



Svenska
Läkaresällskapet

2026-10-28

Till

Socialdepartementet
s.remissvar@regeringskansliet.se;
s.sl@regeringskansliet.se
Diarienummer S2026/01367

Remissvar: Behovsstyrd vård SOU 2026:38

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 svara på remissen Behovsstyrd vård (SOU 2026:38). Remissen har skickats på underremiss till alla SLS medlemsföreningar, sektioner och delegationer. Följande har inkommit med värdefulla yttranden: Svensk Förening för Allmänmedicin, Svenska Endokrinologföreningen, Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, Svensk Kirurgisk Förening, Svensk Förening för Hematologi, Svensk Reumatologisk Förening, Svensk Ortopedisk Förening och Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri. Se bilaga 1. SLS remissvar har därefter beretts av Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik.

Sammanfattning

SLS avråder starkt ifrån att gå vidare med en tidsmässigt snävare och mer omfattande vårdgaranti. SLS anser att detta inte är en lämplig lösning på frågan om vårdens tillgänglighet. Det största problemet med en vårdgaranti är att den både principiellt och praktiskt konkurrerar med den etiska plattformen, framför allt med behovs- och solidaritetsprincipen. Detta problem försvåras ju mer krävande garantin är. En ytterligare skärpning av vårdgarantin inför incitament för vårdgivare att fokusera på volymer i stället för på svårighetsgrad.

SLS håller med om att tillgängligheten bör öka. Detta kan göras genom identifiering av flaskhalsar, möjligheter till effektivisering på systemnivå osv. Föreliggande utredning har varken haft som syfte, eller sett det som sitt uppdrag, att ha några åsikter om *hur* vårdköer kan minska. Utredningen har ändå valt att lyfta ett par förslag, som SLS ser som problematiska – se vidare nedan.

Den etiska plattformen är väl genomtänkt och har stort stöd i både sjukvården och samhället. Om vårdgarantins krav på tillgänglighet kommer i konflikt med plattformens behovs- och solidaritetsprincip menar SLS att plattformen *måste ges tydligt företräde*. Vi ser stora risker med en otydlig normhierarki mellan dessa två lagrum, och önskar att denna värdekonflikt ägnas stor uppmärksamhet innan eventuella förändringar införs.

Däremot stöder SLS förslaget om att möjligheten att erbjuda offentligt finansierad digital vård till invånare i hela Sverige baserat på ett avtal i en enskild region försvinner. Denna typ av vård rundar behovs- och solidaritetsprincipen, regionernas möjlighet att prioritera i sitt vårdutbud och innebär undanträngningseffekter.

SLS stödjer i allt väsentligt det som framförs i det särskilda yttrandet av Niklas Ekerstad, förordnad expert i utredningen, ordförande i Delegationen för medicinsk kvalitet, Svenska Läkaresällskapet (sidan 421 ff i utredningen).

Detaljerade kommentarer

Värdekonflikt mellan behovsprincipen, tillgänglighet och valfrihet

Utredningens uppdrag har varit att ta fram en ny och stärkt vårdgaranti som ska förbättra patienters tillgänglighet till vård. Man har också haft som uppdrag att ta fram förslag som underlättar rörlighet och valfrihet. Utredningen konstaterar att den rådande vårdgarantin inte löst frågan om långa väntetider i vården.

SLS betraktar behovsprincipen, tillgänglighet och valfrihet som konkurrerande värden inom ramen för vårdens begränsade resurser. Ökar man ett av dessa värden kommer det med stor sannolikhet att verka negativt på ett eller båda av de andra, om inte resurser tillförs. Därför krävs en tydlig normhierarki mellan värdet av att uppfylla behovsprincipen, öka tillgängligheten och öka valfriheten.

Denna problematik beaktas inte i utredningen eller direktivet. Eftersom direktivet till utredningen har handlat om att öka tillgängligheten (genom förstärkt vårdgaranti) och valfriheten blir det synnerligen viktigt att analysera hur detta kommer att påverka behovsprincipen. Utredningen antyder att färre patienter riskerar undanträngning i och med att fler omfattas av vårdgarantin. Detta resonemang stämmer emellertid endast om resurser tillförs, eller om någon typ av vård inte längre ges.

Insikter från nuvarande vårdgaranti

I nuläget uppfyller ingen region dagens vårdgaranti, som är mindre snäv än den som utredningen föreslår. Utredningen påpekar själv att dagens vårdgaranti inte haft de effekter man hoppats på. I ljuset av detta undrar SLS varför man tror att en *snävare* vårdgaranti ska fungera bättre? Vi förvånas över att utredningen inte gör något försök att förklara varför en snävare vårdgaranti skulle ha bättre förutsättningar att fungera än dagens system. Vi noterar att utredningen inte kan visa hur många som idag inte får vård inom förslagets snävare tidsgränser, hur mycket outnyttjad kapacitet som finns i vården, vilka effektiviseringar som kan genomföras eller hur mycket mer vård som kan skapas genom bättre hänvisning mellan vårdgivare.

Utan övertygande empiriskt underlag påstår utredningen att förslagen ”innebär positiva konsekvenser för patienter och bedöms öka tillgängligheten till vården” och ”ökar förutsättningarna för att fler får vård i tid”. Eftersom utredningen inte förklarar hur detta ska gå till vågar vi inte dela optimismen. Vi ser istället risker att en snävare vårdgaranti leder till ännu sämre måluppfyllelse, då fler patienter ska få fler insatser inom snävare tidsgränser.

Outnyttjad kapacitet i vården

Utredningen menar att outnyttjad kapacitet i vården kan användas för att korta väntetider.

SLS uppfattar dock varken underlaget eller argumentationen som övertygande. Det är sant att det finns stora skillnader i väntetid mellan olika regioner. Utredningen påpekar att andelen som väntat mer än 90 dagar på gråstarroperation var 7% i Stockholm, och 70% i Västerbotten. Detta bevisar dock inte att det finns ledig kapacitet i någon av de anförda regionerna för att nå de nya snävare gränserna på 30 dagar.

Man lyfter också att avtal med privata vårdgivare underutnyttjas. Det är inte klart för oss hur ett ökat utnyttjande av avtalen kan minska vårdköerna, om man inte samtidigt antar att även privata utförare idag har underutnyttjad kapacitet (vilket utredningen inte visar bevis för). Skulle man använda avtalen mer, och skicka fler patienter, kan säkert den privata vården öka sin kapacitet genom att locka vårdpersonal från den offentliga vården - men det skulle inte öka kapaciteten, bara omfördela den. En sådan omfördelning skulle dessutom sannolikt gynna patienter med mindre vårdbehov och/eller starkare grupper.

Negativa effekter för patienter med stora behov

Utredningen betonar värdet av behovsprincipen. SLS delar uppfattningen att behovsprincipen är av central etisk betydelse. Därför är det alarmerande att utredningen på flera sätt går emot behovsprincipen. För det första finns ingen behovsbedömning i själva vårdgarantin. Istället för att sätta en snävare tidsgräns för patienter med större behov förespråkas en och samma tidsgräns för alla patienter som omfattas av vårdgarantin. Detta är att aktivt motverka behovsstyrning. För det andra innebär vårdgarantin stor risk för undanträngning av gruppen kroniska patienter. Dessa patienters återbesök, som inte omfattas av vårdgarantin, riskerar att nedprioriteras när vården ska korta väntetider till nybesök. Eftersom gruppen patienter med kroniska besvär omfattar många med multisjuklighet och mycket stora medicinska behov riskerar fokus på nybesök att motverka behovsstyrning.

Ingen ambitionshöjning?

Utredningen skriver uttryckligen att de förslag som framförs inte innebär någon ambitionshöjning för vården eftersom regionerna redan är skyldiga att ge medicinskt motiverad vård. Man betonar att förslaget varken ska ändra *vem som behöver vård* eller *vilken vård som ska ges* utan bara *när* beslutad vård måste ges och *vilka steg* som ska ha en lagstadgad tidsgräns. Utredningen menar att förslaget är ett förändrat sätt att uppfylla ett befintligt ansvar, snarare än en ambitionshöjning.

SLS uppfattar detta som en felaktig beskrivning. Utredningens förslag innebär en snävare tidsgräns för fler patienter, samt höjda krav på fler informations-, utrednings-, och vårdmoment under kortare tid. Att hävda att detta inte är en ambitionshöjning är besynnerligt, särskilt eftersom vi uppfattar att utredningen faktiskt menar att ambitionen bör höjas.

Utredningen hävdar, snarare än leder i bevis, ”att regionernas kostnader för omställningsarbetet är av tillfällig karaktär och att förslagen på sikt kan leda till kostnadseffektiviseringar.” Skälen för att tro att förslaget skulle leda till kostnadseffektiviseringar bygger på mycket lösa antaganden utan empirisk grund, till exempel att de snävare gränserna för fler patienter skulle leda till mindre administration, där verkligheten mer sannolikt kommer att leda till *mer* administration.

En ny princip?

Utredningen hävdar att den föreslagna LEON-principen ”är nära kopplad till den etiska plattformen” (s 55). SLS ser dock ingen redovisning för hur man kommit fram till denna tolkning. Istället förefaller LEON-principen vara en ny princip som potentiellt kan strida mot övriga principer i den etiska plattformen. Vi menar därför att utredningen skulle behövt lägga betydligt större ansträngning på att normativt motivera sin nya princip och förklara hur den förhåller sig till den av riksdagen fastslagna etiska plattformen.

Effekter på systemet med kunskapsstyrning

Utredningens inställning förefaller vara att förslagen inte påverkar systemet för kunskapsstyrning.

SLS delar inte denna bedömning. Hittills har kunskapsstyrningen tyvärr snarare försvårat än stöttat vårdens arbete med prioriteringar, bland annat genom att flera vårdförlopp är ambitionshöjande utan resurstillskott. Om vi inte kan ge all vård till alla behöver vi rangordna och ransonera viss vård. Ransonering kan ske på flera sätt, exempelvis genom att vård fördröjs eller inte alls ges. Den föreslagna vårdgarantins snäva gränser förhindrar till stora delar fördröjning av vård. Det vore redan i nuläget önskvärt om kunskapsstyrningssystemet i framtiden av framtida kunskapsstöd tydligare betonade vilka vårdförlopp som kan utföras i begränsad form, vilka vårdmoment som kan ransoneras och vilken vård som inte längre ska ges. Om vårdgarantin införs, blir detta helt nödvändigt.

Tillsyn, föreläggande och vite

Utredningen har fått som tilläggsdirektiv att utreda möjligheten till vite om vårdgarantin inte efterlevs.

Utredningen föreslår tillsyn och möjlighet till föreläggande, som kan förenas med vite, om informationsgarantin i vårdgarantin inte efterlevs. Förslaget ska syfta till att stärka patientsäkerheten och patientens rättigheter. Utredningen menar att information till patienten (i detta fall information om

att remiss granskats, och tidpunkt för medicinsk bedömning) är central för god patientsäkerhet, och att en avsaknad av information kan försämra vårdförloppet och även leda till vårdskador. Utredningen utvecklar dock inte på vilket sätt just denna information är så starkt kopplad till patientsäkerhet, och hur den kan leda till vårdskador.

Däremot föreslås ingen påföljd om tidsgränserna för vård inte följs. Utredningen menar att detta inte är tydligt kopplat till patientsäkerhetsrisker. Denna analys verkar mer logisk än den föregående, då vårdgarantin inte syftar till att öka patientsäkerhet, utan snarare öka tillgängligheten.

Men sammantaget blir det ändå högst oklart varför tidsgränserna för information är en patientsäkerhetsrisk, medan tidsgränsen för vård inte är det. En analys och förklaring av detta saknas helt i utredningen.

För Svenska Läkaresällskapet

Catharina Ihre Lundgren

Ordförande

Anders Castor

Ordförande i delegationen för medicinsk etik

Remissvar avseende SOU 2026:38 *Behovsstyrd vård*

Sammanfattning

SFAM fokuserar sitt remissvar på konsekvenserna för patienter under de delar av vårdförloppet som sker i primärvården.

SFAM avstyrker förslaget om en stärkt vårdgaranti i sin nuvarande form. SFAM efterfrågar innan ett genomförande:

- en analys av hur förändrade ledtider i sekundärvården påverkar patientens samlade vårdförlopp, inklusive patientflöden och arbetsfördelning mellan sekundärvård och primärvård,
- beräkningar av reformens konsekvenser för primärvårdens resursbehov och kostnader,
- ett tydliggörande av ansvar och fortsatt vårdförlopp när patienter förmedlas till vård i en annan region.

SFAM tillstyrker förslaget om digital utomlänsvård. SFAM välkomnar att offentligt finansierad digital vård knyts till respektive regions ordinarie vårdssystem och att möjligheten att bedriva nationell offentligt finansierad digital vård genom avtal med en enda region och utomlänssättning upphör. Det är angeläget att dagens finansieringsmodell inte ersätts av andra avtalsmodeller med liknande konsekvenser. Digital vård bör vara en integrerad del av den ordinarie vården, inte en separat nationell vårdnivå, oavsett om den bedrivs i offentlig eller privat regi.

Förtydliganden

Vårdförlopp mellan primär- och sekundärvård

Utredningen resonerar delvis kring spänningen mellan behovsstyrd vård och vårdgaranti, men landar enligt SFAM i en alltför förenklad slutsats när den menar att det inte finns någon större motsättning mellan dessa. En vårdgaranti sätter en maximal väntetid men säger i sig inget om vem som behöver vården mest. Ju närmare tidsgränsen en patient kommer, desto större blir risken att väntetiden i sig påverkar prioriteringen. **SFAM anser därför att generella tidsgränser skapar en inneboende målkonflikt mellan att uppfylla vårdgarantin och principen att vård ska ges efter behov.**

Utredningen uppmärksammar behovet av att se en större del av vårdkedjan och analyserar bland annat risken för undanträngning inom sekundärvården. **SFAM saknar dock en motsvarande analys av hur den föreslagna vårdgarantin påverkar patientens samlade vårdförlopp mellan primärvård och sekundärvård.** Patienter bedöms, utreds och behandlas ofta i båda vårdnivåerna under ett och samma vårdförlopp. Vårdens resultat bör därför bedömas utifrån om patientens behov tillgodoses och den samlade vården blir bättre, inte utifrån ledtider i enskilda delar av vårdssystemet. Förändrade ledtider i sekundärvården kommer att påverka

patientflöden, arbetsfördelning och resursbehov även i primärvården. Annars finns en risk att kortare ledtider i en del av vården uppnås genom suboptimering av patientens samlade vårdförlopp.

Skärpta tidsgränser för remisshantering och medicinsk bedömning i sekundärvården kan exempelvis leda till ökade krav på utredning före remiss, fler remisskompletteringar, avslag på välmotiverade remisser och att mer uppföljning förs över till primärvården. Sådana förändringar kan vara medicinskt motiverade, men bör utgå från patientens behov och inte från behovet av att klara tidsgränser. SFAM ser en betydande risk för att förslagen leder till ökad vårdöverflyttning till primärvården, med undanträngning och ökade väntetider som följd. **Vården blir inte mer tillgänglig genom att väntetid och arbete flyttas från en del av vårdsystemet till en annan.**

Utredningen behandlar produktions- och kapacitetsstyrning som ett sammanhållet begrepp. **SFAM menar att det är viktigt att skilja mellan behovet av kapacitetsplanering och möjligheten att produktionsstyra olika delar av vården.** Kapacitetsplanering behöver omfatta patientens hela vårdförlopp. Produktionsstyrning lämpar sig däremot främst för avgränsade delar av vårdförloppet där diagnoser och åtgärder är tydligt definierade. Den är betydligt mer problematisk i det prediagnostiska arbete som till stor del kännetecknar primärvården, där vårdbehov värderas under osäkerhet och arbetet svårtligen kan beskrivas som produktion av standardiserade enheter.

Utredningen behandlar flera hinder för vård över regiongränser. **SFAM saknar dock en tydlig analys av hur patientens fortsatta vårdförlopp ska fungera mellan den mottagande vårdgivaren, hemregionens sekundärvård och primärvården.** Vård i en annan region kan skapa behov av fortsatt utredning, behandling eller uppföljning efter vårdinsatsen. Eftersom remissregler och ansvarsfördelning mellan vårdnivåer kan skilja sig mellan regionerna behöver ansvaret för informationsöverföring och fortsatt vård tydliggöras, så att patienten inte riskerar att hamna mellan olika vårdgivares och regioners regelverk.

Reformens konsekvenser för primärvården måste beräknas

Utredningen analyserar reformens ekonomiska konsekvenser för regionerna och bedömer att reformen inte innebär några permanenta kostnadsökningar. **SFAM efterfrågar beräkningar av hur reformen påverkar primärvårdens resursbehov och kostnader genom förändrade patientflöden och förändrad arbetsfördelning mellan sekundärvård och primärvård.**

Sådana kostnader och resursbehov kan exempelvis uppstå genom:

- mer förutredning, remisshantering och remisskompletteringar,
- överföring av uppföljning och andra arbetsuppgifter från sekundärvården,
- samordning och informationshantering vid vård över regiongränser.

När arbete flyttas mellan delar av vården flyttas också resursbehov och kostnader. Om reformen medför ett ökat uppdrag för primärvården måste detta identifieras, kostnadsberäknas och finansieras. Om dessa kostnader inte analyseras och finansieras riskerar en kortare kö i sekundärvården bara att leda till en längre kö i primärvården.

Andreas Stomby

för styrelsen i
Svensk Förening för Allmänmedicin



Svenska Endokrinologföreningens yttrande Behovsstyrd vård 2026-09-14.

Vi instämmer med emphasis på alla punkter i det yttrande som SLS författat 2026-05-06.

Framför allt befarar vi undanträngningseffekter av kroniskt sjuka patienter när tillgänglighet för nybesök ska kortas. Det har man redan gjort i tex Region Stockholm med just det utfallet.

Anna-Karin Åkerman

Ordförande i SEF



SFOG:s remissvar avseende SOU 2026:38 Behovsstyrd vård

Sammanfattning

Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) välkomnar utredningens ambition att stärka patientens ställning, förbättra tillgängligheten och skapa en mer behovsstyrd vård. SFOG delar uppfattningen att dagens vårdgaranti är otillräcklig då den endast omfattar vissa delar av vårdkedjan och riskerar att ge en missvisande bild av patientens faktiska väntetid. Utredningens förslag att inkludera fler delar av vårdprocessen, såsom utredningar och återbesök, är därför principiellt positivt.

SFOG ser samtidigt flera utmaningar med de föreslagna förändringarna. Även om vi väljer att ge exempel från specialiteten obstetrik och gynekologi så är våra synpunkter i det följande tillämpliga på hälso- och sjukvården som helhet.

Vårdgarantin får inte utvecklas till ett styrinstrument som riskerar att tränga undan medicinska prioriteringar eller minska möjligheten att ge vård utifrån patientens behov. Särskild uppmärksamhet bör riktas mot konsekvenserna för specialiteter där många patienter har kroniska, komplexa eller långvariga tillstånd som kräver kontinuitet, individuell planering och specialistkompetens.

Vård efter behov måste fortsatt vara överordnad vårdgarantin

SFOG välkomnar att utredningen tydligt slår fast att prioriteringar även fortsättningsvis ska ske enligt den etiska plattformen och behovsprincipen. Detta är en grundläggande förutsättning för en jämlik och medicinskt ändamålsenlig vård.

SFOG vill samtidigt uppmärksamma att tidsbaserade styrmodeller kan ge upphov till oavsiktliga prioriteringseffekter, inte minst när de kopplas till ekonomiska incitament. Riksrevisionen har i sin rapport *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer (RiR 2023:12)* pekat på att vårdgarantin och andra väntetidsstyrande insatser kan innebära risk för undanträngning av patienter med större vårdbehov om styrningen inte utformas med hänsyn till vårdens samlade prioriteringar. Särskilt vill vi påpeka att en utökad vårdgaranti inte får innebära en risk att det som betecknas som lågvärdevård trängs undan ändamålsenliga åtgärder i hälso- och sjukvården.

SFOG anser därför att det i det fortsatta lagstiftningsarbetet tydligare bör framgå att medicinsk prioritering alltid ska vara överordnad vårdgarantins tidsgränser.

Krav på rätt kompetens vid medicinsk bedömning

SFOG är positiv till att vårdgarantin fokuserar på medicinsk bedömning snarare än enbart ett fysiskt besök. Samtidigt vill föreningen betona att bedömningen måste utföras av profession med adekvat kompetens för det aktuella tillståndet. SFOG anser därför att lagstiftningens



formuleringar bör kompletteras med ett tydligare kompetensperspektiv för att säkerställa patientsäkerhet och medicinsk kvalitet.

Exempel på tillstånd inom obstetrik och gynekologi där kompetensperspektivet är särskilt viktigt kan vara gynekologisk cancersjukdom, avancerad endometrios, kronisk bäckensmärta, reproduktionsmedicinska frågeställningar, komplicerade graviditeter. Motsvarande exempel kan lämnas från andra specialiteter.

Kompetensförsörjning är en avgörande förutsättning

Kompetensförsörjningen är en avgörande förutsättning för en god tillgänglighet i vården. Tillgång till specialistläkare, barnmorskor och annan kvalificerad vårdpersonal är en förutsättning för kortare väntetider, samtidigt som betydande kompetensbrist redan råder inom delar av kvinnosjukvården. Utan långsiktiga satsningar på kompetensförsörjning riskerar vårdgarantin att bli svår att uppfylla oavsett hur vårdprocesserna organiseras.

Resurs- och konsekvensanalysen framstår som otillräcklig

SFOG delar inte utredningens bedömning att förslagen inte innebär någon ambitionshöjning för regionerna.

SFOG bedömer att förslagen sammantaget innebär högre krav på regionernas verksamheter än vad som framgår av utredningen. En vårdgaranti som omfattar fler delar av vårdkedjan, inkluderar undersökningar och återbesök samt ställer ökade krav på information och uppföljning innebär i praktiken en ambitionshöjning. För att reformen ska kunna genomföras på ett hållbart sätt kan det därför behövas ökade resurser och kapacitet inom såväl bemanning som utbildning.

Sammanfattande ställningstagande

SFOG tillstyrker huvudinriktningen i utredningen och delar ambitionen att skapa en mer behovsstyrd, jämlik och patientcentrerad vård. Samtidigt anser föreningen att:

1. medicinsk prioritering tydligare måste ges företräde framför tidsgränser,
2. kraven på adekvat professionell kompetens bör förtydligas,
3. kontinuitetsfrågorna bör stärkas,
4. kompetensförsörjningens betydelse måste ges större tyngd,

SFOG anser att dessa frågor bör beaktas i det fortsatta lagstiftningsarbetet för att säkerställa att reformen leder till ökad kvalitet och bättre patientnytta.



Till: Svenska Läkaresällskapet

Yttrande betänkandet Behovsstyrd vård (SOU 2026:38) från Svensk Kirurgisk Förening

SKF motsätter sig inte ett kortande av vårdgarantin, inte minst då de svårast sjuka patienterna kan vara de som ännu inte fått tillgång till vård. Redan med dagens vårdgaranti finns dock betydande utmaningar vad gäller måluppfyllelsen. Enligt Väntetider i vården (SKR; via 90dagar.se/vantetider) väntade cirka 20–30 procent av patienterna inom benign kirurgi längre än den tidsgräns som följer av den nuvarande vårdgarantin i juni 2026. Mot denna bakgrund ser föreningen väsentliga utmaningar med en ytterligare förkortning av vårdgarantin och vill särskilt lyfta ett antal frågor som behöver hanteras för att reformen inte ska medföra oavsedda negativa konsekvenser.

Vi bedömer liksom betänkandet att de data som jämför tillgänglighet och kötider har brister, och de är idag inte fullt ut relevanta, då uppdraget mellan vårdgivare skiljer sig mycket. Ett exempel är akutsjukhus med ett högspecialiserat uppdrag kan ha betydligt sjukare patienter med mer komplexa förväntade åtgärder i kö än mindre enheter med ett begränsat uppdrag och utan ansvar för svårt sjuka patienter, även för samma "åtgärdsgruppering". Man jämför då patienter med möjligen liknande problem, men med helt olika krav på kompetens, planering och utredning. Översynen av uppföljning är således välkommen.

SKF anser att regeringen vid införandet av den nya vårdgarantin behöver säkerställa att regionerna inte nedprioriterar ST-utbildningen för att nå vårdgarantins mål. Den föreslagna reformen skärper behovet av att omsätta bedömningarna i SOU 2025:63, avsnitt 7.6 (s. 245–247), i praktiken, särskilt vad gäller utbildningsansvar vid upphandling, möjligheten till ST-placeringar hos privata utförare samt ekonomisk kompensation för sådana utbildningsinsatser. En möjlig åtgärd är att ålägga regionerna att inför upphandling och väsentlig omfördelning av vård dokumentera konsekvenserna för ST-utbildningen och redovisa hur handledning och tillgång till lämpliga utbildningsfall ska säkerställas. Annars riskerar lätt mätbara väntetidsmål att få företräde framför svårare mätbar utbildningskvalitet, så att kortare köer i dag uppnås på bekostnad av morgondagens kirurgiska kompetens.

SKF anser att regeringen behöver säkerställa att den nya vårdgarantin inte försvagar akutsjukhusens förmåga att hantera kriser, krig och katastrofer. I den fortsatta beredningen bör därför finansieringen av akutsjukhusens beredskapsuppdrag behandlas särskilt. När elektiv vård omfördelas kvarstår behovet av jourbemanning, bred kirurgisk kompetens och kapacitet att möta ett snabbt ökat vårdbehov. Ersättningsmodellerna behöver täcka dessa funktioner även om akutsjukhusens elektiva operationsvolym minskar som en följd av förkortade tidsgränser för vårdgarantin.

Vidare tror vi de förändringar som föreslås för bättre kontinuitet kommer att ha begränsad effekt, undantaget begränsningen av digital vård. Vi tror att den viktigaste kontinuitetsfunktionen ska vara hos primärvården, och ser inte att förslagen i detta betänkande stärker detta väsentligt. Korta tidsgränser kommer mycket troligt också bidra till sämre kontinuitet. Valfrihet värderas i förhållande till kontinuitet högt i svensk vård. Valfrihet kan ha biverkningar som ökad administration, ökat dubbelarbete, ökade kostnader samt kvalitetsrisker. Valfrihet i sig är inte dåligt, men måste regleras så att nackdelarna inte överväger. Även många länder med betydligt större andel privat vård än Sverige har mer begränsningar av valfrihet än Sverige.



SVENSK KIRURGISK FÖRENING

Vi bedömer liksom utredningen att det är svårt att skapa en välfungerande vitesfunktion när man inte uppnår tidskrav, men tror samtidigt att vid avsaknad av ekonomiska incitament så riskerar även nya tidsgränser uppfattas som riktlinjer, på gott och ont.

Slutligen en i sammanhanget mindre viktig men kort reflektion kring ökande vårdköer under sommaren som nämns i betänkandet. På många arbetsplatser inom sjukvården har det blivit legio att ta ut ett antal veckors föräldraledighet i anslutning till sommarsemester, då Sverige har en flexibel föräldraförsäkring. Det leder till kapacitetsproblem under sommaren. Vi är för en generös föräldraförsäkring, men den flexibilitet det svenska systemet har utmanar de verksamheter som har en hög belastning året runt. Risker att föreslagna förändringar kommer att utmanas av detta.

Sammanfattningsvis stöder vi stora delar av förslaget, men är oroliga främst för riskerna med minskad utbildning och bibehållandet av akutsjukhusens bredduppdrag och förmåga.

I övrigt stämmer vi in i SLS tidigare svar.

För Svensk Kirurgisk Förening

Linus Axelsson
Ordförande Svensk Kirurgisk Förening

Henrik Bergenfeldt
Ledamot Svensk Kirurgisk Förening

Svensk Förening för Hematologi instämmer i ett förkortad väntetid till specialiserad vård troligen är av glädje för flertalet patienter, vi är dock bekymrade över betänkandets beskrivning av förfarandet med remisser och remissvar. Vi är också bekymrade över hur stor administrativ insats som ter sig behövas för att generera väntetidsdata av troligen variabel och svårtolkad kvalitet.

Vi saknar att betänkandet beskriver den vanliga situationen "frågeremiss" där inremitterande inte förväntar sig att patientens vård ska övertas av specialist utan där inremitterande framför allt har frågor kring hur de själva ska utreda och följa patienten. Vi saknar också att betänkandet inte beskriver den situation när remisser avslås – vilket i vår specialitet sker vid majoriteten av remisser.

Vår specialitet arbetar även med SVF-remisser och SVF-förlopp som har som fördel att det blir tydligt för inremitterade när remiss bör skrivas samt vilka uppgifter som ska finnas i remissen, men vi vet också vilket stort administrativt arbete SVF-registrering innebär och att datan som genereras av den stora arbetsinsatsen är av en kvalitet som gör att jämförelser inom regioner och mellan regioner är svårtolkade.

Vår uppfattning är att smala specialiteter som får stora mängder remisser av varierande kvalitet där de flesta avslås kanske kan ansvara för att besked skickas till patienten inom 3 dgr om mottagen remiss, men att skicka besked inom 10 dgr till patienten att remiss avslås känns tveksamt. Sådant besked bör lämnas av inremitterande själv – detta följer bättre principen om vårdansvar dvs om vård vid specialistenhet ej är indicerad så ansvarar inremitterande själv för patienten och all information till patienten. Vad gäller remisser som avslås, liksom majoriteten av egenremisser, så går det emot såväl behovsprincipen som LEON-principen att högt prioritera arbete med sådana remisser framför arbete med SVF-remisser och cancer-patienters behandling och uppföljning.

Betänkandet bör tydligare beskriva frågeremisser, egenremisser, krav på remissinnehåll samt storleken på administrativ insats som väntetidsregistrering beräknas kosta. Betänkandet bör också beakta att det finns specialiteter med få specialister och ett mycket stort remissinflöde av frågeremisser. Betänkandet beskriver inte vem som är behörig att svara på remisser och hur det bör ageras när specialister är för få för arbetsmängden.

Vad gäller betänkandets förslag på tidsspann för remisser (3, 10, 30, 60 dagar) för information, besök osv så bedömer vi de angivna tidsramarna rimliga för de remisser som godkänns för besök. Enligt ovan finner vi tidsramarna orimliga för remisser som enbart genererar brevsvar.

Vad gäller skrivning i betänkandet om kontinuitet i vården så instämmer vi i skrivningen. Vi undrar vad som räknas som livshotande sjukdom. IVA-vård? Cancer?

Vi finner det märkligt att ett betänkande om behovsstyrd vård inte tar uppfrågan om vårdplatser och vårdplatsbrist där vi som arbetar i cancervården regelbundet ser att brist på vårdplatser gör att till och med cancervård skjuts upp dagar, veckor eller månader beroende på vilken behandlingstyp som är aktuell.

För Svensk Förening för Hematologi

Lovisa Wennström (tidigare ordförande)

Svensk Reumatologisk Förening

Remissvar – Betänkande behovsstyrd vård SOU 2026:38

Reumatologin delar utredningens ambition att stärka patientens ställning, minska omotiverade väntetider och åstadkomma en mer jämlik tillgång till specialistvård. En fungerande vårdgaranti är viktig, inte minst för patienter med nydebuterad inflammatorisk sjukdom där tidig diagnostik och behandling kan ha stor betydelse för prognos och framtida funktionsförmåga.

Samtidigt vill vi framhålla att förutsättningarna för att uppfylla den föreslagna vårdgarantin skiljer sig betydligt mellan olika specialiteter och verksamheter. Reumatologin är en högspecialiserad verksamhet där många kliniker redan i dag har betydande kompetens- och bemanningsproblem. På flera håll är verksamheten hårt belastad av såväl nybesök som uppföljning av en växande grupp patienter med kroniska inflammatoriska sjukdomar.

En lagstadgad förkortning av väntetiderna från dagens 90 dagar till 30 dagar för medicinsk bedömning, samtidigt som utredningar och vissa återbesök inkluderas, riskerar därför att leda till undanträngning av annan medicinskt motiverad vård om inte reformen kombineras med förstärkta resurser och långsiktiga åtgärder för kompetensförsörjningen.

Vår huvudsakliga synpunkt är därför att en skärpt vårdgaranti förutsätter en nationell plan för kompetensförsörjning, dimensionering och finansiering av specialistvården. Annars finns en betydande risk att reformen i praktiken flyttar problemet snarare än löser det.

Vi vill främst trycka på:

1. Vårdgarantin måste förenas med krav på kompetensförsörjning

Utredningen föreslår att remisser till specialiserad vård ska granskas inom tre arbetsdagar och att patienten ska få en medicinsk bedömning inom 30 dagar. Vidare ska planerad vård ges inom 60 dagar efter beslut om vård.

För reumatologin innebär detta en betydande ambitionshöjning. Reumatologisk diagnostik är ofta komplex och kan, utöver en första bedömning av reumatolog, behöva omfatta laboratorieprover, undersökningar på klinisk fysiologimottagning och bilddiagnostik, för att därefter kunna ta ställning till behandling. Patienterna kan dessutom ha systemiska sjukdomar med flera organengagemang som kan kräva bedömning och samordning med andra specialiteter.

Föreslagna tidsgränser kommer i dagens läge ej att kunna uppfyllas utan en ökning av reumatologer, sjuksköterskor och andra professioner med relevant kompetens, om inte kvalitet och patientsäkerhet ska försämras.

Svensk Reumatologisk Förening

2. Risk för undanträngning av patienter med etablerad kronisk sjukdom

En stor del av reumatologins uppdrag utgörs av vård av patienter med kroniska inflammatoriska sjukdomar och immunmodulerande terapier som kräver regelbunden monitorering och uppföljning.

Om en allt större andel av klinikens begränsade kapacitet måste tas till nybesök och vårdgarantiärenden finns en överhängande risk för att resurser tas från patienter med redan etablerad sjukdom.

Detta skulle innebära en oönskad undanträngning av vård som också är medicinskt nödvändig.

3. Behovsprincipen måste skyddas

Vi välkomnar att utredningen tydligt framhåller att vård ska prioriteras efter behov och att vårdgarantin inte ska ersätta den medicinska prioriteringen.

Patienter med misstänkt organhotande eller snabbt progredierande inflammatorisk sjukdom måste kunna prioriteras framför patienter med mindre brådskande tillstånd. En försnävad tidsram för vårdgaranti, som omöjliggör professionens egen prioritering utifrån medicinskt behov, riskerar att remissbedömningen blir ett trubbigt instrument som ej gör skillnad på patienter med akut och mindre akut behov.

4. Ökad användning av annan vårdgivare är inte en realistisk lösning

Utredningen föreslår att regionen ska säkerställa vård hos annan vårdgivare när den egna verksamheten inte kan uppfylla vårdgarantin.

Det saknas i praktiken tillgänglig reumatologisk kapacitet hos andra vårdgivare, då bristen på specialistkompetens är ett nationellt problem. Utomlänsvård kan endast i begränsad omfattning lösa problemet. Långa avstånd till vård för kroniska tillstånd utgör dessutom en utmaning som skiljer sig från exempelvis ett enstaka planerat operativt ingrepp.

Vidare skulle tillfälligt nyttjande av annan vårdgivare riskera försämrad kontinuitet, särskilt för patienter med komplexa systemsjukdomar och långvariga behandlingsförlopp.

Svensk Reumatologisk Förening

Avslutande bedömning

Reumatologin ställer sig positiv till ambitionen att patienter ska få tillgång till specialistvård utan omotiverad väntan.

För verksamheter som redan i dag har svårt att bemanna och upprätthålla nuvarande uppdrag finns en uppenbar risk att de nya kraven leder till ökad arbetsbelastning, undanträngning av patienter med etablerad sjukdom och försämrad kontinuitet, om inte kapaciteten samtidigt förstärks.

För att reformen ska leda till verkligt förbättrad tillgänglighet, och inte endast till förändrade köer eller ökad belastning på redan hårt pressade verksamheter, behöver införandet därför föregås av långsiktiga och finansierade åtgärder för kompetensförsörjning, kapacitetsuppbyggnad och en stärkt specialistvård.

För Svensk Reumatologisk Förenings styrelse

Umeå 2026-09-30



Åsa Ribers
Facklig sekreterare



Svensk Reumatologisk Förening

För Svensk Reumatologisk Förenings styrelse

Umeå 2026-



Åsa Ribers
Facklig sekreterare



Yttrande från Svensk Ortopedisk Förening över SOU 2026:38 Behovsstyrd vård

Svensk Ortopedisk Förening (SOF) delar utredningens ambition att minska omotiverade väntetider och skapa en mer jämlik tillgång till vård. En förstärkt vårdgaranti kan bidra till detta. Samtidigt behöver den utformas och följas upp så att medicinsk prioritering efter behov fortsatt är styrande och så att tidsbaserad styrning inte leder till undanträngning eller fragmenterade vårdförlopp.

SOF instämmer i huvudsak i de synpunkter som Svenska Läkaresällskapet (SLS) har framfört under utredningens arbete och vill särskilt komplettera med följande perspektiv från ortopedisk vård.

Medicinskt behov måste styra prioriteringen

SOF delar SLS uppfattning att det tydligt måste framgå att den etiska prioriteringsplattformen är överordnad vårdgarantins tidsgränser när dessa kommer i konflikt.

Detta är särskilt relevant inom ortopedin, där en stor del av verksamheten utgörs av planerad vård och där vårdbehovet kan variera betydligt mellan patienter med samma diagnos. Patienter med exempelvis höft- eller knäartros kan ha mycket olika grad av smärta och funktionsnedsättning, olika risk för försämring och olika förväntad patientnytta av en åtgärd. Prioriteringen mellan patienter måste därför fortsatt kunna baseras på en individuell medicinsk bedömning och inte på hur nära patienten befinner sig vårdgarantins tidsgräns.

Utredningen framhåller att vårdgarantin inte ska styra den medicinska prioriteringen. SOF delar denna utgångspunkt, men ser samtidigt en risk för att tidsgränserna i praktiken blir en stark organisatorisk styrsignal när tillgänglig kapacitet inte räcker för att både prioritera efter behov och erbjuda samtliga patienter vård inom garantins tidsgränser.

De föreslagna gränserna om 30 dagar till medicinsk bedömning och 60 dagar till beslutad planerad vård bör därför betraktas som yttersta gränser för tillgänglighet och inte som medicinska prioriteringsgränser. Den medicinskt motiverade tidpunkten för en åtgärd kan, beroende på patient och tillstånd, ligga såväl före som efter dessa tidsgränser.

Risk för undanträngning av planerad uppföljning

SOF vill särskilt uppmärksamma risken för undanträngning av vård som inte omfattas av vårdgarantin.

Utredningen föreslår att planerad uppföljning även fortsättningsvis ska styras av individuellt medicinskt fastställda tidpunkter och inte omfattas av vårdgarantin. SOF bedömer att detta i grunden är rimligt. En uppföljning som av medicinska skäl bör ske efter en viss tidsgräns behöver då ske vid denna tidpunkt och inte inom en generell tidsgräns då det kan avgöra fortsatt vårdförlopp.

Det är dock viktigt att planerad uppföljning inte likställs med medicinskt mindre angelägen vård. Inom ortopedin kan tidpunkten för uppföljningen vara en integrerad del av

behandlingen. Utredningen använder själv kontroll av frakturläkning efter ett visst antal veckor som exempel på planerad uppföljning. Vid en sådan kontroll kan fynden påverka fortsatt immobilisering, belastning och rehabilitering eller leda till ställningstagande till ytterligare behandling.

När mottagnings- eller diagnostikkapaciteten är begränsad finns en risk att vård med en definierad garantigräns ges företräde framför planerad uppföljning som saknar motsvarande administrativ tidsgräns, även när den senare har större medicinsk tidskritikalitet.

SOF anser därför inte att all planerad uppföljning bör föras in i vårdgarantin. Däremot bör införandet av den förstärkta vårdgarantin följas upp avseende eventuella undanträngningseffekter på vård utanför garantin. Följsamhet till individuellt fastställda medicinska måldatum för planerad uppföljning skulle kunna utgöra en relevant del av en sådan uppföljning.

Medicinsk bedömning inom 30 dagar

SOF ser positivt på att vårdgarantin utgår från en medicinsk bedömning snarare än från ett obligatoriskt första läkarbesök. Detta skapar möjlighet att utifrån patientens behov använda rätt profession och organisera mer ändamålsenliga vårdförlopp.

Det är också positivt att nödvändiga undersökningar kan ingå i processen fram till den medicinska bedömningen. Samtidigt behöver implementeringen utformas så att kravet på en snabb bedömning inte skapar incitament till diagnostik som saknar tydlig medicinsk indikation. Inom ortopedin är exempelvis bilddiagnostik ofta värdefull men behöver väljas utifrån anamnes, kliniska fynd och aktuell frågeställning. En tidsgräns bör inte leda till att undersökningar beställs i förväg enbart för att säkerställa att garantin kan hållas.

En välfungerande 30-dagarsgaranti förutsätter därför välorganiserade vårdförlopp och fungerande samverkan mellan bland annat primärvård, diagnostik och specialistvård.

Vård hos annan utförare och sammanhållna vårdförlopp

SOF ser positivt på principen att tillgänglig kapacitet hos andra vårdgivare ska kunna användas för att minska omotiverade väntetider. Patientens möjlighet att få vård i rätt tid bör inte vara beroende av den egna vårdgivarens aktuella kapacitet eller av patientens egen förmåga att navigera mellan olika vårdgivare.

För kirurgisk vård behöver dock hela vårdförloppet beaktas. En operation är inte en isolerad åtgärd. Om utredning och operationsbeslut sker hos en vårdgivare och operation hos en annan måste ansvarsfördelningen för preoperativ bedömning, postoperativ vård, rehabilitering, komplikationer och eventuell reoperation vara tydlig. Relevant information behöver vara tillgänglig för samtliga involverade vårdgivare och patienten ska inte behöva bära ansvaret för samordningen.

SOF vill också framhålla att tillgänglig kirurgisk kapacitet inte är generellt utbytbar mellan olika patienter. För ortopedisk kirurgi krävs en fungerande helhet av kirurgisk kompetens, anestesi, operationspersonal, eventuell slutenvård och postoperativa resurser. Kapacitet för en medicinskt okomplicerad patient som genomgår standardiserad dag- eller korttidskirurgi

innebär därför inte nödvändigtvis kapacitet för en patient med omfattande samsjuklighet eller behov av mer komplex kirurgi.

Ökad överföring av planerad vård mellan utförare kan även förändra patienternas sammansättning vid olika vårdenheter. Om framför allt standardiserade och medicinskt mindre komplexa ingrepp utförs hos externa vårdgivare kan en större andel komplexa och resurskrävande patienter bli kvar vid sjukhusklinikerna. Skillnader i sådan case-mix behöver beaktas vid jämförelser av produktivitet, kostnader och väntetider.

Vid större och långvariga förskjutningar av elektiva operationsvolymer bör även konsekvenserna för utbildning och långsiktig kompetensförsörjning beaktas. Tillgång till lämpliga patientfall är en förutsättning för att utbilda framtida specialister och upprätthålla kirurgisk kompetens.

Kapacitet och vård med låg patientnytta

SOF delar utredningens uppfattning att befintlig kapacitet behöver användas effektivt och att vård med låg eller ingen patientnytta bör fasas ut. Detta är en viktig del i arbetet med att frigöra resurser till vård med större behov och patientnytta.

Samtidigt skapar en vårdgaranti inte i sig den specifika kapacitet som krävs för att genomföra vården. Inom ortopedin är tillgången till kirurgisk behandling beroende av flera sammanhängande resurser, och en flaskhals i någon del av vårdkedjan kan begränsa den faktiska kapaciteten.

När vårdgarantin både breddas till fler delar av vårdförloppet och tidsgränserna kortas är det därför viktigt att följa om den tillgängliga kapaciteten är tillräcklig och av rätt slag för olika patientgrupper. I annat fall finns risk att reformen i första hand förändrar patientflöden och prioriteringar snarare än att den faktiska tillgången till vård ökar.

Styrning och uppföljning måste omfatta mer än väntetider

SOF delar utredningens bedömning att styr- och ersättningssystem behöver balansera tillgänglighet mot kontinuitet och andra kvalitetsdimensioner.

Uppfyllelse av vårdgarantins tidsgränser är relativt enkel att mäta och kommer sannolikt att bli en tydlig indikator på reformens genomslag. En förbättrad måluppfyllelse av 30- och 60-dagarsgränserna innebär dock inte i sig att vården blivit mer behovsstyrd eller att patientnyttan har ökat.

Uppföljningen av reformen bör därför även inkludera eventuella undanträngningseffekter, följsamhet till medicinskt motiverade uppföljningstider, kontinuitet och sammanhållna vårdförlopp samt relevanta mått på patientnytta. Det är särskilt viktigt att säkerställa att ekonomiska och organisatoriska styrsignaler inte premierar uppfyllelse av vårdgarantins tidsgränser på bekostnad av medicinsk prioritering.

Sammanfattning

SOF stödjer ambitionen att minska omotiverade väntetider och förbättra patienternas tillgång till specialiserad vård. En förstärkt vårdgaranti kan vara ett verktyg för detta.

För att reformen samtidigt ska bidra till en mer behovsstyrd vård anser SOF att:

- den etiska prioriteringsplattformen tydligt måste vara överordnad vårdgarantins tidsgränser när dessa kommer i konflikt,
- medicinskt motiverad vård utanför garantin måste skyddas från undanträngning och följas upp,
- ansvar och kontinuitet måste säkerställas när vårdförlopp delas mellan olika vårdgivare,
- skillnader i patientkomplexitet och konsekvenser för kompetensförsörjning behöver beaktas när vård flyttas mellan utförare, och
- reformens resultat behöver utvärderas bredare än genom enbart måluppfyllelse av 30- och 60-dagarsgränserna.

Vårdgarantins tidsgränser bör vara ett skydd mot omotiverad väntan, men får inte utvecklas till ett parallellt prioriteringssystem. Målet måste fortsatt vara att varje patient får rätt vård, vid medicinskt rätt tidpunkt och utifrån sitt individuella vårdbehov.

Remissyttrande

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP)

Remiss av SOU 2026:38 – Behovsstyrd vård

Sammanfattning

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP) välkomnar utredningens ambition att stärka patienternas tillgång till vård, förbättra kontinuiteten och tydligare utgå från medicinska behov. Föreningen delar uppfattningen att vården ska vara jämlik och att patienter inte ska behöva vänta längre än nödvändigt på bedömning och behandling.

SFBUP ser emellertid betydande risker med flera av utredningens förslag. Vår erfarenhet från barn- och ungdomspsykiatri visar att en allt starkare styrning mot vårdgarantins tidsgränser, utan motsvarande förstärkning av vårdens kapacitet och kompetensförsörjning, riskerar att motverka sitt syfte. När administrativa mått blir överordnade medicinska prioriteringar uppstår undanträngningseffekter, försämrad kontinuitet, etisk stress hos vårdens professioner och i förlängningen en försämrad vård för de patienter med störst behov.

SFBUP anser därför att utredningens förslag behöver kompletteras med nationella prioriteringsstöd, en mer ändamålsenlig uppföljning av vårdens kvalitet och en tydligare analys av de konsekvenser som styrningen får för patienter, profession och vårdens långsiktiga hållbarhet.

Övergripande synpunkter

Utredningen tar sin utgångspunkt i den etiska plattformen och principen att patienter med störst medicinskt behov ska prioriteras först.

SFBUP delar fullt ut utredningens utgångspunkt att den som har störst behov av vård ska prioriteras först. Just därför ser föreningen en betydande risk att de föreslagna förändringarna inte får avsedd effekt.

Barn- och ungdomspsykiatriens erfarenheter visar att vårdgarantins tidsgränser i praktiken ofta blir det mest styrande prioriteringsinstrumentet när efterfrågan överstiger tillgänglig kapacitet. Detta innebär en risk att administrativa tidsgränser får större genomslag än den behovsprincip som utredningen själv lyfter fram som grundläggande.

Barn- och ungdomspsykiatri har under flera år levt med en förstärkt vårdgaranti och omfattande nationell uppföljning av tillgänglighet. Erfarenheterna visar att verksamheternas

fokus i praktiken ofta förskjuts från medicinska prioriteringar till att uppfylla administrativa måltal. Detta riskerar att leda till att vårdens resurser används mindre effektivt och att patienter med de största vårdbehoven inte alltid prioriteras först.

Utredningen beskriver hur en behovsstyrd vård bör fungera. SFBUP vill samtidigt betona vikten av att beakta hur styrningen faktiskt fungerar i klinisk vardag.

Vårdgarantin kan inte ersätta vårdkapacitet

En vårdgaranti är ett viktigt verktyg för att stärka patientens rättigheter. Den kan däremot inte skapa fler specialistläkare, psykologer, sjuksköterskor eller andra medarbetare.

Om tidsgränserna skärps utan motsvarande förstärkning av vårdens resurser kommer vårdgarantin i praktiken att fungera som ett styrinstrument snarare än ett kvalitetsinstrument.

Erfarenheterna från BUP visar att detta leder till att verksamheterna tvingas prioritera inflödet av nya patienter framför den fortsatta vården av redan kända patienter. Resultatet blir att patienter snabbt erbjuds ett första besök men därefter får vänta betydligt längre på utredning, behandling eller uppföljning.

SFBUP delar därför inte utredningens bedömning att förslagen inte innebär någon ambitionshöjning för regionerna. Att korta vårdgarantins tidsgränser samtidigt som fler delar av vårdkedjan omfattas innebär i praktiken ett betydligt större åtagande, vilket kräver förstärkta resurser.

Utredningen beskriver själv att antalet patienter inom BUP sedan 2017 ökat med cirka 35 procent medan kapaciteten endast ökat med omkring 22 procent. SFBUP delar därför inte bedömningen att en ytterligare ambitionshöjning av vårdgarantin kan genomföras utan betydande resurstillskott. Tvärtom talar utredningens egen problembeskrivning för motsatsen

Erfarenheter från barn- och ungdomspsykiatri

Barn- och ungdomspsykiatri skiljer sig från många andra specialiteter.

Patienterna har ofta komplex samsjuklighet där diagnostik, utredning och behandling sker parallellt under längre tid. Den terapeutiska relationen är i många fall en central del av behandlingen. Kontinuitet och flexibilitet är därför avgörande för vårdens kvalitet.

När styrningen ensidigt fokuserar på väntetider till första kontakt riskerar andra delar av vårdkedjan att nedprioriteras.

SFBUP ser idag flera negativa konsekvenser av denna utveckling:

- undanträngning av patienter som redan är inskrivna i vården,
- försämrad kontinuitet,
- längre väntetider till behandling,
- minskat utrymme för medicinska prioriteringar,
- ökad administrativ belastning,
- betydande etisk stress hos vårdens medarbetare.

Denna utveckling påverkar även kompetensförsörjningen. Många medarbetare beskriver att de upplever ett växande glapp mellan professionens medicinska ansvar och de administrativa krav som verksamheten förväntas uppfylla. På sikt riskerar detta att bidra till ökade svårigheter att rekrytera och behålla erfaren personal inom BUP.

SFBUP noterar med tillfredsställelse att utredningen själv identifierar risken för undanträngningseffekter och försämrad kontinuitet inom BUP. Föreningen delar denna riskbedömning men delar inte utredningens slutsats att behovsprincipen i sig utgör ett tillräckligt skydd.

Erfarenheterna från BUP visar att behovsprincipen i praktiken riskerar att trängas undan när verksamheter samtidigt styrs mot detaljerade tidsgränser och administrativa prestationsmått. Det saknas idag nationellt implementerade prioriteringsstöd som möjliggör konsekvent behovsbaserad prioritering när efterfrågan överstiger kapaciteten.

Medicinska prioriteringar kräver praktiska prioriteringsstöd

Utredningen hänvisar återkommande till den etiska plattformen och behovsprincipen.

SFBUP delar fullt ut dessa principer men konstaterar samtidigt att det idag saknas nationellt förankrade prioriteringsstöd för stora delar av barn- och ungdomspsykiatri. Arbete med detta pågår dock inom ramen för det nationella utvecklingsteamet inom BUP, Socialstyrelsen.

Konsekvensen blir att verksamheterna i praktiken ofta tvingas göra prioriteringar utifrån andra faktorer än medicinsk angelägenhetsgrad.

När efterfrågan kraftigt överstiger tillgängliga resurser riskerar vårdgarantins tidsgränser, administrativa uppföljningsmått eller patienters och vårdnadshavares förmåga att driva sina ärenden att få större betydelse än det faktiska medicinska behovet.

SFBUP anser därför att utvecklingen av nationella prioriteringsstöd bör ges hög prioritet innan vårdgarantin byggs ut ytterligare.

Nationell kunskapsstyrning är ett viktigt stöd men inte en fullständig lösning

Utredningen lyfter fram den nationella kunskapsstyrningen som en central förutsättning för behovsstyrd vård.

SFBUP delar uppfattningen att nationella vårdprogram och kunskapsstöd har stor betydelse för jämlik vård.

Barn- och ungdomspsykiatrien kännetecknas dock av hög grad av samsjuklighet, komplex psykosocial problematik och betydande individuella variationer. Många patienter passar inte in i standardiserade vårdprocesser.

Kunskapsstyrning kan därför inte ersätta professionens medicinska bedömningar eller behovet av individuella prioriteringar.

Det finns också en risk att styrningen leder till ett ökat fokus på diagnosspecifika processer medan patienter med omfattande samsjuklighet och störst vårdbehov får svårare att passa in i vårdens organisatoriska strukturer.

Till skillnad från många somatiska vårdförlopp är diagnostik, behandling och uppföljning inom barn- och ungdomspsykiatrien ofta parallella och iterativa processer. Patienternas behov förändras över tid och samsjuklighet är vanlig. God vård förutsätter därför flexibilitet och kontinuitet snarare än en strikt sekventiell process.

Uppföljning måste mäta kvalitet – inte enbart ledtider

SFBUP ser positivt på förbättrad nationell uppföljning.

Vi vill samtidigt framhålla att det finns betydande risker om vårdens kvalitet reduceras till mätning av ledtider.

När administrativa indikatorer blir avgörande för verksamheternas resultat skapas starka incitament att anpassa arbetssätt efter mätningen snarare än efter patienternas behov.

Det finns en påtaglig risk att verksamheter, under press att uppfylla vårdgarantin, inför administrativa lösningar som formellt uppfyller tidsgränserna utan att patienten faktiskt fått den vård som avsetts. Exempel kan vara mycket begränsade behandlingsinsatser eller digitala informationsåtgärder som registreras som behandlingsstart trots att någon egentlig behandling ännu inte inletts.

Ett sådant arbetssätt gynnar statistiken men inte patienten.

Styrssystem bör utformas så att de premierar medicinsk kvalitet och patientnytta snarare än administrativa måluppfyllelser.

SFBUP välkomnar att utredningen själv konstaterar att en lagstadgad vårdgaranti inte är tillräcklig för att lösa problemen med långa väntetider inom BUP. Mot denna bakgrund är det anmärkningsvärt att konsekvenserna av en ytterligare skärpt styrning analyseras så begränsat, särskilt vad gäller undanträngning, kontinuitet, arbetsmiljö och kompetensförsörjning.

Utredningen utgår genomgående från att styrningen kommer att påverka vårdens organisation men analyserar i begränsad omfattning hur styrningen påverkar professionens beteenden.

SFBUP:s erfarenhet är att detaljerade tillgänglighetsmål får en mycket stark normerande effekt i verksamheterna. När verksamheternas resultat bedöms utifrån ledtider uppstår ett betydande tryck att optimera registrerade processer snarare än medicinska utfall.

Detta riskerar att leda till att administrativa åtgärder utvecklas för att uppfylla vårdgarantin utan att patientens faktiska tillgång till kvalificerad behandling förbättras.

Exempelvis kan mycket begränsade eller administrativa behandlingsinsatser komma att registreras som behandlingsstart trots att någon reell behandlingsprocess ännu inte inletts.

När administrativa indikatorer blir de starkaste prioriteringsinstrumenten riskerar vårdgarantin att förskjuta fokus från vård efter behov till vård efter mätetal.

Etisk stress är en patientsäkerhetsfråga

En aspekt som enligt SFBUP ges alltför begränsat utrymme i utredningen är de konsekvenser som styrningen får för vårdens professioner.

När läkare och andra medarbetare upplever att administrativa krav återkommande står i konflikt med medicinska prioriteringar uppstår etisk stress.

Etisk stress påverkar inte bara arbetsmiljön utan också möjligheten att bedriva en långsiktigt hållbar och säker vård.

SFBUP anser att detta bör uppmärksammas tydligare i den fortsatta beredningen av förslagen.

SFBUP:s rekommendationer

SFBUP rekommenderar att regeringen:

- säkerställer att en utvidgad vårdgaranti följs av motsvarande förstärkning av vårdens kapacitet,
- utvecklar nationella prioriteringsstöd för barn- och ungdomspsykiatri,
- kompletterar uppföljningen med kvalitetsindikatorer och medicinska utfallsmått,
- analyserar vårdgarantins effekter på kontinuitet, återbesök och behandling,
- följer upp hur styrningen påverkar arbetsmiljö och kompetensförsörjning,
- säkerställer att nationell kunskapsstyrning används som stöd för professionen och inte som ersättning för kliniska prioriteringar,
- utvärderar risken för undanträngningseffekter innan ytterligare skärpningar av vårdgarantin genomförs.

SFBUP delar utredningens ambition att skapa en mer jämlik och behovsstyrd vård. För att intentionerna ska kunna omsättas i praktiken krävs dock att styrningen utformas så att den stödjer professionens medicinska prioriteringar och inte leder till oavsedda konsekvenser för patienter, medarbetare eller vårdens långsiktiga hållbarhet.

Barn- och ungdomspsykiatrins erfarenheter visar att tillgänglighet är en viktig kvalitetsdimension, men att den aldrig kan betraktas isolerat från vårdens kapacitet, kontinuitet och medicinska kvalitet.

För SFBUPs styrelse

Carl-Magnus Forslund

Ordförande