



Remissvar Vägen till tillgänglighet SOU 2021:59 (S2021/05439/FS)

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

SLS har getts tillfälle att lämna synpunkter på betänkandet Vägen till tillgänglighet (SOU 2021:59). I beredningen av SLS yttrande har vi fått in remissvar från SLS medlemsföreningar *allmänmedicin*, *barnkirurgi*, *infektionssjukdomar*, *klinisk kemi*, *medicinsk informatik*, *neurologi* och *nuklearmedicin*; SLS sektioner *psykiatri* och *urologi* samt *SLS delegation för medicinsk etik* och *SLS ehälsokommitté*. Flera av dessa har svar som innehåller både översiktliga och specialitetsspecifika synpunkter och förslag till regeringen. Svaren bifogas därför i sin helhet.

Allmänt om betänkandet

Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (fortsättningsvis kallad *utredningen* i detta remissyttrande) har gjort ett mycket förtjänstfullt arbete i betänkandet när det gäller bakgrund och analys kring frågan om väntetider i hälso- och sjukvården, hur området styrts de senaste tio-femton åren, risker och effekter med denna styrning och vad resultatet egentligen blivit. Korfattat visar utredningen att väntetiderna i hälso- och sjukvården alltjämt är långa och blir längre för varje år, trots lagstadgad vårdgaranti sedan 2009, återkommande överenskommelser mellan staten och regionerna genom SKR, med eller utan prestationsersättning, och regionernas egna åtgärder. Vårdgarantin uppfylls inte på långa vägar och det finns stora skillnader mellan och inom regionerna. Utredningen nämner också den kritik som genom åren har framförts av läkarprofessionen, Riksrevisionen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys kring problemen med vårdgarantin och kömiljarden – och hur kortsiktiga mål tränger undan patientgrupper med stora och komplexa vårdbehov, inte främjar kontinuitet och skiftar fokus inom verksamheter till att prestera snabbt och effektivt med enklare patientfall som ger bättre statistik och bättre ersättning.

Den uppenbara slutsatsen för alla som läser betänkandet är att de styrmedel staten använt det senaste dryga decenniet för att minska väntetiderna i sjukvården helt enkelt inte fungerar och dessutom styr fel. Utredningen saknar dock en tydlig målbild för vad förbättrad tillgänglighet egentligen skulle innebära förutom kortare väntetider. Då målbilden inte är tydlig blir det oklart vad förslagen som diskuteras på detaljnivå faktiskt ger för effekt på lång sikt. Om man utgått från en tydlig målbild för de beslut och aktiviteter som man föreslår, hade möjligheten analysera såväl risker som möjliga positiva effekter av de föreslagna åtgärderna samt strategierna för uppföljning varit större.

En ökad tillgänglighet handlar inte bara om att minska vårdköer, utan kräver omfattande förändringar i vårdens förutsättningar och organisation för att nå en vård av hög kvalitet och säkerhet. Utredningen är i flera delar av betänkandet inne på detta spår och behovet av att tänka nytt. På ett ställe (s.40) står exempelvis att ”Jag hävdar dessutom att Sverige behöver en kulturförändring och nya arbetssätt i vården. De vårdprofessionella behöver ta större övergripande ansvar för tillgängligheten. De bör vara

delaktiga i utformning av planer och åtgärder och ges förutsättningar att arbeta med kärnverksamheten på ett effektivt sätt.”

Trots den tydliga bakgrundsbeskrivningen och att det uppenbart inte leder mot målet att korta väntetider landar utredningen (styrd av sitt direktiv) dessvärre i förslag som är mer av samma dåliga styrning. Det som föreslås är vidareutveckling av gällande överenskommelse mellan staten och SKR med transfereringar av statliga medel, mer detaljer i den prestationsbaserade ersättningen, mer av administrativ överbyggnad med nya metoder att mäta tider till olika besök och fler statliga kommittéer.

SLS anser även att utredningen saknar grundläggande etisk analys när det gäller tillgänglighet. Finns exempelvis risk att det blir bättre tillgänglighet för stora grupper vårdsökande med mindre allvarliga åkommor på bekostnad av patienterna med större vårdbehov? Konsekvenserna av utredningens förslag riskerar att komma i konflikt med den prioriteringsetiska plattformen om de i praktiken innebär sämre tillgänglighet, kontinuitet och vårdkvalitet för patienter med de största och mest komplexa vårdbehoven.

Enligt SLS finns ett grundläggande problem med gällande vårdgarantin i meningen att den inte rimmar med den etiska plattformen. Det är inte de medicinska behoven som värderas utan tid används som en mekanisk prioriteringsmekanism. Svårare sjuka riskerar trängas undan av den friskare befolkningens mer tillfälliga behov och efterfrågan av snabb tillgänglighet. SLS anser därför att utredningen i det fortsatta arbetet bör ta fram förslag i riktning mot en kraftigt reformerad och ej detaljreglerad vårdgaranti som bygger på ett ökat ansvarstagande från vårdens professioner och som är helt frikopplad från prestationsbaserade ersättningar. Covid 19-pandemin har tydligt visat att medarbetarna i sjukvården på kort sikt kan skapa tillgänglighet med små resurser när de ges mandat och ansvar och fräntas administrativa pålagor. Därutöver ligger nyckeln till en starkt tillgänglighet att professionerna och beslutsfattare på nationell och regional nivå gemensamt löser de stora grundläggande kapacitetsproblemen i hälso- och sjukvården som orsakar långa väntetider. Det gäller inte minst bristen på specialister i allmänmedicin sedan decennier som är ett stort hinder för omställningen till god och nära vård med primärvården som bas. Det gäller även den sedan många år stora bristen på antal vårdplatser och intensivvårdsplatser där Sverige i plats per capita hamnar långt ner i jämförelser med andra europeiska länder. Till stor del handlar det om att stärka kärnverksamheten med fler medarbetare och inte minst nyckelpersonal såsom specialiserade sjuksköterskor och läkare.

SLS anser vidare att det utifrån grundläggande förvaltningsmässiga och demokratiska principer är generellt sett olämpligt med transferering av statliga medel via överenskommelser mellan staten och SKR. Sådan styrmodell innebär att den transparens och insyn som medborgare har rätt att förvänta sig sätts ur spel.

Synpunkter på förslagen

Nedan följer SLS synpunkter på bedömningar och förslag i betänkandet. Vår ambition är att bidra konstruktivt till att göra nuvarande svenska modell för vårdgaranti så bra och med så små negativa bieffekter som möjligt. Som framgår under Allmänt om betänkandet ovan är SLS starkt kritiskt till gällande modell att försöka styra väntetiderna i hälso- och sjukvården och vill på sikt se en vårdgaranti där professionen tar ett betydligt större ansvar.

Kapitel 5 Regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet

5.6.1 Långsiktighet med årshjul

SLS delar utredningens bedömning att det är rimligt att eftersträva ett årshjul som tillfredsställer såväl statens som regionernas behov av tidsmässig planeringscykel.

5.6.2 Samordna tillgänglighetsskrivningar

SLS delar utredningens bedömning att samtliga gällande överenskommelser mellan staten och SKR som berör tillgänglighet i något avseende bör samordnas i ett dokument. En sådan ordning skulle göra överenskommelserna mer transparenta.

5.6.3 Utformning av regional handlingsplan

SLS delar inte utredningens bedömning att den regionala handlingsplanen för ökad tillgänglighet bör utvecklas till att bli varje enskild regions handlingsplan för tillgänglighet *som utgår från mätbara och tidsatta mål*. Även om vi har förståelse för skälen, att nuvarande planer ibland enbart ses som ett svar på ingången överenskommelse mot erhållna medel. Men nya ”mätbara” mål som ska följas upp innebär flera digitala dokument som ska fyllas med nya uppgifter och att fokus riskerar försvinna från kärnverksamheten. Konsekvensen blir att man spär på den administrativa överbyggnaden i regionerna och ökar toppstyrningen av sjukvårdens medarbetare på golvet.

5.6.4 Kommitté för tillgänglighetsdialog

SLS delar utredningens bedömning att statens uppföljning av det gemensamma strategiska tillgänglighetsarbetet bland annat bör bestå av en årlig rapport från regionen gällande om insatserna i den regionala handlingsplanen för tillgänglighet har genomförts. Det är rimligt att regionerna rapporterar in vad de gör för insatser på ett sådant här prioriterat område. Som vi är inne på under 5.6.3 är det dock väsentligt att uppföljningen inte tar fokus från kärnverksamheten och/eller innebär pålagor för sjukvårdens medarbetare.

SLS avstyrker förslaget att tillsätta en statlig permanent kommitté för regelbunden återkommande uppföljning och dialog med varje region kring regionens tillgänglighetsläge och resultat i förhållande till den regionala handlingsplanen. Det är svårt att se nyttan med ytterligare en permanent kommitté på hälso- och sjukvårdsområdet. Uppföljningen bör läggas på befintlig myndighet, förslagsvis Socialstyrelsen. **SLS föreslår istället** att det tillsätts en extern grupp av oberoende professionella med uppdrag att ta fram kvalitativa metoder och data för optimal klinisk evaluering av hur vi bäst prioriterar resurserna inom hälso- och sjukvården för att öka kvaliteten, kontinuiteten och tillgängligheten, något som bör ske i nära dialog med dem som möter patienterna och som prioriterar och utför vården. En sådan oberoende vetenskaplig och etiskt kunnig expertgrupp skulle kunna verka under Socialstyrelsen och därmed också kunna granskas offentligt.

Kapitel 6 Effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom information om patienters valmöjligheter

6.11 Regionen bör agera i god tid

SLS delar utredningens bedömning att det är angeläget att regionen inte inväntar tidpunkten då patientens vårdgaranti överskridits innan åtgärder vidtas, utan agerar så snart det finns skäl att misstänka att vårdgarantin inte kommer kunna uppfyllas.

SLS delar inte utredningens bedömning att det måste till författningsändringar kring dessa frågor. Regionerna kommer inte i ökad utsträckning att ta sitt informationsansvar för att det görs detaljregleringar i olika författningar.

6.11.2 Regionen bör utan längre dröjsmål erbjuda tid i dialog med patienten eller lämna besked om att vårdgarantin inte kan uppfyllas

SLS delar utredningens bedömning att patienten så långt det är möjligt bör erbjudas att vara delaktig vid tidsbokning.

SLS delar utredningens bedömning att ett erbjudande om tid eller ett besked om att vårdgarantin inte kan uppfyllas bör kunna ges till patienten utan längre dröjsmål. En tidsgräns på 14 dagar kan vara rimlig.

SLS delar inte utredningens bedömning att det måste till författningsändringar kring dessa frågor. Regionerna kommer inte i ökad utsträckning att ta sitt informationsansvar för att det görs detaljregleringar i olika författningar.

6.11.3 Utökad informationskrav om vårdgarantin

SLS delar utredningens bedömning att regionen bör ha en skyldighet att informera patienten om vårdgarantins villkor i olika avseenden.

SLS delar inte utredningens bedömning att det måste till författningsändringar kring dessa frågor. Regionerna kommer inte i ökad utsträckning att ta sitt informationsansvar för att det görs detaljregleringar i olika författningar.

6.11.4 Utred förutsättningarna för ett nationellt vårdsöksystem

SLS tillstyrker förslaget att regeringen ska tillsätta en utredning med uppdrag att utreda förutsättningarna för ett nationellt vårdsöksystem genom att komplettera, uppdatera och tillgängliggöra information som möjliggör för regionerna att i realtid söka ledig kapacitet i hela landet. Oavsett styrmodell för minskade väntetider i sjukvården är information om eventuell ledig kapacitet i olika delar av landet väsentlig.

6.11.5 Information och andra kunskapshöjande insatser om patientens valmöjligheter

SLS tillstyrker förslaget att Socialstyrelsen ska ges ett flerårigt uppdrag att ansvara för kontinuerliga kunskapshöjande insatser för invånare, olika patientgrupper, hälso- och sjukvårdens professioner och vårdens aktörer i övrigt.

SLS avstyrker förslaget att införliva ansvar för kunskapshöjande insatser om vårdgarantier och patientens valmöjligheter i Socialstyrelsens instruktion. Det räcker att ge myndigheten ett långsiktigt men tidsbegränsat uppdrag.

SLS tillstyrker förslaget att ge Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att återkommande utvärdera insatserna och följa upp kunskapen om vårdgarantin och patientens valmöjligheter i relevanta grupper. Det är ett naturligt uppdrag för myndigheten.

6.11.6 Regiongemensam pilotverksamhet

SLS avstyrker förslaget att regeringen under 5 år ska stimulera ett regiongemensamt utvecklings- och förbättringsarbete genom pilotverksamheter inom olika områden för ökad kapacitet och effektivitet i hälso- och sjukvården. SLS menar att det är viktigt att nya sätt att styra och organisera vård utvärderas genom pilotverksamheter som följs upp och beforskas. För att uppnå hållbara förändringar i förutsättningar för ökad tillgänglighet, måste dock kapacitet för forskning, utveckling och förbättringar finnas inom regionerna som en del av kärnverksamheten och inte uppstå enbart då externa medel tillsätts. Dessutom måste det anses tillhöra kärnan i SKR:s ansvarsområde att stimulera strukturerade förbättrings- och utvecklingsarbeten mellan regionerna. Det vore ett bottenbetyg för SKR och för regionerna om det skulle krävas styrning och finansiering från staten för att få igång pilotverksamheter kring exempelvis samordnade upphandlingar.

Kapitel 7 Stödja utvecklingen av en nära och tillgänglig vård

7.7 Behov av utvärdering och forskning

SLS delar utredningens bedömning att det finns ett stort behov av att forska, utvärdera och följa upp konsekvenser av hälso- och sjukvårdens pågående digitalisering och den välfärdstekniska utvecklingen. Detta för att kunna säkerställa en patientsäker hälso- och sjukvård med fortsatt hög medicinsk kvalitet.

Utredningen trycker i det här kapitlet hårt på videobesök med läkare när det inte finns någon forskning som entydigt visat att det faktiskt avlastar primärvården (vilket de också tar upp i senare delar). Det finns mycket annat som skulle kunna effektiviseras med hjälp av digitalisering inom primärvården –

exempelvis diktering, remisshantering, konsultationer, asynkron kommunikation och liknande. I betänkandet saknar vi därutöver insatser för att stärka vårdprofessionellas digitala kompetens utan vilken många av utredningens förslag riskerar att fördröjas och inte utformas på ett ändamålsenligt sätt i samklang med professionellas behov.

Kapitel 8 En nationellt samordnad hälso och sjukvårdsrådgivning

SLS tillstyrker det som förslagen under kap. 8 sammanlagt innebär om att en nationell aktör som 1177 ska ha ansvar för sjukvårdsrådgivning i hela landet och att den ska vara tillgänglig på flera språk samt för personer med tal- och hörselsvårigheter. Här är det dock viktigt att regeringen beaktar att rådgivningen främst kommer att nyttjas av i synnerhet personer med bevarad autonomi. Inom exempelvis det neurologiska sjukdomsområdet finns många personer med nedsatt autonomi till följd av medfödda eller förvärvade skador på nervsystemet – som kan vara helt beroende av personliga assistenter, primärvård och andra aktörer som inte berörs av utredningens förslag för sin tillgång till sjukvård.

8.11.1 Krav på hälso-och sjukvårdsrådgivning på distans och information på webbplats

SLS tillstyrker förslaget att införa en ny paragraf i hälso-och sjukvårdslagen (2017:30), 7 kap. 6 a §, som innebär att regionen ska organisera hälso-och sjukvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso-och sjukvård och som dessutom vistas i regionen kan få hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans när som helst på dygnet. Det är bra att regionernas ansvar för rådgivningen blir tydliggjort i författning.

8.11.2 Särskild bestämmelse om samverkan

SLS tillstyrker förslaget att införa en ny paragraf i hälso-och sjukvårdslagen (2017:30), 7 kap. 8 a §, som innebär att regionerna ska samverka med varandra i frågor om sådan hälso-och sjukvårdsrådgivning på distans och information om hälso-och sjukvård på en webbplats som föreslås enligt föregående avsnitt. Kravet gäller generellt, men samverkan ska särskilt avse sådant rådgivnings- och hänvisningsstöd som ska ligga till grund för hälso-och sjukvårdsrådgivningen på distans. Det är dock viktigt att regleringen blir översiktlig och inte för detaljerad.

8.11.3 Hälso-och sjukvårdsrådgivning på distans ska vara tillgänglig på telefon

SLS tillstyrker förslaget att införa en ny paragraf i hälso-och sjukvårdsförordningen (2017:80), 7 kap. 3 §, som innebär att regionerna ska tillhandahålla hälso-och sjukvårdsrådgivning på distans via telefon och att rådgivningen via telefon ska vara anpassad till personer med nedsatt tal och hörsel. Det är dock viktigt att regleringen blir översiktlig och inte för detaljerad.

8.11.4 Krav på flera språk

SLS avstyrker förslaget om reglering på förordningsnivå och menar att bestämmelsen borde införas i lag. Utredningen föreslår en ny paragraf i hälso-och sjukvårdsförordningen (2017:80), 7 kap. 4 §, som anger att hälso-och sjukvårdsrådgivning på distans, förutom på svenska, ska erbjudas på de språk som är motiverade utifrån befolkningens behov. Vi menar att kravet på relevanta språk borde framgå som en reell skyldighet direkt i HSL, medan tillämpningsfrågor om hur skyldigheten närmre ska utformas däremot med fördel kan ges i förordningsform.

8.11.5 Särskilt om överföring av samtal vid allvarlig händelse

SLS tillstyrker förslaget att införa en ny paragraf i hälso-och sjukvårdsförordningen (2017:80), 7 kap. 5 §, som innebär att den som bedriver hälso-och sjukvårdsrådgivning på distans, om behov finns, vid allvarlig händelse, ska besvara samtal från enskilda som vistas i andra regioner och överföra samtal till de som bedriver sådan verksamhet i andra regioner. Det är bra att ansvaret för utomlänspatienter blir tydliggjort i författning.

8.11.6 Överenskommelse mellan staten och SKR för gemensam utveckling av hälso-och sjukvårdsrådgivningen

SLS avstyrker förslaget att regeringen ska ta initiativ till en flerårig överenskommelse mellan staten och SKR om vissa av de delar som utredningen har bedömt som viktiga för att uppnå en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning. De författningsändringar utredningen föreslår är tillräckligt för att åstadkomma den önskvärda utvecklingen av sjukvårdsrådgivningen.

8.11.7 Generellt goda förutsättningar för krisberedskap

SLS delar utredningens bedömning att kvalitetssäkrad, enhetlig och snabb information från en nationell redaktion inom hälso- och sjukvårdsrådgivningen är angeläget vid kris.

8.11.8 Utredning om nationell digital infrastruktur

SLS tillstyrker förslaget att regeringen ska tillsätta en utredning med uppdrag att lämna förslag på hur en nationell digital infrastruktur inom hälso- och sjukvården kan utformas och regleras.

SLS vill understryka vikten av att digitaliseringen av vården sker synkroniserat på nationell nivå och av oberoende instanser om den ska ske med hög kvalitet och komma till nytta för hela befolkningen. Vi vill också understryka vikten av att vårdens professioner medverkar aktivt i utredningen för att den digitala infrastrukturen ska få en funktionell utformning. Om professionerna inte kan använda de digitala stöden på ett ändamålsenligt sätt kan inte heller patienterna tillgodogöra sig digitaliseringen.

Kapitel 9 Vidareutveckling av överenskommelsen om ökad tillgänglighet

9.7 Utredningens bedömningar och förslag på huvudsakligt innehåll

SLS är starkt tveksamt till förslaget att regeringen ska ingå en ny tillgänglighetsöverenskommelse med SKR som ska innehålla dels vidareutvecklade prestationskrav utifrån resultat gällande vårdtider, dels en ny del om regiongemensam pilotverksamhet. Skälen till detta är flera. *För det första* anser SLS att historien tydligt visar att breda tillgänglighetsöverenskommelser mellan staten och SKR med tillfälliga stimulansmedel är ett styrinstrument som inte leder till minskade väntetider. Ökad tillgänglighet kräver strukturella satsningar såsom att öka antalet läkare eller investera i infrastruktur såsom bättre digitala stöd. Den typen av satsningar måste ha en långiktig finansieringsplan och kan inte drivas som tidsbegränsade projekt. *För det andra* menar SLS att det inte bör finnas någon prestationsbaserad ersättning alls knuten till vårdgarantin. Vi delar här helt uppfattning med Riksrevisionen om det olämpliga i att belöna regionerna för att de uppfyller krav i författningen. Prestationsbaserad ersättning riskerar också att ge snedvridna medicinska prioriteringar – utan att för den skull leda till generellt minskade väntetider. **Det är enligt SLS bättre att ge eftersatta områden i hälso- och sjukvården som primärvården, delar av den specialiserade vården och barn- och ungdomspsykiatrien ökade ramanslag så att de får personalresurser att erbjuda rimlig tillgänglighet.**

För det tredje ser vi inget skäl varför staten genom särskild finansiering ska stimulera regionerna att bedriva regiongemensamt utvecklings- och förbättringsarbete för ökad kapacitet och effektivitet. Att få igång pilotprojekt inom angelägna förbättringsområden mellan regionerna måste anses vara kärnan i SKR:s uppdrag (se kap. 6.11.6). Likaså borde lärandehjul och utvecklingsarbete vara finansierad kärnverksamhet med mål att uppnå God vård – inte tillfälliga projekt som uppstår då extern finansiering finns. Om staten överhuvudtaget ska gå in med finansiering här bör det enligt SLS ske genom tillfälligt statsbidrag via Socialstyrelsen.

9.8.1 Tre områden med prestationsersättning

SLS är tveksamt till förslaget i linje med det vi framfört under kap. 9.7. Det är enligt SLS bättre att ge eftersatta områden i hälso- och sjukvården som primärvården, delar av den specialiserade vården och barn- och ungdomspsykiatrien ökade ramanslag så att de får resurser att erbjuda rimlig tillgänglighet.

9.8.2 Primärvården

SLS är tveksamt till förslaget i linje med det vi framfört under kap. 9.7. Det är bättre att ge primärvården ökade generella resurser att kunna anställa exempelvis fler specialister i allmänmedicin eller öka antalet ST-tjänster.

9.8.3 Specialiserad vård exklusive barn-och ungdomspsykiatri

SLS är tveksamt till förslaget i linje med det vi framfört under kap. 9.7. Det är bättre att ge den specialiserade vården ökade generella resurser att anställa fler medarbetare i kärnverksamheten.

9.8.4 Barn-och ungdomspsykiatri

SLS är tveksamt till förslaget i linje med det vi framfört under kap. 9.7. Det är bättre att ge barn- och ungdomspsykiatri ökade generella resurser att anställa fler medarbetare i kärnverksamheten.

9.8.5 Förslag på fördelningsmodell

SLS är tveksamt till förslaget i linje med det vi framfört under kap. 9.7.

9.8.6 Ersättning för efterlevnad av lagkrav

SLS delar helt det utredningen framför om Riksrevisionens tveksamheter till att belöna regionerna för att författningskrav uppfylls, exempelvis de tidsgränser som finns angivna i vårdgarantin, eller att belöna krav som är lägre än dem som anges i författning. Precis som Riksrevisionen ser vi en betydande risk att den här typen av stimulanser uppfattas som att viss lagstiftning kan prioriteras ner och att det på sikt försvagar lagstiftningen snarare än förstärker den.

9.8.7 Särskild hänsyn till personer med kronisk sjukdom

SLS delar helt det utredningen framför om kritiken som framförts mot både vårdgarantin och prestationskraven om att återbesök åsidosätts till förmån för första besök. Återbesök kan tänkas spela en särskilt viktig roll för personer med kroniska sjukdomar, där mycket av sjukdomen i vissa situationer sköts av personen själv i långa perioder, men där det kan finnas behov av regelbundna uppföljningar och rutinkontroller, i primärvården eller den specialiserade vården.

9.8.8 Redogörelse av möjliga styreffekter

SLS delar helt det utredningen framför om kända risker med prestationsbaserad ersättning knuten till vårdgarantin. Tidigare utvärderingar visar tydligt att de två övergripande aspekter som särskilt riskerar att påverkas är dels de medicinska prioriteringarna, dels hur data registreras och rapporteras. Vi instämmer också med utredningen om att det är svårt att konstruera en modell med prestationsersättning som helt eliminerar sådana oönskade styreffekter. Till skillnad från utredningen anser vi att ett bra ledarskap, som förmår att arbeta med medicinska prioriteringar och förbättringsarbete parallellt, samt att ökad långsiktigheten i både prestationsmodellen och i överenskommelsen knappast är tillräckligt för att minska riskerna.

9.9 Fortsatt arbete med förbättrad väntetidsstatistik

SLS tillstyrker förslaget att i en särskild överenskommelse mellan staten och SKR ställa utökade krav på regionerna om förbättrad kvalitet i inrapporterade data till väntetidsdatabasen samt utökade krav på SKR om förbättrad presentation av väntetidsdata.

9.10 Utvidgad och fördjupad granskning av väntetidsdatabasen

SLS tillstyrker förslaget att regeringen ska tillsätta en fördjupad granskning av väntetidsdatabasen.

9.11 Fortsatt strategiskt tillgänglighetsarbete

SLS delar utredningens bedömning om vikten av att staten agerar långsiktigt och inte ändrar spelreglerna när väl ett arbete är påbörjat. Det gäller inom alla politikområden.

9.12 Kommitté för tillgänglighetsdialog

Som framkommer under kap. 5.6.4 avstyrker SLS förslaget att tillsätta en permanent kommitté för regelbunden återkommande uppföljning och dialog med varje region kring regionens tillgänghetsläge och resultat i förhållande till den regionala handlingsplanen. Vi föreslår istället att det tillsätts en extern grupp av oberoende professionella med uppdrag att ta fram kvalitativa metoder och data för optimal klinisk evaluering av hur vi bäst prioriterar resurserna inom hälso- och sjukvården för att öka kvalitet, kontinuitet och tillgängligheten.

9.13 Regiongemensam pilotverksamhet

Som framkommer under kap 6.11.6 menar SLS att det är viktigt att den här typen av pilotverksamheter kommer till stånd. Enligt SLS måste det dock anses tillhöra kärnan i SKR:s ansvarsområde att stimulera strukturerade utvecklingsprojekt mellan regionerna varför vi avstyrker att regeringen under 5 år ska stimulera ett regiongemensamt utvecklings- och förbättringsarbete.

9.14 Regionala och samverkansregionala överenskommelser

SLS delar utredningens bedömning att det inte är en framkomlig väg i dag att staten ingår överenskommelser direkt med respektive region kring strategier inom hälso- och sjukvården där det krävs nationell samordning. Trots uppenbara fördelar i giltighet och förankring skulle det bli alldeles för resurskrävande. Direktöverenskommelser skulle dock vara möjligt om antalet regioner minskade betydligt från dagens 21 till kanske 6-8 befolknings- och resursmässigt mer likvärdiga regioner.

För Svenska Läkaresällskapet

Tobias Alfvén
ordförande

Karin Pukk Härenstam
ordförande SLS delegation för medicinsk
kvalitet

Bilagor:

Remissvar från

SLS medlemsföreningar

- allmänmedicin
- barnkirurgi
- infektionssjukdomar
- klinisk kemi
- medicinsk informatik
- neurologi
- nuklearmedicin

SLS sektion för

- psykiatri
- urologi

SLS delegation för medicinsk etik,
SLS ehälsokommitté