



Svenska
Läkaresällskapet

Särskilt yttrande beträffande utredningen *Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet* (Dir 2024:50)

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.

Via undertecknad har SLS tidigare avgivit yttranden inom ramen för aktuell utredning, dels den 27 november 2024, dels den 7 november 2025. **Dessa yttranden bifogas som bilagor.** SLS har även lämnat muntliga synpunkter på det uppdaterade utkast (utkastet) till utredningsförslag, som diskuterades i Stockholm den 19 februari.

SLS bedömer att våra tidigare lämnade principiella synpunkter är fortsatt relevanta. SLS önskar här framföra ett kompletterande särskilt yttrande över utkastet.

SLS anser det vällovligt att utredningen i utkastet beskriver prioriteringsplattformen (plattformen) på ett mer utförligt sätt än tidigare. Vidare uppfattar SLS att man i högre grad än tidigare beskriver den potentiella motsättningen mellan normsystemet för vårdgarantier och normsystemet för prioriteringar, dvs plattformen. Risken för undanträngningseffekter, alltså att större vårdbehov får stå tillbaka för lindrigare dito, diskuteras något mer ingående än i tidigare versioner. I några fall har försök till nödvändiga förtydliganden av nyckelbegrepp gjorts, exempelvis rörande vilka åtgärder som inbegrips i termen ”bedömningsgaranti”.

SLS saknar emellertid ett tydligt ställningstagande från utredningen, där det framgår att prioriteringsplattformen är överordnad vårdgarantin, när det uppstår en konflikt dessa normsystem emellan. Vidare bedömer SLS att utredningen yttrar sig alltför optimistiskt rörande undanträngningseffekter. SLS anser att risken kvarstår, även efter uppdateringen av utkastet. Därtill behöver grundläggande begrepp tydligare definieras med angivande av lämpliga referenser, exempelvis vad som avses med ”vårdbehov” och ”patientnytta”. I synnerhet bör förhållandet mellan vårdbehov och efterfrågan tydliggöras. Vidare bedömer SLS att utredningen inte tillräckligt ingående diskuterar konsekvenserna av om ett betydligt större antal patienter än idag skulle hänvisas till privata och offentliga vårdgivare i andra regioner. Tänkbara följder för patientsäkerhet, kontinuitet samt risk för ökad administrativ börda bör belysas noggrannare.

SLS vill särskilt betona:

- att det i utformningen av en ny vårdgaranti behöver framgå att prioriteringsplattformen är överordnad vårdgarantin i händelse av konflikt dem emellan
- att referensen *Vårdens svåra val. SOU 1995:5* bör citeras vid definition av nyckelbegreppen ”vårdbehov” och ”patientnytta”
- att utredningen yttrar sig alltför optimistiskt rörande undanträngningseffekter vid införande av en ny vårdgaranti, samt att risken kvarstår i det uppdaterade förslaget
- att det behöver klargöras hur bedömningsgarantin ska kunna inbegripa samtliga nödvändiga utredningssteg för att beslut om eventuell åtgärd ska kunna fattas inom stipulerad tidsram
- att uteblivna/försenade planerade uppföljningar i form av vårdbesök (återbesök) riskerar att leda till att försämringar inte upptäcks, med åtföljande konsekvenser för patientsäkerhet
- att det behöver klargöras hur det ökade tryck på vården som sannolikt kommer att bli följden av en ny vårdgaranti ska kunna hanteras i praktiken
- att om ett betydligt större antal patienter än idag förväntas hänvisas till vårdgivare i andra regioner, behöver risken för ökad administrativ börda, försämrad kontinuitet samt patientsäkerhet belysas mer ingående
- att utfärdande av viten utgör ett i sammanhanget olämpligt incitament med riskabla konsekvenser
- att det ur effektivitets- och kapacitetssynvinkel krävs en markant förbättrad läkarbemanning inom primärvården, ökat antal sjukhusvårdplatser, samt en kraftfull satsning på kompetensförsörjning anpassad efter faktiska förutsedda vårdbehov
- att det på klinisk beslutsnivå krävs individuella bedömningar på basen av vetenskap och beprövad erfarenhet, samt genomtänkta etiska principer
- att utredningen noggrannare behöver belysa hur en vårdgaranti för barn- och ungdomspsykiatri kan utformas, så att den inte medför undanträngningseffekter av svårare sjuka samt försämrad kontinuitet och kvalitet i den barnpsykiatriska vården
- att om förslaget rörande valfrihet beträffande val av vårdgivare inom sjukhusvård realiseras, behöver det klarläggas hur utredningen avser att minska risken för ökad ojämlikhet och avsteg från plattformen samt HSLs portalparagraf
- att det behöver beskrivas mer ingående hur de planeringsmässiga problem som kan förutses (pga akutflöden, vårdplatsbrist och behov av specifik specialistkompetens) i relation till möjligheten att välja utförare inom slutenvård skulle kunna bemästras

- att begreppet kontinuitet bör definieras tydligare och med fokus på kompetenskontinuitet, dvs vårdens förmåga att matcha patienternas behov i olika faser, på ett effektivt sätt
- att det behöver beaktas att förutsättningarna för fast vårdkontakt delvis är andra inom sjukhusvård än inom en allmänmedicinsk kontext (medicinskt, kompetensmässigt samt planeringsmässigt)
- att beträffande digitala vårdformer samma grundläggande principer som i annan vård måste gälla, särskilt beträffande vetenskap och beprövad erfarenhet och etiska prioriteringsprinciper

För Svenska Läkaresällskapet (SLS)

Den 4 mars 2026

Niklas Ekerstad

Ordförande SLS delegation för medicinsk kvalitet



Yttrande rörande utredningen *Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet* (Dir 2024:50)

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.

Utredningen *Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet* (Dir 2024:50) (Utredningen) planerar att den 2 januari 2025 lämna förslag på statliga engångsinsatser för att minska väntetider och korta köer. Förslagen kommer att formuleras i ett pm. SLS, i Utredningen representerat av Niklas Ekerstad, har i skrivande stund inte tagit del av pm:et.

SLS anser att bristande tillgänglighet i vården är ett stort problem, men att lösningen är komplex och kommer att kräva en mångfald insatser över tid. SLS har tidigare uttryckt kritik mot engångssatsningar, såsom satsningar för att förkorta köer, då de i allmänhet hotar våra etablerade prioriteringsprinciper genom att införa incitament som riskerar att bryta mot framför allt behovs- och solidaritetsprincipen. I detta skede av utredningen har vi inte tillgång till tillräckligt med information om de slutgiltiga rekommendationerna från utredningen för att kunna bedöma om förslagen leder till olyckliga undanträngningseffekter, men kommer att aktivt bevaka detta.

SLS önskar även lämna principiella synpunkter på förutsättningarna för statliga engångsinsatser, baserat på (1) det aktuella kommittédirektivet, (2) information under Utredningens möte den 4 november, samt (3) SLS' tidigare ställningstaganden och analyser.

SLS anser sammanfattningsvis:

att insatser för förbättrad tillgänglighet och kortare väntetider, allt annat lika, är av godo, men att det är nödvändigt att definiera vilka tillstånd/åtgärder (vårdbehov) som i första hand skall prioriteras

att befintligt gap mellan vårdbehov och resurser i sjukvården medför att engångsinsatser, vid varje tidpunkt, kan hamna i konflikt med prioriteringsordningen och därmed underminera normsystemet för prioriteringar (prioriteringsplattformen) och medföra undanträngningseffekter

att engångssatsningar tydligt måste villkoras så att prioriteringsplattformen följs
att fördröjning av åtgärder (väntetider) för att tillgodose lindriga vårdbehov visserligen kan riskera att medföra försämring av tillstånd, men att risken för försämring i minst lika hög grad gäller fördröjd vård av medelsvåra och svåra tillstånd

att kompetens- och resursöverföring från vårdgivare som handlägger komplexa och svåra vårdbehov till vårdgivare som i första hand handlägger lindriga vårdbehov måste motverkas

att åtgärder som av SoS klassats som icke-göra bör utsträmmas för att frigöra resurser (jämför Kloka Kliniska Val)

att riksdagens prioriteringsplattform är en del av gällande rätt och att den ska vara vägledande vid prioritering inom all hälso- och sjukvård, oberoende av driftsform
att hierarkin mellan prioriteringsplattformens etiska principer är grundläggande att följa, även när engångsinsatser planeras: 1) människovärdesprincipen, 2) behovs- och solidaritetsprincipen och 3) kostnadseffektivitetsprincipen

att de för Utredningen väsentliga termerna ”vårdbehov” och ”patientnytta” bör definieras i enlighet med prioriteringsplattformens förarbeten (se nedan under *Det ordinarie normsystemet för prioriteringar (prioriteringsplattformen)*)

SLS’ principiella synpunkter på förutsättningarna för statliga engångsinsatser (kommande pm)

Bakgrund

SLS har tidigare i olika sammanhang riktat kritik mot vårdgarantier och statliga engångsinsatser, såsom kömiljarder [1,2]. Liknande synpunkter har även framförts av andra aktörer, exempelvis Riksrevisionen, som konstaterar att vårdgarantier och kömiljarder riskerar att leda till undanträngning av större vårdbehov [3].

Statliga engångsinsatser inom hälso- och sjukvården 1) riskerar att underminera det ordinarie normsystemet för prioriteringar (prioriteringsplattformen) och därigenom orsaka undanträngningseffekter; 2) är i regel ineffektiva på längre sikt; samt 3) riskerar att skapa ökad administration och byråkrati.

Å andra sidan uppfattar SLS att sjukvårdsministern inför det aktuella uppdraget har betonat att förslag till åtgärder ska vara tydligt behovsbaserade, vilket SLS ser positivt på. Kommittédirektivet [4] indikerar en medvetenhet om risken för undanträngningseffekter, vilket är bra. Under Utredningens möte den 4 november påpekades vidare att det kommer att finnas viktiga skillnader i Utredningens förslag jämfört med i tidigare kömiljard-satsningar.

Det ordinarie normsystemet för prioriteringar (prioriteringsplattformen)

SLS uppfattar att riksdagens prioriteringsplattform utgör kärnan i det ordinarie normsystemet för prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård [5,6].

Prioriteringsplattformen inbegriper åtskilliga av sjukvårdens etiska kärnvärden, är demokratiskt väl förankrad, åtnjuter hög legitimitet hos befolkningen, och utgör en del av gällande rätt. Den ska vara vägledande vid prioritering inom all hälso- och sjukvård, oberoende av driftsform [5,6], och dess giltighet har bekräftats i en rad utredningar och i olika instanser [7-11].

Prioriteringsplattformens etiska principer är i hierarkisk ordning: 1) människovärdesprincipen, 2) behovs- och solidaritetsprincipen och 3) kostnadseffektivitetsprincipen [5,6].

Apropå hierarkin mellan principerna konstateras i exempelvis Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60) [6] respektive Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll SOU 2021:80 [10] följande:

”Att verksamheten bedrivs kostnadseffektivt får däremot aldrig innebära att man underlåter att ge vård till eller försämrar kvaliteten av vården av döende, svårt och långvarigt sjuka, gamla, dementa, utvecklingsstörda, gravt funktionshindrade eller andra som är i liknande situation.” (Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60))

”Kostnadseffektivitetsprincipen (jfr 4 kap. 1 § HSL), är underordnad de båda andra principerna. Strävan efter en kostnadseffektiv verksamhet får alltså inte innebära att sjukvården nekar vård till eller försämrar vårdens kvalitet för de mest behövande.” (SoU 2021:80)

Det är även väsentligt att termerna ”vårdbehov” och ”patientnytta” definieras i enlighet med prioriteringsplattformens förarbeten [5,6]. Vägledning ges även i den nationella modellen för prioriteringar [12].

Vårdbehov definieras som en funktion av dels sjukdomstillståndets svårighetsgrad, dels den möjliga patientnyttan. Det är särskilt viktigt att identifiera vårdbehov hos svaga individer, särskilt de med nedsatt autonomi. Vårdbehov, ej efterfrågan, avgör (behov och efterfrågan följs inte alltid åt) prioriteringen. Man har inte behov av en åtgärd som inte kan göra nytta [5,6].

Av prioriteringsplattformens förarbeten framgår att ”patientnytta” avser nyttan för en enskild individ och att en renodlad utilitaristisk nyttoaggregering inte är förenlig med prioriteringsplattformen [5-7,13]. Den sammanlagda nyttan av att tillgodose ett större antal lindriga vårdbehov får inte överflygla nyttan av att tillgodose svåra vårdbehov hos relativt få patienter. Patientnytta ska i första hand ses från individens och inte kollektivets perspektiv.

SLS uppfattar även att normsystemet för prioriteringar är överordnat normsystemet för andra logiker, som vårdgarantier och körkortningsinsatser [14,15]. Engångssatsningar måste därmed tydligt villkoras så att prioriteringsplattformen följs. Hierarkin mellan prioriteringsplattformens etiska principer måste betonas tydligt, även när det kommer till engångsinsatser, såsom satsningar för att förkorta köer.

En annan nyckelaspekt är att komplexiteten hos vårdbehoven inom sjukvården är generellt hög och professionellt baserade individuella bedömningar, på basen av vetenskap och beprövad erfarenhet, av patienter är centrala.

I Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60) [5] konstateras att ”Varje fall är unikt och måste bedömas utifrån den enskilda patientens behov och de unika förutsättningarna i just den situationen, men med vägledning av genomtänkta etiska grundprinciper.”

I ”Nationella principer för prioritering av rutinsjukvård under covid-19-pandemin (SoS) [9]: ”Individuella bedömningar: Den som tillämpar modellen i det dagliga arbetet, på patientnivå, behöver bedöma varje patient individuellt. Detta eftersom en patients vårdbehov kan skilja sig från den patientgrupp den tillhör.”

SLS anser att det finns anledning att öka utbildningsinsatserna kring prioriteringsplattformens tillämpning till hälso- och sjukvårdspersonal samt aktörer på administrativ och politisk nivå. Åtgärder som av SoS klassats som icke-göra bör utrangeras för att frigöra resurser. Vidare bör behov av forskning och kompetensförsörjning (särskilt fortbildning) tillgodoses även vid engångsinsatser.

Tillgänglighet och engångsinsatser för att korta köer

Insatser för förbättrad tillgänglighet och kortare köer är, allt annat lika, av godo. Det är dock nödvändigt att definiera *vilka tillstånd/åtgärder (vårdbehov)* som i först hand skall prioriteras. Nödvändiga frågor att ställa är: Tillgänglighet för vilka behov och för vilka patientgrupper? Vilka köer och väntetider är det som i första hand ska kortas? Givet befintligt gap mellan vårdbehov och resurser, är generellt ökad tillgänglighet inte förenlig med prioriteringsplattformen. Det kan uppstå konflikter mellan insatser som utan beaktande av vårdbehov minskar väntetider och exempelvis värdet av att låta störst vårdbehov gå först [1-3]. Risken för undanträngning av svåra och/eller komplexa vårdbehov är därmed påtaglig.

Det är grundläggande att i första hand medicinska behov och inte enbart och riggt tidsramar används som prioriteringsmekanism [5,6]. Visserligen kan tillstånd hos individer med relativt sett lindriga vårdbehov försämrats på grund av långa väntetider. Men detsamma gäller i minst lika hög grad för köställda individer med måttliga-stora vårdbehov. Engångsinsatser, som baseras på andra logiker än prioriteringsplattformen och dess fokus på medicinska behov, bedömda enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, riskerar att leda till avvikelser från prioriteringsplattformen. I vissa fall kan dessa avvikelser få konsekvenser för patientsäkerhet.

Tidigare, frekvent framförda, förhoppningar att engångsinsatser i sjukvården riktade mot lindriga behov skulle kunna frigöra resurser som skulle kunna användas för individer med stora och komplexa vårdbehov, finns det knappast empiriskt stöd för. Snarare tenderar effekterna att bli de motsatta, då andra logiker än ”störst vårdbehov går först” befästs. Dels urholkas prioriteringsplattformens logik, dels finns risk för kompetens- och resursöverföring från vårdgivare som handlägger komplexa och svåra vårdbehov till vårdgivare som i första hand handlägger lindriga vårdbehov [1-4]. Vidare kan nämnas att engångssatsningar har associerats med ökande administration med tillhörande kostnader samt avtalsrelaterad byråkrati.

Vid engångsinsatser måste även andra åtgärder än operationer kunna beaktas. Även behov av diagnostiska insatser samt ny- och återbesök ska tas med i beräkningen (hela vårdkedjan). I annat fall riskerar i synnerhet behov hos sköra äldre individer [16] med komplexa vårdbehov att trängas undan. SLS vill även betona att det finns andra värden än tillgänglighet som är viktiga: att vården baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet, kvalitet, effektivitet, legitima medicinska prioriteringar, kontinuitet samt en särskild förpliktelse att lyfta upp behov hos individer med nedsatt autonomi.

Referenser

1. Svenska Läkaresällskapet. Remissvar. Vägen till tillgänglighet SOU 2021:59 (S2021/05439/FS).
2. Svenska Läkaresällskapet. Remissvar. Vägen till ökad tillgänglighet SOU 2022:22 (S2022/02635/FS).
3. Riksrevisionen. I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer. Granskningsrapport. RiR 2023:12.
4. Socialdepartementet. Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet. Kommittédirektiv. Dir 2024:50.
5. Vårdens svåra val, SOU 1995:5.
6. Proposition 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

7. SMER. Bilaga till beslut av Statens medicinsk etiska råd (S 1985:A) den 23 januari 2009, Dnr 03/09. Om Prioriteringscentrums förslag till ny etisk plattform för prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården.
8. Riksrevisionen. Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? Riksrevisionen 2014:22.
9. Socialstyrelsen. Nationella principer för prioritering av rutinsjukvård under covid-19-pandemin. Kunskapsstöd för att utveckla regionala och lokala riktlinjer. Socialstyrelsen 2020.
10. SOU. Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll. SoU 2021:80.
11. Socialstyrelsen. Vårdens prioriteringar i krig och fredstida katastrofer. Kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens beredskap. Rapport. Stockholm 2022.
12. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso-och sjukvård: ett verktyg för rangordning: Linköpings universitet; 2017.
13. Ottosson JO. Vård efter behov eller maximerad hälsa? Läkartidningen. 2007;104:3213.
14. Socialdepartementet. Lagrådsremiss. Patientlag. Socialdepartementet. Stockholm 2014.
15. Vahlne Westerhäll L, Ekerstad N. Vårdgaranti vs prioriteringar – hur följer vården lagen? Läkartidningen. 2019;116:FMM7.
16. Ekerstad N, Cederholm T, Boström A-M et al. Clinical frailty scale – skörhet är ett sätt att skatta biologisk ålder Läkartidningen. 2022;119:22040.

Niklas Ekerstad, ordförande Delegationen för medicinsk kvalitet, Svenska
Läkarsällskapet



**Svenska
Läkaresällskapet**

Yttrande rörande utredningen *Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet* (Dir 2024:50)

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.

Via undertecknad lämnade SLS muntliga synpunkter på det utkast till utredningsförslag som diskuterades i Stockholm under möte den 23 oktober. Efter avstämning med andra nämndledamöter (utbildningsdelegationens ordförande Mia Ramklint betr. kap. 9, etikdelegationens ordförande Anders Castor betr. kap. 10 och 12) vill SLS härmed lämna kompletterande synpunkter, särskilt rörande kap. 8-10 och 12.

Kapitel 8: Utredningens förslag och bedömningar för vårdgarantin

Ett syfte med utredningen Behovsstyrd vård är att föreslå en ny vårdgaranti med väsentligt snävre tidsgränser (1). Därutöver betonas att vårdgarantin ska vara behovsstyrd. Den förra sjukvårdsministern har yttrat sig i samma anda. SLS har uppfattat att detta indikerar att medicinska prioriteringar i hälso- och sjukvården, även i praktiken, ska utgå ifrån riksdagens prioriteringsplattform (i fortsättningen kallad plattformen). Det ska tydligt framgå att vårdgarantins innehåll och tillämpning ska vara förenliga med plattformens principer.

På basen av den sist nämnda utgångspunkten har SLS erbjudit sig att bistå med expertis under utredningen. Det är i nuläget oklart om den nya vårdgarantin med tillhörande snävre tidsgränser kommer att vara förenlig med föresatsen att plattformen ska gälla.

Flera instanser har problematiserat tidigare vårdgarantier (2,3). Kärnan i kritiken har varit att statliga engångsinsatser inom hälso- och sjukvården: a) riskerar att underminera det ordinarie normsystemet för prioriteringar (plattformen) och därigenom orsaka undanträngningseffekter; b) i regel är ineffektiva på längre sikt; samt c) riskerar att skapa ökad administration och byråkrati.

Baserat på utredningens utkast "Utredningens förslag och bedömningar för vårdgarantin" vill SLS ta upp tre viktiga delar:

- 1) Förhållandet mellan en ny vårdgaranti och plattformen utifrån prioriteringsetik och gällande rätt**
- 2) Praktiska/tekniska aspekter på införandet av en ny vårdgaranti**

3) Övriga förutsättningar som påverkar möjligheten att effektivt införa en ny vårdgaranti

SLS är medvetet om att dessa tre delar interagerar med varandra, men bedömer ändå att de kan diskuteras var för sig.

1) Förhållandet mellan en ny vårdgaranti och plattformen utifrån prioriteringsetik och gällande rätt

Det är idag ett problem att plattformen, inklusive behovs- och solidaritetsprincipen, inte följs i tillräcklig omfattning. Ett uttryck för detta är beskrivna undanträngningseffekter, dvs undanträngning av större vårdbehov till förmån för lindrigare (3,4). Baserat på tidigare förarbeten, remissförfaranden och publikationer rörande vårdgarantier, uppfattar SLS det tydligt enligt gällande rätt att normsystemet för prioriteringar avses vara överordnat normsystemet för vårdgarantier (5,6).

”Detta innebär att vårdgarantin för varje enskilt fall vilar på beslut av den medicinska professionen. Det innebär i sin tur att vårdgarantin är beroende och begränsas av de prioriteringar som görs i hälso- och sjukvården, såväl mellan patienter som har samma sjukdom som mellan olika sjukdomsgrupper. Sådana prioriteringar ska alltid utgå från den av riksdagen fastställda prioriteringsordningen (nationella riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården). Prioriteringsordningen innebär att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Enligt regeringen måste arbetet med prioriteringar inom hälso- och sjukvården fortgå som vanligt utifrån prioriteringsordningen. Vårdgarantin ändrar inte detta. Utredningen påpekar att det måste vara Vårdgarantin ändrar inte detta.”
(Ur Lagrådsremiss Patientlag. Regeringen 2014)

Huruvida kommande slutgiltigt förslag till ny vårdgaranti kommer att öka eller minska risken för undanträngningseffekter är oklart. I likhet med utredningen bedömer SLS det logiskt och rimligt att även återbesök inbegrips i vårdgarantin (även om det behöver tydliggöras vad som inbegrips i begreppet ”återbesök”, se nedan). Å andra sidan kan det ökade tryck som systemet skulle utsättas för pga snävare tidsgränser, ökade krav på att fler åtgärder utförs inom ett visst tidsintervall samt inbegripna återbesök kunna öka risken för att vårdbehov som inte kan tydligt knytas till ett specifikt vårdförlopp trängs undan.

Det är bra att utredningen betonar behovet av att förbättrad information om vårdgarantin ges till patienterna och vårdgivarna. Det framstår dock väl så viktigt att förbättrad information om plattformen ges, i synnerhet till vårdgivarna.

Det är därmed väsentligt att plattformen och innebörden av dess mest centrala begrepp är välkända, exempelvis ”vårdbehov” och ”patientnytta”. Av särskild vikt är att när det uppstår en konflikt mellan vårdbehov och efterfrågan skall vårdbehov gälla som grund för handläggning. Beteckningen ”behovs- och solidaritetsprincipen” (snarare än ”behovsprincipen”) bör användas, dels därför att den är vedertagen i relevanta förarbeten och ett betydande antal utredningar, dels därför att den fångar viktiga aspekter av lagstiftarens intention (7-10).

Det är även viktigt att framhålla den i gällande rätt befintliga normen att det görs individuella bedömningar av vårdbehov på basen av vetenskap och beprövad erfarenhet (8), även i kontexten vårdgarantier.

Sammanfattningsvis:

- **Med hänvisning till gällande rätt, behöver det tydligt framgå i den slutgiltiga utformningen av ny vårdgaranti att plattformen är överordnad vårdgarantin i händelse av konflikt dem emellan, dvs normsystemet för prioriteringar är överordnat normsystemet för vårdgarantier. I annat fall kommer inte SLS att kunna ställa sig bakom den nya vårdgarantin.**
- **Utredningen behöver även förtydliga hur vårdgivarna i praktiken ska kunna slå vakt om att plattformen överordnas vårdgarantin.**
- **I bakgrundskapitlens text behöver plattformen med tillhörande bärande principer och begrepp tydligare beskrivas och definieras. De tre etiska principerna och deras inbördes rangordning behöver här betonas: 1) människovärdesprincipen; 2) behovs- och solidaritetsprincipen; 3) kostnadseffektivitetsprincipen.**
- **Referensen SOU 1995 bör adderas för att klargöra definitionerna (ref 7)**
- **Det behöver även betonas att det krävs individuella bedömningar på basen av vetenskap och beprövad erfarenhet.**
- **Det krävs utbildningsinsatser avseende såväl vårdgarantier som plattformen.**

2) Praktiska/tekniska aspekter av införande av en ny vårdgaranti

Ett flertal faktorer knutna till en ny vårdgaranti kan förväntas skapa ett ökat tryck på systemet. För det första kortas tidsgränserna (för bedömning respektive åtgärd). För det andra kan uppfattas att tidsgränsen för bedömning (bedömningsgarantin) inbegriper ett flertal diagnostiska moment, förutsatt att bedömningen förväntas leda till definitivt beslut om åtgärd. Exempelvis kommer en remiss till en öppenvårdsmottagning kunna medföra behov av ofta upp till 5-10 olika utredningsmoment med tillhörande aktörer. För det tredje kommer återbesök, inte enbart nybesök, inbegripas. Det sistnämnda är logiskt ur behovssynvinkel, men kan förutses ytterligare att öka trycket på systemet.

Förhållandet mellan ”återbesök” och ”planerad uppföljning” berörs i utkastet. För att återbesök ska inbegripas i den nya vårdgarantin krävs att en försämring (eller akutisering) har skett. I åtskilliga fall behövs dock ett fysiskt besök på mottagningen för att kunna avgöra just om en försämring har skett. I synnerhet torde detta gälla beträffande vårdbehov hos individer med nedsatt autonomi och svårigheter att själva ta initiativ till vårdkontakt (behovs- och solidaritetsprincipen).

En lösning som antyds kunna bidra till att hantera det ökade trycket uppfattas vara bättre utnyttjande av befintliga avtal, särskilt vad gäller privata och offentliga aktörer i andra regioner. Detta riskerar dock att öka den administrativa bördan samt försämra kontinuitet och patientsäkerhet.

En annan möjlig lösning som nämns är att garantin ska vara ”professionsneutral”, att andra professioner än läkare ska kunna avses. Det kan förvisso ofta vara naturligt att flera vårdprofessioner involveras i vårdförloppen, och så sker redan idag. Däremot borde andelen fall där inte läkare behöver involveras vara relativt lågt. Detta inte minst med tanke på komplexiteten i vården, där en betydande andel av patienterna är äldre med multisjuklighet och/eller skörhet. Potentialen i att undandra läkare från handläggningen av dessa fall är troligen begränsad.

Därutöver torde de planeringsmässiga förutsättningarna för att implementera en vårdgaranti av nämnt slag inom specialiserad öppenvård delvis skilja sig från motsvarande inom primärvården. Detta pga det betydande flödet av akut sjuka patienter, komplexiteten hos patienternas vårdbehov samt behovet av specialiserad expertis verkande via individuella bedömningar och på basen av vetenskap och beprövad erfarenhet.

Sammanfattningsvis:

- **Det behöver klargöras om den tänkta bedömningsgarantin ska inbegripa samtliga nödvändiga utredningssteg för att kunna fatta definitivt beslut om eventuell åtgärd.**
- **Risken att uteblivna planerade uppföljningar i form av vårdbesök leder till att försämring inte upptäcks, med åtföljande undanträngningseffekter, behöver belysas mer ingående.**
- **Det behöver klargöras hur det ökade tryck som sannolikt kommer att bli följden av en ny vårdgaranti ska hanteras i praktiken. Särskilt behöver risken för ökad administrativ börda, försämrad kontinuitet samt patientsäkerhet belysas.**

3) Övriga förutsättningar som påverkar möjligheten att effektivt implementera en ny vårdgaranti

SLS vill lyfta fram behovet av en markant förbättrad bemanningssituation i primärvården, särskilt beträffande allmänmedicinska specialister (motsvarande 1100 patienter per heltidsspecialist). Om inte denna förutsättning uppfylls, försvåras implementeringen av en ny vårdgaranti. Därtill behöver antalet sjukhusvårdplatser öka, inte minst då majoriteten av alla sjukhusinläggningar sker via akutmottagningen, detta i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer. I annat fall försämrats möjligheterna att planera vård på ett sådant sätt att vårdgarantin kan uppfyllas. Slutligen vill SLS betona behovet av ändamålsenlig kompetensförsörjning knuten till vårdplatser och vårdförlopp. Såväl behov av specialist-

/subspecialistkompetens som av generalistkompetens behöver förstärkas inom sjukhusvården för att tillgodose behoven hos vårdens vanligaste patient – den äldre individen med många sjukdomar.

Sammanfattningsvis:

- **Det krävs en markant förbättrad läkarbemannning inom primärvården.**
- **Det krävs tillgång till fler sjukhusvårdplatser med tillhörande ändamålsenlig medicinsk kompetens.**
- **Det krävs generellt en kraftfull satsning på kompetensförsörjning anpassad efter faktiska förutsedda vårdbehov.**

Kapitel 9: En lagstadgad vårdgaranti för barn- och ungdomspsykiatri

SLS vill framföra följande synpunkter och problematiseringar rörande det aktuella förslaget:

1) Risk för undanträngningseffekter av svårare sjuka för lindrigt sjuka.

På BUP är vårt uppdrag att ta hand om barn med svåra depressioner, bipolärt syndrom, tidig psykosutveckling, suicidala ungdomar. Detta uppdrag trängs undan allt mer av adhd-utredningar och -behandling

Risker med lagstadgad snäv tidsgräns för vårdgarantin är att regionerna ”blöder” pengar till privata vårdgivare, av varierande kvalitet, för att klara vårdgarantin. Förutom negativa effekter på kontinuitet medför detta ökad risk för att driva upp prevalensen av adhd och autism ännu mer, och det blir mindre medel till behandling inom BUP.

2) Förhållandet tillfälliga förstärkningar vs långsiktig förstärkning.

Man flyttar idag patienter från bedömningskön till behandlingskön för att klara vårdgarantin utifrån regelverket för nuvarande kömiljarder, vilket är en kortsiktig lösning.

Det vore önskvärt med långvariga satsningar så man kan anställa personal på BUP som får vara kvar. Trots allt fler vårdsökande barn har produktiviteten på BUP ökat kontinuerligt, men troligtvis inte kvaliteten. Det finns ingen utredning rörande detta, men upplevelsen är att vi ser mindre teamarbete, mer ensamarbete, och kortare, mindre individualiserade insatser.

3) Förslaget om att det första besöket inom BUP som följer på besök inom första linjen ska kallas för fördjupad bedömning innebär att samma typ av besök räknas och registreras olika beroende på hur patienten kom till BUP, och någon konsekvens kommer detta troligen att få för verksamhetens prioriteringar.

4) En förstärkning av vårdgarantin bör även beakta att stödja ett optimalt arbetssätt på BUP, då teamarbetet kommit att få stryka allt mer på foten för enklare bedömningar/utredningar för att hålla tidskravet.

5) En annan risk är att klagomålen som rör fördröjd utredning och behandling kommer att öka och mer tid behöva läggas på att hantera dem.

6) Det är viktigt att lägga resurser på första linjen då denna fortfarande är otillräckligt utbyggd med bristande kompetens

Sammanfattningsvis:

- **Utredningen behöver noggrannare belysa hur en lagstadgad vårdgaranti för barn- och ungdomspsykiatri kan utformas, så att den inte medför undanträngningseffekter av svårare sjuka samt försämrad kontinuitet och kvalitet i den barnpsykiatriska vården.**
- **Det behöver tydligare betonas att långsiktiga satsningar inom BUP är nödvändiga, inte minst med fokus på kompetensförsörjning, arbetssätt och kvalitet, samt att resurser läggs på en utbyggnad och kvalitetssäkring av första linjen.**

Kapitel 10: Patientens möjligheter att välja utförare inom slutenvård

Syftet med förslaget är att patientens möjlighet att fritt välja utförare i hela landet även ska omfatta slutenvård. Det ska regleras i lag att en region ska erbjuda slutenvård åt patienter från andra regioner. Vårdbehovet ska dock godkännas av hemregionen först, och i dessa fall omfattas inte patienten av regionens vårdgaranti. Det anges även att ”vården i övrigt ska ges på samma villkor som de villkor som gäller för de egna invånarna”.

SLS ser flera utmaningar med förslaget. Den idag befintliga lagen om valfrihetssystem (LOV) saknar inte problematiska konsekvenser. Flera instanser, exempelvis Riksrevisionen (4), har påpekat att behovs- och solidaritetsprincipen satts ur spel, såtillvida att efterfrågan snarare än vårdbehov fått genomslag. Detta är inte i enlighet med plattformen (7-10).

Utredningen konstaterar att de patienter som utnyttjat möjligheten att söka öppen specialiserad vård i andra regioner framför allt är yngre patienter och socioekonomiskt starka grupper med relativt sett lindrigare hälsoproblem. Det finns en potentiell inbyggd normkonflikt mellan valfrihet och den ordinarie prioriteringsordningen. En valfrihetsreform inom slutenvården skulle riskera att öka ojämlikheten, skapa förskjutning från vård efter

behov till efterfrågestyrning samt sätta plattformen ur spel. En betydande andel av patienterna torde dessutom ha begränsade möjligheter att träffa välgrundade val (11).

SLS vill därtill betona att det inom slutenvård finns fenomen som sannolikt försvårar de praktiska möjligheterna att låta patienterna välja utförare inom slutenvård. För det första utgörs en betydande andel av slutenvården av vård av akut sjuka patienter. Därtill är komplexiteten i vården av patienter ofta mer uttalad inom slutenvård än inom öppenvård. Bristen på sjukhusvårdplatser med tillhörande relevant kompetens är välkänd. Dessa faktorer försvårar planeringsmöjligheterna. Därtill är behovet av definierad specialist-/subspecialistkompetens högre inom slutenvården, vilket kan kopplas till uppfyllelse av krav på vård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Det framstår inte som realistiskt att låta efterfrågan trumfa vård efter professionellt definierade behov.

Sammanfattningsvis:

- **Om förslaget realiserats, behöver det klargöras hur utredningen avser att minska risken för ökad ojämlikhet och avsteg från plattformen samt HSLs portalparagraf.**
- **I synnerhet behöver utredningen motivera hur behovs- och solidaritetsprincipens innebörd att särskilt lyfta fram individers med nedsatt autonomi behov ska kunna vidmakthållas.**
- **Vidare behöver understrykas att vården, enligt gällande rätt, skall ges enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.**
- **Det behöver beskrivas mer ingående hur de planeringsmässiga problem som kan förutses (pga akutflöden, vårdplatsbrist och behov av specifik specialistkompetens) i relation till möjligheten att välja utförare inom slutenvård skulle kunna bemästras.**

Kapitel 12: Stärkt kontinuitet inom specialiserad vård

Utredningen konstaterar att det inom den specialiserade vården finns brister när det gäller kontinuitet. Redan idag ska en fast vårdkontakt utses om patienten begär det. Man önskar förbättra förutsättningarna bland annat genom förtydligandet att ”patienten ska få tillgång till en fast vårdkontakt, och att hänsyn ska tas till patientens önskemål och behov om vem som ska vara den fasta vårdkontakten.”, samt att patienten ska få information om möjligheten att få tillgång till en fast vårdkontakt. (12.4.1)

Utredningen konstaterar även att PAL-bestämmelsen togs bort (2010) mot bakgrund av flera utvärderingar utförda av Socialstyrelsen. Dessa indikerade att PAL-funktionen inte hade haft önskvärd effekt.

SLS delar uppfattningen att det är viktigt att skapa förutsättningar för förbättrad kontinuitet inom specialiserad vård. Det framstår dock som mycket viktigt att begreppet ”kontinuitet” ges en kliniskt relevant innebörd. Utredningen omnämner tre typer av kontinuitet:

informationskontinuitet, managementkontinuitet samt relations- eller personkontinuitet. Man hänvisar till en referens från allmänmedicinsk kontext från 2003.

SLS uppfattar att förutsättningarna för att bedriva specialiserad vård med kontinuitet delvis skiljer sig från dem som råder inom allmänmedicinsk kontext. En betydande andel av patienterna är i behov av specialist-/subspecialistkompetens baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Därutöver ska plattformens principer följas, och det är vårdbehov snarare än efterfrågan som ska avgöra prioriteringar (5,7,8). Därtill utgörs en stor andel av den specialiserade vården av vård av patienter, vars tillstånd är i akut fas, och där möjligheten till planering och framförhållning är begränsad. Dessutom tillkommer utmaningar med bemanning och schemaläggning.

Ett betydande antal medicinska beslut kommer att behöva fattas när den fasta vårdkontakten inte är tillgänglig. Däremot är det enligt SLS viktigt att patienten, oavsett vilken fas han/hon befinner sig i (kronisk, preakut, akut, postakut) får sitt vårdbehov tillgodosett av ändamålsenlig kompetens. Därmed är **kompetenskontinuitet** (möjligen är denna besläktad med "managementkontinuitet") väl så viktig som relations- eller personkontinuitet. En viktig grund för kompetenskontinuitet är tillgång till såväl specialist-/subspecialistkompetens som generalistkompetens, det senare även inom sjukhusvård med tanke på att vårdens vanligaste patient är äldre med multisjuklighet och/eller skörhet. Nästan samtliga akut inlagda patienter äldre än 65 år är kroniker med multisjuklighet.

Utredningen konstaterar att patienter, som på basen av vårdbehov har kontakt med olika delar av hälso- och sjukvården, kan behöva ha mer än en fast vårdkontakt. SLS instämmer i denna bedömning, och önskar tillägga att dessa fall är vanligt förekommande.

I utredningens uppdrag ingår att "föreslå hur patienter med utdragna vårdförlopp inom den specialiserade vården, eller med flera olika diagnoser som kräver kontakt med olika delar av den specialiserade vården, kan få tillgång till en fast vårdkontakt i relevanta delar av den specialiserade vården." (sid 1). Här behöver begreppet "utdraget vårdförlopp" definieras. Det bör även påpekas att ett vårdförlopps längd inte enbart beror av den individuella patientens kliniska sjukdomsförlopp utan även administrativa fenomen som vårdplatstillgång och tillgång till primärvård och kommunal vård och omsorg. Därtill bör, återigen betonas att merparten av alla patienter inom sjukhusvård är 70-80 år gamla, och en klar majoritet av dessa är definitionsmässigt multisjuka dvs de har två eller flera kroniska diagnoser (ofta betydligt fler).

Sammanfattningsvis:

- **Begreppet kontinuitet bör definieras tydligare och med fokus på kompetenskontinuitet, dvs vårdens förmåga att matcha patienternas behov i olika faser, på ett effektivt sätt.**
- **Det behöver i större omfattning beaktas att förutsättningarna för fast vårdkontakt delvis är andra än inom en allmänmedicinsk kontext (medicinskt, kompetensmässigt samt planeringsmässigt).**
- **Begreppen "utdraget vårdförlopp" och patienter med "flera olika diagnoser" bör tydligare definieras, särskilt mot bakgrund av att en betydande majoritet av**

sjukhusvårdens patienter är äldre med multisjuklighet, och med tillhörande komplexa behov.

- **Det bör tydligt framgå att om/när fast vårdkontakt utses, skall kraven på vetenskap och beprövad erfarenhet samt att följa plattformens principer uppfyllas. I synnerhet bör det framgå att om det uppstår en konflikt mellan vårdbehov och efterfrågan, så gäller vårdbehov främst.**

Niklas Ekerstad, ordförande Svenska läkaresällskapets delegation för medicinsk kvalitet

Referenser:

1. Socialdepartementet. Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet. Kommittédirektiv. Dir 2024:50.
2. Svenska Läkaresällskapet. Remissvar. Vägen till ökad tillgänglighet SOU 2022:22 (S2022/02635/FS).
3. Riksrevisionen. I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer. Granskningsrapport. RiR 2023:12.
4. Riksrevisionen. Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? Riksrevisionen 2014:22.

5. Lagrådsremiss Patientlag. Regeringen 2014. Stockholm.
6. Vahlne Westerhäll L, Ekerstad N. Vårdgaranti vs prioriteringar – hur följer vården lagen? Läkartidningen. 2019;116:FMM7.
7. Vårdens svåra val, SOU 1995:5.
8. Proposition 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården
9. Socialstyrelsen. 2020. Nationella principer för prioritering av rutinsjukvård under covid-19-

pandemin. Kunskapsstöd för att utveckla regionala och lokala riktlinjer

10. Socialstyrelsen 2022. Vårdens prioriteringar i krig och fredstida katastrofer. Kunskapsstöd för

hälso- och sjukvårdens beredskap. Rapport. Stockholm 2022.

11. Meinow B, Parker MP, Thorslund M. Consumers of eldercare in Sweden: The semblance of choice. Social Science and Medicine 2011;73(9); 1285-1289.