber of commerce (ICC):s regler) samt genom information, utbildning och vägledning. Reklamombudsmannens opinionsnämnd (RON) prövar svårare ärenden när inget liknande tidigare prövats och sätter då praxis för god affärssed.

NIX-nämnden

NIX-nämnden tar emot anmälningar om oönskad marknadsföring från konsumenter. Även den som arbetar med marknadsföring kan vända sig till nämnden för vägledning i sin marknadsföring.

Anmälningar om vilseledande marknadsföring av digital vård

Utredningen har gått igenom anmälningar om vilseledande reklam mot ett urval digitala vårdgivare som har inkommit till RO. Totalt har 20 anmälningar inkommit till RO under perioden 2017 – 2022. Av dessa har 11 anmälningar som handlat om vilseledande eller oönskad direktreklam avvisats på grund av att anmälan är uppenbart ogrundad eller hänvisats vidare till Konsumentverket eller NIX-nämnden.

De ärenden som inte avvisats eller hänvisats har prövats av RO eller RON utifrån prövningsgrunderna; reklamidentifiering, vilseledande, stötande och vederbörlig känsla för socialt och yrkesmässigt ansvar. Totalt har två ärenden lett till fällande beslut utifrån prövningsgrunderna vilseledande respektive socialt och yrkesmässigt ansvar.

Konsumentverket har inte genomfört någon tillsyn angående marknadsföring av digitala vårdgivare. Myndigheten uppger att de har noterat att det finns vissa antagna branschregler för läkarverksamhet samt hälso- och sjukvård, Läkarförbundets marknads-

föringsregler om läkarverksamhet samt SKR:s riktlinjer för marknadsföring av hälso- och sjukvård.

NIX-nämnden mottog fem anmälningar om oönskad reklam avseende digitala vårdgivare under perioden 2020 – 2022. Två av ärendena har avhandlats i nämnden varav ett av ärendena som handlade om krav på samtycke vid sms-reklam har bedömts strida mot marknadsföringslagen. De övriga ärendena har inte behandlats i NIX-nämnden, utan har endast föranlett informationsbrev om regler för utdelning av oadresserad reklam.

Antalet anmälningar om marknadsföring av digital vård är få

Det antal anmälningar avseende digitala vårdgivare som inkommit till RO och NIX-nämnden är få i relation till antalet anmälningar de tar emot årligen. NIX-nämnden avgjorde två ärenden om oönskad reklam från digitala vårdgivare i nämnden under perioden 2020 – 2022, för samma period har NIX-nämnden avgjort totalt 1 039 ärenden (enl. uppgift från NIX-nämnden).

RO tar årligen emot 600 – 700 anmälningar om vilseledande reklam (enl. uppgift från RO). De branscher som anmäldes mest under 2022 var livsmedels, kläd- och tjänstebranschen. Under perioden 2017 – 2022 har antalet inkomna anmälningar mot digitala vårdgivare till RO uppgått till 20 ärenden, vilket kan anses vara lite i relation till det totala antalet inkomna ärenden till RO årligen.

Det har framkommit exempel på marknadsföring som kan anses strida mot gällande regelverk

Utredningen har blivit uppmärksam på att det finns digitala vårdgivare som marknadsfört sig i appen TikTok som är en social medieapplikation för skapande och delning av video och livesändningar. Appen är ofta förknippad med ungdomar men används också av vuxna. Den har en åldersgräns på 13 år, men kan trots det användas av yngre barn. Det har också framkommit exempel på vårdgivare som marknadsfört sig i appen Snapchat, som är en fotodelnings- och multimediaapp med en till stor del ung målgrupp. I båda fallen har marknadsföringen handlat om att vårdgivaren kan erbjuda vård vid

hudbesvär, främst akne. Personer i alla åldrar kan få akne, men det är vanligast i tonåren (1177.se).

Då marknadsföringen har skett i kanaler som till stor del används av barn och unga kan det anses att de vårdgivare som marknadsfört sig i ovan nämnda kanaler bryter mot SKR:s rekommendationer om att vårdgivare inte får marknadsföra sig i kanaler som vänder sig till barn och unga. Då akne är vanligast i tonåren så kan det antas att vårdgivaren valt de aktuella kanalerna utifrån kännedomen om vilka målgrupper som nyttjar dessa. Det kan därför ifrågasättas hur lämpligt det är att marknadsföra sig via dessa kanaler givet målgruppen som nyttjar dem mest.

9.4 Hur de digitala vårdtjänsterna marknadsförs

Utredningen har träffat flera av de nationellt verksamma digitala vårdgivarna i syfte att bland annat kartlägga hur de marknadsför sina digitala vårdtjänster. Flera av de digitala vårdgivarna uppger att de har minskat sin marknadsföring, både vad gäller budget och omfång, genom åren då de blivit kända för många och inte behöver nå ut på samma sätt som när de etablerade sig. Samtidigt uppger några digitala aktörer att de haft en växande marknadsföringsbudget i tak med att vårdgivaren har vuxit. Utredningen har inte haft möjlighet att systematiskt inhämta uppgifter kring kostnader för marknadsföring utan har endast fått in exempel på vilka kostnader det kan röra sig om. En av de vårdgivare som erbjuder mer specialiserade tjänster uppskattar att de har en budget om ca 20 miljoner i månaden på marknadsföring, det inkluderar även marknadsföring i andra länder då vårdgivaren även finns etablerad utanför Sverige.

I en artikel i Dagens Industri från 2020 framgår att en av de större digitala vårdgivarna spenderade knappt 96 miljoner kronor på marknadsföring under perioden januari – juni 2020, för samma period penderade två andra digitala vårdgivare knappt 17 respektive 3 miljoner kronor på marknadsföring. Samtliga av dessa vårdgivare har i dialog med utredningen uppgett att de i dag har en avsevärt mycket mindre budget för marknadsföring jämfört med tidigare. I en forskningsrapport publicerad 2023 framgår att de tjugo största digitala vårdgivarna tillsammans investerade 340 miljoner kronor (brutto, exklusive moms) i marknadsföring i media under 2021.

Utöver det tillkommer investeringar i sociala medier (Ellegård och Ekman 2023, Digitaliseringen av svensk vård och omsorg).

Några digitala vårdgivare lyfter i intervjuer att de satsat mer på kvalitet och värdeskapande marknadsföring under senare år samt riktat in sig mer på att informera om sina tjänster, såsom vaccinationer, hälsotester och digital vård. Några vårdgivare menar att de gjort misstag i sin marknadsföring tidigare men att de har lärt sig av dessa.

Två digitala vårdgivare lyfter att deras kommunikation och marknadsföring bland annat ska ha en folkbildande inriktning. det kan handla om sjukvårds- och omsorgsartiklar, proaktiv utbildning samt fakta, tips och råd på bland annat sociala medier eller i nyhetsbrev. En ytterligare vårdgivare som erbjuder vård både digitalt och fysiskt framhåller i sin marknadsföring att de är en trygg partner i det svenska vårdsystemet och använder sig ofta av budskapet digital vård när det är möjligt och fysiskt när det behövs.

Marknadsföringen kan riktas brett eller mot specifika grupper

De vårdgivare som inriktat sig mot olika delar av primärvården eller vissa sjukdomstillstånd riktar som oftast sin marknadsföring till de som kan tänkas använda deras tjänst.

De digitala aktörer som erbjuder mer allmän primärvård har en bredare marknadsföring och verkar inte i första hand rikta sig mot specifika grupper. En aktör uppger att de kan ha målgruppsanpassad marknadsföring mot olika målgrupper beroende på ämne, exempelvis kvinnor och män i viss ålder eller barnfamiljer.

Merparten av de digitala vårdgivare som utredningen har träffat uppger att de marknadsför sig via Google Ads som är en plattform för digital annonsering och marknadsföring. Marknadsföringen sker bland annat genom sökordsannonsering, vilket innebär att marknadsföring från en vårdgivare visas när en person söker online efter de tjänster som vårdgivaren erbjuder.

Även marknadsföring genom sociala medier såsom Facebook och Instagram samt TV är vanligt förekommande kanaler. Några vårdgivare redogör för att de också har utomhusreklam i bland annat tunnelbanan samtidigt som några redogör för att de tidigare haft utomhusreklam men numera har frångått det.

Samarbeten med olika aktörer bidrar till marknadsföring av olika digitala vårdtjänster såsom att vårdgivaren omnämns i poddar eller på hemsidor. I de fall en digital vårdgivare även har fysiska mottagningar så marknadsförs det digitala utbudet genom den. Flera av de digitala vårdgivarna har även samarbeten med olika apotekskedjor vilket exempelvis lyfts fram på deras hemsidor samt att butiksmarknadsföring görs på apoteken.

En digital vårdgivare som erbjuder barnsjukvård menar att kännedom om deras tjänster till stor del sprids genom att nöjda användare tipsar andra föräldrar.

Några vårdgivare uppger också at de skickar ut nyhetsbrev till befintliga patienter som gett sitt medgivande till sådan kommunikation. Nyhetsbreven kan innehålla fakta, råd och tips om olika sjukdomstillstånd och behandlingar.

En vårdgivare uppger att de generellt har en sparsam marknadsföring och att de under 2022 inte marknadsfört sina tjänster utöver så kallad sökordsannonsering genom Google Ads samt genom nyhetsbrev till befintliga patienter.

9.5 Delad syn på marknadsföring

De digitala vårdgivarna uppger att de följer riktlinjerna för marknadsföring

Samtliga digitala vårdgivare som utredningen träffat uppger att de följer marknadsföringslagen samt de riktlinjer som finns, några vårdgivare har även tagit fram egna riktlinjer för kommunikation och marknadsföring som tar ta sin utgångspunkt i befintliga riktlinjer. En av de digitala vårdgivarna som utredningen fört dialog med framhäver att de delar synen om att marknadsföring ska vara återhållsam.

Antalet inkomna anmälningar mot digitala vårdgivare gällande exempelvis vilseledande reklam är förhållandevis få jämfört med andra områden, det är endast i ett fåtal fall som en digital vårdgivare har blivit fälld.

Företrädare för regionerna, professionen och patienter som utredningen har träffat har en blandad syn på marknadsföringen av digital vård, samtliga är dock överens om att marknadsföringen inte får uppmuntra till onödig vård. Flera företrädare uttrycker ingen större oro för de digitala vårdgivarnas marknadsföring. Ett fåtal

företrädare utrycker dock en viss oro för att den marknadsföring som digitala vårdgivare gör uppmuntrar till en ökad efterfrågan av vård och riskerar driva på en ökad vårdkonsumtion som inte anses motiverad. Dock är en genomgående uppfattning bland de företrädare som utredningen fört dialog med att marknadsföringen från digitala vårdgivare har minskat genom åren.

En region menar att de har försökt skapa en god relation till digitala vårdgivare som de menar följer marknadsföringslagen. I ett fall har regionen bett en digital vårdgivare som också är etablerad i regionen att ta bort viss marknadsföring för att den inte legat i linje med de lokala värderingarna. Vårdgivaren har då korrigerat sin marknadsföring så att den stämmer överens med regionens synsätt.

En region lyfter att det inte finns några rutiner mellan regionerna för att samarbeta i syfte att stävja marknadsföring som uppfattas som aggressiv och oproportionerlig.

9.5.1 Marknadsföring av regionernas egna digitala vårdtjänster

I dialog med regionerna framkommer att de valt att inte marknadsföra sina digitala vårdtjänster i vidare omfattning. Några regioner hänvisar till att de successivt och under kontrollerade former behöver öka patientvolymerna, innan de är redo att marknadsföra sitt digitala utbud brett till regionens invånare. En region lyfter att det handlar om att säkerställa att triagefunktionen är rätt samt att medarbetarna behöver ges möjlighet att lära sig de digitala arbetssätten ordentligt. Samtidigt lyfter några regioner att de behöver marknadsföra sina digitala vårdtjänster mer och planerar för hur det ska kommuniceras till invånarna.

Även Myndigheten för vård- och omsorgsanalys lyfter i rapporten Besök via nätet (2022) att marknadsföring och informationsinsatser av digitala vårdtjänster i regionernas regi varit mindre omfattande i jämförelse med de digitala privata aktörernas.

Västra Götalandsregionen marknadsför sin digitala vårdtjänst Närhälsan Online sporadiskt genom generella kampanjer för den regiondrivna primärvården, Närhälsan. Vidare kan marknadsföring ske genom sökmotoroptimering och Facebook. Regionen uppger också att marknadsföringen har ändrats genom åren och att det i dag sker mer marknadsföring av deras primärvårdstjänster. Närhälsan

Online marknadsförs som vårdcentralernas förlängda arm dit patienterna kan vända sig för enklare besvär samt om det är slut på tider på den vårdcentral patienten är listad hos.

9.6 Utbudets påverkan på vårdkonsumtion

Utredningen ska analysera hur utbudet av digitala vårdtjänster påverkar patienter i deras vårdkonsumtion. Utifrån det nuvarande kunskapsläget är det svårt att dra några slutsatser om hur vårdkonsumtionen kan påverkas, men det går att föra olika resonemang kring antaganden som gjorts.

Det ökade utbudet av digitala vårdtjänster under de senaste åren, i kombination med att de digitala vårdgivarna erbjuder en hög tillgänglighet och ofta lägre patientavgift, kan antas vara en faktor som påverkar vårdkonsumtionen. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar att en kraftfull marknadsföring av digitala tjänster med stor sannolikhet ökar efterfrågan och ger en ökad kännedom om digitala vårdtjänster samt möjligheterna att välja dem (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2022, Besök via nätet).

När några av de digitala vårdgivarna etablerade sig på marknaden för ett antal år sedan (2016) uppfattades det av företrädare för den traditionella hälso- och sjukvården som att digitala vårdgivares marknadsföring uppmuntrade till onödig vård. Denna uppfattning delas fortsatt av en del företrädare. Digitala vårdgivare som utredningen fört dialog med menar att de har frångått marknadsföring som kan ha ansetts uppmuntra till onödig vård och mer gått över till att folkbilda och informera. I en forskningsrapport publicerad maj 2023 lyfter författarna att marknadsföring också kan ha en positiv effekt då den kan nå människor som saknat information om hur man får kontakt med primärvården i Sverige, och förmodligen har lett till att en hel del personer kunnat få hjälp snabbare (Ellegård och Ekman, 2023).

Ibland kan det vara svårt att dra en skarp gräns mellan vad som är marknadsföring och vad som är information eller folkbildning. I en annan forskningsrapport påpekas att den information och folkbildning som digitala vårdgivare har på sina hemsidor och i appar kan anses ligga på gränsen mellan egenvård, folkbildning och marknads-

föring (Blix och Dahlstrand 2021, Innovationer inom digitala tjänster för psykisk hälsa – utveckling och hinder).

Antalet digitala vårdgivare ökar och även kanalerna för att nå ut till patienter

Antalet digitala vårdgivare har ökat med åren och fortsätter att växa. Flera digitala vårdgivare fokuserar på vissa vårdområden och vänder sig därmed till specifika grupper, exempelvis småbarnsföräldrar, kvinnor eller personer med högt blodtryck.

En del digitala vårdgivare informerar om sina tjänster genom sociala medier eller genom att deras tjänster omnämns i exempelvis poddar som fokuserar på olika vårdområden och teman. De som lyssnar kan antas tillhöra den målgrupp som vårdgivaren vänder sig till. Det kan exempelvis handla om tjänster som riktar sig till småbarnsföräldrar och som har en väldigt hög tillgänglighet – endast några minuters väntan för att få träffa en läkare eller barnsjuksköterska. Då barn inte betalar någon patientavgift och en digital vårdgivare kan kontaktas från den plats där patienten befinner sig, blir tröskeln för att söka vård digitalt väldigt låg.

Det är svårt att dra slutsatser huruvida den som söker digital vård skulle ha uppsökt fysisk vård om den digitala tjänsten inte hade varit så lättillgänglig. Enligt Söderlund (2014) handlar marknadsföring om att påverka attityder och beteenden och att få konsumenter att köpa en viss produkt eller tjänst (Söderlund [red.] 2014, Marknadsföring och påverkan på konsumenten). Det är inte alltid så lätt för konsumenten att förstå hur han eller hon påverkas av marknadsföring. Det kan således innebära att vissa patienter inte hade sökt vård om det inte hade varit för att möjligheten erbjudits väldigt lättillgängligt från den plats patienten befinner sig på jämfört med att uppsöka fysisk vård.

Då de digitala vårdgivarna har mer generösa öppettider än den traditionella primärvården och patienterna inte behöver lämna hemmet (eller arbetsplatsen) för att komma i kontakt med dem, så kan det antas att den totala efterfrågan på vård har ökat. I en forskningsrapport redogörs för att det finns studier som uppskattar att mellan en fjärdedel och hälften av kontakterna i digital primärvård utgörs av nytillkommen efterfrågan. Författarna konstaterar att alla nytillkomna konsultationer definitionsmässigt innebär ökade

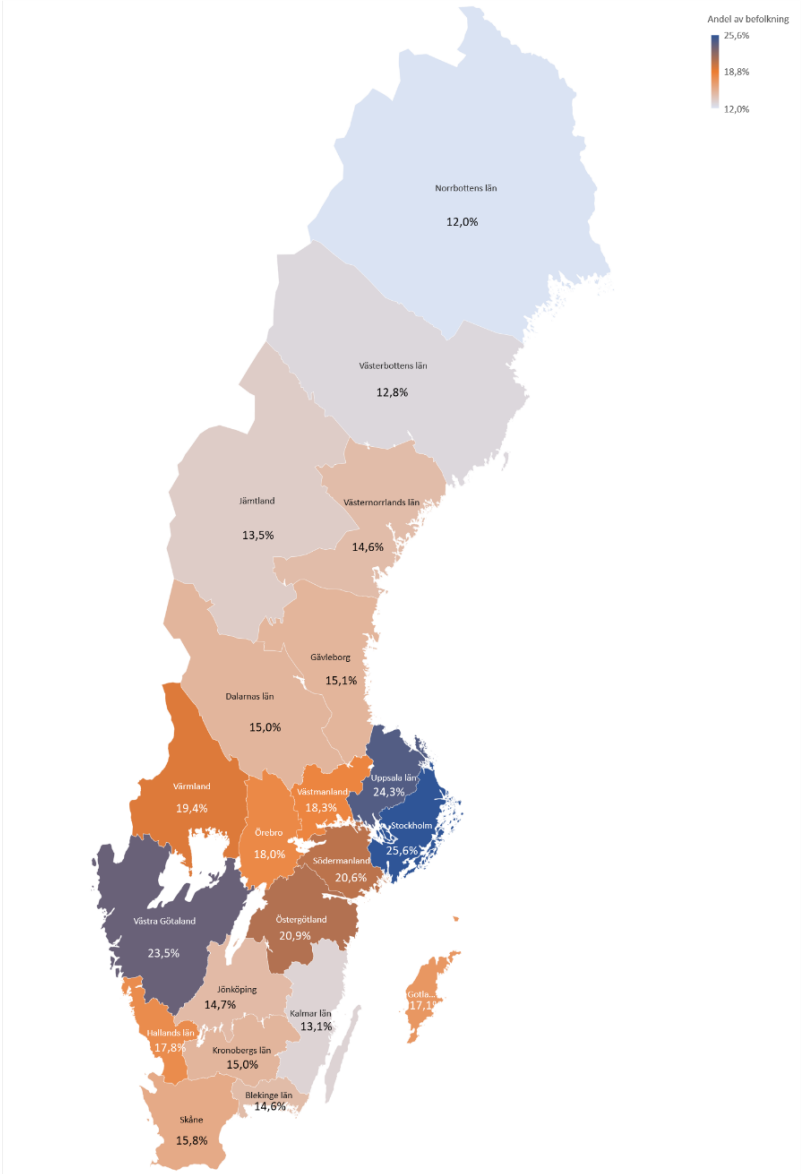
utgifter för vård och frågar sig om dessa kontakter genererar tillräckligt stora hälsovinster för att motivera de ökade utgifterna – det vill säga om de är kostnadseffektiva alternativ till egenvård.

Utöver eventuell risk för överkonsumtion av vård så kan utbudet av digitala vårdtjänster i vissa fall antas medföra en önskvärd ökad vårdkonsumtion. Exempelvis kan personer med psykisk ohälsa eller beroendeproblematik dra sig för att uppsöka traditionella vårdinrättningar, men vara mer villiga att uppsöka digital vård (Ellegård och Ekman, 2023). Lättillgänglig digital vård skulle i sådana fall i längden kunna förhindra allvarligare sjukdom hos vissa patientgrupper, som kanske inte hade sökt vård om fysisk vård hade varit den enda möjligheten.

De som bor i storstadsregionerna söker vård hos de digitala vårdgivarna i större utsträckning

Utredningen kan konstatera att en större andel av befolkningen i storstadsregionerna söker vård hos privata digitala vårdgivare jämfört med befolkningen i regioner med lägre befolkningstäthet, se figur 1.

Figur 1. Andel av befolkningen i respektive region som besökt digitala vårdgivare via Region Sörmland under perioden januari 2019 – januari 2023



Källa: Region Sörmland, data baseras på antal besök rapporterade av de digitala privata vårdgivarna via Region Sörmland, exklusive personer med skyddade personuppgifter. Data gäller för perioden 1 januari 2019 – 1 januari 2023.

Vårdgivarnas marknadsföring har också i stor utsträckning riktats till just tätbefolkade områden (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2022, Besök via nätet). En del av de digitala vårdgivarnas marknadsföring har gjorts i bland annat kollektivtrafiken, vilken når stora delar av befolkningen i exempelvis Region Stockholm. En bidragande faktor till att befolkningen i storstadsregionerna nyttjar de digitala tjänsterna i högre utsträckning kan således bero på att befolkningen i storstadsregionerna informerats om digitala vårdgivarnas utbud i högre utsträckning och därför nyttjat tjänsterna mer.

Som ovan nämnts har bland annat framväxten av digitala vårdgivare föranlett SKR och regionerna att ta fram riktlinjer för marknadsföring av hälso- och sjukvård. Vissa regioner, bland annat Region Sörmland, har valt att ytterligare skärpa sina riktlinjer. Detta kan ha en påverkan på hur marknadsföringen ser ut i dag. Region Sörmland ställer krav på att vårdgivare som har avtal med regionen främst ska rikta sin marknadsföring till invånare i regionen, vilket kan medföra ytterligare en begränsning. Dock sker en betydande del av de digitala vårdgivarnas marknadsföring online och i sociala medier, kanaler som saknar geografisk begränsning, varför det kan antas att kravet får mindre effekt, även om Region Sörmland följer upp att vårdgivarna följer riktlinjerna kan det vara svårt att identifiera eventuella avvikelser.

10 Överväganden och förslag

10.1 Utgångspunkter för förslagen

Primärvårdens uppdrag att bland annat samordna patientens insatser försvåras av ett splittrat system

Utredningen har som övergripande uppdrag att utreda hur digitala vårdgivare ska kunna bli en del av en mer sammanhållen och kontinuitetsbaserad digifysisk primärvård, med god tillgänglighet där samtliga aktörer tillsammans arbetar för att tillgodose patienternas behov av en god och nära vård.

Kontinuitet och samordning är begrepp som brukar förknippas med primärvården. För patienter med exempelvis flera olika sjukdomar och vårdkontakter eller i övrigt så komplexa behov att de behöver hjälp med att bland annat få olika aktörer att planera insatser tillsammans med patienten och med varandra, finns flera författningsreglerade funktioner i form av fasta kontakter i vården. Den 1 juli 2021 trädde en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, i kraft som innebär att primärvårdens grunduppdrag regleras (13 a kap. 1 §). Enligt punkten 4 i grunduppdraget ska regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård bland annat samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i en befolkningsundersökning från 2019 kunnat konstatera att många patienter saknar en fast kontakt i primärvården. Ungefär en tredjedel av den vuxna befolkningen uppger att de har en fast läkarkontakt eller annan fast vårdkontakt vid sin vårdcentral (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2021, Fast kontakt i primärvården).

Utredningen ser att det finns utmaningar och vissa kolliderande syften och mål med dagens system. Uppdraget för primärvården och

bland andra patientens fasta läkarkontakt att ta ett helhetsansvar och samordna vården på ett effektivt sätt för patienten, försvåras av att patienten samtidigt erbjuds lättillgängliga digitala besök som vare sig sker i samverkan med den mottagning där patienten är listad och patientens fasta läkarkontakt, eller dokumenteras på sätt så att dessa lätt kan ta del av de insatser som har gjorts för patienten.

Relationskontinuitetens betydelse i primärvården riskerar att urholkas med dagens system

Flera utredningar har under senare år påtalat betydelsen av kontinuitet i hälso- och sjukvården. Så har exempelvis utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård i sitt andra delbetänkande (SOU 2018:39) konstaterat att kontinuitet främjar personligt ansvarstagande, är relationsskapande och leder till ökad trygghet i befolkningen. Effektiviteten ökar om patienten och vårdpersonalen redan känner varandra. På så sätt kan onödiga utredningar undvikas. Den tillit som kan skapas i längre relationer underlättar för patienten att lyfta känsliga frågor, såsom begynnande psykisk ohälsa, missbruksproblematik eller våld i nära relationer. Möjligheten att samordna vården för personer med komplexa vårdbehov ökar väsentligt. Hur information lämnas och uppfattas i möten mellan patient och vårdpersonal kan också påverkas av i vilken utsträckning det finns en etablerad kontakt. Även utredningen Styrning för en mer jämlik vård anger i betänkandet Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42) att det finns stark evidens för att personlig kontinuitet i hälso- och sjukvården, inte minst i primärvården, har en positiv effekt på hälsa, patientnöjdhet, medicinska utfallsmått, ökad följsamhet till behandling samt minskad vårdkonsumtion och minskade kostnader.

Det anges i propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164 s. 28) att kärnan i kontinuiteten ska vara en fast läkarkontakt för alla patienter som vill det. Därutöver kan kontinuitet för de patienter som önskar, eller som i övrigt har behov av det, även bygga på en fast vårdkontakt med annan profession eller ett helt vårdteam med flera olika kompetenser kring den enskilde.

Även för relationerna mellan vårdens medarbetare är personkontinuitet en viktig förutsättning – inte minst för ett interpro-

fessionellt teamarbete i syfte att samverkan kring patienterna ska kunna ske så smidigt och effektivt som möjligt. Väl fungerande interna relationer är också av stor vikt vid samverkan och kontakter såväl mellan olika enheter inom primärvården som mellan primärvård och annan hälso- och sjukvård. Samverkan underlättas om samma personer är involverade runt en patient. För patienter i behov av vård i hemmet är detta särskilt viktigt, då patienten ofta behöver vård flera gånger per dygn vilket innebär att många personer kan bli involverade. En samordnad individuell plan (SIP) som utgår från den individuella patientens behov, förutsättningar och preferenser blir här nyckeln till en sammanhållen vård. Det är viktigt att det är tydligt för patienten vem som är fast läkarkontakt i primärvården och fast vårdkontakt (i dessa fall oftast distriktssköterskan i kommunen). Kontinuitet mellan till exempel läkare och distriktssköterska bidrar till interprofessionellt teamarbete, vilket gagnar patienten. Övriga kompetenser såsom exempelvis fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister och psykologer kompletterar vård och behandling utifrån patientens behov.

Kontinuitet i vården har också betydelse för möjligheten att som patient kunna vara delaktig i beslut som rör ens egen vård och behandling.

Utredningen konstaterar att framväxten av nationellt verksamma digitala vårdgivare i primärvården, som erbjuder lättillgängliga och ofta tillfälliga vårdkontakter som utomlänsvård, typiskt sett inte gagnar kontinuitet mellan patienten och personalen vid den mottagning där patienten är listad. Flera digitala vårdgivare har dock utvecklats mot att erbjuda ett mer digifysiskt omhändertagande, genom att också etablera fysiska primärvårdsenheter runt om i landet eller på andra sätt bygga upp en egen infrastruktur med olika samarbetspartners för fysiska möten och för till exempel provtagning. Dessa vårdgivare har större potential att bidra till primärvårdens uppdrag att skapa kontinuitet och samordning för patienterna. Vårdgivare som i stället tillhandahåller ett smalare vårderbjudande för enstaka, tillfälliga vårdkontakter, bidrar enligt utredningens uppfattning snarare till att öka uppsplittringen av primärvården.

Fast läkarkontakt i primärvården

I samband med att det tidigare husläkarsystemet avskaffades den 1 januari 1996 infördes en ny bestämmelse om fast läkarkontakt i primärvården i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Läkaren skulle svara för att patienten undersöktes, om möjligt ställa diagnos och se till att patienten fick den medicinska vård som hans eller hennes tillstånd krävde eller att andra relevanta åtgärder vidtogs. I läkarens ansvar skulle det också ingå att vägleda patienten i hans eller hennes kontakter med övrig hälso- och sjukvård och i förekommande fall samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtogs. I propositionen Primärvård, privata vårdgivare m.m. (prop. 1994/95:195 s. 41 f.) utvecklade regeringen sitt förslag och framhöll bland annat att en fast läkarkontakt förbättrar möjligheterna till kontinuitet och till en förtroendefull relation mellan läkare och patient.

Regleringen om fast läkarkontakt återfinns nu i 7 kap. 3 § HSL. Det framgår av bestämmelsen att regionen ska organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Sedan den 1 juli 2022 sker val av en sådan utförare inom ett vårdvalssystem i primärvården där enskilda kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt genom att uppgifter om den enskilde förs in i en förteckning över utförarens patienter (listning). Den enskilde får inte vara listad hos mer än en sådan utförare i taget.

Det finns inga speciella kompetenskrav för vem som kan vara fast läkarkontakt. Däremot finns allmänna bestämmelser i HSL om förutsättningar som ska finnas på plats för att kraven på en god vård ska uppfyllas. Bland annat framgår av 5 kap. 2 § HSL att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

Enligt en undersökning utförd av Novus våren 2018 vill åtta av tio patienter ha en fast läkarkontakt i primärvården. I dag säger sig emellertid relativt få patienter ha tillgång till en fast läkarkontakt. I Nationell Patientenkät 2022 svarade 50,8 procent av de tillfrågade positivt på frågan ”Får du träffa samma läkare vid dina besök på vårdcentralen?”, vilket ungefär motsvarar resultatet för den enkät

som genomfördes år 2017. Fler män än kvinnor svarade att de får träffa samma läkare – 52,9 procent av männen och 49,4 procent av kvinnorna svarade positivt på frågan. Såsom anges ovan uppger ungefär en tredjedel av den vuxna befolkningen att de har en fast läkarkontakt eller annan fast vårdkontakt vid sin vårdcentral (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2021, Fast kontakt i primärvården).

En orsak till resultaten kan vara att det inte finns tillräckligt många läkare tillgängliga i primärvården för att kontinuitet i form av en fast läkarkontakt ska kunna erbjudas. Andra bidragande orsaker skulle kunna vara att den skyldighet som finns för regionen att möjliggöra för befolkningen att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvård inte lyfts tillräckligt i regionens förfrågningsunderlag i vårdvalssystemet för primärvården och därför inte är tillräckligt känd hos patienter och vårdpersonal (se prop. 2019/20:164 s. 29).

Fast vårdkontakt

Enligt 6 kap 1 § patientlagen (2014:821), förkortad PL, ska patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (6 kap. 2 § PL). Det är verksamhetschefen som enligt 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) utser den fasta vårdkontakten. Av förarbetena till bestämmelsen framgår att en fast vårdkontakt alltid ska utses på patientens begäran, oavsett om det anses behövligt eller inte. Detta gör att patientens egen uppfattning om hans eller hennes behov blir styrande. När en fast vårdkontakt utses ska patientens önskemål om vem som ska vara den fasta vårdkontakten tillgodoses så långt det är möjligt, se propositionen Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning (prop. 2009/10:67 s. 61).

I propositionen konstaterar regeringen att vården kan vara organiserad så att den är samordnad, säker och har kontinuitet, men ur vårdgivarens perspektiv, och utan att den enskilde känner sig

trygg. Om även patientens behov av trygghet blir styrande för vilka åtgärder som ska vidtas, kan det ge bättre förutsättningar för att patientens behov sätts i fokus. Att patientens behov av trygghet i vården ska tillgodoses är också en av förutsättningarna för att uppfylla kraven på god vård enligt 5 kap. 1 § HSL.

Den fasta vårdkontakten har en utpekad roll i lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, förkortad LUS, och är den som bland annat ska skicka kallelse till samordnad individuell planering efter utskrivning från sluten hälso- och sjukvård till berörda enheter (4 kap. 3 § LUS).

Det finns inga regler om vem i vården som kan ha funktionen fast vårdkontakt. Regeringen uttalade i förarbetena till bestämmelsen att 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 person med mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård. Vidare konstaterade regeringen att för patienter med vissa sjukdomstillstånd kan en fast vårdkontakt behöva vara en läkare, till exempel för att följa en kronikers sjukdomsförlopp under en längre tid (a. prop. s. 61). Om den fasta vårdkontakten i primärvården är en läkare sammanfaller uppdraget i stort med den fasta läkarkontaktens uppdrag.

Huvudmännens förmåga att prioritera och styra försvagas av den digitala utomlänsvården

Utvecklingen av fritt val av utförare i öppen vård

Av förarbetena till 9 kap. 1 § PL och 8 kap. 3 § HSL framgår att det faktum att vården i en annan region ska ges på samma villkor som till regionens egna invånare bland annat innebär att en patient som söker sig till en annan region ska få ta del av det öppenvårdsutbud som ingår i den regionens vårderbjudande, även om utbudet är ett annat än det som finns i patientens hemregion. Det betyder bland annat att en patient har möjlighet att välja mellan samtliga behandlingsalternativ inom den öppna hälso- och sjukvården, inklusive behandlingsalternativ som finns i andra regioner, och att patienten kan få tillgång till en fast vårdkontakt i en annan region.

I propositionen anförde regeringen att en patient kommer att kunna välja utförare – antingen en offentlig aktör eller en privat utförare som har avtal med regionen. Den sistnämnda behöver således vara upphandlad enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, förkortad LOU, alternativt godkänd inom ett valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV. Patienten kan även välja öppen vård hos läkare eller fysioterapeuter som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi. Patienten skulle dessutom komma att ha möjlighet att ”lista” sig på en vårdcentral och välja en fast läkarkontakt i en annan region (prop. 2013/14:106 s. 86).

Regeringen resonerade även kring eventuella kostnadsökningar för regionerna (dåvarande landsting) och konstaterade att det är den enskilde patientens medicinska behov som ska vara avgörande för om öppen vård ska erbjudas i en annan region än den där patienten är hemmahörande, vilket skulle innebära att patientens hemregion ändå skulle fått bekosta vård för patienten. Regeringens uppfattning var att det inte fanns någonting som talade för att patienter, som en direkt följd av förslaget om fritt val av utförare i öppen vård, i så mycket högre grad än vad som redan skedde skulle komma att resa till andra regioner i syfte att erhålla vård, och hänvisade till uppföljningar av vårdval i primärvården som bland annat visat att patienter värdesätter geografisk närhet och kontinuitet när det gäller val av utförare (a. prop. s. 107).

Utvecklingen de senast åren, med framväxten av nationellt verksamma digitala vårdgivare, har emellertid visat att PL:s och HSL:s bestämmelser om fritt val av utförare i öppen vård – när det gäller primärvård – inte i så stor utsträckning handlar om att patienten efterfrågar eller tar del av en annan regions befintliga vårdutbud.

Det finns förvisso vissa skillnader i hur regionerna har utformat och avgränsat sina primärvårdsuppdrag och i vad som ingår i vårdvalssystem med etableringsfrihet för privata vårdgivare. Det finns också vissa skillnader i hur regionerna ersätter digitala vårdkontakter för sina egna invånare, hos den vårdcentral där patienten är listad eller hos en annan vårdcentral. Men det är i huvudsak regionernas sätt att ersätta digitala besök i primärvården genom utomlänstaxan som tydligast har lett till att det har uppstått ett helt nytt vårdutbud, vid sidan av det ordinarie vårdutbudet i regionen.

Digital utomlänsvård har svag koppling till huvudmännens styrning och prioritering

I primärvården är ersättningsmodellerna i vårdvalssystemen ett av regionernas främsta verktyg för styrning och prioritering. Hur digitala vårdtjänster ersätts i regionerna, särskilt förhållandet mellan produktionsrelaterad ersättning (ersättning per vårdkontakt) och annan uppdragsersättning, är av stor betydelse för hur utbudet av digitala tjänster utvecklas och görs tillgängliga för patienter oberoende av geografi.

När, som är fallet i några regioner, den produktionsrelaterade ersättningen för digitala vårdkontakter är låg eller mycket låg, så kan detta enligt utredningens mening inte uppfattas som annat än ett uttryck för att dessa regioner inte värderar eller prioriterar hög tillgänglighet till digitala vårdkontakter, åtminstone inte för andra än utförarnas egna listade patienter för vilka bestämmelser om vårdgaranti innebär krav på viss tillgänglighet. Andra regioner, som gör en annan prioritering, kan i stället ge en hög produktionsrelaterad ersättning och på detta sätt stimulera till hög tillgänglighet till digitala vårdtjänster som riktar sig till andra än de egna listade patienterna.

Den gemensamma utomlänsersättningen för digitala vårdtjänster i primärvården tillkom, efter rekommendation av SKR, delvis på grund av en oro för att ersättningarna för digitala utomlänsbesök var alltför höga och därför kostnadsdrivande. En gemensam ersättningsnivå har också bidragit till att ge viss stabilitet och förutsebarhet för de nationellt verksamma digitala vårdgivarna, som har kunnat etablera sig till stora delar frikopplat från regionernas ordinarie primärvård. Den digitala utomlänsvården och ersättningen för den har därigenom i praktiken undandragits huvudmännens prioriteringar och ekonomiska styrmedel för hur vårdutbudet ska se ut.

Patientens hemregion har, i enlighet med principerna om det fria valet av utförare i öppen hälso- och sjukvård, att acceptera de prioriteringar vad gäller vårdutbud och ersättningsnivåer som gjorts av en annan region där en invånare har sökt öppenvård. Enligt utredningens bedömning är det därför olyckligt att vissa regioner, bland annat regioner som under en tid har stått för majoriteten av den digitala utomlänsvården, inte tillämpar samma ersättningsprinciper för inom- och utomlänspatienter. Det kan också antas att andra

regioner har höjt den produktionsrelaterade ersättningen för digitala besök av icke listade utförare i den egna regionen ska ges rimliga möjligheter att konkurrera med den digitala utomlänsvården.

Det riskerar att få till följd att den digitala utomlänsvården ytterligare frikopplas från huvudmännens styrning och prioritering.

Det krävs åtgärder för att säkerställa principen om vård efter behov och kostnadseffektivitet

I 3 kap. 1 § HSL finns den centrala bestämmelse som bygger på de etiska principer som ska ligga till grund för prioriteringar i vården. I första stycket anges att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I andra stycket stadgas att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

I förarbetena till bestämmelsen i andra stycket konstaterade regeringen att behovs- och solidaritetsprincipen sedan lång tid är förankrad i svensk hälso- och sjukvård. Solidaritet innebär inte bara lika möjligheter till vård utan också en strävan att utfallet av vården skall bli så lika som möjligt, dvs. att alla skall nå bästa möjliga hälsa och livskvalitet. Solidaritet innebär också att särskilt beakta behoven hos de svagaste. Innebörden av behovs- och solidaritetsprincipen är att om prioriteringar måste ske bland effektiva åtgärder, ska mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Detta gäller även om konsekvenserna då kan bli att alla inte får sina behov tillgodosedda (prop. 1996/97:60 s. 19 f.).

En annan viktig princip i HSL är principen om kostnadseffektivitet. Av 4 kap. 1 § HSL framgår att offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Digitala vårdtjänster kan, rätt använda, bidra till effektivisering av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Utvecklingen av digitala vårdgivare och digitala vårdtjänster i primärvården har bidragit till ökad tillgänglighet, men riskerar också att vara kostnadsdrivande med begränsade möjligheter för regionerna att styra över prioritering och omfördelning av resurser.

När de gemensamma resurserna till hälso- och sjukvården är begränsade, måste prioriteringar ske. Då är det allvarligt att regionerna – som huvudsakligen finansierar och ansvarar för vården – i begränsad utsträckning kan sägas ha beställt den vård som utförs av nationellt verksamma digitala vårdgivare. Omfattningen och innehållet i den vården styrs i stället i praktiken ofta av vårdgivarna och efterfrågan från patientkollektivet, med risk för att resurser som borde gå till de med störst behov av vård i stället läggs på vård av patienter med förhållandevis små behov. Därtill kommer vissa snedvridande effekter och incitament som uppstått på grund av att den digitala utomlänsvården är svår att på ett ändamålsenligt sätt passa in i regionernas vårdvalssystem i primärvården. Det finns därför anledning att ifrågasätta om behovs- och solidaritetsprincipen går att upprätthålla utan åtgärder för att förändra gällande regelverk.

Dagens system innebär konkurrensproblem och en omotiverad styrning mot utomlänsvård

Som framgår i föregående avsnitt samt i kapitlen 4–7, medför en ökad andel utomlänsvård – utöver svårigheterna att harmoniera med primärvårdens ersättningsmodeller, behovs- och solidaritetsprincipen samt kravet på kostnadseffektivitet – typiskt sett nackdelar vad gäller kontinuitet, samordning, informationsdelning och uppföljning.

Ersättningsformerna för den digitala utomlänsvården gör det möjligt att upprätthålla en tillgänglighet som ofta inte är möjlig i patientens hemregion. Samtliga regioner har utformat sina vårdvalssystem och ersättningsmodeller med listning och fast kapiteringsersättning som bas. Syftet med detta är bland annat att styra mot kontinuitet och helhetsansvar, att patienterna i möjligaste mån ska få hela sitt behov av insatser i primärvården från en och samma utförare. I många regioner är det därför oattraktivt för en utförare att erbjuda lättillgängliga digitala vårdtjänster till andra än de egna listade patienterna.

Konkurrensverket har i rapporten Privata digitala vårdtjänsters påverkan på konkurrensförhållandena inom primärvården (Rapport 2022:3) konstaterat att förekomsten av två olika ersättningssystem på samma marknad påverkar konkurrensen inom primärvården negativt. Vårdcentralerna får svårt att konkurrera med de privata

digitala vårdgivarna som finansieras med utomlänsersättning genom att erbjuda liknande digitala tjänster, eftersom vårdcentralernas ersättningssystem ofta ger låg eller ingen ersättning för digitala besök. Konkurrensproblemen blir enligt konkurrensverket särskilt besvärande när kostnaderna för utomlänsbesök direkt eller indirekt påverkar vårdcentralernas ekonomi, vilket är fallet i flera regioner.

Regionerna lämnar låg eller ingen ersättning för besök av utförarens listade patienter, för vilka kapiteringsersättning lämnas. Även ersättningen för besök av patienter som inte är listade hos utföraren är i flera regioner betydligt lägre än utomlänsersättningen. När det gäller digitala besök kan som exempel nämnas att Region Sörmland ersätter utförarna med 200 kronor för ett digitalt läkarbesök av en inomlänspatient (som inte är listad hos utföraren), att jämföra med 475 kronor (ersättning enligt utomlänsprislistan minus 5 procent) när besöket gäller en utomlänspatient. Region Stockholm, en region som under några år har sett en betydande etablering av nationellt verksamma digitala vårdgivare, har från och med den 1 maj 2023 sänkt den digitala besöksersättningen till endast 100 kronor, från att tidigare ha ersatt ett digitalt besök av en olistad inomlänspatient med 415 kronor. För ett digitalt läkarbesök av en utomlänspatient utgår dock tills vidare fortsatt 500 kronor i enlighet med SKR:s rekommendation.

När digitala utomlänsbesök ersätts med betydligt högre belopp än motsvarande besök av inomlänspatienter, blir det en stor fördel för en digital vårdgivare att vara etablerad i en liten region så att andelen inomlänsbesök blir så låg som möjligt. Etablering i exempelvis en storstadsregion riskerar däremot snabbt att bli olönsam. Resultatet blir en omotiverad styrning mot utomlänsvård.

En annan viktig faktor som synes driva mot digital utomlänsvård är det förhållandet att etablering i en region med låga patientavgifter gör det möjligt att erbjuda digitala vårdtjänster till denna låga avgift till invånare i regioner med högre patientavgift. Även om många digitala vårdgivare har innovation och utveckling av hälso- och sjukvården som mål så har privata företag i slutändan ett ansvar mot aktieägare och andra investerare att nå så god avkastning som möjligt.

Utredningen delar Konkurrensverkets bedömning att nuvarande system innebär att digitala vårdgivare har en konkurrensfördel i förhållande till den traditionella primärvård som bedrivs genom en

kombination av fysiska och digitala vårdkontakter. Detta gäller särskilt eftersom digitala vårdgivare också har möjlighet att avgränsa sitt vårdutbud till vissa vårdtjänster, som kan vara mindre resurskrävande (se avsnitt 9.7 ang. ersättning för begränsade vårdutbud). Det går således inte att komma ifrån att systemet som helhet riskerar att leda till en oavsedd styrning mot digital utomlänsvård. Styrningen mot utomlänsvård är olycklig, eftersom det enligt utredningens mening är patientens hemregion som typiskt sett har de bästa förutsättningarna för att tillgodose patientens samlade vårdbehov.

Specialiserad digital öppen vård har svårt att hitta en egen plats i systemet

Flera av de digitala vårdgivare som etablerat sig sedan 2015 erbjuder tjänster som i huvudsak är mer specialiserade och mer nischade än vad som typiskt sett är primärvårdens uppdrag samt riktar sig till särskilda patientgrupper. Vissa av dessa vårdgivare har dessutom som affärsidé att erbjuda kontakt med specialistkompetenta läkare och annan personal. Några av vårdgivarna har framfört att de egentligen har sin rätta plats inom den specialiserade vården.

Det är dock med få undantag endast inom primärvården som kombinationen av obligatoriska valfrihetssystem och möjlighet att erhålla ersättning för digitala vårdkontakter har gjort det möjligt för vårdgivare att erbjuda digitala vårdtjänster. De mer specialiserade aktörerna har därför i mån av möjlighet funnit att den enklaste – och kanske enda – möjligheten att kunna verka med offentlig finansiering är att agera underleverantör till en vårdcentral som har vårdvalsavtal med en region. Vårdgivarna kan därmed erbjuda sina tjänster inom ramen för utomlänstaxan. Enligt utredningens uppfattning är detta dock en mindre lämplig lösning för dessa vårdgivare. Ersättningen är låg, givet att det handlar om specialiserad öppen vård och att patienterna ofta har kroniska sjukdomar eller kräver mer avancerad hälso- och sjukvård som inte kan hanteras under ett kortare digitalt besök. I primärvården tillämpas inte heller ersättningsmodeller som rekommenderas i den specialiserade vården, exempelvis vårdepisodersättning – (se SKR.se/ersättningsmodellerispecialiseradvård).

Som har konstaterats ovan skiljer sig primärvårdens uppdrag från andra delar i hälso- och sjukvårdssystemet. Det är primärvården som i huvudsak ska stå för samordning av olika insatser för patienten och uttryckligen ska tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar. Även kontinuitet är ett begrepp som brukar förknippas med primärvården. Övrig öppen vård kan generellt sett inte sägas stå för samma helhetsansvar för patienten och tar oftare emot patienter för enstaka medicinska insatser som ersätts styckevis. Distanskontakter för tillfälliga behov kan därmed anses lämpa sig bättre inom öppen specialiserad vård – i den mån det inte krävs fysiskt besök.

Få regioner har beslutat om vårdval inom öppen specialiserad vård och så långt utredningen har kunnat se lämnar ännu färre möjlighet för vårdvalsaktörer att omhänderta och ersättas för helt digitala vårdkontakter i öppen specialiserad vård. Detta kan bero på att det råder olika uppfattningar om vilka vårdformer som lämpar sig för ett digitalt omhändertagande och att de vårdförlopp som kan omhändertas digitalt är färre i den specialiserade vården än i primärvården. Genom de samtal utredningen fört med regionrepresentanter har dock framkommit att det även kan bero på en motvillighet att öppna för en utveckling mot nationellt verksamma digitala vårdgivare i specialiserad vård. En verksamhet som öppnar för helt digitala vårdkontakter måste nämligen från start ta höjd för att ta emot vårdsökande från hela landet, vilket är en ansträngning både för vårdgivare och för den region som då får till uppgift att administrera och följa upp den nationella digitala verksamheten. Det kan därför med fog antas att regelverket kring utomlänsvård i viss mån motverkar eller hämmar utvecklingen av nya digitala vårdtjänster inom den specialiserade öppenvården.

10.2 Lösningar som utredningen har övervägt

Gå mot ett mer nationellt ersättningssystem för digitala vårdtjänster

Möjligheten att som utförare i en regions vårdval i primärvården, eller framför allt som underleverantör till en sådan utförare, erbjuda digitala distanstjänster till hela landets befolkning, har lett till helt andra förutsättningar för verksamhetens bedrivande hos dessa vård-

givare än vad som gäller i den övriga primärvården. Detta gäller såväl verksamhetens omfattning, inriktning och komplexitet som kostnader och andra ekonomiska förutsättningar för att bedriva verksamheten. Ändå omfattas dessa vårdgivare av samma regelverk som den övriga primärvården och ett digitalt läkarbesök ersätts typiskt sett på samma sätt oavsett om besöket är ett led i en digifysisk vårdkontakt eller en helt och hållet digital kontakt då det inte är nödvändigt att möta patienten fysiskt. Varken vårdgivarna eller regionerna är nöjda med hur verksamheten regleras i dag och hur den ersätts genom utomlänstaxan.

Det har förekommit synpunkter om att sådana digitala vårdtjänster som har möjlighet att bedrivas på nationell nivå borde brytas ut ur regionernas ordinarie primärvård och i stället regleras av gemensamma, nationella villkor för etablering av digitala vårdgivare.

Synpunkterna är begripliga. Verksamheten hos de nationellt verksamma digitala vårdgivarna omfattas i dag formellt sett av samma regelverk och samma ersättningsmodell som den övriga primärvården. Primärvårdsuppdraget är typiskt sett formulerat som ett helhetsåtagande, där utföraren har ett helhetsansvar för sina patienter och ska omhänderta ett vitt spektrum av hälsoproblem, där det ges goda förutsättningar att prioritera efter behov mellan patienter och patientgrupper. De nationellt verksamma digitala vårdgivarnas verksamhet å andra sidan, kan omhänderta en begränsad del av primärvårdens vårdärenden. Det beror givetvis på den digitala vårdtjänsten i sig – alla sjukdomstillstånd lämpar sig inte att omhändertas digitalt utan kräver fysisk kontakt med patienten. Men det beror ibland även på att de digitala vårdgivarna själva valt att avgränsa sig till en viss diagnos, en viss kategori av patienter eller en viss behandlingsform.

Utredningen Styrning för en jämlik vård tillbakavisade i slutbetänkandet Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42) idén om ett separat, regionalt eller nationellt system för digitala vårdgivare och förordade i stället en större integrering mellan den digitala och den fysiska primärvården (a.a. s. 323 ff.). Även om de lagändringar som gjordes med anledning av den utredningens förslag, bland annat nya bestämmelser om val av utförare genom listning, inte kan förväntas leda till någon genomgripande förändring, så har sedan den utredningen lämnade sitt slutbetänkande en successiv utveckling mot en

mer digifysisk primärvård ägt rum, delvis i enlighet med dess rekommendationer.

Framför allt har de digitala verktygen och arbetssätten utvecklats i den ordinarie vården, hos såväl regionernas egna primärvårdsverksamheter som privata vårdgivare. Det har då i stor utsträckning handlat om digitala kontaktsätt och vårdtjänster som tjänar som komplement till och stödjer fysiska primärvårdsenheter. Denna utveckling har byggt på samordning av den digitala och den fysiska primärvården och tjänsterna har då i större utsträckning kommit de fysiska primärvårdsenheternas listade patienter och inomlänspatienter till del. Här har regionernas egenregi och större privata aktörer med många primärvårdsenheter, som till exempel Capio och Praktikertjänst, haft en fördel genom delning av resurser och samverkan. Några regioner har valt att försöka hålla ihop regionens vård i egenregi med den som bedrivs av privata vårdgivare genom kravställning på användning av en gemensam digital plattform.

Även flera av de nationellt verksamma digitala vårdgivarna har tagit steg mot en mer digifysisk vård. Några har valt att etablera fysiska primärvårdsenheter i flera regioner och vårdgivarnas samarbeten med andra aktörer har utvecklats ytterligare, till exempel vad avser möjligheten att tillgodose behov av provtagning på patientens hemort.

Det finns också andra invändningar mot ett nationellt system, utöver de som framfördes av utredningen Styrning för en jämlik vård. Regioner är huvudmän för offentligt finansierad primärvård. Det är regionerna som inom ramen för sina vårdvalssystem utformar de föreskrifter och krav som vårdgivarna har att förhålla sig till. Dessa krav och föreskrifter hänger samman med hur regionerna ersätter privata vårdgivare för såväl fysiska som digitala vårdkontakter. Även ur det perspektivet ter det sig mindre lämpligt att låta villkoren för digitala vårdtjänster fastställas av någon annan. Det är inte heller enkelt att se vilken myndighet eller annan aktör som lämpar sig bäst för att ta fram och förvalta ett sådant nationellt system.

I enlighet med den överenskommelse som har tecknats mellan Sverigedemokraterna, Moderaterna, Kristdemokraterna och Liberalerna tillsattes den 1 juni 2023 en parlamentariskt sammansatt kommitté med uppdrag att analysera och belysa för och nackdelar samt lämna förslag på möjligheterna att långsiktigt införa ett delvis

eller helt statligt huvudmannaskap (Tidöavtalet: Överenskommelse för Sverige, punkt 3). De förslag som den kommittén kan komma att presentera får rimligen konsekvenser för regionerna och för de ersättningsprinciper som regionerna ansvarar för.

Den utveckling som redan pågår mot ett mer digifysiskt arbetssätt i primärvården talar emot att införa särskilda uppdrag och ersättningsregler för nationellt verksamma digitala vårdgivare. Enligt utredningens bedömning är en fortsatt integrering av digitala vårdtjänster och digitala vårdgivare i den ordinarie primärvården att föredra. Promemorians förslag och rekommendationer syftar till att understödja denna utveckling.

Begränsa patientens rätt att välja utförare av digitala vårdtjänster

En åtgärd som enligt utredningens bedömning skulle kunna ha förutsättningar att på ett genomgripande sätt komma till rätta med den digitala utomlänsvårdens negativa konsekvenser, vore att genom en ändring av bestämmelserna i HSL och PL undanta digitala vårdtjänster från patientens ovillkorliga rätt att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård. Patientens tillgång till digitala vårdtjänster skulle till exempel kunna begränsas till sådana som erbjuds av den utförare som patienten har valt att lista sig hos, eller av dennes underleverantör. Utföraren skulle i sådana fall, inom ramen för sitt helhetsuppdrag för de listade patienterna, kunna erbjuda en kombination av fysiska och digitala vårdtjänster på ett sätt som säkerställer såväl prioritering efter behov som kostnadseffektivitet. Ett attraktivt utbud av digitala vårdtjänster med hög tillgänglighet skulle fortsatt kunna vara ett konkurrensmedel för utförarna.

Digitala uppföljningsbesök eller andra kontakter som har samband med en fysisk vårdkontakt skulle inte behöva påverkas av en sådan begränsning. En eventuell begränsning av den lagfästa rätten att välja utförare skulle inte heller utgöra något hinder mot att en region beslutar att erbjuda de egna invånarna en större möjlighet att välja digitala vårdtjänster från en annan utförare, inom eller utom den egna regionen, än den där patienten är listad. I enlighet med 8 kap. 5 § HSL får en region komma överens med andra regioner om att erbjuda ett vårdtjänster över regiongränserna, inklusive digitala vårdtjänster.

Även om valfriheten såsom den har kommit till uttryck i lagtexten är obegränsad har den, som beskrivits ovan i kapitel 3, i praktiken i många fall inskränkts genom att det i flera regioner accepteras att utförarna begränsar sitt vårdutbud i förhållande till de patienter som inte är listade hos utföraren. Några regioners ersättningsmodeller i primärvården är också sådana att de i praktiken gör det svårt att tillhandahålla ett digitalt vårdutbud som blir attraktivt för patienter som inte är listade hos utföraren, eftersom varje sådan vårdkontakt då blir en ekonomisk förlust för utföraren. I praktiken är det endast i några regioner som det är attraktivt att erbjuda digitala vårdtjänster till andra regioners invånare.

En begränsning av patienters rätt att välja helt digitala vårdkontakter i en annan region skulle återföra kontrollen över frågor om prioritering av resurser och säkerställande av kostnadseffektivitet till patientens hemregion, som i slutändan är den som finansierar vården för sina invånare.

I slutbetänkandet Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42), diskuterades – och avvisades – alternativet att begränsa rätten att söka utomlänsvård i primärvården (a.a. s. 266 f). Skäl som anfördes mot en begränsning var patientperspektivet och att nya digitala kontaktvägar gör geografiska gränser irrelevanta. En grundläggande ambition med förslagen i slutbetänkandet var att patienterna i så stor utsträckning som möjligt skulle välja utförare i primärvården genom att lista sig hos en utförare och sedan kunna få sitt hela sitt primärvårdsbehov tillgodosett av den utföraren. Någon formell begränsning av patientens möjlighet att även i samband med varje ny vårdkontakt välja en annan utförare än den som patienten valt genom listning föreslogs dock inte.

Patientens fria val av utförare i öppen vård har kommit att etableras som en viktig princip i svensk hälso- och sjukvård och en inskränkning av den rätten måste enligt utredningens bedömning motiveras av tungt vägande skäl. Det är också svårt att förutse konsekvenserna av en sådan inskränkning, till exempel för patienter i regioner med ett litet utbud av privata alternativ som erbjuder digitala vårdtjänster i primärvården. Utredningens bedömning är också att det finns förutsättningar att komma till rätta med merparten av den problematik som den digitala utomlänsvården medför utan att göra inskränkningar av patienternas lagfästa valfrihet.

”Nollalternativet” – att låta regionerna själva eller i samverkan besluta om nödvändiga förändringar

Regionerna arbetar fortlöpande med att följa upp och utveckla sina ersättningsmodeller i primärvården. Det är fråga om komplexa system och arbetet är av förklarliga skäl huvudsakligen inriktat på de effekter som ersättningssystemen har i den inomregionala kontexten. Att ta hänsyn till de konsekvenser som ersättningssystemen får för den digitala utomlänsvården, hamnar lätt i skymundan.

Utredningen konstaterar att digitala arbetssätt successivt har kommit att bli en ökande del i den ordinarie primärvården, en utveckling som kan antas fortsätta. Utredningen bedömer att denna utveckling har förutsättningar att på sikt minska den digitala utomlänsvårdens betydelse inom primärvården.

Även om viss samordning av regionernas regler, ersättningsbelopp och patientavgifter för bland annat digitala vårdtjänster har skett, bland annat efter rekommendationer av SKR, så är det enligt utredningens uppfattning fortfarande tydligt att det kommer att bli svårt att enbart genom fortsatt frivillig samverkan mellan regionerna uppnå målet att integrera de digitala vårdgivarna i primärvården. Det behövs ytterligare åtgärder för att säkerställa att de långsiktigt inte bara bidrar till ökad tillgänglighet och valfrihet, utan även till vård efter behov och kostnadseffektivitet.

10.3 Begreppet distanskontakt definieras

Förslag: En definition av begreppet distanskontakt ska införas i hälso- och sjukvårdslagen. Med distanskontakt avses vårdkontakt i öppen vård där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda.

Skälen för förslaget

Utredningen föreslår nya författningsbestämmelser som gäller för hälso- och sjukvård genom distanskontakt.

Av Socialstyrelsens termbank framgår att begreppet distanskontakt avser vårdkontakt i öppen vård där hälso- och sjukvårds-

personal och patient är rumsligt åtskilda. Eftersom begreppet föreslås att kopplas till nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen är det lämpligt att begreppet definieras i lag. Socialstyrelsens definition är etablerad och lämplig, varför det saknas anledning att frångå den. I promemorian föreslås därför att med distanskontakt ska avses vårdkontakt i öppen vård där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda.

Begreppet distanskontakt är teknikneutralt. Det finns annars en risk att begreppet blir obsolet i takt med att det fortlöpande utvecklas nya kommunikationsvägar med patienten. I avsnitt 9.7 rekommenderas regionerna att i högre utsträckning än i dag se till att ersättning till utförare är teknikneutral, så att de inte alltför hårdhänt styr mot vissa distanskontakter och inte andra.

10.4 Skyldighet att erbjuda patienter distanskontakter

Förslag: Regionerna ska erbjuda distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt.

Bedömningar: Förmågan att använda digitala verktyg för att möjliggöra vård genom distanskontakt bör ingå som obligatoriska moment i examensbeskrivningarna till relevanta medicinska grundutbildningar.

Socialstyrelsen bör få i uppdrag att ta fram stöd för implementering av digitala verktyg för att möta patienter genom distanskontakt.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) bör få i uppdrag att sammanställa forskning för när det lämpar sig respektive inte lämpar sig med hälso- och sjukvård via distanskontakt.

Regeringen bör uppmuntra och stimulera forskning kring distanskontakter och digitala tjänster inom öppen vård.

Regeringen bör ge stimulansmedel till regionerna för innovations- och utvecklingsarbete avseende behovs- och lämplighetsbedömning och distanstjänster.

Rekommendation: Privata vårdgivare bör ges möjlighet att verka från regionernas digitala plattformar, inklusive 1177 Direkt.

Skälen för förslaget

Digitala tjänster bör vara en naturlig del av vårdutbudet

Utvecklingen av distanstjänster i regionerna har skett gradvis under ett antal år. En drivkraft för regionerna har enligt uppgift varit att möta konkurrensen från de nationellt verksamma digitala vårdgivarna. Behovet av distanslösningar i vården blev därtill uppenbart under Covid 19-pandemin. Kunskap och insikt om värdet med digitala tjänster i vården har successivt vuxit fram. Det mesta talar också för att den utvecklingen leder till bättre patientnöjdhet, kostnadskontroll, effektivitet och tillgång till kompetenser i primärvården, varför ett kontrollerat och brett utbud av distanstjänster kan leda till mer hållbara arbetssätt.

Inom framför allt den öppna vården (primärvård och annan öppen specialiserad vård) bör patienter alltid kunna erbjudas besök på distans – video, telefon, chatt eller i annan form – om det bedöms lämpligt ur ett medicinskt perspektiv. Patienter ska inte behöva ta sig till en fysisk mottagning om det inte är nödvändigt – det sparar tid och resurser för såväl patienten som för vårdenheten. Patienter som önskar få vård via distanstjänster ska inte heller tvingas anlita utomlänskontakter för att ta del av sådana tjänster utan ska, om de så önskar, kunna erbjudas tjänsterna inom den egna regionen med de fördelar som detta kan medföra i form av bland annat samordning, ökad kontinuitet och bättre informationsdelning. I promemorian föreslås därför att regionerna ska erbjuda öppen vård genom distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt.

Det ska inte vara avgörande var patienten bor för om vården kan erbjudas med hjälp av distanslösningar integrerat med sådan vård som behöver ges vid fysisk kontakt. Således behöver regionerna säkerställa att såväl öppen vård i egen regi som den som bedrivs av privata vårdgivare som har avtal med en region kan erbjuda en rimlig nivå av tillgänglighet gällande distanstjänster. Regionerna behöver därför införa sådana krav i förfrågningsunderlag, regelböcker och i sina avtal med privata utförare av öppen vård.

Sådana krav på digitala förmågor, eller användning av utpekade digitala verktyg och tjänster för kontakt med invånarna, ställs redan

i varierande omfattning av regionerna, men behöver enligt utredningens bedömning fortsätta att utvecklas.

Regionerna ska enligt 7 kap. 2 a § HSL organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. I propositionen Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti (prop. 2017/18:83) anförde regeringen bland annat att bestämmelsen skulle innebära att vårdcentraler och andra vårdenheter geografiskt sett ska finnas nära människor, men även att huvudmannen ska sträva efter att öka användningen av tekniska lösningar inom olika vårdformer, till exempel genom att göra det möjligt för patienten att, i de fall detta är lämpligt och möjligt, få hjälp i sitt eget hem via dator eller mobiltelefon eller på annat sätt. Regeringen konstaterade att det i dag är mest aktuellt med digital och virtuell vård i fall av mindre komplex karaktär, såsom vid lättare åkommor, uppföljning, monitorering och återbesök. Med den tekniska utvecklingen kan detta komma att förändras, till exempel avseende diagnostik (a. prop. s. 46).

Förslaget kan därmed stödja och påskynda utvecklingen till nära vård samt ge de befintliga privata och regionalt utvecklade digitala lösningarna en chans att mogna och etableras med långsiktigt gynnsamma förutsättningar.

Det är rimligt att anta att regionerna med förslaget kan ”hämta hem” delar av de besök som regionens invånare i dag gör utomläns hos nationellt verksamma digitala vårdgivare. Som exempel kan här nämnas att Västra Götalandsregionen uppger sig ha minskat kostnaderna för digital utomlänsvård med 30–40 procent sedan den egna tjänsten Närhälsan online lanserades 2018.

När det inte bedöms vara nödvändigt att vården ges genom fysisk kontakt

Enligt förslaget ska regionerna säkerställa att patienter inom den öppna vården erbjuds distanstjänster – när fysisk vård inte bedöms vara nödvändig.

Orsaken till att fysisk vård i vissa fall bedöms vara nödvändig kan vara flera. Det kan finnas rent medicinska orsaker till bedömningen – det kan till exempel vara uppenbart att det kommer att krävas fysisk undersökning för att kunna bedöma patientens hälsotillstånd eller ge en lämplig behandling.

Enligt förslaget ska patienten alltid kunna erbjudas distanskontakt, när fysisk vård inte är nödvändig. Patienten kan självfallet välja att tacka nej till erbjudandet om han eller hon föredrar att träffa vårdpersonalen fysiskt. Det kan också vara så att patienten själv saknar förutsättningar att tillgodogöra sig distanstjänster eller själv väljer att besöka en fysisk mottagning. I en studie från Jönköping Academy konstateras att digitala alternativ har visat att de kan vara till hjälp i många fall och att många patienter uppskattar och använder dem till sin fördel, men att det är en fråga om vem som kan och vem som inte kan använda sådana tjänster. Det finns många människor som inte har så stor vana eller erfarenhet av den snabbt utvecklande tekniken och inte kan dra fördel av sådana lösningar. Det är med andra ord inte alla som använder primärvården som kan använda digitala lösningar som finns tillgängliga. Det gör att en del patientgrupper riskerar att lämnas utanför systemet, som går i riktning mot att bli alltmer digitalt (Gabrielsson-Järhult et al 2023, Hur klickar vi med primärvården? – En vetenskaplig studie av digitala och fysiska vårdkontakter utifrån användarmönster och patienters erfarenheter).

Det är även viktigt att tekniksvaga patienter eller patienter med exempelvis sviktande kognitiv förmåga inte försummas eller drabbas negativt av förslaget. I dessa fall ska vårdgivaren se till att patienten kan få tid för ett fysiskt besök.

Regionens skyldighet kommer framför allt att handla om att se till att det finns tekniska och kunskapsmässiga möjligheter hos alla vårdgivare att ge vård genom distanskontakt. Bedömningen av om vården kan ges digitalt eller inte måste göras av vårdgivaren – utifrån medicinska och individuella förutsättningar i det enskilda fallet. I avsnitt 9.5 föreslås att digital utomlänsvård ska föregås av en behovs- och lämplighetsbedömning som förutsättning för hemregionens betalningsansvar. Om en vårdkontakt i enlighet med regionens beslutade principer om behovs- och lämplighetsbedömning inte ska omhändertas på distans, föreligger givetvis inte någon skyldighet att erbjuda vården genom distanskontakt.

Ansvaret att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom regionen ser annorlunda ut i dag än det gjorde för bara några decennier sedan. Det är en naturlig utveckling av teknik, medicinska landvinningar och patientinvolvering. Förslaget syftar bland annat till att synliggöra denna utveckling – som förutom

användningen av distanskontakter innehåller flera andra viktiga verktyg eller tjänster såsom egenmonitorering och andra mer eller mindre avancerade egenvårdsåtgärder.

Nedan görs vissa bedömningar rörande stöd för implementering av nya arbetssätt och stimulansmedel för utvecklingen av tjänster och arbetssätt.

Utveckling av digifysisk primärvård i regionerna

I dagsläget erbjuder samtliga regioner i varierande utsträckning digitala tjänster inom primärvården. Cirka hälften av landets regioner har anslutit sig till den upphandling som Inera har genomfört av en ny plattform för invånarens symtombedömning och hänvisning – 1177 Direkt (inera.se/utveckling/forsta-linjens-digitala-vard/invanarens-symtombedomning-och-hanvisning).

I mars 2023 implementerades den nya plattformen i flera regioner. Regionerna kommer därigenom att erbjuda nya digitala tjänster till sina invånare. Det kommer bland annat att ge invånarna en digital ingång till vården via 1177 och automatisk symtombedömning och hänvisning (triage). Tjänsten kommer också att göra digitala vårdmöten möjliga via till exempel chatt eller videosamtal.

Regionerna utvecklar tjänsten genom sina egna ingångar under varumärket 1177. Den kan därigenom komma att se något olika ut i olika regioner. Flera av de regioner som utredningen har träffat tillgängliggör, eller planerar att tillgängliggöra, sitt digitala utbud inom regionen via den nya tjänsten. Regionens invånare kan således logga in i tjänsten, svara på frågor i formulär och därefter automatiskt hänvisas till egenvård eller vård (digitalt eller fysiskt).

Som en del i omställningen till en mer nära vård ger några regioner exempel på hur de tagit ett steg längre i arbetet och inrättat digifysiska vårdcentraler med utgångspunkten ”digitalt när det är möjligt och fysiskt när det behövs”.

I exempelvis Region Kronoberg finns sedan augusti 2022 en renodlat digifysisk vårdcentral – till skillnad från en i huvudsak fysisk vårdcentral som använder vissa digitala verktyg. I praktiken innebär det att patienterna kan söka vård digitalt via sin smartphone, surfplatta eller dator och efter en bedömning bli hänvisade till rätt vårdprofession på vårdcentralen. Patienterna kan också chatta med

vårdpersonal och ha videosamtal. Regionen påtalar att med ett effektivare vårdflöde så kan vårdcentralen prioritera bättre och spara tid. Den insparade tiden ska användas till patienter med störst behov.

Region Kronoberg skriver på sin hemsida att den vårdcentral som inrättats som digifysisk ska ses som en föregångare i det digifysiska arbetet inom primärvården i regionen.

Västra Götalandsregionen öppnar i oktober 2023 sin första digifysiska vårdcentral, regionen menar att de med det nya konceptet kommer få bättre kontroll på patientflödet samtidigt som de blir mer tillgängliga för patienterna med moderna arbetssätt. Genom de digitala tjänsterna ska patienten ges möjlighet till vård i en trygg miljö utifrån sina egna villkor.

Det finns forskning som visar att vård på distans kan vara kostnadseffektiv

Utredningen har tagit del av forskning som visar på att vård på distans kan vara kostnadseffektiv. I en studie från 2017 har artikelförfattaren undersökt om vård på distans inom primärvården kan vara ett mindre kostsamt alternativ jämfört med fysisk primärvård i Sverige. Resultaten visar på minskade kostnader för vård på distans jämfört med fysisk vård samtidigt som författaren menar att fler studier behövs för att bland annat validera resultaten. Författaren lyfter även att vård på distans kan vara kostnadsbesparande både för patienten och utföraren av vården (Ekman 2017, Cost Analysis of a Digital Health Care Model in Sweden).

I en forskningsrapport som skrivits på uppdrag av Vinnova undersöks effekterna av digital psykologvård och digitala självhjälpsverktyg inom den offentligt finansierade vården, främst när det gäller behandling av depression och generaliserat ångestsyndrom. Författarna konstaterar att digital psykologvård vid de vanligaste formerna av psykisk ohälsa, exempelvis paniksyndrom och depression, är lika bra som fysiska tjänster men mer kostnadseffektiva. Ytterligare kostnadsbesparingar kan göras om man går mot mer självhjälpsprogram. Dock påtalas att det inte finns så mycket forskning tillgänglig som visar på att behandlingsresultaten är lika bra jämfört med om patienten träffar en psykolog för behandling (Blix och Dahlstrand 2022, Appar och självhjälpsverktyg

för behandling av psykisk ohälsa, kunskapsläget och möjlig utveckling).

I en ytterligare studie har författarna undersökt effekterna av ökad tillgång till vård på distans i samband med en nedstängning av samhället under Covid-19 pandemin i Israel. Artikeln fokuserar på perioden efter nedstängningen när samhället öppnades upp igen. Författarna konstaterar att tillgången till distanskontakt resulterar i lite fler primärvårdsbesök men till lägre kostnader. Vård på distans innebär färre förskrivningar men fler uppföljande besök. Artikelförfarfattarna lyfter att det saknas evidens för att vård på distans innebär större risk för att diagnoser missas eller att utfallen blir sämre. Resultaten tyder på att vård på distans inte kompromissar med kvalitet eller innebär ökade kostnader (Zeltzer et al 2023, The Impact of Increased Access to Telemedicine).

I en forskningsrapport som publicerats i maj 2023 diskuterar författarna under vilka förutsättningar och i vilken utsträckning införandet av digital teknik kan leda till ökad produktivitet och förbättrad effektivitet i vården och omsorgen i Sverige. De konstaterar bland annat att tjänster för distanskonsultation i primärvård varit ett framträdande exempel på digitalisering i vården. Det ses som ett kostnadseffektivt alternativ till vissa typer av fysiska besök, men kan knappast spela en avgörande roll för att möta vårdens och omsorgens stora utmaningar (Ekman och Ellegård 2023, Digitaliseringen av svensk vård och omsorg).

Privata digitala vårdgivare kan hjälpa regionerna att uppfylla kraven

I genomförandet av förslaget kan regionerna över väga att under en övergångsperiod ta hjälpa av och upphandla digitala lättakut-tjänster som stöd för utförarna inom primärvården. De privata digitala vårdgivarna har under flera år upparbetat teknik och kompetens för att vid behov ”skala upp” verksamheten. Det skulle förbättra tillgängligheten för regionens invånare på framför allt kvällstid och underlätta kontakter med patienternas ordinarie primärvårdsenheter. På så sätt skulle också kontinuiteten kunna upprätthållas genom att besök som sker i en digital lättakut på kvällstid snabbt återkopplas till patientens fasta läkarkontakt som kan ta ärendet vidare.

Utredningen har tagit del av ett exempel där Region Jämtland Härjedalen under en period avtalat med en digital vårdgivare om att erbjuda psykologbedömning och behandling digitalt för att förbättra tillgängligheten och minska väntetid till psykolog på tre olika vårdcentraler i regionen. I exemplet framgår att ett gemensamt arbete mellan deltagande vårdcentraler och vårdgivaren gjordes gällande utarbetning av exklusionskriterier för patienter, nya patientflöden, arbetsrutiner samt dokumentation. En genomgång gjordes av väntelista till psykologbehandling och bedömningssamtal på vårdcentralerna. De patienter som, enligt uppsatta kriterier, bedömdes lämpade för digital behandling blev kontaktade av vårdcentralerna och tillfrågade om de var intresserade av att få sin vård digitalt. I de fall patienten svarade ja fick denna en direktlänk för att själv kunna boka in besökstid till psykolog hos den digitala vårdgivaren.

Ett ytterligare exempel som utredningen har tagit del av handlar om ett samarbete som en hjärtsviktsmottagning på Lasarettet i Karlstad, Region Värmland haft med en digital vårdgivare. Samarbetet innebar att vårdgivaren kunde avlasta mottagningen genom att ta emot patienter som inte var i behov av fysisk vård genom en form av hemmonitorering.

En skyldighet att erbjuda distanstjänster kan bidra till ökade rekryteringsmöjligheter och bättre arbetsmiljö

Genom att regionerna kan erbjuda vård på distans så kan det även bidra till möjlighet för personal att arbeta på distans. Det kan möjliggöra kombinerat arbete på arbetsplatsen och på distans vilket kan underlätta vardagen för många. Vidare kan det bidra till ökad flexibilitet och variation i arbetet vilket kan upplevas som attraktivt för en del.

Arbete inom primärvården, liksom inom övrig hälso- och sjukvård, kan vara ett tungt arbete som även kan innebära stressiga arbetssituationer. Detta bidrar till att många som arbetar inom hälso- och sjukvården inte orkar arbeta heltid och därför väljer att gå ned i tid och arbeta deltid. Att möjliggöra en kombination av arbete på plats och distans kan bidra till att fler orkar arbeta heltid vilket skulle kunna innebära ökade personella resurser i vården samt ett mer hållbart arbetsliv i längden. Möjligheten att påverka och

disponera sin arbetsdag kan även påverka arbetsmiljön och arbetsbelastningen positivt (Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet 2022, kompetensförsörjning inom primärvården, slutrapport).

Om fler skulle arbeta heltid så skulle det också bidra till minskade rekryteringsbehov (SKR 2014, Sveriges viktigaste jobb i vården och omsorgen – hur möter vi rekryteringsutmaningen?). I en forskningsrapport lyfter författarna att läkare och annan vårdpersonal kan vara villiga att arbeta mer om de har möjlighet att göra det hemifrån än om de måste ta sig till jobbet (Ekman och Ellegård 2023). Detta lyfts främst i kontexten av digitala privata vårdgivare men bör även kunna tillämpas på den digitala vård som erbjuds i regionerna, dvs möjlighet att arbeta hemifrån och utanför ordinarie arbetstid i de fall regionerna exempelvis erbjuder digitala lättakuter kvällstid och helger. Det kan även attrahera pensionerad eller föräldraledig vårdpersonal att hjälpa till med att bemanna vården på ett effektivt sätt, genom att de kan möta patienter digitalt hemifrån när det är möjligt, samt vid behov.

Västra Götalandsregionen har under 2023 startat ett projekt som erbjuder videomöten med barnmorskor för gravida som befinner sig i förlossningens första fas. Projektet med videomöten ska bidra till att skapa trygghet och lindra oro. I projektet arbetar sex barnmorskor – av dessa är tre pensionerade och en föräldraledig. Exemplet rör slutenvård men exemplifierar möjligheterna för hälso- och sjukvårdspersonal som för närvarande inte arbetar i hälso- och sjukvården men som kan bidra till att bemanna vården på distans utifrån sina förutsättningar (https://vgrfokus.se/2023/02/digitala-vardmoten-stottar-gravida-som-snart-ska-foda/).

Socialstyrelsen har tillsammans med Nationella vårdkompetensrådet haft i uppdrag att bland annat ta fram förslag som syftar till att stärka medarbetarna och säkra den framtida kompetensförsörjningen inom primärvården – inklusive hur primärvården kan utveckla, behålla och attrahera medarbetare (Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet 2022, Kompetensförsörjning inom primärvården – slutrapport). I slutrapporten föreslås att det inom ramen för arbetet med Vision e-hälsa 2025 bör införas insatser för att stärka de digitala grundförutsättningarna i primärvården. Detta för att stärka möjligheten för digitala verktyg och arbetssätt i syfte att underlätta teamarbete och stärka kompetensförsörjningen. I

rapporten lyfts att digitalisering och välfungerande digitala arbetssätt i primärvården kan utgöra ett stöd för både medarbetare och patienter. Digitala arbetssätt och verktyg kan underlätta samverkan mellan olika vårdnivåer genom exempelvis digitala specialistkonsultationer. Digitalisering kan på så vis innebära en möjlighet för primärvården att förbättra sin tillgänglighet och kontinuitet och möta ökade vårdbehov genom integrering mellan digital och fysisk vård. Vidare menar Vårdkompetensrådet att digitala konsultationer kan underlätta samverkan under patientens vårdförlopp genom att primärvården och den specialiserade vården kan utbyta information och göras delaktiga fortlöpande. Detta menar man i förlängningen kan bidra till att stärka kompetensförsörjningen genom minskad friktion och motverka arbete i stuprör, vilket i sin tur kan göra arbetet mer attraktivt. Effekterna av ökad digitalisering menar man kan vara särskilt betydelsefulla i landsbygd för en ökad tillgänglighet, kontinuitet samt en mer effektiv användning av medarbetarnas resurser.

Genom att regionerna erbjuder vård på distans så kan det möjliggöra arbete på distans. Det kan således underlätta rekrytering utanför regionen samt ha anställd personal som arbetar från en annan del av landet eller från ett annat land. Utredningen har stött på flera exempel där arbetsgivaren har personal som arbetar från en annan del av Sverige men också från annat land i Europa. Det kan till exempel möjliggöra för individer att bo kvar på orter i glesbygd trots att det lokalt saknas arbetstillfällen – men också bidra till kompetensförsörjning i vissa regioner när möjligheterna att rekrytera vårdpersonal från andra regioner ökar.

Förslaget innebär inte någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen

Utredningens bedömning är att förslaget till största delen innebär ett förtydligande av skyldigheter som redan gäller för regionerna.

Regionerna ska enligt 7 kap. 2 a § HSL bland annat organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. I propositionen Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti (prop. 2017/18:83) anförde regeringen att bestämmelsen om att hälso- och sjukvårdsverksamheten ska organiseras så att vården kan ges nära befolkningen

innebär att vårdcentraler och andra vårdenheter geografiskt sett ska finnas nära människor, men även att huvudmannen ska sträva efter att öka användningen av tekniska lösningar inom olika vårdformer, till exempel genom att göra det möjligt för patienten att, i de fall detta är lämpligt och möjligt, få hjälp i sitt eget hem via dator eller mobiltelefon eller på annat sätt. Regeringen konstaterade vidare att digital och virtuell vård i dag är mest aktuellt i fall av mindre komplex karaktär, såsom vid lättare åkommor, uppföljning, monitorering och återbesök. Med den tekniska utvecklingen kan detta komma att förändras, till exempel avseende diagnostik (a. prop. s. 46).

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vidare bedrivas så att krav på en god vård uppfylls (5 kap. 1 § HSL). Det innebär bland annat att vården särskilt ska vara lätt tillgänglig (punkten 5). Det framgår också av 13 a kap. 1 § punkt 2 HSL att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska se till att vården är lätt tillgänglig. I propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164) gjorde regeringen bland annat bedömningen att hälso- och sjukvården kan vara lätt tillgänglig genom att den möjliggör digitala möten eller andra icke-fysiska sätt för patienten att kommunicera med och möta vården (a. prop. s. 79).

Förslaget innebär inte att regioner och vårdgivare är skyldiga att tillämpa en viss teknik för nödvändiga distanskontakter, utan det överlämnas åt dem att närmare utforma kontaktsätten med hänsyn tagen till den tekniska och medicinska utvecklingen samt utvecklingen i samhället i stort.

Sammantaget bedöms förslaget inte innebära någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

Skälen för bedömningarna

Förmågan att använda digitala verktyg bör ingå i examensbeskrivningarna till relevanta medicinska grundutbildningar

I bilaga 2 till högskoleförordningen (1993:100) anges bland annat vilka examina som får avläggas på grundnivå, avancerad nivå och forskarnivå samt vilka krav som ska uppfyllas för respektive examen (examensbeskrivning). I examensbeskrivningen för yrkena fysioterapeut och sjuksköterska saknas mål eller krav gällande använd-

ning av digitala verktyg. Inte heller examensbeskrivningen för psykologexamen eller psykoterapeutexamen innehåller sådana mål eller krav. Som enda yrkesgrupp i hälso- och sjukvården framgår i examensbeskrivningen för läkarexamen att studenten ska visa förmåga att använda digitala verktyg inom såväl hälso- och sjukvården som inom forsknings- och utvecklingsarbete som ett examensmål. Läkare erbjuds också bland annat kurser i klinisk informatik inom ramen för specialiseringstjänstgöringen.

Läkarprogrammen i Sverige tillsatte under 2022 en nationell arbetsgrupp för undervisning i e-hälsa på läkarprogrammen med syfte att konkretisera begreppet e-hälsa för att få en gemensam bild att arbeta mot samt att bland annat inventera vilken undervisning inom området e-hälsa (brett definierat) som ges i dag på lärosätena. Arbetsgruppen kom fram till att det inte förekommer någon strukturerad undervisning inom området e-hälsa på läkarprogrammen på de olika lärosätena. Detta trots ett examensmål om förmågan att använda digitala verktyg inom hälso- och sjukvården. Arbetsgruppen tog också fram förslag på nio övergripande mål (huvudsakligen formulerat som färdighetsmål) inom e-hälsa som de arbetar vidare med.

Utredningen har varit i kontakt med några universitet för att stämma av i vilken utsträckning e-hälsa och digitalisering ingår som kursmoment eller examensmål på bland annat utbildning till fysioterapeut, psykolog och sjuksköterska. Enligt inkomna svar så skiljer det sig mellan lärosäten och utbildningar gällande i vilken utsträckning e-hälsa och digitalisering ingår som moment. Det kan också skilja sig om kurser inom e-hälsa ingår som moment i obligatoriska eller valbara kurser. Några universitet lyfter dock att även om digitala arbetssätt inte ingår som moment i kurser så kan studenten möta det under den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU). I vilken omfattning studenten möter detta beror dock på i vilken utsträckning det tillämpas på respektive mottagning som studenten gör sin VFU på. Viktigt är också att handledaren känner sig bekväm med att använda digitala verktyg för att kunna handleda studenten i exempelvis digitala vårdmöten.

Utbildningarna motsvarar inte den vård som bedrivs i dag och i den riktning som vården utvecklas. Teknikutvecklingen går snabbt och allt fler yrkesgrupper förväntas ha förmågor och kunskaper kring användande av bland annat digitala verktyg för möte och

behandling av patienter. Det är viktigt att grundutbildningarna förbereder studenterna för att använda sig av digitala verktyg – vilket därför bör inkluderas som obligatoriska moment i examensbeskrivningarna till relevanta medicinska grundutbildningar.

I betänkandet Tryggare i vårdyrket – en översyn av vissa frågor inom utbildning till sjuksköterska och barnmorska (SOU 2022:35) föreslås att förmågan att använda digitala verktyg och arbetssätt samt teknisk utrustning i vård- och hälsoarbetet ska införas som ett eget färdighetsmål i sjuksköterskeexamen. Målet föreslås i syfte att tydligare anknyta till en alltmer digital hälso- och sjukvård där förmåga att använda digitala verktyg blir en allt viktigare kompetens som en del i omställningen av hälso- och sjukvården. Förslaget bereds inom Regeringskansliet.

Stöd för implementering av digitala verktyg för att möta patienter genom distanskontakt

I en rapport från 2019 (IVO, Iakttagelser i korthet, 3/2019) påpekar IVO att den personal som möter patienter via digitala tjänster behöver få utbildning och introduktion som är specifik för just detta. Viktiga delar i en sådan utbildning skulle enligt myndigheten vara hur tekniken ska hanteras och hur man upprätthåller hög informationssäkerhet, exempelvis när personal arbetar på distans och möter patienter via chatt och videomöte. Personalen behöver även få utbildning i vilka symtom som kan handläggas digitalt, hur de ska agera vid akuta situationer och om de misstänker att barn far illa och därför behöver göra en orosanmälan.

Enligt vad utredningen har uppfattat är det förmodligen så att de vårdgivare som redan från början uteslutande har arbetat digitalt har sett till att vårdpersonalen som möter patienter digitalt har fått den introduktion till verktygen och arbetssätten som behövs. Däremot finns det anledning att tro att när regionerna själva inför fler digitala verktyg i verksamheterna kan den personalen behöva utbildningsinsatser för det nya arbetssättet. I regionernas verksamhet är digitala verktyg oftast ett komplement till fysiska vårdinsatser som personalen sedan tidigare är bekant och bekväm med. Det finns då en risk att de digitala verktygen inte kommer att användas i den utsträckning som regionen har avsett.

Även Nationella Vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen lyfter i rapporten Kompetensförsörjning inom primärvården (2022) att pedagogisk kompetens och tekniskt användarstöd behövs för att de digitala verktygen ska komma till bästa möjliga användning i verksamheter. Vidare lyfter de att arbete enligt digitala arbetssätt också kräver utrymme för omställning, anpassning och att lära sig och ta tillvara de kunskaper man erhåller längs vägen.

Regeringen bör därför ge exempelvis Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett stöd för implementering av digitala verktyg för att möta patienter genom distanskontakt – med fokus på bland annat informationssäkerhet och bemötande för alla vårdprofessioner.

Sammanställning av forskning för när det lämpar sig respektive inte lämpar sig med hälso- och sjukvård via distanskontakt

Promemorians förslag utgår från förutsättningar för vård via distanskontakt. När det är nödvändigt med fysisk undersökning – alternativt när patienten inte känner sig trygg eller motsätter sig digital vård – ska vården inte ges på distans.

Enligt 1 kap. 7 § PL ska patienten få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som stämmer överens med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är därför inte lämpligt att ge vård eller behandling genom digitala vårdtjänster om det framgår av en författning eller aktuell kunskapsstyrning att ett fysiskt möte krävs (Socialstyrelsen 2018, Digitala vårdtjänster – övergripande principer för vård och behandling).

Det finns exempel på pågående arbete med att sammanställa aktuellt forskningsläge inom utvalda områden. Exempelvis så publicerade Nationellt system för kunskapsstyrning i mars 2023 på sin hemsida att de tillsatt en arbetsgrupp inom insatsområdet digitala vårdmöten för barn och ungdomar. Arbetsgruppen ska identifiera risker och föreslå hur de kan minimeras genom att kartlägga aktuellt forskningsläge och värdera befintliga kunskapsstöd. Arbetsgruppens förslag beräknas vara klara för öppen remiss den 15 november 2023.

I dialog med olika företrädare har framkommit att det finns ett behov av ett samlat grepp gällande exempelvis vilken vård som inte lämpar sig vid distanskontakter utifrån befintlig forskning. En sammanställning av aktuell forskning på området kan utgöra kun-

skapsunderlag till regionerna när de själva utvecklar sina digitala tjänster. Det kan också utgöra stöd då regionerna väljer att anlita privata digitala vårdgivare och behöver ta del av vetenskapligt underlag för att värdera att tjänsten är patientsäker och ändamålsenlig. Kunskapsunderlaget skulle vidare vara värdefullt för den enskilde vårdgivaren som ska ta ställning till när det är nödvändigt att patienten får vård på fysisk mottagning.

Regeringen bör därför ge SBU i uppdrag att sammanställa forskning för när det lämpar sig respektive inte lämpar sig med hälso- och sjukvård via distanskontakt.

Regeringen bör uppmuntra och stimulera forskning kring digitala tjänster och distanskontakter inom den öppna vården

De senaste åren har utvecklingen av innovativa lösningar för distanskontakter med patienter eller distansmonitorering av patienter gått snabbt. När så sker är det viktigt att effekterna av de lösningar och verktyg som utvecklas löpande blir föremål för forskning i syfte att säkerställa att alla tjänster som tillhandahålls patienterna är evidensbaserade och patientsäkra. I och med förslaget om att regionerna ska erbjuda distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt, kommer fler patienter få tillgång till sådana tjänster. Då är det angeläget att de bedömningar som görs är baserade på kunskap och vetenskapligt underlag.

Socialstyrelsen gjorde 2018 en översiktlig litteraturgenomgång av den forskning som identifierades gällande vilken vård och vilka behandlingar som lämpar sig att hantera via digitala vårdtjänster. Sammanfattningsvis kom myndigheten fram till att litteraturstudien visade på en växande kunskap gällande digitala vårdtjänster ur ett patientsäkerhetsperspektiv, samtidigt som vissa områden är mer beforskade än andra. Litteraturstudien som genomfördes pekade på att det finns behov av mer forskning om akuta kontakter och nybesök inom primärvård (Socialstyrelsen 2018, Digitala vårdtjänster – övergripande principer för vård och behandling). Som även framgår av avsnitt 4.2 har forskare senare konstaterat att digital primärvård kan vara ett effektivt alternativ till fysisk vård, men att fortsatt forskning behövs på området i takt med att digital primärvård ökar.

I propositionen Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige (prop. 2020/21:60) presenterade regeringen forskningspolitiken för åren 2021–2024. Regeringen konstaterade bland annat att klinisk och patientnära forskning är av betydelse för utvecklingen av en god, jämlik, jämställd och hållbar hälso- och sjukvård. Det är i primärvården som stora folksjukdomar såsom diabetes, hjärtkärlsjukdomar, astma, långvarig smärta och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) diagnostiseras och behandlas. Det är därför av stor vikt att primärvården kan delta i utvecklingen av nya läkemedel, diagnostik, medicintekniska produkter eller behandlingar. Vidare anförde regeringen att verksamheter inom primärvården kommer, liksom övriga delar av samhället, även fortsättningsvis påverkas av digitaliseringen. Detta skulle enligt regeringen innebära stora möjligheter till högre kvalitet och effektivitet inom såväl vård och omsorg som inom administration. Samtidigt är det viktigt att förändringar genomförs med beaktande av frågor såsom samlade ekonomiska effekter, personlig integritet och en jämlik hälso- och sjukvård (a. prop. s. 83 f.). I syfte att bygga upp och utveckla forskningskompetens i primärvården tillfördes Vetenskapsrådet totalt 190 miljoner kronor 2021–2024.

Inför kommande forskningsproposition för åren 2025–2028 bör regeringen anvisa medel, förslagsvis cirka 25 miljoner kronor per år under perioden, för att möjliggöra forskning inom digitala tjänster och distanskontakter i primärvård och övrig öppen vård.

Stimulansmedel till innovation och utveckling

För att regionerna ska kunna säkerställa att patienter inom den öppna vården får vård efter behov samt alltid erbjuds distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården sker fysiskt, så bör regionerna tilldelas stimulansmedel för att utveckla arbetet med distanstjänster, inklusive behovs- och lämplighetsbedömning. Medlen kan även finansiera det arbete som utredningen i avsnitt 9.5 rekommenderar ska ske inom ramen för Partnerskap till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård.

Stimulansmedel om cirka 500 miljoner kronor bör kunna öronmärkas inom ramen för de medel som avsatts för överenskommelsen om God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården

med primärvården som nav. I 2023 års överenskommelse har 2 389 miljoner kronor avsatts till regionerna för utvecklingsområdet Nära vård. Redan i dag ska regionerna inom ramen för överenskommelsen utveckla och förbättra arbetssätt eller genomföra andra insatser som stärker den digitala och fysiska tillgängligheten i primärvården. Det är viktigt att dessa insatser är fortsatt prioriterade varför stimulansmedel bör öronmärkas för ändamålet.

Skälen för rekommendationerna

Privata vårdgivare bör ges möjlighet att verka från regionernas digitala plattformar, inklusive 1177 Direkt

I och med förslaget om att regionerna ska erbjuda distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt så kommer ställas krav på samtliga vårdgivare inom den öppna vården att erbjuda patienten möjlighet till distanskontakt. Som anges ovan erbjuder samtliga regioner distanskontakter inom primärvården, det innebär att patienten kan komma i kontakt med den öppna vården genom exempelvis chatt eller videobesök. I vad mån de privata vårdgivarna använder sig av regionens digitala plattform och ingång eller om den digitala vårdgivaren tillhandahåller en egen plattform och ingång, skiljer sig mellan regionerna.

Utredningen har erfarit att det finns regioner som inte tillåter privata vårdgivare att ansluta sig till deras digitala plattformar och ingångar till vården. I andra regioner är det i stället krav på att samtliga vårdgivare som har avtal med regionen använder den digitala ingång och plattform som tillhandahålls av regionen, se avsnitt 4.3. Utredningen har även tagit del av exempel från Västra Götalandsregionen där det inom regionen pågår en diskussion om huruvida den app för e-tjänster som regionen tagit fram ska vara tvingande eller frivillig att använda i framtiden för de privata vårdgivarna.

Genom att de privata vårdgivarna ges inträde i regionernas plattformar så kan all offentligt finansierad vård tillhandahållas genom en och samma ingång – vilket kan förenkla för patienten och ge ett mer samlat intryck.

Vidare kan det vara svårt för små vårdgivare att utveckla sin egen app eller digitala ingång på grund av kostnader eller brist på kompetens varför det kan anses motiverat att de ska ha möjlighet att ansluta

sig till regionens plattform där vårdgivaren är verksam. Detta kan även innefatta möjligheten att ansluta sig till 1177 Direkt.

10.4.1 Regionerna bör möjliggöra etablering av digitala vårdgivare inom öppen specialiserad vård

Rekommendation: Nationellt verksamma digitala vårdgivare som befinner sig i gränslandet mellan primärvård och specialiserad vård, eller som utgör specialiserad vård eller erbjuder egenmonitorering åt personer med kroniska sjukdomar, bör kunna samverka med regionernas hälso- och sjukvård på ett mer strukturerat sätt, genom till exempel regionala upphandlingar eller genom regiongemensamma upphandlingar.

Skälen för rekommendationen

Förslaget om att patienter ska erbjudas distanskontakter om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt gäller all öppen vård. Det är emellertid få regioner som erbjuder vårdval för digitala specialistmottagningar eller ersätter distanskontakter hos befintliga privata vårdgivare i den specialiserade öppna vården. Samtidigt har många – om inte alla – regioner utmaningar med kompetensförsörjningen inom flera specialiteter och sektorer i vården, som är svåra att överbrygga. En fördel som digital vård kan erbjuda är möjligheten att poola resurser från hela landet. Det vill säga en digital mottagning kan exempelvis anställa ett antal specialistläkare på deltid som alla kan arbeta från hemmet, eller till och med från utlandet. Det samma kan sägas om mer nischade mottagningar som utvecklar och arbetar med egenmonitoreringstjänster.

Digitala vårdgivare som erbjuder egenmonitorering åt personer med kroniska sjukdomar i hela landet kan genom skalfördelar utveckla sin verksamhet och därmed utgöra ett reellt resurstillskott för regionerna. Regionerna borde ha som uttalat mål att knyta dessa verksamheter till sig och genom avtal styra finansiering och omfattning på ett effektivare sätt.

Det är typiskt sett inte ändamålsenligt att kardiologer, gynekologer, hudläkare, öron-, näsa- och halsspecialister med flera agerar underleverantör till en vårdvalsaktör i primärvården för att kunna bedriva offentligt finansierad digital verksamhet. Tjänsterna blir inte adekvat ersatta och det är förmodligen inte heller i linje med regionernas regelböcker att erbjuda specialisttjänster inom ramen för vårdval inom primärvården.

Utredningens erfarenheter visar på betydelsen av upparbetade samarbeten och remissvägar för de patienter som antingen behöver vård på en annan vårdnivå eller helt enkelt måste undersökas fysiskt. Regionalt knutna mottagningar skulle därför bättre kunna samordna sin verksamhet med det övriga vårdutbudet i regionen. Flera regioner skulle med fördel också kunna göra gemensamma upphandlingar av större mottagningar. Den lokala/regionala anknytningen skulle bli mer komplicerad att uppnå men inte alls omöjlig. Samarbetet skulle först och främst gagna patienterna, men också övriga delar i systemet.

Till exempel egenmonitorering av patienter med kroniska sjukdomar eller andra specialiserade tjänster som ges i serier av besök eller kontakter skulle också kunna ersättas på mer ändamålsenligt sätt, genom exempelvis vårdepisodersättning. Störst användning har vårdepisodersättning fått för patienter med behov av vård som antingen är tillfällig och begränsad över tid som till exempel förlossning, höftproteskirurgi eller ögonstarroperation, eller för patienter med kroniska sjukdomar som diabetes, KOL eller reumatologi. Att ersätta per besök styckevis blir inte helt rättvist för de vårdgivare som bygger upp sina tjänster utifrån en systematisk kontakt som löper i episoder över viss tid.

Rekommendationen bidrar till att realisera målbilden för omställningen av hälso- och sjukvården

I propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164) presenterade regeringen en utvecklad målbild för omställningen av hälso- och sjukvården. Enligt regeringen bör hälso- och sjukvården 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 (a. prop. s. 32 f).

Enligt målbilden ska alltså primärvården bland annat samspela med annan hälso- och sjukvård. Det är rimligt att detta ska ske på ett något smidigare och mer integrerat sätt än hur det sker i dag. Möjligen är det inte som en företrädare för en region har uttalat ett ”misslyckande” att remittera patienten till specialistvård, men primärvård och specialiserad vård bör från tid till annan kunna arbeta mycket mer nära för patientens bästa och därmed göra remissverktyget överflödigt. Regiongemensamma upphandlingar av digital specialistvård skulle kunna möjliggöra att en sådan samverkan blir det nya arbetssättet i hälso- och sjukvården. I så fall kommer hälso- och sjukvården ta stora kliv mot en realiserad målbild.

I överenskommelsen God och nära vård 2023 En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, som tecknats mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner, har parterna särskilt pekat på betydelsen av att insatser för digitalisering integreras i arbetet med att nå en nära vård. Det kan enligt överenskommelsen till exempel handla om att i ökad utsträckning använda digitala stöd vid konsultationer, bedömningar och uppföljningar på distans, egenmonitorering, triagering och beslutsstöd. Det framgår vidare av överenskommelsen att det även finns en stor innovations- och effektiviseringspotential i att kombinera nationellt täckande tjänster och lösningar från privata och offentliga aktörer med lokala och regionala erbjudanden till medborgarna. Detta underlättas av en vidareutvecklad samverkan och systematiskt erfarenhetsutbyte mellan regionerna (se överenskommelsen s. 14).

10.5 Utomlänsvård genom distanskontakt ska föregås av en adekvat behovs- och lämplighetsbedömning

Förslag: Patientens hemregion ska inte vara skyldig att ersätta kostnaden för distanskontakter som erbjuds av en annan region om distanskontakten inte har föregåtts av en adekvat behovs- och lämplighetsbedömning enligt grunder som beslutas av den region som erbjuder vården.

Bedömning: Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård bör tilldelas finansiering under två år för utformning av kriterier för behovs- och lämplighetsbedömningen.

Skälen för förslagen

En snabb medicinsk bedömning är en förutsättning för att kunna prioritera patienter med störst behov

Enligt 2 kap. 2 § PL ska patienten, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. I förarbetena till bestämmelsen – propositionen Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60) – anförde regeringen att en förutsättning för ett adekvat omhändertagande är en snar och kvalificerad bedömning av vårdbehovet och vårdinsatsen. I många fall kan en sådan göras på vårdcentralen, men vid svåra akuta sjukdomar och skador måste en sådan bedömning göras av en annan specialist. Enligt regeringen talade erfarenheterna för att en så tidig bedömning som möjligt är grundläggande för det framtida behandlingsresultatet. Den första bedömningen borde också göras av väl kvalificerad personal med hög kompetens. Utan en bra första bedömning skulle det kunna vara svårt att tillämpa de etiska principerna vid prioriteringar (a. prop. s. 41). Den medicinska och tekniska utvecklingen går även mot att många vårdsökande kan få en första bedömning av sitt hälsotillstånd med hjälp av automatiserade symtombedömnings- och hänvisningstjänster. Bland annat pågår utveckling av sådan funktionalitet inom ramen för tjänsten 1177 Direkt, en digital ingång till första linjens hälso- och sjukvård.

Användning av automatiserade bedömningsverktyg i hälso- och sjukvården är förknippat med etiska, tekniska och juridiska utmaningar. Utvecklingen av sådana verktyg behöver därför ske med försiktighet och med gediget kunskapsunderlag. Det är dock inte osannolikt att den kommer att fortsätta och bli ett vanligt inslag i samband med distanskontakter med hälso- och sjukvården.

Många patienter som söker vård hos digitala vårdgivare har, enligt uppgifter till utredningen, generellt och relativt sett enkla medicinska behov som inte alltid behöver föranleda exempelvis ett läkarbesök eller annan mer resurskrävande insats. Självfallet behöver även dessa patienter få en snabb bedömning av hälsotillståndet i syfte att bedöma och prioritera deras behov av vårdinsatser samt vilken insats och vårdnivå som är lämplig. En sådan första bedömning, så kallat triage, kan till exempel ligga till grund för att avgöra vilken vårdnivå, vilken kategori av hälso- och sjukvårdspersonal och med vilken kompetens, som lämpligen ska tillgodose vårdbehovet och i vilken form vårdinsatsen ska ges. Triaget kan också leda till ett konstaterande av att någon ytterligare hälso- och sjukvårdsinsats inte behövs, utan patienten kan rekommenderas att avvakta eller klara sig med egenvårdsråd. Som exempel kan nämnas det rådgivningsstöd som används inom ramen för den nationella sjukvårdsrådgivningen 1177 och som bland annat möjliggör för hälso- och sjukvårdspersonal att snabbt kunna avgöra patientens vårdbehov och allvarlighetsgrad.

Av SKR:s rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården m.m. framgår att ett kriterium för att digital kontakt ska vara ersättningsberättigad är att den ska föregås av ”en sortering”. Såvitt utredningen erfarit förekommer det sällan att regionerna ställer uttryckliga krav på hur denna sortering ska gå till. Sorteringen har i stället kommit att utvecklas av varje vårdgivare för sig. Systematisk granskning av de privata vårdgivarnas egna digitala triageverktyg sker inte alltid, även om det förekommer att dialog förekommer exempelvis i samband med godkännande av underleverantörer som är digitala vårdgivare. Vissa regioner hänvisar till att vårdgivarna ska tillämpa hänvisningsstödet som används av sjukvårdsrådgivningen inom ramen för 1177.

Utvecklingen av digitala vårdtjänster i primärvården har successivt lett till ökad kunskap om vilka sökorsaker och vårdärenden som lämpar sig att omhändertas vid en digital vårdkontakt

respektive där ärendet direkt bör hänvisas till en fysisk mottagning. Inom ramen för de berörda regionernas arbete med att införa 1177 Direkt utvecklas också värdefull kunskap om hur automatiserad symtombedömning och hänvisning kan stödja och effektivisera hälso- och sjukvården.

Offentligt finansierad vård ska ges utifrån adekvat behovsbedömning som främjar kostnadseffektivitet

Det framgår tydligt av 3 kap. 1 § andra stycket HSL att den som har det största behovet av vård ska ges företräde till den. Hälso- och sjukvården, och inte minst primärvården, uppges ofta ha bristande resurser i form av bland annat personal. Detta förhållande påverkar tillgängligheten till vården. Det är därför angeläget att efterfrågan – som inte nödvändigtvis sammanfaller med medicinska behov – inte ensamt styr tillgången till olika hälso- och sjukvårdstjänster. Det är rimligt att endast sådana insatser som utförs för att möta konstaterade behov ska finansieras med offentliga medel.

Av 4 kap. 1 § HSL följer vidare att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Det är därför av stor vikt att offentligt finansierade vårdinsatser inte påbörjas om de inte kan förväntas leda till en effektiv resursanvändning och om det finns bättre alternativ. Rätt använda har digitala tjänster och arbetssätt stor potential att skapa värde och bidra till effektivisering av hälso- och sjukvården. Det gäller framför allt när digitala tjänster används integrerat med och kompletterar fysisk vård. Det utesluter inte att även mer fristående och renodlat digitala vårdtjänster kan fylla ett behov i systemet.

När det gäller den hälso- och sjukvård för vilka regionerna är huvudmän, såsom valfrihetssystemen i primärvården, är det regionerna som svarar för bland annat uppdragsbeskrivning, kravställning och ersättningsregler samt kvalitets- och kostnadskontroll av de vårdgivare som utför vården. Så som primärvården regleras och ersätts i regionernas valfrihetssystem förutsätts prioritering av vårdinsatser efter såväl patientens behov som kostnadseffektivitet skötas hos den utförare där patienten är listad och som erhåller den fasta kapiteringsersättningen.

Digitala vårdtjänster har potential att bidra till att effektivisera hälso- och sjukvården och därmed frigöra resurser till andra vårdinsatser, men det förutsätter att de införs och används på ett genomtänkt sätt. Framväxten av den digitala utomlänsvården har gjort det betydligt svårare för regionerna att med hjälp av sina ersättningsmodeller säkerställa att behovs- och solidaritetsprincipen samt principen om kostnadseffektivitet upprätthålls i offentligt finansierad hälso- och sjukvård. En digital vårdgivare som inte huvudsakligen riktar sig till listade patienter kan förstås prioritera mellan de vårdsökande i den egna verksamheten, men har små incitament och möjligheter att säkerställa en lämplig resursfördelning mellan exempelvis en digital ”lättakut” och verksamheten vid den fysisk vårdcentral till vilken den digitala vårdgivaren är knuten.

Regionerna bör ta ett större ansvar för att patienter, vid tillgång till digitala vårdtjänster, prioriteras och sorteras utifrån behov och lämplighet. Detta är av särskild vikt när det gäller vårdtjänster som erbjuds digitalt och därigenom blir tillgängliga för patienter oberoende av var de befinner sig, mot bakgrund av hur den digitala utomlänsvården kommit att fungera. Utredningen har svårt att se att det går att på detta område lämna över till patienter och privata vårdgivare att se till att de gemensamma resurserna används på ett kostnadseffektivt sätt och räcker till dem med de största behoven. Det är i detta fall varje regions ansvar i egenskap av huvudman, även vad gäller den digitala utomlänsvården.

Regionen bör därför besluta om hur behovs- och lämplighetsbedömning ska ske i samband med tillgång till sådana vårdtjänster som erbjuds genom distanskontakt. Behovs- och lämplighetsbedömningen bör utmynna i en sortering, som fungerar styrande för vilka vårdärenden som olika kategorier av patienter ska ges tillgång till olika digitala vårdtjänster som erbjuds och ersätts av regionen.

Först och främst är det viktigt att säkerställa att det med hänsyn till sökorsaken, eventuell symtombeskrivning och patientens situation i övrigt är förenligt med kraven på en god och säker vård att nyttja en digital vårdtjänst. Därutöver tjänar triageringen även som ett sätt att säkerställa att det är förenligt med principen om kostnadseffektivitet att patienten omhändertas i en viss digital vårdform. Det kan exempelvis innefatta en bedömning av hur sannolikt det är att patienten kommer att behöva någon form av fysiskt omhändertagande, till exempel kroppsundersökning, provtagning eller rönt-

genundersökning, i nära anslutning till den digitala vårdkontakten och huruvida detta behov kan tillgodoses på ett enkelt och kostnadseffektivt sätt. Om behoven inte kan tillgodoses genom den digitala vårdtjänsten, bör patienten hänvisas till att i stället uppsöka fysisk vård.

Det kan också handla om att, utifrån medicinska behov, styra eller hänvisa patienter till rätt vårdnivå, vårdinsats och kompetens inom primärvården. Patienter med mindre allvarliga symtom kan ofta omhändertas genom enklare rådgivning och eventuellt i ett första skede hänvisas till att tala med rådgivningssjuksköterska, kanske inom ramen för den nationella sjukvårdsrådgivningen 1177. Även tjänster för en första automatiserad symtombedömning med hänvisning eller egenvårdsråd, kan användas där det bedöms lämpligt.

Enligt vad som har framkommit i kontakter med berörda aktörer varierar praxis hos de nationellt verksamma digitala vårdgivarna, där patienten ibland – efter att ha genomfört en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd – hänvisas till den fysiska vården. Ibland resulterar den initiala digitala vårdkontakten i ett registrerat och ersättningsgillt primärvårdsbesök, ibland inte. För att upprätthålla principen om kostnadseffektivitet bör regionen vidta åtgärder för att se till att sådana ”dubbelbesök” i möjligaste mån undviks, genom att patienten så tidigt som möjligt i processen hänvisas till att uppsöka en fysisk mottagning.

Regionerna bör ges stor handlingsfrihet när det gäller behovs- och lämplighetsbedömningen, till både form och innehåll. I samband med tillgång till digitala vårdtjänster av olika slag kan det till exempel bli fråga om att regionen uppställer krav på att patienten först triageras i regionens digitala plattform innan patienten får tillgång till en viss vårdform, i egen regi eller hos en privat vårdgivare. Det kan också bli fråga om att regionen granskar och godkänner en privat utförares självutvecklade triagerings- och sorteringsfunktion, innan den digitala vårdtjänsten får erbjudas som en del av det av regionen finansierade vårdutbudet.

Det är vanligt förekommande att den digitala utomlänsvården ifrågasätts, både vad avser dess kostnadseffektivitet och huruvida den överhuvudtaget tillgodoser ett medicinskt vårdbehov som bör omfattas av det offentligt finansierade hälso- och sjukvårdsåtagandet. Denna misstro mot digitala vårdgivare är ytterligare ett

skäl för att förslaget ska genomföras. Mot bakgrund av att kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården är svårt ansträngd, vilket påverkar tillgängligheten till vården, är det angeläget att regionerna kan samverka med – och dra nytta av – de digitala vårdgivarna där dessa har förutsättningar att bidra till ökad tillgänglighet, större valfrihet och effektivare resursutnyttjande. Denna samverkan behöver vila på ett ömsesidigt förtroende.

Vid digital utomlänsvård ska en adekvat triagering vara en förutsättning för hemregionens betalningsansvar

För att säkerställa att utomlänsvård som sker genom distanskontakt föregås av en adekvat behovs- och lämplighetsbedömning, föreslår utredningen att hemregionen inte ska vara skyldig att ersätta kostnaden för vården om den inte har föregåtts av en adekvat behovs- och lämplighetsbedömning enligt grunder som har beslutats av den region som erbjuder vården (vårdregionen). Om en utomlänspatient ändå ges tillgång till en distanskontakt, utan att dessa förutsättningar är uppfyllda, får vårdregionen själv bära kostnaden för vården. Regionerna bör därför reglera i sina vårdavtal med privata utförare i öppen vård, att digitala vårdtjänster endast ersätts om regionen har fattat beslut om hur behovs- och lämplighetsbedömningen ska gå till och att beslutet har följts av utföraren.

Enligt det föregående är det vårdregionen som ansvarar för att bedöma hur patienter ska prioriteras och sorteras utifrån behov och lämplighet, oavsett om vården utförs i egen regi eller av en privat vårdgivare. Även om likformighet i de medicinska bedömningarna är eftersträvansvärt går det inte att bortse ifrån att huvudmännen även i framtiden kan komma att göra olika bedömningar av värdet av olika slags digitala vårdtjänster, i vilken omfattning och utformning de ska erbjudas och vilka kategorier av patienter som ska ges tillgång till dem.

Bestämmelserna om skyldighet för regionerna att erbjuda öppen vård till invånare i andra regioner och om hemregionens ersättningsskyldighet, innebär att hemregionen inom rimliga ramar måste acceptera de ställningstaganden som vårdregionen har gjort om vilka digitala vårdtjänster som ska erbjudas, hur behovs- och lämplighetsbedömningen ska gå till och hur tjänsterna ska värderas och ersättas.

Det bör alltså framhållas att hemregionen inte kan neka till att ersätta kostnaderna för vården enbart på den grunden att den inte gör samma bedömning av behovet eller av distanskontaktens lämplighet som vårdregionen har gjort. Det är dock väsentligt att vårdregionen har gjort en noggrann genomgång av och ställningstagande till kriterierna för den behovs- och lämplighetsbedömning som ska föregå en digital vårdkontakt. Vårdregionen ska dokumentera sin bedömning och vid behov kunna visa upp denna dokumentation, till exempel om patientens hemregion begär det.

Utredningen har övervägt att föreslå en uttrycklig skyldighet för regionerna att säkerställa att alla distanskontakter, såväl inom- som utomlänskontakter, föregås av en behovs- och lämplighetsprövning. Utredningen gör bedömningen att den indirekta skyldigheten att säkerställa behovs- och lämplighetsbedömning i samband med utomlänskontakter kommer att få betydelse även för inomlänspatienternas kontakter med motsvarande vårdtjänster. Det följer bland annat av likabehandlingsprincipen i 8 kap. 3 § första stycket HSL.

När det gäller inomlänsvård så har regionerna betydligt större möjligheter att reglera detta på annat sätt, exempelvis genom ersättningsmodeller och andra krav. Om en region försummar att besluta om och ställa krav på behovs- och lämplighetsbedömning så går drabbar det endast regionen själv. Utredningen har därför valt att stanna vid att föreslå en indirekt reglering av kravet på behovs- och lämplighetsbedömning, genom att villkora hemregionens betalningsansvar vid utomlänsvård.

Principen om att inom- och utomlänspatienter ska ges öppen vård på samma villkor är dock fortsatt gällande, vilket i de allra flesta fall torde leda till att även inomlänspatienters tillgång till distanskontakter kommer att föregås av motsvarande behovs- och lämplighetsprövning.

Förslaget innebär en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen

Kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen bör en inskränkning i den kommunala själv-

styrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.

Så som framgår ovan finns det redan i dag regler om att patienten, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd (2 kap. 2 § PL), den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till den (3 kap. 1 § HSL) och offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet (4 kap. 1 § HSL).

Vidare framgår det av SKR:s rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården m.m. att besöken ska föregås av en ”sortering” för att utesluta symtom och diagnoser som bör tas omhand av den fysiska vården eller som inte kräver läkarvård.

Den föreslagna nya skyldigheten för regionerna bedöms ändå innebära en viss inskränkning av den kommunala självstyrelsen, eftersom den reglerar vad regionerna ska göra för att säkerställa att distanskontakter till patienter från andra regioner ges efter behov och främjar kostnadseffektivitet. Dessa principer är sedan länge författningsreglerade och grundläggande för utformning och utförande av svensk hälso- och sjukvård.

Regionerna ges genom förslaget ett betydande utrymme att utforma beslut om behovs- och lämplighetsprövningen utifrån respektive regions förutsättningar. Dessutom innebär redan nu gällande bestämmelser om patientens rätt att välja utförare i öppen vård och hemregionens skyldighet att ersätta kostnaderna för vården en inskränkning av den kommunala självstyrelsen. Denna minskas i viss mån av förslaget. Den inskränkning av den kommunala självstyrelsen som förslaget kan medföra bedöms sammanfattningsvis vara begränsad och proportionerlig.

Skälen för bedömningen

Enligt förslaget är det vårdregionen som behöver säkerställa att de distanskontakter som erbjuds inom regionen föregås av en adekvat behovs- och lämplighetsbedömning. I annat fall ska inte patientens hemregion behöva betala för vården. Distanstjänster är under utveckling hos samtliga regioner och många privata vårdgivare.

I avsnitt 9.4 föreslås att distanskontakter ska bli en obligatorisk del av den öppna offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Samtliga regioner och många vårdgivare kommer därför att behöva utveckla egna bedömningskriterier för behovs- och lämplighetsbedömningen. Det finns stora fördelar för regionerna att genom samverkan dra lärdomar av varandra och i möjligaste mån etablera gemensamma bedömningskriterier för tillgång till digitala vårdtjänster.

För att vård också ska ges på samma villkor över hela landet vore det lämpligt om huvudmännen gemensamt tar sig an utformningen av behovs- och lämplighetsbedömningen. Ett lämpligt forum för detta samarbete, som även inkluderar relevanta statliga myndigheter, är Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård. Förutom Styrgruppen för nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård (SKS) ingår myndigheterna Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, E-hälsomyndigheten, Läkemedelsverket, SBU och Tandvård- och läkemedelsförmånsverket (TLV). I avsnitt 9.4 görs bedömningen att det skulle vara lämpligt att öronmärka vissa medel inom ramen för överenskommelsen om god och nära vård för utveckling av arbetet med behovs- och lämplighetsbedömningar och distanstjänster. Partnerskapets arbete kan finansieras från dessa medel.

Det framgår av SKR:s rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården m.m. att nationellt gemensamma kriterier och riktlinjer för anamnesupptagning och triagering är något som övervägs. Syftet är enligt rekommendationen att tydliggöra vikten av att hälso- och sjukvård ska föregås av en bedömning av patientens vårdbehov och brådskandegrad, samt på vilken vårdnivå och med vilken kompetensbehovet bäst tillgodoses.

10.6 Patienten ska betala hemregionens patientavgift

Förslag: Vid utomlänsvård som sker genom distanskontakt ska patienten betala de vårdavgifter som tillämpas i patientens hemregion.

Skälen för förslaget

Patientavgifterna styr mot utomlänsvård

När en patient tar del av en annan regions vårdutbud ska, enligt 8 kap. 3 § HSL, vården ges på samma villkor som de villkor som gäller för vårdregionens egna invånare.

I propositionen Patientlag (prop. 2013/14:106) anförde regeringen att en patient som söker sig till en annan region ska få ta del av det öppenvårdsutbud som ingår i den regionens vårderbjudande även om utbudet är ett annat än det som finns i patientens hemregion. Det betyder bland annat att en patient har möjlighet att välja mellan samtliga behandlingsalternativ inom den öppna hälso- och sjukvården, dvs. även de behandlingsalternativ som finns i andra regioner och att patienten kan få tillgång till en fast vårdkontakt i en annan region. Regeringen anförde vidare att eftersom vården ska ges på samma villkor ska patienter som kommer från andra regioner betala patientavgifter och andra taxor enligt de regler som fastställs av vårdregionen för de egna patienterna. Vidare ska de eventuella remisskrav som vårdlandstinget ställer upp också gälla för patienter från andra regioner (a. prop. s. 86).

Det kan antas att det har särskilt stor betydelse för benägenheten att söka vård om en digital vårdtjänst är avgiftsfri eller belagd med en låg avgift, än vad som är fallet vid fysiska vårdkontakter. Många digitala vårdgivare har kommit att etablera sig i Region Sörmland. Ett av skälen för detta är att Sörmland under perioden 2017–2019 tillämpade avgiftsfrihet i primärvården och även sedan ”nolltaxan” avskaffades fortfarande är den region som har de lägsta patientavgifterna för digitala vårdkontakter. Många vårdkontakter i Region Sörmlands primärvård är fortfarande avgiftsbefriade, såsom digitala vårdkontakter med sjuksköterska, fysioterapeut, psykoterapeut, samt digitala vårdkontakter för receptförnyelse.

Med tanke på de problem som särskilt kan uppstå i samband med digital utomlänsvård, bland annat vad gäller informationskontinuitet, vårdövergångar och koordinering med fysiska vårdinsatser samt uppföljning, är det enligt utredningens mening viktigt att patienter inte drivs att söka digital utomlänsvård enbart på grund av patientavgiftens storlek, när patienten i övrigt uppfattar två digitala vårdgivare som likvärdiga. Den ena vårdgivaren kanske till och med är den vårdgivare som patienten har valt att lista sig hos och som har samordningsansvaret för patientens övriga hälso- och sjukvårdsinsatser. I sådana fall är det olyckligt om patienten väljer en digital utomlänskontakt huvudsakligen eller enbart på grund av den lägre patientavgiften.

Kombinationen av avgiftsfrihet och besöksersättning enligt utomlänstaxan – vad gäller vårdkontakter som sker för receptförnyelse – får enligt utredningens mening särskilt olycklig styrningseffekt mot utomlänsvård. Denna kombination kan riskera att leda till att patienter i onödan söker utomlänsvård just för att få sina recept förnyade, en åtgärd som det i vissa fall kan vara särskilt viktigt att patientens ordinarie läkare ombesörjer.

Betalande region föreslås få bestämma patientavgiften i primärvård

Det får antas att det har funnits en förhoppning om att regionerna – i samband med eller efter ikraftträdandet av PL – skulle välja att harmonisera sina patientavgifter inom öppen vård i syfte att skapa en mer jämlik spelplan för patienter och vårdgivare. Så har dock inte skett i tillräcklig utsträckning.

Utredningen om styrning för en mer jämlik vård framförde i slutbetänkandet Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42) att en vård på lika villkor starkt talar för att ensa patientavgifterna över landet. Utredningen föreslog därför en lagreglering av avgiften för besök i primärvården inom vårdvalssystem enligt 7 kap. 3 § HSL. Den lagreglerade avgiften föreslogs gälla endast för besök av listade patienter och vara förhållandevis låg, uttryckt som en andel av prisbasbeloppet. Regionerna föreslogs ha möjlighet att besluta om en annan avgift för icke listade patienter.

Utredningen om styrning för en mer jämlik vård konstaterade bland annat att avgränsningen till ”besök” innebar att den mångfald av kontaktformer som då växte fram inom hälso- och sjukvården inte skulle behöva avgiftsbeläggas, utan att sådana kontakter – till exempel asynkrona digitala kontakter genom chatt-funktioner – skulle antas förbli avgiftsfria för patienten (a.a. s. 587 f.). Enligt utredningen upplevdes de varierande patientavgifterna i primärvården ojämlika och kunde ha effekt på om man avstår från att söka vård.

I efterföljande remisshantering var en majoritet av remissinstanserna tveksamma eller kritiska mot förslaget som enligt vissa skulle innebära en försvagning av det kommunala självstyret och möjligheten att styra i önskvärd riktning med hjälp av avgifter. Förslagen i slutbetänkandet har i denna del inte lett till någon lagstiftning.

Som ovan konstateras riskerar särskilt låga patientavgifter för digitala besök i primärvården i enstaka regioner att styra digitala vårdgivare mot att etablera sig huvudsakligen i dessa regioner och patienterna mot att i större utsträckning välja en vårdgivare i en annan region för sina digitala vårdkontakter, trots att patienten kanske uppfattar en vårdgivare i den egna regionen som likvärdig eller till och med bättre.

Att vården ska vara jämlik och att ingen ska behöva avstå från vård på grund av kostnaden är viktiga principer. Patientens rätt att söka öppen vård i en annan region bör dock i första hand handla om att ge patienten tillgång till ett större utbud av utförare, vårdtjänster och behandlingsalternativ, inte att dra nytta av en lägre patientavgift i en annan region. Även det sistnämnda är naturligtvis till visst gagn för patienter, särskilt i regioner med höga patientavgifter. Det är dock olyckligt att den digitala utomlänsvården drivs av andra faktorer än patientens önskemål om att välja en viss utförare eller innehållet i en viss vårdtjänst, som kanske inte finns att tillgå i den egna regionen. De negativa effekter som den digitala utomlänsvården för med sig motiverar dock att ytterligare åtgärder vidtas för att undvika att patienter i onödig utsträckning ges incitament att söka vård i en annan region framför en vårdgivare i den egna regionen.

I promemorian föreslås därför, genom ett nytt andra stycke i 8 kap. 3 § HSL, att det ska vara patientens hemregion som

bestämmer egenavgiften för primärvård och annan öppen vård som erbjuds av en annan region genom distanskontakt. Syftet med förslaget är att patienter inte ska välja utomlänsvård då ett för patienten likvärdigt utbud av utförare och vårdtjänster finns att tillgå i den egna regionen. Att den föreslagna bestämmelsen om hemregionens patientavgift endast gäller utomlänsbesök i form av distanskontakt, innebär att den till största delen kommer att tillämpas av nationellt verksamma digitala vårdgivare, som erbjuder distanstjänster utan avsikt eller beredskap att även kunna omhänderta patientens behov av fysisk vårdkontakt i vårdregionen för det fall behov skulle uppstå. Bestämmelsen kommer dock att bli tillämplig även hos andra vårdgivare när de har distanskontakter med utomlänspatienter. Ett särskilt regelverk för nationellt verksamma digitala vårdgivare har utredningen inte bedömt som lämpligt, se ovan avsnitt 9.2.

Förslaget innebär att framför allt nationellt verksamma digitala vårdgivare, men även andra vårdgivare i viss utsträckning, kommer att behöva anpassa sina rutiner och tekniska stöd för avgiftsdebitering. De digitala vårdgivare inom primärvården som har avtalsrelation, direkt eller som underleverantör till en vårdvalsaktör, med mer än en region har redan i dag tekniska funktioner för att debitera rätt patientavgift utifrån patientens folkbokföringsort. För att underlätta anpassningen för regioner och vårdgivare bör regionerna uppdra åt exempelvis SKR att hålla en uppdaterad sammanställning över regionernas beslutade patientavgifter.

Det kan förekomma att en vårdtjänst erbjuds i en region för vilken hemregionen inte alls har fattat något beslut om patientavgift. Om patientens hemregion undantagsvis inte har beslutat om patientavgift för en viss typ av vårdkontakt i en annan region, ska den patientavgift som vårdregionen har beslutat om för vårdtjänsten tillämpas.

Förslaget skulle om det genomförs leda till att nationellt tillgängliga digitala vårdtjänster som tidigare varit avgiftsbefriade eller belagda med en låg patientavgift, kommer att kosta mer för de allra flesta utomlänspatienterna. Det förekommer dock att nationellt verksamma digitala vårdgivare har etablerat sig i regioner med högre patientavgift. Hos dessa vårdgivare kommer patienter från regioner med lägre patientavgift komma att kunna dra nytta av sin hemregions låga avgifter om de ges öppen vård genom distanskontakt med en sådan vårdgivare.

Sammantaget skulle förslaget leda till att incitamenten att välja digital utomlänsvård framför likvärdiga alternativ i den egna regionen minskar. Tillsammans med de övriga förslag som lämnas i promemorian bedöms detta förslag bidra till en mer integrerad och sammanhållen digifysisk primärvård samt till att målet om en nära vård kan uppfyllas.

Förslaget innebär inte någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen

Förslaget om att låta patientens hemregion bestämma patientavgiften i samband med distanskontakter innebär att patientens hemregion får ökad rådighet över avgiften och kan därmed använda patientavgiften för digitala vårdkontakter både som delfinansiering och styrmedel, utan att i onödan styra patienterna mot utomlänsvård.

Den begränsade inskränkning i den kommunala självstyrelsen som det tidigare införandet av regler om fritt val av utförare i öppen vård har inneburit för huvudmännen mildras därför något (se prop. 2013/14:106 s. 106 f.) Det nu aktuella förslaget bedöms inte medföra någon begränsning av den kommunala självstyrelsen.

10.7 Ersättningsfrågor

Rekommendationer: Regionerna bör i högre utsträckning än i dag se till att ersättningen till utföraren är teknikneutral.

Regionerna bör ersätta jämförbara besök på samma sätt oberoende av om patienten är folkbokförd i den egna regionen eller i en annan region.

Regionerna bör besluta om differentierade ersättningar för digitala vårderbjudanden som inte omfattar hela primärvårdsuppdraget.

Skälen för rekommendationerna

Regionerna bör se till att ersättningen till utföraren är teknikneutral

Hur regionen väljer att ersätta olika former av distanskontakter skapar incitament och effekter som inte alltid upplevs som genomtänkta. Är ett telefonsamtal med patienten mindre värt än ett videosamtal och ska ett chatt-samtal värderas annorlunda än andra sätt att kommunicera med patienten på distans? Att ersättningen beslutas på en så detaljerad nivå påverkar vilket utbud av tjänster som patienten kan få och kan också påverka utveckling och innovation av nya sätt att få kontakt med hälso- och sjukvården. Därför bör ersättningen till vårdgivaren vara teknikneutral. Som framgår i kapitel 3 går fler och fler regioner mot en mer teknikneutral definition av en ersättningsberättigad distanskontakt. Det rekommenderas således att regionerna närmare ser över sina ersättningar för olika former av distanskontakter för att inte i onödan styra på vilket sätt hälso- och sjukvården och invånarna kontaktar varandra, samt överväga om den regionala definitionen av ”besök” bör ändras och breddas.

Regionerna bör ersätta jämförbara vårdkontakter på samma sätt oberoende om patienten är folkbokförd i den egna regionen eller i en annan region

Bestämmelserna om fritt val av utförare i öppen vård har bidragit till ökad jämlikhet vad gäller tillgång till utbud av vårdgivare, vårdtjänster och behandlingsalternativ, även sådana som inte erbjuds i

patientens hemregion. Etableringen av nationellt verksamma digitala vårdgivare i primärvården har dock mindre stark koppling till olikheter i vilka vårdtjänster respektive region aktivt har valt att erbjuda de egna invånarna.

Även om regionernas regelböcker för vårdvalen i primärvården uppvisar vissa skillnader vad gäller uppdragsbeskrivning och krav, så ryms de tjänster som i dag erbjuds av nationellt verksamma digitala vårdgivare med få undantag i samtliga regioners regelböcker. I stället har andra viktiga faktorer varit avgörande för huruvida digitala vårdgivare valt att etablera sig i en viss region men inte i andra. I tidigare avsnitt har beskrivits att bidragande faktor till detta tycks vara vilka patientavgifter som tas ut av de vårdsökande. En annan väsentlig faktor för digitala vårdgivare som vill verka nationellt tycks vara att vårdgivaren tillåts använda ett eget journalsystem och digitala plattform.

Slutligen har det också stor betydelse hur regionen ersätter digitala besök. För en nationellt verksam digital vårdgivare är det väsentligt att ersättningen för digitala besök inte är för låg. Regionerna har, med ett par undantag, anpassat sina ersättningsbelopp till SKR:s rekommendation om ersättning för digitala utomlänsbesök. För digitala besök av patienter folkbokförda i den egna regionen skiftar däremot ersättningarna i större utsträckning. Några regioner tillämpar samma eller ungefär samma besöksersättningar för digitala besök för olistade inomlänspatienter som för utomlänspatienter, medan andra lämnar mycket låg ersättning eller ingen ersättning alls för sådana besök.

I en mindre region, som till exempel Region Sörmland, står typiskt sett inomlänspatienterna endast för en mindre andel av vårdkontakterna hos en nationellt verksam digital vårdgivare. I exempelvis en storstadsregion kan däremot en alltför låg digital besöksersättning för olistade inomlänspatienter göra det svårt för vårdgivaren att överhuvudtaget erbjuda digitala vårdtjänster, utan att göra skillnad i tillgång till tjänsterna för listade och olistade samt för inom- och utomlänspatienter.

Enligt 8 kap. 3 § HSL ska vården ges till utomlänspatienter på samma villkor som inomlänspatienter. Enligt bestämmelsens andra stycket ska patientens hemregion ersätta vårdregionens kostnader för vården. Av riksavtalet för utomlänsvård p. 8.2 framgår att ersättningen för en vårdtjänst ska vara densamma för en inomläns-

patient och en utomlänspatient, vilket främst syftar till att säkerställa likabehandling.

Trots bestämmelsen om likabehandling finns i flera regioner relativt stora skillnader i vårdersättning inom regionerna just avseende på var patienten är folkbokförd. Differentierade ersättningar beroende på folkbokföring kan ge upphov till snedvridande effekter med avseende på tillgång till vård. Utredningen anser att ersättningen till en utförare för en och samma vårdtjänst ska vara densamma oberoende av om patienten är folkbokförd i vårdregionen eller om det är fråga om en utomlänspatient.

Utomlänsvård ska enligt utredningens mening vara ett sätt för patienter att kunna välja sådan öppen vård som en annan region valt att erbjuda de egna invånarna. Exempelvis kan en region välja att prioritera god tillgänglighet till digitala vårdtjänster i primärvården, även till andra patienter än de som är listade hos utföraren, genom att lämna en förhållandevis hög produktionsrelaterad ersättning för digitala vårdkontakter till icke listade. Då är det rimligt att även andra regioners invånare ska ges möjlighet att dra nytta av den goda tillgängligheten. Om en region däremot lämnar en mycket lägre ersättning för de egna invånarna för digitala vårdkontakter med den egna regionens invånare, kan lätt tillgängliga digitala vårdkontakter för icke listade patienter knappast sägas vara en del av regionens utbud. Då bör den enligt utredningens mening inte heller kunna erbjudas till andra regioners invånare.

Differentiering av ersättningen kan givetvis göras om det förhållandet att patienten inte är folkbokförd i vårdregionen ger upphov till ökade kostnader av något slag. Exempelvis kan tänkas att omhändertagandet av en utomlänspatient föranleder ökad administration på grund av att patienten inte befinner sig i sin hemregion, rekvisition av journalkopior, kontakt med vårdgivare i hemregionen osv. Det kan också tänkas att patienten tar andra resurser i anspråk, som vårdregionen tillhandahåller som så kallade fria nyttigheter och som också ska täckas av besöksersättningen. Det kan i sådana fall sägas att de olika ersättningarna inte avser en och samma vårdtjänst. Skillnad är givetvis också motiverad i det fallet patienten är listad hos utföraren, som då även erhåller den fasta kapiteringsersättningen.

När det gäller digitala vårdkontakter hos en nationellt verksam digital vårdgivare är ökade kostnader mer osannolika och det finns

enligt utredningens uppfattning sällan anledning att alls göra skillnad i besöksersättning mellan olistade inom- och utomlänspatienter. Bestämmelsen i riksavtalet om lika ersättning må i första hand syfta på vårdtjänster i den specialiserade vården, men enligt utredningens bedömning kan den anföras som ett ytterligare argument för att ersättningen till en utförare för en viss form av digital vårdkontakt med en patient som inte är listad hos utföraren ska vara densamma oavsett om patienten är folkbokförd i vårdregionen eller i en annan region. Enligt utredningens mening är det inte heller en orimlig tolkning av 8 kap. 3 § andra stycket HSL i kombination med riksavtalets pp. 8.2 och 8.3, att patientens hemregion inte ska vara skyldig att ersätta vårdregionen för en digital vårdtjänst utförd av en privat utförare med högre belopp än vad vårdregionen skulle ersätta utföraren med för samma vårdtjänst om patienten hade varit folkbokförd i vårdregionen.

Hemregionens ersättningsskyldighet i samband med utomlänsvård avser de faktiska kostnader som vårdregionen haft för vården. När vården av en utomlänspatient har getts av en privat utförare i primärvården och vårdregionen inte har haft några ytterligare kostnader hänförliga till den aktuella vårdkontakten, så är det enligt utredningens mening det ersättningsbelopp som vårdregionen har utgett för vårdkontakten som hemregionen ska ersätta. Detta stöds också av bestämmelser i riksavtalet, p. 8.2. Det kan inte anses rimligt att låta patientens hemregion ersätta del av den privata utförarens fasta uppdragsersättning, som beräknats utifrån utförarens listade patienter.

Principen att ersättningen för en jämförbar vårdtjänst till inom- och utomlänspatienter i möjligaste mån ska vara densamma bör enligt utredningens mening behållas och vid behov skärpas, vid den förestående översynen av Riksavtalet för utomlänsvård.

Regionerna kan överväga särskilda ersättningskategorier för digitala vårderbjudanden som inte omfattar hela primärvårdsuppdraget

I samtliga regioners valfrihetssystem i primärvården tillämpas i stor utsträckning enhetliga produktionsrelaterade ersättningsbelopp för vårdkontakter. Ersättningsbeloppen varierar ibland beroende på vilken kategori av yrkesutövare som kontakten gäller och ibland utifrån kontaktsätt (fysiskt besök/digital vårdkontakt). I den mån

ersättningsbeloppen är avsedda att ge utföraren kostnadstäckning, vilket inte alltid är fallet, så bör de vara beräknade som den genomsnittliga kostnaden för alla i primärvården förekommande vårdkontakter, inklusive en genomsnittlig kostnad för medicinsk service. Så har också gjorts i SKR:s rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för ersättningsbelopp för digitala vårdtjänster i primärvården.

Inom ramen för den digitala utomlänsvården har dock kommit att utvecklas vårdgivare med ett betydligt smalare tjänster, fokuserat på vissa diagnoser eller behandlingar. Vissa av dessa tjänster kännetecknas av hög grad av automatisering, exempelvis av anamnesupptagning, varefter medicinsk bedömning och åtgärd i form av förskrivning av läkemedel eller rådgivning kan ske förhållandevis snabbt och standardiserat. Exempel på sådana tjänster är digitala tjänster för att snabbt och enkelt hjälpa patienter med urinvägsinfektion eller misstänkt borreliainfektion. Dessa tjänster kan i det enskilda fallet vara mycket efterfrågade samt erbjuda verklig avlastning till den ordinarie hälso- och sjukvården. En mer differentierad ersättning för sådana tjänster skulle kunna innebära att tjänsterna bedöms som mer kostnadseffektiva.

Andra tjänster som erbjuds kan vara mer komplexa och resurskrävande. I det föregående beskrivs hur vissa digitala vårdtjänster som gränsar till specialistvård egentligen skulle behöva ersättas på annat sätt än genom besöksersättning inom primärvården, eller med högre belopp.

När en sådan tjänst expanderar genom att den kan erbjudas till patienter i hela landet, kan det lätt bli så att den sammanlagda ersättningen för en digital vårdkontakt inte motsvarar de genomsnittliga kostnaderna för besöken, som kan vara såväl lägre som högre. I syfte att dra nytta av de effektiviseringsmöjligheter som dessa tjänster kan innebära, liksom att vid behov kunna erbjuda digitala tjänster med högre kvalitet, bör regionerna överväga att införa mer differentierade ersättningsnivåer och eventuellt andra ersättningsmodeller såsom episodersättning, för utförare och vårdgivare i primärvården som specialiserar sig på endast en del av primärvårdsuppdraget.

Som en konsekvens av rekommendationen om en mer differentierad ersättning för digitala besök och rekommendationen att ersättningen för en och samma vårdtjänst ska vara densamma

avseende inom- och utomlänspatienter, bör SKR överväga att upphäva rekommendationen om enhetliga ersättningar för digitala vårdtjänster.

10.8 Tydligare krav och uppföljning

Rekommendationer: Regionerna bör ställa tydliga krav på sina vårdvalsaktörer vid användning av underleverantörer genom ökade krav på uppföljning, dokumentation, anslutning till nationella gemensamma e-hälsospecifikationer samt anslutning till NPÖ.

Regionerna bör verka för att digitala underleverantörer fullt ut ska kunna använda NPÖ.

Regionerna bör säkerställa att vårdgivarna har riktlinjer för läkemedelsförskrivning och receptförnyelse vid distanskontakt.

Regionerna bör informera om och marknadsföra sitt digitala utbud bredare.

Skälen för rekommendationerna

Tydligare krav gällande vårdvalsaktörer och underleverantörer i vårdval

Det framgår av avsnitt 4.3 att regionerna i olika hög grad ställer detaljerade krav på sina vårdvalsaktörer – och även att kraven ska gälla för eventuella underleverantörer. Betydelsen av detta tål dock att upprepas – för att säkerställa att den vård som patienterna får är av hög kvalitet och att alla vårdgivare arbetar utifrån samma ramverk för kvalitet och säkerhet. Det är därför viktigt att regionerna beaktar förekomsten av underleverantörer (såväl digitala som fysiska) och tydliggör vissa aspekter vid vård på distans. Viktiga perspektiv som behöver tydliggöras i kravböckerna gäller dokumentation, läkemedelshantering och receptförnyelse, kvalitetsuppföljning, anslutning till gemensamma standarder och nationella specifikationer samt krav på kunskaper om exempelvis användningen av digitala verktyg.

Regionerna är redan i dag skyldiga att följa upp den vård som annan genom avtal med regionen utför. Enligt 10 kap. 8 § kommunallagen (2017:725), förkortad KL, ska regionen kontrollera

och följa upp verksamheten när skötseln av en kommunal angelägenhet genom avtal har lämnats över till en privat utförare, se även avsnitt 6.1. Denna skyldighet avser således vårdgivare som regionen har tecknat avtal med – inte vårdgivarens eventuella underleverantör. Det är huvudleverantören som har ansvaret för att följa upp underleverantören. Det kan emellertid finnas goda anledningar för regionen att, tillsammans med huvudleverantören, systematiskt följa upp underleverantören i syfte att säkerställa att verksamheten lever upp till de kvalitetskrav som ställs i regelböcker och upphandlingsunderlag. Regionerna bör sträva efter att över tid skapa goda relationer till de vårdgivare som utför vårdtjänster med offentlig finansiering i syfte att verka för att god kvalitet upprätthålls.

Att dokumentation om patienten kan delas mellan patientens vårdgivare är, ur ett patientsäkerhetsperspektiv, centralt. I promemorian beskrivs bland annat hur vårdgivare i vissa fall uppmanar patienter att själva fotografera och dela delar av sin journal med vårdgivaren, då denne saknar tillgång till patientjournalen och till NPÖ. När en vårdgivare har dokumenterat vidtagna åtgärder i exempelvis NPÖ är det osäkert om patientens ordinarie vårdgivare öppnar NPÖ och tar del av informationen. Det är därför viktigt att det finns rutiner för när vårdgivaren bör ta del av journalinformation i NPÖ så att patienten kan omhändertas på ett patientsäkert sätt.

Som framgår av avsnitt 4.4.1 pågår arbete såväl inom EU/EES som inom Sverige för att säkerställa obligatorisk informationsdelning av hälsodata, bland annat obligatoriska patientöversikter samt en kommande förordning om det europeiska hälsodataområdet (EHDS). Dessa processer kommer att vara viktiga för delning av hälsouppgifter inom såväl EU/EES som Sverige och kommer, såvitt utredningen har förstått, att omfatta samtliga vårdgivare oavsett driftsform. Det pågår även arbeten regionalt och nationellt för att etablera nationella gemensamma e-hälsospecifikationer (NGS), vilket är en förutsättning för att dokumentation som sker i olika journalsystem ska vara tillgänglig för alla vårdgivare. Regionerna bör ställa krav på att alla vårdgivare, även underleverantörer, deltar i arbetet och ansluter sig till överenskomna regionala specifikationer – i avvaktan på NGS.

Regionerna bör verka för att digitala underleverantörer fullt ut ska kunna använda NPÖ

En underleverantör ersätts – liksom huvudleverantören – med offentliga medel. Även om ersättningen sker styckevis per besök och inte genom kapiteringsersättning samt att vårdgivaren inte har en egen avtalsrelation med regionen är det svårt att ifrågasätta att vårdgivaren bedriver en offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet. Som framgår av avsnitt 4.4 får endast offentligt finansierad hälso- och sjukvård ansluta sig till NPÖ, vilket enligt Ineras definition i dagsläget inte gäller underleverantörer.

I de fall regionen inte kräver att leverantörer och underleverantörer använder sig av regionens journalsystem är möjligheten för vårdgivare att kunna ansluta sig till NPÖ och dela patientinformation med patientens andra vårdgivare viktig, bland annat ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Då de digitala vårdgivarna verkar nationellt så blir det desto mer angeläget att digitala underleverantörer både kan producera och konsumera i NPÖ då olika journalsystem tillämpas i regionerna.

Regionerna bör därför kräva att alla vårdgivare som direkt eller indirekt är skyldiga att bedriva sin verksamhet i enlighet med regelböckerna ska ansluta sig och både konsumera och producera i NPÖ. Inera är ett aktiebolag som är helägt av regioner och kommuner, både via direktägande och via SKR. Regionerna bör därför ha stora möjligheter att ställa krav även på Inera så att alla vårdgivare som bedriver offentligt finansierad hälso- och sjukvård kan få åtkomst till NPÖ fullt ut.

Regionerna bör säkerställa att det finns riktlinjer för läkemedelsförskrivning och receptförnyelse vid distanskontakt

Samtliga digitala vårdgivare som är verksamma inom primärvården erbjuder receptförnyelse, en tjänst som används i stor omfattning. Även inom regionerna görs förskrivningar vid distanskontakt. I avsnitt 4.2 framgår att det inom region Stockholm förskrevs 76 000 recept på antibiotika vid distanskontakt under 2021.

Ett par digitala vårdgivare har uppgett för utredningen att de har särskilda riktlinjer gällande receptförnyelse. Riktlinjerna innefattar bland annat att vårdgivaren ska kontrollera läkemedelsförteckningen

via förskrivningskollen i syfte att säkerställa att patienten fått det aktuella läkemedlet förskrivet sedan tidigare samt att patienten ges information om fortsatt kontroll och förskrivning på den vårdcentral som patienten är listad på, se avsnitt 5.1.

Flera digitala vårdgivare uppger att de inte förskriver licenspreparat, narkotikaklassade eller beroendeframkallande läkemedel och som framgår i avsnitt 6.2 så följer de digitala vårdgivarna upp läkemedelsförskrivningen kontinuerligt. Trots att de digitala vårdgivarna uppger att de förskriver inom rådande ramar är det angeläget att belysa vikten av att det finns framtagna riktlinjer vid läkemedelsförskrivning och receptförnyelse vid distanskontakt, inte minst då även nya digitala vårdgivare tillkommer kontinuerligt.

Regionerna bör därför säkerställa att riktlinjer för läkemedelshantering och receptförnyelse vid distanskontakt finns så att den förskrivning som görs sker på ett patientsäkert sätt.

Regionerna bör informera om och marknadsföra sitt digitala utbud bredare

Det är viktigt att regionerna informerar om det digitala vårdutbud som regionerna själva erbjuder i egen regi. Det finns, enligt vad utredningen har erfarit, vissa tjänster som regionens invånare inte känner till i tillräckligt hög grad. Några regioner menar att de haft svårt att få upp volymer gällande användning av deras digitala tjänster vilket kan kopplas till låg kännedom om dessa tjänster. Förutom att det innebär att tjänsterna inte fullt ut kan nyttjas av dem som faktiskt har behov av att få tillgång till tjänsterna är det ett slöseri av de resurser som har använts för att utveckla tjänsterna. Om det bristfälliga tillgängliggörandet av regionernas egna erbjudande dessutom riskerar att leda till att tjänsterna eller erbjudandet tas bort på grund av dåligt utnyttjande blir resursslöseriet ännu större.

De regioner som utredningen har träffat har alla egna, ofta ambitiösa, utvecklingsarbeten av digitala portaler eller jourtjänster. För patienter med exempelvis kroniska sjukdomar skulle det ofta vara en fördel att kunna nyttja digitala tjänster för enklare åkommor eller uppföljningar i den egna regionen i stället för hos en vårdgivare som i stort saknar kunskap om hemregionens övriga hälso- och sjukvårdsutbud och -system. Som anges ovan i avsnitt 9.4 uppger Västra Götalandsregionen att de kunnat minska kostnaderna för

digital utomlänsvård med 30–40 procent i och med etableringen av den egna tjänsten Närhälsan online som regionen tillhandahåller sedan 2018.

Om de digitala vårdgivarna ska normaliseras och samordnas med regionernas primärvård menar utredningen att de privata vårdgivarna inte kan vara ensamma om att erbjuda digitala tjänster. Regionerna har dessutom större möjligheter att erbjuda en kombination av digitala och fysiska tjänster – ett digifysiskt vårderbjudande. I och med förslaget om att regionerna ska säkerställa att patienter inom den öppna vården alltid kan erbjudas distanstjänster, när fysisk vård inte är nödvändig, kommer dock erbjudandet att breddas. I det sammanhanget blir tydlig information/marknadsföring gentemot invånarna viktig.

10.9 Ingen ny reglering av kvalitetsparametrar eller uppföljning

Bedömningar: Några särskilda krav behöver inte ställas på nationellt verksamma digitala vårdgivare.

Det finns inte heller skäl för andra bedömningsgrunder vid receptförnyelse i de fall förskrivaren finns hos en digital vårdgivare.

Några särskilda åtgärder för utvecklad tillsyn eller uppföljning behöver inte vidtas.

Skälen för bedömningarna

Särskilda krav

Samtliga kvalitetskrav som gäller för hälso- och sjukvården gäller också för nationellt verksamma digitala vårdgivare – oavsett om dessa i framtiden kommer att vara fortsatt nationellt verksamma som nu (jfr. kapitel 4). Utredningen har inte funnit att vårdgivarna skulle brista inom något särskilt område – eller mer än andra vårdgivare. Utredningen har tagit del av patientsäkerhetsberättelser för 2021 från ett urval av nationellt verksamma digitala vårdgivare. Patientsäkerhetsberättelserna visar på utvecklade rutiner för att granska de

egna verksamheterna genom bland annat regelbundna journalgranskningar, peer reviews och uppföljning av förskrivning.

Det är uppenbart att dagens system inte främjar en säker och ändamålsenlig informationsdelning i hälso- och sjukvården. Utmaningarna är flera – framför allt när det gäller patientens övergångar mellan verksamheter i offentlig och privat regi, eller mellan huvudmän. Såsom framgår av kapitel 4 pågår det och planeras arbeten för att få till stånd en nationell digital infrastruktur för vården. Det är angeläget att privata vårdgivare som agerar underleverantörer till regionens avtalspart också träffas av krav på till exempel standarder och gemensamma nationella specifikationer.

I avsnitt 9.8 rekommenderas regionerna att i regelböcker och avtal ange tydligare villkor som ska gälla när vårdvalsleverantörer anlitar underleverantörer – villkor som ska syfta till att öka kvaliteten och säkerheten för patienten. Det gäller dokumentation, förekomst av rutiner och riktlinjer, kvalitetsarbete och uppföljning.

Mot denna bakgrund görs bedömningen att det inte bör införas någon ny författningsreglering som innebär att särskilda krav ska ställas på vissa utpekade vårdgivare.

Receptförnyelse

Hur vårdgivare förnyar eller förlänger recept får enligt utredningens uppfattning anses vara en kvalitetsfråga bland andra. Så som framgår av avsnitt 4.2 ska varje ordination – även vid ändring eller förlängning av en pågående läkemedelsbehandling – bland annat föregås av en medicinsk bedömning med utgångspunkt i patientens behov. Om så verkligen sker i varje enskilt fall kan utredningen inte svara på men regelverket är tydligt. Ytterligare författningsreglering kan riskera att tynga lagstiftningen i onödan. I avsnitt 9.8 rekommenderar utredningen regionerna att ställa upp tydligare krav kopplat till underleverantörer, liksom en utvecklad kvalitetsuppföljning av verksamheten.

Enligt 6 kap. 2 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37) ska varje ordination föregås av en lämplighetsprövning med utgångspunkt i patientens behov. Detta innebär att den som ordinerar särskilt ska göra en lämplighetsbedömning där

hänsyn bland annat tas till patientens hälsotillstånd och pågående behandling och utredning. Vid bedömningen ska även läkemedlets kontraindikationer och andra viktiga faktorer för läkemedelsbehandlingen beaktas. Det som anges ovan ska gälla såväl vid insättning eller utsättning av ett läkemedel, som vid ändring eller förlängning av en pågående läkemedelsbehandling (se vidare avsnitt 4.2).

I avsnitt 9.6 föreslås att patienten ska betala hemregionens patientavgift vid digital utomlänsvård. Det innebär att det för majoriteten av patienterna inte längre kommer att vara avgiftsfritt att få en receptförnyelse hos en digital nationellt verksam vårdgivare. Detta kan sannolikt verka bromsande på såväl konsumtion som efterfrågan av just den besöksorsaken. Patienten kan i stället via 1177.se kostnadsfritt kontakta sin ordinarie vårdgivare för receptförnyelse.

Senast den 1 december 2025 ska alla som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvård – och som innefattar ordination och förskrivning av läkemedel eller andra varor vara anslutna till registret nationell läkemedelslista. Med detta avses att aktörerna ska ha ett elektroniskt system som gör det möjligt att få direktåtkomst till uppgifter i NLL och vid en elektronisk förskrivning lämna vissa uppgifter till registret. Syftet med införandet är den ökade patientsäkerhet som uppnås när hälso- och sjukvården, öppenvårdsapoteken och en patient har aktuell och samma information om patientens samtliga förskrivna och uthämtade läkemedel (se mer om NLL i avsnitt 5.2).

Ovanstående bedöms vara tillräckligt för att tydliggöra betydelsen av noggrann och patientsäker ordination och förskrivning av läkemedel. Några nya bedömningsgrunder för receptförnyelse bör därför enligt utredningens mening inte införas.

Tillsyn och uppföljning

Regionerna rekommenderas i avsnitt 9.8 att utveckla sina krav på vårdvalsaktörer vad gäller bland annat anlitade underleverantörer. Det inbegriper frågor om vårdgivarens dokumentationsrutiner, uppföljning och riktlinjer.

Det finns i dagsläget ingen samlad information eller signaler till IVO som tyder på att större risker eller brister skulle föreligga hos de digitala vårdgivarna (se även avsnitt 6.3). De tillsynsärenden som inkommit till IVO gällande digital vård påvisar inte heller några särskilda risker i verksamheten som skulle motivera beslut om utvecklad tillsyn av dessa vårdgivare. Några särskilda åtgärder för utvecklad tillsyn eller uppföljning bedöms därmed inte behöva vidtas.

10.10 Remittering eller hänvisning av patienter

Bedömning: Några särskilda åtgärder för ett mer effektivt och behovsbaserat resursutnyttjande vid remittering eller hänvisning behöver inte vidtas.

Rekommendationer: Regionerna bör säkerställa att bakgrunden till att en patient hänvisas till annan vårdgivare dokumenteras i journal.

Regionerna bör säkerställa att digitala vårdgivare har avtal eller samarbeten för att kunna remittera patienter vidare vid behov och vidta andra åtgärder för att patienter ska kunna ges en ändamålsenlig vård.

Skälen för bedömningen

Samtliga vårdgivare ska säkerställa att det finns rutiner för hur remisser ska utformas och hanteras. Som regel gör regionerna ingen skillnad på riktlinjer vid remissförfarande om remiss utfärdas vid ett digitalt eller fysiskt möte. Det är förutsättningarna och formen för mötet som är avgörande för om en remiss kan utfärdas eller inte, exempelvis om remiss måste föregås av en fysisk undersökning.

Region Sörmland ställer i sin regelbok för vårdval primärvård krav på att digitala vårdgivare har rutiner för remiss vid behov av provtagning och annan medicinsk service. Då flertalet nationellt verksamma digitala vårdgivare i dagsläget utgår från Region Sörmland genom underleverantörsavtal så behöver de förhålla sig till regionens regelbok om rutiner för remisser, som redan är ett krav för samtliga vårdgivare i enlighet med SOSFS 2004:11, se avsnitt 7.1.

Utifrån de dialoger som utredningen hållit med digitala privata vårdgivare så framgår att antalet remisser som de utfärdar är förhållandevis få. De flesta vårdgivare ger inte heller uttryck för några större utmaningar kopplat till remissförfarande, såsom att vårdgivare nekar remiss utfärdat vid ett digitalt besök av principskäl. Utredningen har tagit del av exempel där remisser utfärdade vid ett digitalt möte återsänds till remittenten, dessa uppfattas dock som få till antalet och ingen vårdgivare lyfter några behov av åtgärder kopplat till detta.

En uppfattning är att det var vanligare för några år sedan att vårdgivare inte tog emot remisser utfärdade vid digitala vårdbesök men att det har ändrats i takt med att digitala vårdbesök blivit allt vanligare och en mer integrerad del av hälso- och sjukvården.

I de fall remiss som utfärdas av en digital vårdgivare inte tas emot av en vårdgivare och provtagningsenhet i en region så kan det bero på att regionen har särskilda riktlinjer kring detta, såsom att remisser som innehåller bilder endast mottas om de skickas i det journalsystem som regionen tillämpar. Det blir således något som den digitala vårdgivaren behöver förhålla sig till.

De digitala vårdgivarna hänvisar patienter vidare i något större omfattning än vad de remitterar vidare, i vissa fall är det svårt att uppskatta antalet hänvisningar som görs. De hänvisningar som görs är främst till akutmottagningar eller den vårdcentral patienten är listad på i de fall en fysisk undersökning behöver göras.

Det finns en tradition av hänvisningar då remisser ibland kan uppfattas som administrativt tunga. När en remiss skickas för vidare omhändertagande så får vårdgivaren oftast en bekräftelse på att patienten blivit omhändertagen. När en hänvisning görs så ges inte vårdgivaren en bekräftelse på omhändertagande av patienten. Det är därför viktigt att patienten ges tydliga instruktioner för när och var patienten ska söka vård då ansvaret läggs över på patienten.

Kritik som framförts kopplat till hänvisning av patient handlar om att en del vårdgivare anser att de digitala vårdgivarna inte tar ett helhetsansvar för patienten utan hänvisar denne vidare till exempelvis den vårdcentral som patienten är listad på när de inte kan utföra behandling/vidare handläggning. Detta kan dock uppfattas som att det mer knyter an till hur patienterna triageras och regionernas möjlighet att bestämma över triaget, se avsnitt 9.2. Patienten kan redan i triaget hänvisas till annan vårdnivå om

patienten söker för sådant som den digitala vårdgivaren inte kan handlägga eller så kan patienten hänvisas vidare under själva besöket om behov av fysisk undersökning föreligger.

Några särskilda åtgärder för ett mer effektivt och behovsbaserat resursutnyttjande vid remittering eller hänvisning behöver således inte vidtas.

Skälen för rekommendationerna

Regionerna bör säkerställa att bakgrunden till att en patient hänvisas till annan vårdgivare dokumenteras i journal

De privata digitala vårdgivarna kan hänvisa upp till 20 procent av patienterna vidare, detta innefattar även de hänvisningar som görs redan vid triage, dvs patienter som aldrig handläggs vidare av exempelvis läkare vid ett videomöte, chatt eller svarsformulär.

I de fall en patient hänvisas vidare så är det patienten som bär med sig information till mottagande vårdgivare om varför patienten hänvisats. Det kan även finnas tillfällen då patienten inte själv kan redogöra för bakgrunden till hänvisningen.

I dialog med några regioner har framkommit att patienter ibland hänvisas till sin listade vårdcentral efter möte med en digital vårdgivare men att mottagande vårdgivare ofta saknar information om varför patienten hänvisats. Det kan antas att om det finns bakgrundsinformation tillgänglig för mottagande vårdgivare så kan patienten omhändertas på ett mer effektivt och patientsäkert sätt. Det kan även vara en trygghet för patienten om det finns dokumenterat i journal om vad som överenskommits med vårdgivaren gällande hänvisningen. Det förutsätter att journalanteckningen är tillgänglig för patienten via e-tjänsten Journalen (1177.se).

Exempelvis Region Stockholm har som krav att varje hänvisning ska dokumenteras i journal där det framgår för den som tar emot varför en patient hänvisas.

Då de digitala vårdgivarna verkar nationellt så hänvisar de patienter till vårdgivare i olika delar av landet. Riktlinjer för var patienten ska söka sig vid olika åkommor kan skilja sig mellan regionerna. Om det framgår i journalen varför patienten hänvisas så kan det möjliggöra att patienten enklare tas om hand på rätt vårdnivå samt inom rätt del av systemet.

Regionerna bör därför säkerställa att bakgrunden till att en patient hänvisas till annan vårdgivare dokumenteras i journal för att patienterna ska kunna omhändertas på ett så effektivt och patientsäkert sätt som möjligt.

Då de digitala vårdgivarna oftast använder andra journalsystem än de som används i regioner, så är det viktigt att den information som dokumenteras i journalen även tillgängliggörs i NPÖ, se även avsnitt 9.8. Detta ställer också krav på att det finns rutiner hos mottagande vårdgivare så att de, när det finns behov, söker i NPÖ för att ta del av information om varför patienten hänvisats.

Regionerna bör säkerställa att digital vårdgivare har avtal eller samarbeten för remiss och hänvisning

Flera digitala vårdgivare som är nationellt verksamma har etablerade samarbeten eller avtal med vårdgivare och provtagningsenheter för att säkerställa att de kan remittera patienten vid behov. I de fall samarbeten och avtal inte finns så finns en risk att remiss inte mottas, något som utredningen har erfarit. Att remisser inte mottas kan då innebära att patienten behöver vända sig till en annan enhet eller uppsöka fysisk vård, exempelvis den vårdcentral som patienten är listad på, för att få en ny remiss för vidare handläggning.

Utredningen har även erfarit att det finns digitala vårdgivare som är nationellt verksamma som sällan eller aldrig utfärdar remisser. I de fall patienten är i behov av remiss för exempelvis provtagning så hänvisas patienten till fysisk vård. Utredningen menar att detta inte är effektivt, i de fall en remiss kan skickas för vidare handläggning utan att det behöver föregås av en fysisk undersökning så ska det vara möjligt.

Socialstyrelsen har tagit fram fyra övergripande principer för lämplig vård och behandling vid digitala vårdtjänster, se avsnitt 3.3. En av principerna handlar om att nödvändig uppföljning och koordinering med andra aktörer behöver vara möjlig för att vård och behandling ska lämpa sig vid digitala vårdtjänster. Denna princip infattar att den personal som handlägger en patient genom en digital vårdtjänst själv ska kunna genomföra, eller försäkra sig om att någon annan gör, den uppföljning eller koordinering som krävs för patienten i fråga. Det kan till exempel innebära att kunna följa upp en remiss, ta emot svar från en remiss eller följa upp en patient som

fått ett läkemedel utskrivet (Socialstyrelsen, 2018, Digitala vårdtjänster – övergripande principer för vård och behandling). I de fall en digital vårdgivare inte kan utföra en viss undersökning eller provtagning så ska vårdgivaren säkerställa att någon annan kan det, exempelvis genom att skicka remiss för vidare handläggning.

Regionerna bör därför säkerställa att digitala vårdgivare har avtal och samarbeten med andra vårdgivare och provtagningsenheter för att säkerställa att patienter kan handläggas vidare vid behov och vidta andra åtgärder för att patienter ska kunna ges en ändamålsenlig vård. Det innebär också att alla regioner bör möjliggöra för digitala vårdgivare som verkar nationellt att, när behov finns, remittera patienter till den ordinarie hälso- och sjukvården i regionen. I kapitel 7 beskrivs att vissa regioner av administrativa skäl, eller ibland av principskäl, inte accepterar remisser från nationellt verksamma digitala vårdgivare. Regionerna bör verka för att sådana hinder undanröjs, så att alla patienter kan ges så sammanhållen, ändamålsenlig och effektiv vård som möjligt.

Ur ett jämlikhetsperspektiv och för en effektiv resursanvändning så bör de digitala vårdgivarna säkerställa att sådana avtal och samarbeten finns över hela landet. Patienter som söker vård hos en digital vårdgivare som verkar nationellt bör ges samma möjlighet till vidare handläggning, oavsett vilken region patienten bor i. Geografiska skillnader föreligger över landet men i möjligaste mån bör vårdgivaren säkerställa att patienten exempelvis kan uppsöka den provtagningsenhet som ligger i patientens närområde. Vårdgivaren bör även följa upp samarbeten och avtal över tid för att säkerställa att dessa är uppdaterade samt se över om nya samarbeten och avtal behöver inledas eller upprättas.

10.11 Hur förslagen förhåller sig till EU-rätten och till Europakonventionen

Bedömning: Förslagen påverkar inte EU-rätten eller Europakonventionen.

Skälen för bedömningen

Utredaren ska beakta hur förslagen förhåller sig till EU-rätten – bland annat EU-fördragens bestämmelser om fri rörlighet och relevant sekundärrätt – och Europakonventionen.

Utredningens förslag kan indirekt innebära vissa förändringar i möjligheten för privata företag att själva utveckla och erbjuda offentligt finansierade hälso- och sjukvårdstjänster. Regionerna, som ansvarar för och finansierar vården med offentliga medel, föreslås få större inflytande på hur dessa tjänster utformas.

Förändringarna är dock inte av en sådan omfattning att de kan sägas beröra exempelvis unionsrättens bestämmelser om fri rörlighet för tjänster på den inre marknaden. Förslagen bedöms inte heller medföra någon påverkan på grundläggande fri- och rättigheter, såsom äganderätt och näringsfrihet.

10.12 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelse

Förslag: Lagförslagen ska träda i kraft den 1 oktober 2025.

Bestämmelserna i 8 kap. 1 § andra stycket och 3 § tredje stycket ska inte tillämpas på avtal som har ingåtts före ikraftträdandet. Bestämmelserna ska dock tillämpas om ett sådant avtal förlängs efter ikraftträdandet.

Skälen för förslagen

Ikraftträdande

I avsnitt 9.4 i promemorian redogörs för några av de åtgärder som bedöms vara lämpliga att vidta för att i god ordning förbereda för

ikraftträdandet av förslagen. Det handlar bland annat om ett uppdrag till Socialstyrelsen om att utveckla stöd för implementering av digitala verktyg för att möta patienter genom distanskontakt. Utredningen anser att regioner och vårdgivare bör få drygt 12 månader på sig att förbereda för förändringarna, från det att regeringen har överlämnat en proposition till riksdagen.

Utredningen bedömer att regeringen tidigast under våren 2024 kan överlämna en proposition till riksdagen med förslag till ändring av hälso- och sjukvårdslagen och föreslår därför att lagförslagen träder i kraft den 1 oktober 2025.

Övergångsbestämmelse

När det gäller den hälso- och sjukvård som regionerna bedriver i egen regi behövs ingen övergångsbestämmelse för ikraftträdandet.

När det gäller den vård som ges enligt avtal med privata vårdgivare behöver däremot tas hänsyn till att lagförslagen ställer nya krav på innehållet i de avtal som reglerar vårdgivarnas uppdrag och skyldigheter samt ersättningen härför. Avtal som upphandlats enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, förkortad LOU, kan ha långa löptider och sakna bestämmelser om exempelvis att vårdgivaren behöver kunna erbjuda hälso- och sjukvård genom distanskontakt när det inte är nödvändigt med fysisk kontakt eller krav på att vårdgivaren ska följa regionens beslut om behovs- och lämplighetsbedömning vid tillgång till hälso- och sjukvård som ges genom distanskontakt.

De kan därför behöva löpa ut utan att behöva omförhandlas med anledning av de föreslagna lagändringarna. Motsvarande gäller för avtal tecknade enligt lagen om valfrihetssystem (2008:962), förkortad LOV, även om förändringar av villkoren i regionernas regelböcker sker årligen eller oftare med stöd av ändringsbestämmelser i avtalen. Vårdgivare kan dock vanligen motsätta sig ändring och kan då ha rätt att fortsätta med de tidigare villkoren i upp till 12 månader innan avtalet upphör.

I det fall ett avtal tecknas eller förlängs efter ikraftträdandet ska det framgå av avtalet att patienten ska erbjudas distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt. Regionerna ges då även möjlighet att reglera i avtalen att

vårdgivaren ska följa regionens beslut om behovs- och lämplighetsprövning vid tillgång till hälso- och sjukvård som ges genom distanskontakt.

Den föreslagna bestämmelsen om att hemregionens patientavgift ska tillämpas vid utomlänsvård som sker genom distanskontakt behöver inte omfattas av övergångsbestämmelsen. Förändringar av regionernas patientavgifter sker ofta och utredningen förutsätter att regionerna redan har tagit höjd för att kunna göra sådana ändringar ensidigt under avtals löptid.

11 Konsekvenser av förslagen

Enligt uppdraget ska utredaren beakta hur författningsförslagen förhåller sig till de grundläggande målen för svensk hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Om författningsförslagen påverkar den kommunala självstyrelsen ska dessa konsekvenser särskilt redovisas. Även de särskilda överväganden som följer av 14 kap. 3 § regeringsformen och som lett fram till förslagen ska redovisas. (En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den).

Utredaren ska även redogöra för förslagens administrativa, ekonomiska, sociala och övriga konsekvenser för berörda aktörer och individer samt förslagens konsekvenser för det jämställdhetspolitiska delmålet om jämställd hälsa, vilket inbegriper att beakta socioekonomiska faktorer. Utredaren ska analysera de samhällsekonomiska effekterna av olika alternativ och beakta detta i de förslag som läggs.

Enligt uppdraget ska utredaren även beakta hur författningsförslagen förhåller sig till EU-rätten (bland annat EU-fördragens bestämmelser om fri rörlighet och relevant sekundärrätt) och Europakonventionen. I avsnitt 9.11 gör utredningen bedömningen att förslagen inte påverkar vare sig EU-rätten eller Europakonventionen.

11.1 Aktörer som berörs av förslagen

Förslagen påverkar såväl regionerna – i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvård – som privata företag och patienter.

Privata företag

Förslagen påverkar privata företag inom öppen vård, oavsett om dessa verkar inom den traditionella primärvården eller öppna vården eller om de är nationellt verksamma digitala vårdgivare.

Enligt uppgifter från Statistiska centralbyrån (SCB) finns det drygt 27 000 företag inom svensk öppen vård. Drygt 99 procent av företagen räknas som små företag – dvs. de har färre än 50 anställda.

Nedanstående redogörelser för hur företagen påverkas av respektive förslag får därmed anses utgöra redogörelse för hur just små företag påverkas av förslagen. Några ytterligare överväganden om små företags förhållanden ges inte i promemorian.

11.2 Förslaget om att införa en definition av begreppet distanskontakt i hälso- och sjukvårdslagen

Förslaget bedöms inte medföra några konsekvenser.

11.3 Förslaget om att regionerna ska erbjuda distanskontakter

Konsekvenser för regionerna

I avsnitt 9.4 görs bedömningen att förslaget om att regionerna ska erbjuda distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt, inte innebär någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Därmed kommer den kommunala finansieringsprincipen inte att aktualiseras.

Det framgår också att förslaget inte innebär att regioner och vårdgivare kommer att vara skyldiga att tillämpa viss kostsam teknik för nödvändiga distanskontakter, utan att det överlämnas åt dem att närmare bestämma vilken teknik som ska användas. I avsnitt 9.7 rekommenderas regionerna att se till att ersättningen till utförare i högre utsträckning än i dag är teknikneutral, vilket också skulle ge vårdgivarna större utrymme att använda de kontaktvägar som står till buds – med hänsyn tagen till den tekniska och medicinska utvecklingen samt till utvecklingen i samhället i stort.

Icke desto mindre finns det utmaningar i att få alla verksamheter och deras medarbetare att gå i takt med utvecklingen. I promemorian görs bedömningen att digitala arbetssätt bör ingå som obligatoriska moment i examensbeskrivningarna till relevanta medicinska grundutbildningar. Vidare bör regeringen ge Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta stöd för implementering av digitala verktyg – med fokus på bland annat informationssäkerhet och bemötande för alla vårdprofessioner. I promemorian görs också bedömningen att vissa stimulansmedel till regionerna bör öronmärkas för att utveckla arbetet med distanstjänster, inklusive behovs- och lämplighetsbedömningar (se avsnitt 9.4 och 10.6).

Enligt vad som framgår av avsnitt 9.4 finns det forskningsresultat som visar att vård på distans kan vara kostnadseffektiv – och i vissa fall mer kostnadseffektiv än fysiska vårdtjänster. Av samma avsnitt framgår också att förslaget skulle kunna medföra positiva konsekvenser för regionerna i form av minskade kostnader för utomlänsvård samt ökade rekryteringsmöjligheter och bättre arbetsmiljö.

Ett grundläggande syfte med förslaget är att utjämna de delvis omotiverade konkurrensfördelar som den digitala utomlänsvården har haft och fortfarande har i förhållande till den traditionella primärvården. Utredningens bedömning är att den digitala utomlänsvården kommer att få minskad betydelse i takt med att den traditionella primärvården utvecklar sitt utbud av digitala tjänster och sin digitala kompetens. Det kommer på sikt kunna leda till att regionerna ges bättre förutsättningar att tillgodose en så stor del som möjligt av sina egna invånares vårdbehov, med förbättrade möjligheter till samordning, styrning och uppföljning.

Konsekvenser för företagen

Förslaget innebär att regionerna blir skyldiga att se till att regionen själv och alla vårdgivare som bedriver vård enligt avtal med regionen ska erbjuda patienterna distanskontakter. Förslaget innebär dock inte några nya krav på implementering av kostsamma digitala verktyg. Regionerna rekommenderas, som tidigare angivits, i avsnitt 9.7 se till att ersättningen till utförarna i högre utsträckning än i dag är teknikneutral. Detta har betydelse för vilken teknik eller form av distanskontakt som kommer att tillgängliggöras för patienterna, då

det får antas att företagen då kommer att välja den lämpligaste och mest kostnadseffektiva formen av distanskontakt och inte den som ger den fördelaktigaste ersättningen.

De allra flesta vårdgivare har i dag tillgång till verktyg för distanskontakt med patienterna, antingen tillhandahållna av regionerna eller anskaffade av vårdgivaren själv. Inte minst under Covid 19-pandemin har vårdgivarna tvingats använda sig av verktyg för distanskontakter i mycket stor utsträckning och kan antas ha upparbetat viss vana.

Förslaget i sig bedöms därmed inte medföra några beaktansvärda konsekvenser för företagen.

Konsekvenser för patienterna

Förslaget om att regionerna ska erbjuda distanskontakter bör endast medföra positiva effekter för patienterna. Som framgår i avsnitt 9.4 ska patienter som önskar få vård via distanstjänster inte tvingas anlita utomlänskontakter för att ta del av sådana tjänster utan ska kunna erbjudas tjänsterna inom den egna regionen med de fördelar som detta kan medföra i form av bland annat ökad kontinuitet och bättre informationsdelning. Förslaget kan således leda till ett bredare urval av distanskontakter och av digifysiska alternativ.

Förslaget innebär att patienterna ska erbjudas distanskontakt – det är viktigt att det blir tydligt för patienten att de kan välja att tacka nej till erbjudandet om han eller hon av olika anledningar saknar förutsättningar att få vården genom distanskontakt eller exempelvis känner större trygghet i samband med fysiska vårdbesök.

När patienten ges möjlighet till vård genom distanskontakt kan det även bidra till ökad möjlighet att använda tolktjänster när behov av sådana föreligger. Exempelvis kan tolktjänst underlättas genom att möjliggöra trepartssamtal, innebärande att patienter som talar språk för vilka det finns få tolkar, lättare kan få tillgång till centralt placerade tolkar.

11.4 Förslaget om att utomlänsvård genom distanskontakt ska föregås av en adekvat behovs- och lämplighetsbedömning

Konsekvenser för regionerna

I avsnitt 9.5 görs bedömningen att förslaget om att regionen ska besluta om grunderna för behovs- och lämplighetsbedömning vid tillgång till distanskontakter, som förutsättning för hemregionens betalningsansvar, innebär en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Samtidigt ska regioner och andra vårdgivare redan i dag göra sådana bedömningar i samband med att vård erbjuds. Det regleras i bestämmelser om att den som har det största behovet av vården ska ges företräde till den och att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Vidare framgår det av SKR:s rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården m.m. att besöken ska föregås av en ”sortering” för att utesluta symtom och diagnoser som bör tas omhand av den fysiska vården eller som inte kräver läkarvård. Det finns därmed anledning att förvänta sig att en betydande andel av de vårdgivare som erbjuder distanskontakter till utomlänspatienter redan i dag tillämpar rutiner och verktyg för att sortera och bedöma patienternas behov av vård.

Enligt förslaget ska patientens hemregion inte behöva ersätta kostnaderna för utomlänsvården om vården har skett genom en distanskontakt som inte föregåtts av en adekvat behovs- och lämplighetsbedömning enligt grunder som beslutas av den region som erbjuder vården. Regionerna behöver därför besluta om allmänna eller särskilda regelverk för tillgång till olika typer av distanskontakter, exempelvis avseende vilka patientkategorier och vilka vårdärenden som kan handläggas vid en sådan kontakt. Detta innefattar bland annat att regionerna behöver ställa uttryckliga krav på och granska de privata vårdgivarnas rutiner och digitala verktyg för sortering och behovsbedömning.

Regelverket om fritt val av utförare i öppen vård gäller all öppen vård. Även om de digitala vårdgivare som har som affärsidé att verka nationellt står för en majoritet av utomlänsbesöken och är etablerade i ett fåtal regioner, påverkar förslaget i princip alla regioner och vårdgivare som bedriver öppen vård.

I och med att förslaget bedöms innebära en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen kommer den kommunala finansieringsprincipen att aktualiseras. Förslaget kan medföra vissa kostnader för regionerna. Regionerna kan behöva utveckla och förvalta bland annat kunskap om medicinska indikatorer för hur behovs- och lämplighetsbedömningen ska gå till. Vissa administrativa kostnader kommer också att uppstå i och med bedömning och godkännande samt uppföljning av privata vårdgivares rutiner och regelverk.

Regionerna är huvudmän för hälso- och sjukvården och har därmed det övergripande ansvaret för verksamheten. Regionerna behåller sitt huvudmannaansvar när de sluter avtal med annan om att utföra de uppgifter som regionen ansvarar för enligt lag. Med bibehållet huvudmannaskap avses bland annat att regionerna ska se till att den anlitade privata utföraren uppfyller de bestämmelser som gäller för verksamheten (prop. 2013/14:118 s. 29).

Det får förutsättas att regionerna redan i dag avsätter resurser för uppföljning när regionen överlämnar åt andra utförare att fullgöra regionens uppgifter. Någon ekonomisk reglering görs inte då förslagen endast bedöms medföra marginella kostnader. Regionerna har sedan 2016 – genom överenskommelsen om professionsmiljarden, överenskommelsen om investering för förbättrade förutsättningar för vårdens medarbetare och överenskommelsen om god och nära vård – sammantaget tilldelats knappt 24 miljarder kronor för bland annat utveckling av digitala arbetssätt och breda insatser för utvecklingen till en nära vård.

Förslaget ställer inte krav på att behovs- och lämplighetsbedömningen ska vara utformad på något visst sätt eller bygga på avancerad teknik med exempelvis automatiserad symtombedömning och hänvisning. Utvecklingen av sådana verktyg kan ändå förväntas fortgå i takt med ökad kunskap och förståelse. Samtliga regioner är berörda och rekommenderas därför att samverka och samordna sig i detta arbete, se även avsnitt 9.5.

Förslaget bedöms medföra betydande fördelar för regionerna i och med att det förväntas leda till en effektivare resursanvändning, där vårdinsatser i större utsträckning kommer de patienter med störst vårdbehov till del. Patientens hemregion, som i slutändan ska stå för kostnaden, ges också större möjligheter att kontrollera att

rutiner för behovs- och lämplighetsbedömning tillämpas i samband med digital utomlänsvård.

Vidare förutsätts att regioner och privata vårdgivare redan i dag arbetar för att säkerställa att behovs- och solidaritetsprincipen samt principen om kostnadseffektivitet efterlevs. I avsnitt 9.4 bedömer utredningen bland annat att medel från överenskommelsen om god och nära vård kan nyttjas till att utveckla arbetet med distanstjänster, inklusive behovs- och lämplighetsbedömningar. Det bedöms även behövas mer forskning och kunskapssammanställningar på området – som kan användas som stöd för huvudmännen när de fattar sina beslut.

Konsekvenser för företagen

Förslaget innebär att regionerna ska besluta om ett regelverk för hur och när patienter ska ges tillgång till distanskontakter i öppen vård. Det kan leda till att privata företag som bedriver regionfinansierad hälso- och sjukvård både behöver göra anpassningar av tekniska plattformar och potentiellt göra vissa förändringar i sin verksamhetsinriktning utifrån regionernas prioriteringar. Som framgår ovan och i avsnitt 9.5 förutsätts regioner och andra vårdgivare redan i dag göra sådana bedömningar i samband med att vård erbjuds. Det framgår såväl av gällande lagstiftning som av SKR:s rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården m.m. samt regionernas regelböcker för vårdval i primärvården.

Förslaget bedöms få störst betydelse för sådana vårdgivare som erbjuder vård genom distanskontakt oavsett var patienten bor eller befinner sig. Företagen kommer att behöva tydliggöra och beskriva processen för hur bedömningarna går till. Eftersom det förutsätts att företagen redan i dag arbetar med dessa processer bör de inte ha några svårigheter att visa upp dem för regionen. Konsekvenserna för vårdgivare som huvudsakligen erbjuder distanskontakter i kombination med fysiska kontakter bedöms bli marginella.

Konsekvenser för patienterna

Tillgängligheten till vissa digitala vårdkontakter har under flera år varit mycket god, även för patienter med mindre vårdbehov. Möjligen kan detta delvis bero på att vårdgivarna inte har varit tillräckligt stringenta i de behovs- och lämplighetsbedömningar som de förutsätts ha rutiner för och använda, samt att systemet med ersättning per besök inte har gett vårdgivarna incitament att själva prioritera i tillräckligt hög grad.

Förslaget om att regionerna behöver reglera formerna för dessa bedömningar skulle potentiellt sett kunna leda till en något sämre tillgänglighet i de fall patienten inte bedöms ha behov av vården eller har behov som inte bedöms kunna tillgodoses fullt ut på ett kostnadseffektivt sätt genom distanskontakt. Samtidigt är det rimligen av värde även för patientkollektivet att de som har de största behoven av vård inte trycks undan av andra med små behov. Även den del av behovs- och lämplighetsbedömningen som kan innebära att en patient sorteras bort från distanskontakt på grund av patientens medicinska tillstånd – exempelvis för att det med viss grad av sannolikhet kräver fysisk undersökning eller att patienten behöver hänvisas direkt till akutmottagning – bör kunna accepteras. I annat fall hade patienten förmodligen behövt flera vårdkontakter i stället för en – en på distans och en på en fysisk mottagning.

11.5 Förslaget om att patienten ska betala hemregionens patientavgift

Konsekvenser för regionerna

I avsnitt 9.6 bedöms förslaget om att patienterna ska betala den patientavgift som hemregionen beslutar om inte innebära någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Förslaget bedöms tvärtom ge regionerna utökade möjligheter att – med avseende på den digitala utomlänsvården – använda patientavgiften som styrmedel på samma sätt som inom annan vård. Förslaget syftar bland annat till att undanröja oönskad styrning av patienter till utomlänsvård och därigenom ge regionerna bättre förutsättningar att kunna tillgodose sina invånares hela vårdbehov på ett mer sammanhållet sätt.

Att tillämpa olika patientavgift beroende på patientens folkbokföringsort kan föranleda viss ökad administration för regionerna och behov av anpassningar av patientadministrativa system. Så som angetts ovan i avsnitt 10.4 kan samtliga regioner från tid till annan komma att vara såväl vårdregion som hemregion med ansvar att ersätta vårdregionens kostnader för vården. De eventuella administrativa uppgifter som förslaget kan medföra för regionerna i samband med distanskontakter av utomlänspatienter kompenseras enligt utredningens bedömning genom de fördelar som det innebär att regionen får bestämma patientavgifterna för de egna invånarnas distanskontakter i andra regioner.

För att underlätta anpassningen för regioner och vårdgivare bör regionerna uppdra åt exempelvis SKR att hålla en uppdaterad sammanställning över regionernas beslutade patientavgifter (se avsnitt 9.6).

Konsekvenser för företagen

För privata vårdgivare som erbjuder digitala vårdtjänster till utomlänspatienter kan förslaget medföra viss ökad administration. Vårdgivaren behöver kontrollera var patienten är folkbokförd och ha tillgång till uppdaterade uppgifter om respektive regions patientavgifter. Uppgift om patienters folkbokföringsort är vanligtvis tillgänglig via regionens personuppgiftstjänst eller liknande och används bland annat för att fakturera rätt region kostnaderna för utomlänsvård. När det gäller uppgifter om respektive regions patientavgifter är dessa lätt tillgängliga för vårdgivarna via bland annat 1177.se och regionernas egna webbsidor. Vårdgivare som erbjuder digitala vårdkontakter till utomlänspatienter i stor utsträckning kan också förväntas automatisera debitering av rätt patientavgift i sin digitala ingång till vården. Så som anges i föregående avsnitt bör även SKR kunna ges i uppdrag av regionerna att hålla aktuella uppgifter om olika avgifter samlade och tillgängliga för regioner och vårdgivare. De kostnader för administration som skulle kunna uppstå hos privata vårdgivare med anledning av förslaget bör därmed vara begränsade.

En konsekvens av förslaget kan bestå i att privata digitala, nationellt verksamma, vårdgivare inte längre kommer kunna locka

patienter med de eventuellt förmånliga patientavgifter som vårdregionen beslutar om, vilket för vissa vårdgivare skulle kunna leda till ett minskat patientunderlag. För andra företag – som är verksamma inom den traditionella primärvården – kan i stället patientunderlaget komma att öka om patienterna i stället väljer att söka vård i sin hemregion.

Konsekvenser för patienterna

Så som framgår av kapitel 9 syftar förslagen i promemorian bland annat till att regelverket inte i onödan ska styra patienter till utomlänsvård. Patienterna ska inte behöva söka utomlänsvård annars än när de faktiskt, utifrån sina egna prioriteringar, väljer en utförare i en annan region. Patientens rätt att fritt välja utförare i öppen vård ska värnas. Det kan handla om att utföraren erbjuder vårdutbud och tjänster som saknas i den egna regionen eller om att patienten känner större förtroende för en viss utförare. Promemorians förslag utgår ifrån att nivån på patientavgiften inte ska vara utslagsgivande när patienter väljer en utförare i en annan region.

För patienter som bor i en region med hög patientavgift kan förslaget innebära vissa negativa konsekvenser då många nationellt verksamma digitala vårdgivare i dag är etablerade i regioner med låg patientavgift. För patienter som bor i regioner med låg patientavgift skulle incitamenten att välja vårdgivare i en annan region öka något med förslagen.

11.6 Konsekvenser för staten

De kostnader som utredningen bedömer att föreslagna insatser för att främja genomförandet av promemorians förslag medför, föreslås belasta medel på det under utgiftsområde 9 Hälsovård och sjukvård och social omsorg för budgetåret 2023 uppförda anslaget 1:6, som avsatts för utveckling mot en nära och tillgänglig vård samt för att ge vårdpersonalen goda förutsättningar att hantera sitt arbete. Förslagen bedöms bland annat stödja den pågående utvecklingen mot en nära och tillgänglig vård, med fokus på primärvården.

11.6.1 Bedömningen om att Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård bör tilldelas finansiering under två år

Så som framgår av avsnitt 9.5 finns det stora fördelar för regionerna att genom samverkan dra lärdomar av varandra och i möjligaste mån etablera gemensamma bedömningskriterier för tillgång till digitala vårdtjänster. För att vård också ska ges på samma villkor över hela landet vore det lämpligt om huvudmännen gemensamt tar sig an utformningen av behovs- och lämplighetsbedömningen. Ett samarbete som även inkluderar relevanta myndigheter är Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård. Arbetet som utförs inom ramen för partnerskapet bör kunna finansieras med cirka 5 miljoner kronor per år i två år.

11.6.2 Digitala förmågor bör ingå som obligatoriska moment i examensbeskrivningarna till relevanta medicinska grundutbildningar

Utredningen gör i avsnitt 9.4 bedömningen att förmågan att använda digitala verktyg för att möjliggöra vård genom distanskontakt bör ingå som obligatoriska moment i examensbeskrivningarna till relevanta medicinska grundutbildningar. Det skulle enligt utredningen bidra till att studenter som erhåller examen ges bättre förutsättningar att möta patienter digitalt i sin yrkesroll.

En förändring eller justering av examensbeskrivningar i relevanta medicinska grundutbildningar bedöms inte innebära några utökade kostnader. Förändringen bör kunna genomföras inom ramen för lärosätenas anslag.

I betänkandet Tryggare i vårdyrket – en översyn av vissa frågor inom utbildning till sjuksköterska och barnmorska (SOU 2022:35) föreslås att förmågan att använda digitala verktyg och arbetssätt samt teknisk utrustning i vård- och hälsoarbetet ska införas som ett eget färdighetsmål i sjuksköterskeexamen. I betänkandet görs bedömningen att smärre justeringar i utbildningsplanen för sjuksköterskeprogrammet och vissa kursplaner kan genomföras inom ramen för lärosätenas anslag.

11.6.3 Stöd för implementering av digitala verktyg bör tas fram

Utredningen gör i avsnitt 9.4 bedömningen att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att ta fram ett stöd för implementering av digitala verktyg för att möta patienter genom distanskontakt.

Utredningen uppskattar kostnaden för uppdraget till 2 miljoner kronor och att det bedöms ta ett år för genomförande.

11.6.4 Regeringen bör uppmuntra och stimulera forskning kring digitala tjänster inom hälso- och sjukvården

I avsnitt 9.4 görs bedömningen att 25 miljoner kronor per år bör avsättas för forskning kring digitala tjänster och distanskontakter i hälso- och sjukvården, under perioden för nästkommande forskningsproposition.

11.6.5 Sammanställning av forskning om när det lämpar sig respektive inte lämpar sig med hälso- och sjukvård via distanskontakt

I avsnitt 9.4 görs bedömningen att SBU bör få i uppdrag att sammanställa forskning för när det lämpar sig respektive inte lämpar sig med hälso- och sjukvård via distanskontakt. Kostnaden för uppdraget uppskattas till 4 miljoner kronor fördelat över två år.

11.6.6 Stimulansmedel för innovation och utveckling

Utredningen gör i avsnitt 9.4 bedömningen att 500 miljoner kronor bör öronmärkas inom ramen för överenskommelsen om god och nära vård för att utveckla arbetet med behovs- och lämplighetsbedömningar och distanstjänster. Medlen kan tas från utvecklingsområdena Nära vård och Vårdens medarbetare. Överenskommelsen innefattar redan i dag att regionerna ska utveckla och förbättra arbetssätt eller genomföra andra insatser som stärker den digitala och fysiska tillgängligheten i primärvården. Från dessa två utvecklingsområden fördelades 2023 totalt 4 388 miljoner kronor till regionerna.

11.7 Konsekvenser för det jämställdhetspolitiska delmålet om jämställd hälsa

Utredningens bedömning är att förslagen i promemorian stödjer det jämställdhetspolitiska delmålet om jämställd hälsa.

Det finns skillnader mellan kvinnor och mäns sjukvårdskonsumtion i Sverige. Kvinnor konsumerar 20 procent mer hälso- och sjukvård jämfört med män. Detta kan delvis förklaras av vård i samband med att kvinnor föder barn, vidare att kvinnor har en högre sjukvårdsanvändning vid psykisk ohälsa samt sjukdomar i muskler och leder. Män konsumerar mindre primärvård jämfört med kvinnor men mer specialiserad vård, speciellt i äldre åldersgrupper. Att män söker vård i mindre utsträckning kan vara belagt med maskulina normer som hindrar dem från att söka vård, om inte läget är akut (Osika Friberg 2018, Women's and men's health care utilisation from a cost perspective).

Förslaget om att regionerna ska erbjuda distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt kan bidra till att personer som i vanliga fall inte skulle uppsöka fysisk vård uppsöker vården i större utsträckning om möjligheten att göra det digitalt finns. Som nämns i avsnitt 8.6 så kan det exempelvis handla om personer med psykisk ohälsa eller beroendeproblematik som är mer villiga att söka digital vård. Möjligheten att söka vård digitalt kan bidra till att tröskeln att söka vård blir lägre, känslan av skam kanske inte infinner sig på samma sätt om patienten befinner sig i ett digitalt väntrum jämfört med att sitta i ett väntrum med andra patienter.

Digitala vårdtjänster kan skapa möjlighet att anpassa vården efter patientens behov och därmed bidra till ökad jämlikhet (Socialstyrelsen 2018, Digitala vårdtjänster, övergripande principer för vård och behandling).

Både vad gäller kvinnor och män kan möjligheten att söka vård digitalt bidra till att fler vågar söka vård för sina besvär som i förlängningen kan bidra till minskad sjuklighet.

I en undersökning gjord i Region Stockholm konstaterar författarna att nästan dubbelt så många kvinnor som män får någon form av vård för psykisk ohälsa. Författarna lyfter också att självmord – som kan ses som den allvarligaste konsekvensen av psykisk ohälsa – i motsats till vårdsökande, är vanligare bland män

än kvinnor. Det finns olika möjliga förklaringar till varför färre män än kvinnor söker vård. Bland annat kan det handla om att den vård som erbjuds inte passar män eller att män känner mer skam över sin psykiska ohälsa än vad kvinnor gör (Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin 2017, Väsentligt fler kvinnor än män vårdas för psykisk ohälsa i Stockholms läns landsting).

En digital vårdgivare som erbjuder videobesök med psykolog har uppgett för utredningen att 60 procent av deras patienter är kvinnor och 40 procent män. Siffrorna visar på att skillnaderna mellan män och kvinnor som söker vård vid psykisk ohälsa verkar jämnas ut lite om möjlighet att söka vård digitalt ges. Den digitala vården kan således möjliggöra att fler män vågar söka vård för sina besvär vid psykisk ohälsa.

Möjlighet till distanskontakt underlättar för patienten

Som framgår ovan konsumerar kvinnor vård i större utsträckning än män. Förslaget om att regionerna ska erbjuda distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt kan göra det möjligt för kvinnor och män att uppsöka vården hemifrån eller från arbetsplatsen och kan bidra till minskad frånvaro från arbetsplatsen och minskat inkomstbortfall vid exempelvis timanställning. I delbetänkandet Äldreomsorgen under pandemin (SOU 2020:80) framgår att omkring 25 procent av vårdbiträdena i Sverige är timanställda och betydligt fler kvinnor än män arbetar som vård- och omsorgspersonal, exempelvis vårdbiträden (Statistiska Centralbyrån [SCB] 2015, Vård- och omsorgsutbildade – i dag och i framtiden). Den förväntade positiva effekten av minskad frånvaro från arbete då distanskontakt är möjligt bör därför särskilt gynna kvinnor med anställning inom exempelvis vård- och omsorg.

I samband med graviditet och en återkommande kontakt med barnmorskemottagningen så kan möjligheten till digitala vårdmöten, när det är möjligt, underlätta för kvinnor genom minskade resor till vårdmottagningen. Vidare kan möjligheten till distanskontakt bidra till att uppföljningsbesök kan utföras i större utsträckning digitalt, i de fall patienten exempelvis har en smärtproblematik som gör denne mindre mobil eller om patienten tillhör en riskgrupp som inte bör utsättas för smitta så kan det vara att föredra. I de fall en patient har

många vårdkontakter kontinuerligt kan det underlätta om en del av dem kan genomföras genom distanskontakt, vilket kan bidra till att patienten exempelvis fullföljer ett behandlingsprogram eller inte uteblir från besök, vilket i sin tur kan bidra till en mer jämställd hälsa.

Möjlighet till distanskontakt kan även möjliggöra för föräldrar att slippa åka till en mottagning när de söker vård för ett barn i de fall en fysisk undersökning inte är nödvändig ur ett medicinskt perspektiv. Det kan även underlätta för föräldrar att inte behöva ta med eventuella syskon till exempelvis ett läkarbesök ifall distanskontakt är möjligt (Gabrielsson-Järhult et al 2019, Digitala vårdmöten med läkare. Rapport av kvantitativ och kvalitativ studie).

Ett hållbarare arbetsliv och långsiktig kompetensförsörjning

Under 2020 sysselsatte hälso- och sjukvården omkring 239 000 legitimerade inom hälso- och sjukvården samt tandvården, 79 procent av samtliga legitimerade utgjordes av kvinnor. De två största yrkeskategorierna sett till antal sysselsatta var sjuksköterskor följt av läkare (Socialstyrelsen 2023, Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2023). Enligt en rapport från vårdföretagarna så arbetade 32 procent av vårdpersonalen deltid inom hälso- och sjukvården i offentlig sektor. Motsvarade andel för hälso- och sjukvårdspersonal i privat sektor var 39 procent under 2021 (baserat på medarbetare i Vårdföretagarnas medlemsföretag) (Vårdföretagarna 2021, Fakta och statistik om den privat drivna vård- och omsorgsbranschen).

Arbete inom hälso- och sjukvården kan vara tungt (både fysiskt och psykiskt) och stressigt och en bidragande faktor till att många arbetar deltid, vilket främst berör kvinnor. I och med förslaget om att regionerna ska erbjuda distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt så kan det möjliggöra arbete på distans för hälso- och sjukvårdspersonal. Det kan i sin tur bidra till mindre stress och en bättre arbetsmiljö om en del av arbetsuppgifterna kan skötas på distans samt möjliggöra att fler kan gå upp i arbetstid. Möjligheten till distansarbete kan göra det enklare att kombinera arbete med familjeliv och bidra till ett mer hållbart arbetsliv.

Som framgår i avsnitt 9.4 kan möjlighet till distanskontakt även möjliggöra att föräldraledig och pensionerad hälso- och sjukvårdspersonal kan bidra till att bemanna vården på distans utifrån sina förutsättningar

Konsekvenser utifrån ett jämlikhetsperspektiv

Digitala vårdtjänster används mer i storstadsregionerna än i regioner med mer glesbygd. De regionala skillnaderna i digitalt vårdutnyttjande kan vara särskilt problematiska ur jämlikhetssynpunkt. Digitala vårdtjänster har nyttjats mer av personer med relativt sett bättre socioekonomiska förhållanden och i mindre utsträckning av personer med kronisk sjukdom (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2022, Besök via nätet).

Det finns en fortsatt risk för att de med bättre socioekonomiska förhållanden är de som fortsatt kommer nyttja distanskontakter i större utsträckning. Det kan dock tänkas att om vårdgivare inom regionerna erbjuder möjlighet till distanskontakt så öppnar det upp för flera grupper att möta vården digitalt. Dels genom att patienter ges information om möjligheterna till distanskontakt genom den vårdcentral patienten är listad på, dels genom att exempelvis videobesök kan bokas in med framförhållning som gör det möjligt att tolk kan medverka vid besöket. Om möjlighet till distanskontakt blir allt vanligare i den reguljära primärvården så kan hälso- och sjukvården bättre stötta patienter i att kontakta vården digitalt och därmed bidra till att fler grupper möter hälso- och sjukvården digitalt.

Förslaget om erbjudande av distanskontakt kan även underlätta för patienter i glesbygd. Digital vård kan bidra till ökad tillgänglighet – bland annat genom minskat resande och att vården kan bli mer tidseffektiv, både för patienten och personalen inom hälso- och sjukvården (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2021, Långt bort men nära – kartläggning av primärvården i landsbygden). Som även framgår i avsnitt 9.4 kan kompetensförsörjningen stärkas i glesbygd genom möjlighet att rekrytera personal från andra regioner som kan arbeta på distans, vilket kan bidra till bättre tillgänglighet i glesbygd som i sin tur kan bidra till ökad jämlikhet.

Förslaget om att regionen ska besluta om grunderna för behovs- och lämplighetsbedömning vid tillgång till distanskontakter kan bidra till en ökad jämlikhet utifrån att de som söker vård digitalt prioriteras och sorteras utifrån behov och lämplighet och att de med störst behov prioriteras.

Förslaget om att patienten ska betala den vårdavgift som patientens hemregion har beslutat om kan ha en påverkan på jämlikheten. En del patienter kommer att behöva betala en högre patientavgift jämfört med i dag när de uppsöker en nationellt verksam digital vårdgivare. Som framgår av avsnitt 3.2 så varierar patientavgiften för digital kontakt med läkare mellan 100 och 330 kronor i regionerna. Flertalet digitala vårdgivare utgår från Region Sörmland som har en patientavgift om 100 kronor för digital kontakt med läkare. Förslaget innebär således att vissa patienter kommer behöva betala 230 kronor mer för en digital läkarkontakt hos en digital vårdgivare som är etablerad i Region Sörmland jämfört med i dag. Patienter kommer betala olika mycket för samma tjänst beroende av i vilken region som patienten är folkbokförd. Vidare kommer förslaget att slå olika hårt mot olika grupper beroende av inkomst.

Skillnader i patientavgifter mellan regionerna innebär i sig en ojämlikhet då patienter betalar olika mycket för vård beroende av vilken region patienten är folkbokförd i. Det är regionerna själva som beslutar om patientavgiften. Utredningen menar att en konsekvens av nuvarande system är att det riskerar styra mot digital utomlänsvård framför digital vård i den egna regionen – bland annat på grund av att patientavgiften är lägre – vilket i sin tur riskerar att fortsatt bidra till ett splittrat hälso- och sjukvårdssystem.

12 Författningskommentar

12.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

2 kap.
5 a §

Med distanskontakt avses en vårdkontakt i öppen vård där patient och hälso- och sjukvårdspersonal är rumsligt åtskilda.

I paragrafen, som är ny, definieras begreppet distanskontakt. I promemorian föreslås nya författningsbestämmelser som gäller för hälso- och sjukvård genom distanskontakt. Det bedöms därför vara lämpligt att införa en ny definition i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL.

Socialstyrelsen har infört begreppet distanskontakt i sin termbank med betydelsen vårdkontakt i öppen vård där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda. Socialstyrelsens definition är etablerad och lämplig, varför det saknas anledning att frångå den.

Begreppet distanskontakt är teknikneutralt. Det finns annars en risk att begreppet blir obsolet i takt med att det fortlöpande utvecklas nya metoder för patienters kontakt med vården. I begreppet ryms för närvarande flera sätt att kommunicera med patienten på distans – genom telefonkontakt, skriftlig kommunikation (chatt) och videosamtal. Beroende på den pågående teknikutvecklingen är det inte osannolikt att begreppet över tid kan komma att inbegripa ytterligare kommunikationsvägar – det är därför viktigt att definitionen i sig inte begränsar utvecklingen.

Övervägandena finns i avsnitt 9.3.

8 kap.
1 §

Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Detsamma gäller i fråga om den som har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som stadigvarande vistas inom regionen. Även i övrigt ska regionen verka för en god hälsa hos befolkningen.

Regionen ska erbjuda öppen vård genom distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt.

I ett nytt *andra stycke* regleras en skyldighet för regionerna att erbjuda distanstjänster i hälso- och sjukvården. När vården inte kräver fysisk kontakt så ska det således finnas rutiner och lämpliga tekniska medel för att kunna erbjuda vården på distans.

Skyldigheten handlar först och främst om att det ska finnas tekniska och kunskapsmässiga möjligheter hos alla vårdgivare att, när det är möjligt, ge vård genom distanskontakt. Bedömningen av om vården i det enskilda fallet kan ges på distans eller om den kräver fysiskt möte måste göras av vårdgivaren – utifrån medicinska och individuella förutsättningar i det enskilda fallet. I enlighet med förslaget om behovs- och lämplighetsbedömning som förutsättning för hemregionens betalningsansvar vid digital utomlänsvård, kan även regionens beslutade principer för bedömningen läggas till grund för huruvida en vårdkontakt kan omhändertas på distans. Det handlar således inte om att ge patienterna en ovillkorlig rätt att kräva vård genom distanskontakt i ett enskilt fall.

Patienten kan självfallet välja att tacka nej till erbjudandet om distanskontakt, om han eller föredrar att träffa vårdpersonalen fysiskt. I dessa fall ska vårdgivaren se till att patienten kan få tid för ett fysiskt besök.

Bestämmelsen reglerar inte vilken teknik eller vilken metod för distanskontakt som ska användas, utan det får avgöras av regioner och andra vårdgivare att närmare utforma utifrån vad som är lämpligast i det enskilda fallet. Det får dock förutsättas att regioner och vårdgivare följer med i såväl den tekniska som den medicinska utvecklingen när det gäller användning av distanskontakter i hälso- och sjukvården.

Bestämmelsen gäller oavsett om vården utförs i regionens egen regi eller av privata vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvård enligt avtal med regionen. Regionen behöver därför säkerställa att det i relevanta förfrågningsunderlag och avtal regleras en motsvarande skyldighet för privata vårdgivare.

Övervägandena finns i avsnitt 9.4.

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 enligt 9 kap. 1 §. *Om vården erbjuds som distanskontakt tillämpas de grunder för avgiftsuttag enligt 17 kap. 1 § som patientens hemregion har beslutat om.* 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.

Kostnadsansvaret enligt andra stycket gäller inte heller om vården har skett genom en distanskontakt som inte föregåtts av en adekvat behovs- och lämplighetsbedömning enligt grunder som beslutats av den region som erbjuder vården.

I *första stycket* har ett tillägg gjorts, med innebörden att vid distanskontakter ska patienten betala avgifter enligt de grunder som patientens hemregion har beslutat om. Ändringen innebär ett undantag från principen att vården ska ges på samma villkor som de villkor som gäller för vårdregionens invånare.

Det kan undantagsvis förekomma att en vårdtjänst erbjuds i en region för vilken hemregionen inte alls har fattat något beslut om patientavgift. Om patientens hemregion inte har beslutat om patientavgift för en viss typ av vårdtjänst som erbjuds i en annan region – kanske för att vårdtjänsten inte alls erbjuds i hemregionen – ska den patientavgift som vårdregionen har beslutat om för vårdtjänsten tillämpas.

I *tredje stycket*, som är nytt, har införts en bestämmelse som villkorar kostnadsansvaret för den region där patienten är bosatt (hemregionen), när patienten har fått hälso- och sjukvård genom distanskontakt i en annan region. För att kostnadsansvar ska föreligga ska distanskontakten ha föregåtts av en adekvat behovs- och lämplighetsprövning enligt grunder som beslutats av den region som erbjuder vården (vårdregionen).

Vårdregionen ska alltså fatta beslut om enligt vilka principer och, vid behov, i vilka former som patienter ska sorteras och prioriteras vid tillgång till hälso- och sjukvård genom distanskontakt. Principerna för behovs- och lämplighetsbedömningen ska utformas med hänsyn till behovs- och solidaritetsprincipen samt kravet på kostnadseffektivitet. Bedömningen ska syfta till att patienter endast ges tillgång till hälso- och sjukvård genom distanskontakt när det kan förväntas leda till en patientsäker och effektiv vårdinsats. Exempelvis om det med hänsyn till sökorsaken och patientens symtombeskrivning är sannolikt att patienten behöver en fysisk undersökning eller annan åtgärd som inte kan utföras inom ramen för distanskontakten, så ska kontakten inte inledas eller fortsätta utan patienten ska hänvisas till en annan, mer lämplig vårdinstans.

Principen om att den som har det största behovet ska ges företräde till vården kan till exempel tillgodoses genom att patienter, vilkas tillstånd inte kräver läkarvård, kan omhändertas av annan hälso- och sjukvårdspersonal, alternativt hänvisas till egenvård. Regionerna förutsätts löpande utvärdera och utveckla principerna samt följa den tekniska och medicinska utvecklingen när det gäller nyttjande av distanstjänster i hälso- och sjukvården.

Principerna ska tillämpas såväl av regionen själv som av privata vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvård enligt avtal med regionen. Regionen behöver därför säkerställa att det i relevanta förfrågningsunderlag och avtal regleras att distanskontakter ska föregås av en behovs- och lämplighetsbedömning i enlighet med de principer som regionen beslutat om. I den mån privata vårdgivare vill använda egenutvecklade bedömnings- och sorteringsverktyg, så behöver regionen granska och kontrollera att dessa är förenliga med de principer som regionen har beslutat om. Om så inte sker riskerar såväl den privata vårdgivaren som regionen att inte ersättas för vården.

Att behovs- och lämplighetsbedömningen ska vara adekvat innebär att vårdregionen ska göra en noggrann bedömning avseende de distanskontakter som erbjuds i regionen, med beaktande av behovs- och solidaritetsprincipen samt kravet på kostnadseffektivitet. Vårdregionen ska dokumentera sina bedömningar och beslut om hur behovs- och lämplighetsprövningen ska gå till, inklusive principer och kriterier för sortering och prioritering. Dokumentationen ska hållas aktuell och kunna uppvisas vid behov, exempelvis om patientens hemregion begär det. Om så inte sker kan patientens hemregion neka att ersätta vårdregionen för kostnaden. Hemregionen kan dock inte neka att ersätta vårdregionen enbart för att hemregionen gör en annan bedömning än vårdregionen beträffande principerna för behovs- och lämplighetsbedömningen. Vårdregionen ska inte heller vara skyldig att styrka att en enskild patient faktiskt har genomgått föreskriven behovs- och lämplighetsprövning, då det skulle kunna vara svårgenomförbart med hänsyn till sekretess och tystnadsplikt.

Övervägandena finns i avsnitt 9.6 och 9.5.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

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

2. Bestämmelserna i 8 kap. 1 § andra stycket och 8 kap. 3 § tredje stycket tillämpas inte på avtal som har ingåtts före ikraftträdandet. Bestämmelserna tillämpas dock om ett sådant avtal förlängs efter ikraftträdandet.

Av *punkt 1* följer att lagändringarna träder i kraft den 1 oktober 2025.

Av *punkt 2* framgår att de nya bestämmelserna om att regionen ska erbjuda öppen vård genom distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt och att vården för att berättiga till ersättning ska föregås av en adekvat behovs- och lämplighetsprövning, inte ska tillämpas på avtal som har ingåtts före den 1 oktober 2025. Efter ikraftträdandet får ett tidigare ingånget avtal däremot inte förlängas utan att bestämmelserna om vad avtalet ska innehålla beaktas. Detta gäller även om förlängningen inte innebär att något nytt avtal ingås.

Övervägandena finns i avsnitt 9.12.