

REMISSVAR
2021-10-13

Svenska Läkaresällskapet
Susann Asplund
susann.asplund@sls.se

Remissvar: Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan (SOU 2021:59)

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) vill härmed lämna sina synpunkter på Delegationens för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården delbetänkande *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* (SOU 2021:59).

Sammanfattning

Delbetänkandet behandlar en av svensk sjukvårds mest angelägna och samtidigt mest problematiska tillkortakommanden; den på många områden sviktande tillgängligheten.

Delegationen har haft i uppdrag att bland annat fokusera på väntetider. Betänkandet ger en förtjänstfull beskrivning av utvecklingen av tillgängligheten ur denna aspekt över tid, där strategier såsom

- successivt förstärkta vårdgarantier
 - stöd för landstingens/regionernas arbete med frågan
 - överenskommelser mellan staten och Sveriges kommuner och regioner (SKR), samt
 - uppföljning med hjälp av mätning och redovisning av mätdata
- i praktiken misslyckats totalt, med ökande och i landet ojämlika väntetider till sjukvård.

I delbetänkandet läggs förslag för att komma till rätta med väntetidsproblemen, och som bland annat går ut på

- ökad information om och patientdelaktighet kring gällande vårdgarantier
- stärkt stöd för regionernas arbete med frågan genom regionala handlingsplaner
- ökad samordning av de delar av överenskommelserna mellan staten och SKR som berör tillgänglighet, samt
- stärkt uppföljning med hjälp av mätning och redovisning av mätdata

SFAM tillstyrker flera av förslagen i delbetänkandet men förhåller sig avvaktande till att de föreslagna strategierna kommer att ge något avgörande förändringstryck i frågan specifikt om väntetider, eller tillgänglighet i vidare bemärkelse.

Tillgänglighet är mer än väntetider, vilket förtjänstfullt framhålls i betänkandet, men fokus ligger ändå på det sistnämnda. Tillgänglighet har utöver väntetid att göra med ändamålsenlighet, trygghet, tolkningsföreträde, geografisk närhet, digital och annan teknik, med mera. Vi beklagar att inte dessa aspekter kunnat ges mer konkret utrymme.

SFAM bedömer att delegationen har haft ett svårt uppdrag utifrån sina snäva direktiv, men vill framhålla att vi till stor del saknar konkreta förslag på **hur** målen om ökad tillgänglighet skall uppnås på lokal och regional nivå. Detaljerna ("hur-frågorna") lämnas helt till regionerna, som tyvärr historiskt inte visat sig mogna uppgiften.

Ur ett internationellt perspektiv är det tydligt att **ändamålsenlig tillgänglighet främst skapas genom en stark primärvård baserad på relationskontinuitet och ett heltäckande åtagande i förhållande till en avgränsad population för primärvårdens medarbetare**. En sådan organisation, som saknas i Sverige, skulle ge högt ömsesidigt förtroende och reella förutsättningar för primärvården att utgöra basen i sjukvården. Den skulle, till skillnad från dagens fragmenterade sjukvård, ge optimala möjligheter till lagom insatser på patientens villkor och undvikande av såväl under- som överdiagnostik och -behandling, och därmed positiva kaskadeffekter för tillgängligheten genom hela sjukvårdssystemet.

Specifika kommentarer till enskilda kapitel

- Kapitel 1.1 och 1.2
SFAM avstår från synpunkter på de lämnade författningsändringarna
- Kapitel 5.6.1 Långsiktighet med årshjul
SFAM tillstyrker den principiella tanken om att långsiktighet i tillgänglighetsarbetet är av godo, och att framtagande av handlingsplaner, som också följs upp med mätbara och relevanta parametrar, är nödvändiga. Enligt vår bedömning och baserat på historiska erfarenheter är den här typen av övergripande strategier dock i sig helt otillräckliga för att skapa nödvändigt förändringstryck.
- Kapitel 5.6.2 Samordna tillgänglighetsskrivningar
SFAM tillstyrker förslaget.
- Kapitel 5.6.3 Utformning av regional handlingsplan
SFAM instämmer i kritiken mot vissa regionernas förhållningssätt till överenskommelser mellan staten och SKR och tillstyrker anmodan till mätbara och tidsatta mål, beskrivning av insatser, samt ökad delaktighet för sjukvårdens medarbetare.
- Kapitel 5.6.4 Kommitté för tillgänglighetsdialog
SFAM tillstyrker förslaget.
- Kapitel 6.11.1, 6.11.2, 6.11.3, 6.11.5
SFAM avstår från synpunkter med hänvisning till principiella invändningar mot ändamålsenligheten med vårdgarantier i förhållande till andra mer rationella och effektiva åtgärder för ökad tillgänglighet.

- Kapitel 6.11.4 Utred förutsättningarna för ett nationellt vårdkösystem
SFAM tillstyrker förslaget, som dock kan förväntas ha en nationellt och regionalt utjämnande, snarare än totalt sett tillgänglighetsökande, effekt.
- Kapitel 6.11.6 Regiongemensam pilotverksamhet
SFAM tillstyrker förslaget. Vi vill framhålla behovet av kritisk utvärdering, särskilt vad gäller skalbarhet, generaliserbarhet, kostnadseffektivitet och effekter för relationskontinuitet och arbetsmiljö.
- Kapitel 7 innehåller en bakgrundsbeskrivning till delegationens uppdrag att stödja utvecklingen av en nära och tillgänglig vård, som kommer att redovisas i slutbetänkandet i maj 2022. Kapitlet innehåller inga konkreta förslag att ta ställning till men SFAM vill lämna följande kommentarer till kapitel 7.5 som beskriver insatser och goda exempel:
 - Patientkontrakt: SFAM delar inte uppfattningen om att patientkontrakt i sig stärker patientens delaktighet eller upplevelse av tillgänglighet och kontinuitet i sin sjukvård. Detta är kvaliteter som uppstår i mellan individer i en sjukvårdande relation, inte genom ett dokument, även om det kan förtydliga omständigheter och utgöra ett stöd för relationen i vissa fall.
 - Digitalisering: Delegationens slutsats, att "en ökad digitalisering ökar tillgängligheten och patientens ställning stärks", är en generalisering som bör ifrågasättas. Digitala verktyg och kontaktmetoder är värdefulla, men bör användas med omdöme, som del av en palett av tillgängliga verktyg, och utifrån patientens preferenser och situationens krav, inte betraktas som en mer eller mindre magisk lösning på alla problem. Digital teknik bör underkastas samma säkerhetskrav och utvärderas enligt samma vetenskapliga principer och med samma systematik som andra metoder inom hälso- och sjukvården.
 - Samverkan mellan primärvård och sekundärvård: SFAM delar delegationens bedömning.
 - Samverkan mellan kommunal och regional vård: SFAM delar delegationens bedömning.
 - Utvecklingsprojekt tillsammans med patienterna: SFAM delar delegationens bedömning.
- Kapitel 8 Nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning
SFAM avstår från synpunkter på förslagen i kapitlet, utöver att tillstyrka förslaget om att utreda möjligheten till nationell digital infrastruktur (8.11.8). Vi vill dock framhålla att nuvarande, från vårdgivarna, fristående hälso- och sjukvårdsrådgivning visserligen har förtjänster men på ett djupare plan är en kompensatorisk nödlösning, framtvungen av omständigheten att en stor del av befolkningen i praktiken saknar tillgång till ett personligt primärvårdsteam under ledning av specialist i allmänmedicin och med möjlighet till "same day access" till primärvård, inkluderande rådgivning.
- Kapitel 9.8.2
SFAM konstaterar att det ofta finns problem med att knyta prestationsersättning till process- och resultatmått. Det ger incitament för verksamheterna såväl centralt som lokalt att anpassa sin prioritering och organisering, såväl som registreringen av data, så att krav/tröskelvärden uppnås på pappret snarare än vad som vore mest ändamålsenligt för patienterna. Den här typen av korruption av verksamhets- och kvalitetsmått handlar enligt vår bedömning sällan om medvetet fusk, utan är snarare ofta ett resultat av ofrånkomliga och delvis undermedvetna processer.

Givet dessa uppenbara begränsningar med ekonomisk prestationsersättning ser SFAM i huvudsak positivt på att man i uppföljningsmåttet Medicinsk bedömning inom 3 dagar föreslår ersättning för förbättringar jämfört med föregående år snarare än absoluta nivåer, då det kan innebära att strävan efter förbättring sker där det bäst behövs. Vi instämmer i vikten av att återbesök inte trängs undan till förmån för nybesök/vårdgarantibesök samt i värdet av att uppmärksamma kontinuitet som uppföljningsmått.

- Kapitel 9.8.5
SFAM har inga bärande invändningar mot den fördelningsmodell som föreslås.

För Svensk förening för allmänmedicin

Magnus Isacson
Ordförande

Remissvar från Svensk barnkirurgisk förening

Ovan rubricerad utredning har visat att vårdgarantin inte uppfylls och att det finns stora skillnader inom och mellan regionerna, både avseende väntetid till första besök i specialiserad vård och till operation eller annan åtgärd. Covid-19-pandemin har försämrat situationen ytterligare för de patienter som väntat längst. I utredningen nämner man inte barnsjukvården utan man får förutsätta att detta är inkluderat i beskrivningarna av väntetid och vårdgaranti. Något man dock kommenterar i utredningen är den överenskommelse som gjordes 2009 mellan staten och dåvarande SKL, med målsättningen om en *förstärkt vårdgaranti* för barn och unga som skulle uppfyllas av regionerna år 2011. Målsättningen var att barn och ungdomar inte ska behöva vänta längre än *30 dagar* på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar på en fördjupad utredning eller behandling inom barn- och ungdomspsykiatri. Man beskriver att dessa mål inte har nåtts när det gäller barn- och ungdomspsykiatri.

Vi tillstyrker att detta även gäller detta en stor del av barnsjukvården i allmänhet, inklusive barnkirurgin. När det gäller uppskjuten vård för barn och unga kan man heller inte enbart titta på den faktiska väntetiden och medicinsk prioritet. Här måste man väga in barnets ålder och utveckling för att förstå vilka konsekvenser en uppskjuten behandling får för det växande barnet. Vi föreslår att detta kommenteras i utredningen.

I utredningen beskriver man att det finns ett *prestationskrav* på regionerna utifrån resultat gällande kortare väntetider, utveckling av väntetidsstatistiken och strategiskt utvecklingsarbete. Ett nytt förslag är att *regeringen under 5 år ska stimulera ett regiongemensamt utvecklings- och förbättringsarbete* genom pilotverksamheter inom olika områden för *ökad kapacitet och effektivitet* i hälso- och sjukvården. I förslaget lyfter man barn- och ungdomspsykiatri som skall följas och ersättas separat från övrig specialiserad vård.

Vi är positiva till ett regionalt prestationskrav samt till all stimulering för ökad kapacitet och effektivitet. Här vill vi betona den bristande tillgängligheten inom barnkirurgin, både avseende vårdplatser, operationsresurser och barnintensivvårdplatser. När man talar om tillgänglighet inom barnkirurgin måste man beakta att riktigt små barn endast kan sövas och opereras på ett fåtal specialistsjukhus i landet. Att skjuta till medel för att kunna öka bemanningen på dessa enheter skulle innebära stora vinster vårt lands minsta invånare som har rätt till rätt behandling i rätt tid.

I likhet med barn- och ungdomspsykiatri **föreslår vi att all barnsjukvård följs och ersätts separat från övrig specialiserad vård med tanke på barnens unika särställning och utsatthet inom vården.**



2021-10-20

**Remissvar Vägen till tillgänglighet – långsiktigt, strategiskt och i samverkan,
SOU 2021:59**

Svenska Infektionsläkarförbundet har tagit del av utredningen. Framför allt lämnas synpunkter på sammanfattningen.

Utredningen har inte tagit hänsyn till de problem som finns med nuvarande system för att styra svensk sjukvård. Nuvarande system med överenskommelse mellan Socialdepartementet/Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är inte i enighet med svensk författningstradition. Detta har gett en glidning från styrning genom föreskrifter, rekommendationer och riktlinjer från myndigheter till överenskommelse med en intresseorganisation, nämligen SKR. Det ger bristande insyn och bristande effektivitet i genomförandet samt ojämlika förhållanden i landet.

Infektionsläkarförbundet förordar att utredningen görs om med fokus på ett hållbart och mera transparent system. Förslagsvis stärks myndigheternas funktion, i det här fallet IVO och Socialstyrelsen samt möjligtvis SBU och läkemedelsverket. Man bör också kartlägga vilka organisatoriska system som finns i andra nordiska länder. Det system som bäst uppfyller de mål man satt upp, nämligen ökad tillgänglighet och effektivitet, är det danska. Förslagsvis ska man alltså ta bort beskattningsrätten från regionerna, minska antal regioner samt dela ut resurser till regionerna med tydliga uppdrag varje år, enligt den danska modellen. Att fortsätta på inslagen väg med överenskommelse med SKR kommer inte få avsedd effekt och vara resursineffektivt, för detaljer se Riksrevisionens rapport 2017:3.

För Svenska Infektionsläkarförbundet

Lars-Magnus Andersson
Ordförande



REMISSVAR
2021-10-21

Svenska Läkaresällskapet
Susann Asplund
susann.asplund@sls.se

Remissvar: Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan (SOU 2021:59)

Svensk förening för klinisk kemi (SFKK) vill härmed lämna sina synpunkter Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan (SOU 2021:59).

Följande frågor och kommentarer vill Svensk förening för klinisk kemi lyfta.

Sid 156 stycke 4

Ett av områden som inte omfattas av vårdgarantin (sida 156 – stycke 4) är provtagning och tester. Även om detta berör framför allt patologi så undrar vi om inte de flesta onkologi-diagnoserna numer omfattas av standardiserade vårdförlopp, SVF, och därmed bör denna del omfattas av vårdgarantin.

Sid 222 sista stycket

”Regionerna beskriver att pandemin gav kraft till en snabb utveckling av flera olika digitala verktyg och arbetssätt inom både primärvård och specialiserad vård så som exempelvis distansmonitorering, egen provtagning och patientens möjlighet att själv boka eller omboka sin tid via webb-tidbokning.”

Bra om exempel kan ges på distansmonitorering och typ av egenprovtagnings. Gäller det redan etablerade distansprovtagnings och monitorering som vid diabetes och antikoagulantabehandling eller vad var det som utvecklades? Gäller det egenprovtagnings för covid-19-tester?

Sid 231 första styckena

”I ett Virtuellt hälsorum kan patienter via videolänk koppla upp sig mot en läkare eller annan vårdpersonal. Enklare provtagning som blodtryck och blodvärden kan utföras på plats. I de rum som är bemannade viss tid finns även möjlighet för omläggningar, suturtagning samt venösa blodprover. Första hälsorummet invigdes 2013 i Västerbotten och ytterligare rum har upprättats i Västerbotten, Jämtland-Härjedalen och Norrbotten. Numera har hälsorummen döpts om till Samhällsrum eftersom även andra, till exempel kommunerna använder dem för kommunikation med medborgarna. För att stödja patienterna som känt sig osäkra har mentorer fått utbildning för att hjälpa till med tekniken, och även hemtjänstpersonal har funnits som en resurs.”



Vad menas med enklare provtagning och blodvärden? Syftar man på kapillär egenprovtagning? Vilka analyser gäller det och hur lärs det ut och följs upp? Menas t ex provtagning och analys av Hb med instrumentet HemoCue?

Sid 231 sista stycket

"Det finns en ambition att installera mer avancerad teknik i samhällsrummen för att kunna göra mer diagnostik och det finns samarbete med universitet för att utveckla ny teknik så att patienter själva kan klara mer av provtagning på distans."

Vad tänker man sig för teknik för att provtagning skall kunna ske på distans? Menar man analys på distans eller ska patienten både provta sig själv och analysera? Förtydligande exempel är önskvärt.

Sid 268

"Fler och smartare självservice-tjänster

Invånarna ska få tillgång till fler effektiva och kvalitetssäkrade självservice-tjänster. Detta ska ske både genom att 1177 Vårdguiden tillhandahåller självservice-tjänster, och genom att digitala tjänster hos regioner och andra offentligt finansierade vårdaktörer kan integreras. En del av tjänsterna har införts, andra är under utveckling och vissa finns på plats men kräver att regionerna ansluter sig för att de ska få genomslag. Bland självservice-tjänsterna ingår en:

- tjänst för att invånarna ska kunna uppdatera sina kontaktuppgifter och närståendes uppgifter, – tjänst som förbättrar möjligheterna att spåra sin remiss,*
- förbättrad tjänst för att förnya recept,*
- ombudstjänst som gör att en invånare kan agera ombud och ta del av sina barns information eller för en person som invånaren är legal ställföreträdare för,*
- tjänst för egen provhantering där invånaren kan beställa prover för hemtest eller boka tid för provtagning samt få provsvar,"*

Vilken typ av egenprovtagning? Vem ordinerar provtagningen? Vem granskar/tolkar provsvaren? Hur hanterar man avvikande värden? Ska patienten själv söka vård vid avvikande resultat? Vad syftas på för hemtest? Vem kvalitetssäkrar hemtesten?

"– tjänst för tidsbokning och för att visa invånarens bokade tider. Tidsbokningssystemet ska också vidareutvecklas och kopplas till tiageringsmotorn, hänvisnings- och utbudstjänster samt integreras med regionernas tidsbokningssystem, och – vidareutveckling av tjänsten där kallelser skickas digitalt via 1177 Vårdguidens e-tjänster så att invånarna i vissa fall kan om- och avboka tider via kallelsen. Det ska också bli möjligt för alla vårdgivare att skicka kallelser digitalt oavsett vårdinformationssystem."



Generella kommentarer

Att patienten alltid har tillgång till sina egna provsvar stämmer nog inte. Det finns fortfarande en hel del luckor och detta kan vara ett förbättringsområde.

Egen provtagning: Detta beskrevs som en förbättringspotential med tanke på utfallet från pandemin. Vi tycker att detta ska fortsättningsvis vara begränsat till mycket få analyser då man inte önskar en frikostig (över-)beställning av analyser samtidigt som laboratoriemedicin även måste bistå med tolkning av provresultat.

Ett av områden som inte omfattas av vårdgarantin (sida 156 – stycke 4) är provtagning och tester. Även om detta berör framför allt patologi så undrar vi om inte de flesta onkologi-diagnoserna numer omfattas av standardiserade vårdförlopp, SVF, och därmed bör denna del omfattas av vårdgarantin.

För Svensk förening för klinisk kemi

Mats Ohlson
Ordförande

Remissvar:

Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan (SOU 2021:59)

Remissvar från Svensk Förening för Medicinsk Informatik (SFMI)
Synpunkter utarbetade av: Anders Thurin, Lina Nilsson och Claudia Ehrentaut
Diskuterat på SFMI styrelsemöte den 19 Oktober

Sammanfattning

SFMI lämnar inom ramen för detta remissvar sina synpunkter kring nedanstående kapitel i delbetänkandet “Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan (SOU 2021:59)”.

Kapitel 5: Regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet

SFMI ställer sig positivt till att regeringen tillsätter en kommitté för regelbunden återkommande uppföljning och dialog med varje region kring regionens tillgänglighetsläge och resultat i förhållande till den regionala handlingsplanen.

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

Vi är tveksamma om ökad kunskap om vårdgarantin och patientens valmöjligheter skulle ge kortare väntetider. Vi tror att en högre kunskapsnivå bland patienter snarare gör att vissa grupper ställer högre krav och utnyttjar sina rättigheter (och kanske konkurrera ut andra grupper).

Vårdgarantin “0-3-90-90” (s 18) nämner väntetid till “medicinsk bedömning” inom 3 dagar. Det är lite oklart hur snart patient kan fysiskt träffa läkare inklusive kroppsundersökning. Innehåll i ett läkarbesök har ju förändrats en hel del med möjligheter till digital konsultation. Nästa steg är ett “besök i specialiserad vård” inom 90 dagar och “planerad vård” inom 90 dagar. Vanliga vårdkedjor innefattar inte sällan komplicerade sekvenser av diagnostiska utredningar och det är oklart vad som innefattas i specialiserad resp planerad vård. Kirurgi är viktig i vissa vårdkedjor men det finns många sjukdomar som inte behandlas med kirurgi där det istället är diagnostik som är det viktiga momentet – man behöver bekräfta en diagnos, fastställa ett sjukdomsstadium när behandling behöver sättas in och ibland har man gissat fel i tidiga läkarkontakter och hittar ett helt nytt oväntat problem. Vårdgarantin behöver därför tydligare inkludera **diagnostiska åtgärder** och prioritering mellan olika verksamheter avspeglade detta. Om t.ex. väntetid till en ekokardiografi är 9 månader går det inte att garantera klaffkirurgi inom 3 månader...

För att beskriva väntetider och kunna söka alternativa utförare behövs betydande förfining i hur man beskriver både åtgärder och patientproblem. Vid prioritering som avgör väntetid för en åtgärd väger man in aktuellt patientproblem – väntetid för en viss åtgärd är och bör vara helt olika vid akut livshotande tillstånd respektive att bekräfta en diffus misstanke, utesluta en möjlig ärftlig sjukdom och planerad uppföljning av en kronisk sjukdom. Ofta anpassas också innehållet i en åtgärd efter frågeställning/problem – vid specifik frågeställning kan man göra en riktad förkortad undersökning.

För beskrivning av patientproblem / indikationer för olika åtgärder behövs nya terminologier - exempelvis likt de terminologier för “indikationer för läkemedelsbehandling” resp

“besöksorsaker” som har diskuterats vid Socialstyrelsen. Diagnos i form av ICD-koder ger för många syften en otillräcklig precision. (Ursprungliga syftet med ICD var ju att möjliggöra internationellt jämförbar dödsorsaksstatistik). Även beskrivning av åtgärder behöver förfinas, och bl.a. vidgas till diagnostiska åtgärder för att möjliggöra sökning efter jämförbara alternativ.

Kapitel 8: Nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning

SFMI är i huvudsak positiv till förslagen. Vi är dock fundersamma kring huruvida personer med nedsatt tal och hörsel är bästa målgrupp för telefonrådgivning, här kanske man hellre ska testa rådgivning via chatt eller annan elektronisk kommunikation.

Diskussionen om regiongemensamt kunskapsstöd för 1177 och en “plattform för automatiserad symtombedömning” (sid 267) är mycket intressant ur informatikperspektiv och borde kunna vara användbar även i många delar av akut- och primärvården - vi undrar lite hur det går med denna utveckling. Rimligen bör detta stöd vara anpassat i första hand för vårdprofessionella snarare än patienter.

Kapitel 9: Vidareutveckling av överenskommelsen om ökad tillgänglighet

SFMI tillstyrker generellt förslagen.

Svenska Neurologföreningens synpunkter på Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan SOU 2021:59

Svenska Neurologföreningen vill lämna följande synpunkter på delbetänkandet ovan. Vi delar ambitionen om god tillgänglighet till sjukvård och har inga detaljsynpunkter på de metoder som föreslås (kommitté för tillgänglighetsdialog, nationellt vårdkösystem, kunskapshöjande insatser för befolkningen etc). Att kroniska sjukdomar särskilt nämns är utmärkt. Det är en grupp för vilken neurologisk sjukvård i nuläget har stora brister.

Vår övergripande synpunkt är att många av utredningens förslag (rådgivning på distans via telefon, webbplatser och bättre möjligheter att söka extraregional vård) är insatser som av erfarenhet utnyttjas mest av relativt resursstarka patientgrupper och i synnerhet personer med bevarad autonomi. Inom det neurologiska sjukdomsområdet finns många personer med nedsatt autonomi till följd av medfödda eller förvärvade skador på nervsystemet – som kan vara helt beroende av personliga assistenter, primärvård och andra aktörer som inte berörs av utredningens förslag för sin tillgång till sjukvård. Det vore önskvärt med mer förslag inriktade på att tillse att den gruppen också blir prioriterad i tillgänglighetsarbetet. Det finns en fara i att regionerna förlitar sig för mycket på extraregional sjukvård för tillgänglighet. Med patienterna följer resurser, vilket kan leda till kapacitets- och kompetensminskningar i den avsändande regionen. Risken är att en sådan utveckling slår oproportionerligt mot svaga patientgrupper, exempelvis personer med nedsatt autonomi till följd av funktionsnedsättning av neurologisk sjukdom. Frågan behöver bevakas.

För Svenska Neurologföreningen



Johan Zelano
ordförande



Svensk Förening För Nuklearmedicin (SFNM) svar på remiss "Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan" (SOU 2021:59) från Socialdepartementet

SFNM tackar för remissen och ställer sig positiva till denna (SOU 2021:59).

Det som SFNM ser som utmanande i nutid och i framtiden är väntetiderna till våra nuklearmedicinska undersökningar - framför allt för våra cancerpatienter. Undersökning med PET/CT är en modalitet som stadigt ökar i användning och inkorporeras i allt fler vårdprogram och riktlinjer inom cancerdiagnostiken. Vi har samtidigt en rådande personalbrist inom de nuklearmedicinska arbetskatskategorierna såsom biomedicinska analytiker/röntgensjuksköterskor och specialister i nuklearmedicin.

2021-10-20

Remissvar: SOU 2021:59 Vägen till tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan

Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) tackar för möjligheten att yttra sig över rubricerade remiss.

Slutsats: SPF ställer sig bakom utredningens förslag om att hälso- och sjukvårdsrådgivningen ska bli mer nationellt likartad och göra sjukvårdsrådgivningen mer tillgänglig och enhetlig för alla Sveriges invånare. Det är även angeläget att hitta sätt att minska väntetiderna, särskilt inom psykiatri och primärvården.

Kommentarer:

*** Snabba informationsvägar:**

- Vid kris och katastrof där det är av största vikt att aktuell och tillförlitlig information snabbt kommer ut till medborgarna för att förebygga ryktesspridning och desinformation. Det kan annars leda till oro hos befolkningen med långsiktiga negativa konsekvenser som belastar både den enskilde och samhället. SPF samtycker tillförslagen om en mer nationellt likriktad informationskanal.
- Informationsflödet behöver samplaneras med ett totalförsvarsarbete och dess organisation.
- Behovet av ett nationellt digitalt dokumentationssystem är mycket angeläget för att underlätta det administrativa arbetet. Det är en förutsättning för att kunna fullfölja remissens förslag.

*** Minska vårdköer:**

- Det är viktigt att prioritera arbetet med att minska vårdköerna och öka tillgängligheten. För att nå dit behövs självklart statistik över väntetider. Samtidigt vill SPF framföra att sjukvården redan idag är hårt pressat av administration. Det ska inte åligga hälso- och sjukvårdspersonal att offra patientkontaktid med ytterligare registreringar. Detta behöver ske på annat sätt; till exempel inbyggt i digitala system. Hälso- och sjukvårdspersonal behöver snarare minskad administration och förbättrade journalsystem för att kunna ägna mer tid åt renodlat patientarbete och genom det minska väntetiderna. Förbättrad arbetsmiljö och rekrytering inom vissa specialiteter, till exempel psykiatri och primärvården, tål också att betonas.

- Tillgängligheten ska bland annat mätas genom tid till nybesök och återbesök. Det bör beaktas att viktiga initiala patientbedömningar kan därför komma att utföras av personal med lägre kompetens. Detta bör undvikas. Risken för det kan vara större inom till exempel vuxenpsykiatri och BUP på grund av bemanningsproblem, vilket kan leda till felaktiga bedömningar och behandlingar.

*** Krisledning behöver övas:**

- De föreslagna beredskapssektorernas arbete (sid 72) behöver tydliggöras vilken roll de utövar i händelse av överbelastning inom viktiga samhällsviktiga verksamheter. I händelse av terrorattacker eller masskadehändelser och åtföljande psykiatriska symptom i populationen finns det inte tydliggjort kring hantering av ledning, omhändertagande och vägledning för en drabbad och ångestfylld population.
- Detta behöver framöver inplaneras för samövning där också respektive psykiatriska vårdinrättningar ingår, för att inte överbelasta dessa akutmottagningar med sökande som i stället kan beredas hjälp via psykosociala närmiljön, kyrka, kommunala insatser. Psykiatri kan då fokusera på att behandla de som behöver akut psykiatrisk hjälp.
- Länsstyrelsens sammanhållande funktion behöver tydliggöras i detta sammanhang och framför allt behöver detta övas för att utvärdera krisledningsförmågan.

För Svenska Psykiatriska Föreningen

Linda Martinik
Sekreterare,

Cave Sinai
ledamot

Remissvar från Svensk Urologisk Förening rörande Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan (SOU 2021:59)

Svensk Urologisk Förening har läst Socialdepartementets utredning ***Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan (SOU 2021:59)*** och finner att intentionen att öka tillgängligheten till primärvården, öka kontinuiteten i primärvården samt öka patientdelaktigheten och den personcentrerade vården är mycket god men önskar lyfta ett flertal punkter.

- Utredningen tar upp att det är viktigt att öka kontinuiteten i primärvården.
 - Svensk Urologisk Förening vill lyfta att det även är önskvärt med ökad kontinuitet inom den specialiserade vården.
- Utredningen tar upp att det är viktigt att använda vårdens resurser effektivt och att Hälso- och sjukvårdens digitalisering anses vara en förutsättning för att klara av omställningen. Utredningen tar även upp att hälso- och sjukvården måste hitta nya arbetssätt för att öka resursutnyttjandet.
 - Svensk Urologisk Förening ser gärna en utveckling av IT system som underlättar för vården, inte som flera idag befintliga system vilka snarare försvårar för vården med ökad administrativ börda. Insamling av data till kvalitetsregister bör kunna ske automatiskt. Vi ser att flera av de saker som idag fungerar undermåligt med tiden kommer att lösas och därmed bland annat underlätta informationsflödet inom och mellan regioner.
 - Svensk Urologisk Förening vill lyfta fram att det även behövs mer personal i den patientnära vården för att möta behoven.
 - Som exempel kan tas att det för att kunna hålla ledtiderna i de två mycket omfattande SVF-processerna avseende prostatacancer och urinblåsecancer, där urologi står för det mesta av verksamheten, samt för att kunna hålla undan snabbt växande vårdköer även för hårt drabbade patienter med stensjukdom och med invalidiserande prostatahyperplasi, så är det fler aktiva i kärnverksamheten som behövs. Fler mottagningstillfällen, fler vårdplatser och fler operationstillfällen. Utan investering i den faktiska verksamheten, med fler medarbetare i den patientnära vården, så kommer inte andra förslag på uppgraderingar att bära frukt.
 - Svensk Urologisk Förening vill även lyfta behovet av fler medarbetare inom vården för att kunna fullgöra samtliga sina uppdrag vilket förutom vård även inkluderar utbildning och forskning. I dagsläget räcker inte resurserna fullt ut för de två senare.
- Svensk Urologisk Förening ställer sig bakom sjukvårdsrådgivning i regionernas regi och att regionerna ska samverka med varandra kring hälso- och sjukvårdsrådgivningen för en mer likartad och jämställd rådgivning över landet.

- En stor del av utredningen fokuserar på kontroller och redovisning av de föreslagna åtgärder för ökad tillgänglighet, vilket riskerar att öka den administrativa bördan och dra personal till administrativa arbetsuppgifter istället för patientnära vård.

Sammanfattningsvis ser Svensk Urologisk Förening fram emot en vård i Sverige som erbjuder god tillgänglighet, hög kontinuitet samt ökad patientdelaktighet och personcentrerad vård. Detta kan vi nå genom ett effektivt resursutnyttjande, IT-system som faciliterar för vården, men framför allt genom fler som arbetar patientnära samt inom forskning och utbildning.

Styrelsen
Svensk Urologisk Förening

Delegationen för medicinsk etik (DME), SLS

Remissvar

Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan SOU 2021:59

Delbetänkandet ”Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan” syftar till ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, med särskilt fokus på kortare väntetider.

DME *stöder* förslagen i utredningen att en nationell aktör som 1177 ska ha ansvar för sjukvårdsrådgivning i hela landet och att den ska vara tillgänglig på flera språk samt för personer med tal- och hörselsvårigheter.

DME *stöder* utredarens ambition att öka de vårdprofessionellas engagemang och delaktighet i ledning och styrning av vårdens innehåll och utförande, men kan inte se att utredningens förslag pekar i sådan riktning.

DME *avvisar* bedömningarna i utredningen som avser att öka tillgänglighet via fortlöpande överenskommelser mellan staten och SKR.

DME *identifierar* påtagliga brister i utredningens analys av begreppet tillgänglighet till vård, i synnerhet ur prioriteringsetiskt perspektiv.

Den särskilde utredaren skriver:

”Jag hävdar dessutom att Sverige behöver en kulturförändring och nya arbetssätt i vården. De vårdprofessionella behöver ta större övergripande ansvar för tillgängligheten. De bör vara delaktiga i utformning av planer och åtgärder och ges förutsättningar att arbeta med kärnverksamheten på ett effektivt sätt.” (betänkandet, sid 40).

Utredaren framhåller vidare upprepat vikten av ett ”långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete där vårdprofessionerna är engagerade” (sid 346). Utredningens föreslagna strategi för att nå detta mål är genom förändringar i hälso- och sjukvårdslagen och hälso- och sjukvårdsförordningen, samt – vilket vi uppfattar som huvudförslaget – att nya överenskommelser mellan staten och SKR ska medföra ökad produktion och effektivitet hos regionerna som ansvarar för vården på sjukhus, specialistöppenvård samt primärvården.

Som representanter för vårdprofessionen läkare, med ett särskilt fokus på medicinsk etik, delar vi utredarens uppfattning rörande vikten av de professionellas delaktighet, men vi ifrågasätter om utredningens förslag kommer att leda mot målen. Vi saknar en genomgripande analys av tillgänglighetsbegreppet, och av de ur vår synpunkt mest brännande frågorna: Tillgänglighet för vem? För vilka vårdbehov? Tillgänglighet till vad?

Utredaren föreslår mer av administrativ överbyggnad med nya metoder att mäta tider till olika besök¹, ännu mer prestationsbaserade ekonomiska ersättningar och ännu mer toppstyrning av sjukvårdens medarbetare på vårdgolvet² som dagligen kämpar med prioriteringar pga.

¹ Se t ex sid 348-349 där ytterligare fyra mått att i bästa NPM-anda avses inkluderas.

² Se t ex sid 189-190 i betänkande. Enligt ESO-rapporten är det bristen på vårdplatser som är den främsta orsaken till låg effektivitet.

bristande resurser, vårdplatser och personal³. Utredningen nämner den kritik som genom åren har framförts av läkarprofessionen, av Riksrevisionen och av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys kring problemen med Vårdgarantin och Kömiljarden och hur dessa kortsiktiga mål tränger undan patientgrupper med stora och komplexa vårdbehov, inte främjar kontinuitet och skiftar fokus inom verksamheter till att prestera snabbt och effektiv med enklare patientfall som ger bättre statistik och bättre ersättning. Det har också framkommit i tidigare kritik att både Vårdgarantin och Kömiljarden innebär att principen om vård efter behov i den prioriteringsetiska plattformen (lagfäst i HSL) sätts ur spel. Utredningen beskriver också med stor ärlighet att hittillsvarande initiativ för ökad tillgänglighet inte varit framgångsrika:

”Trots lagstadgad vårdgaranti, överenskommelser mellan staten och regionerna genom SKR, med eller utan prestationsersättning, och regionernas egna åtgärder är väntetiderna alltjämt långa. Vårdgarantin uppfylls inte och det finns stora skillnader mellan och inom regionerna.” (sid 20)

Samtidigt avspeglas inte innehållet i denna kritik och i medvetenheten om tidigare misslyckanden i utredningens förslag, som huvudsakligen är ”more of the same”.

- DME bedömer att utredningen saknar grundläggande etisk analys kring dilemmat med och konsekvenserna av ökad tillgänglighet för de stora grupper av vårdsökande med mindre allvarliga åkommor på bekostnad av patienterna med störst vårdbehov. Konsekvenserna av utredarens förslag riskerar komma i konflikt med den prioriteringsetiska plattformen om de i praktiken innebär sämre tillgänglighet, kontinuitet och vårdkvalitet för patienter med de största och mest komplexa vårdbehoven.

- DME är kritisk till hur utredaren föreslår att resurser bör prioriteras till mer administrativ och ekonomisk toppstyrning via SKR⁴ (som är en intresseorganisation för arbetsgivarna där offentlig insyn saknas).

- DME hade gärna sett att en extern grupp av oberoende professionella tog fram kvalitativa metoder och data för optimal klinisk evaluering av hur vi bäst prioriterar resurserna inom hälso- och sjukvården för att öka kvalitet, kontinuitet och tillgängligheten, något som bör ske i nära dialog med dem som möter patienterna och som prioriterar och utför vården. En sådan oberoende vetenskaplig och etiskt kunnig expertgrupp skulle kunna verka under Socialstyrelsen och därmed också kunna granskas offentligt. DME hade gärna sett att utredaren tog del av lärdomar som Tillitsdelegationen tog fram, vilka innebär att mer tillit till professionernas kunskaper och erfarenhet och mindre administrativ och ekonomisk toppstyrning medför bättre resultat. Ett flertal av de lokala goda exempel som utredaren i SOU 2021:59 tar fram är just exempel på detta. Covid-pandemin nämns vid ett flertal tillfällen som positivt exempel på hur hängiven vårdpersonal ställde om snabbt, tog egna initiativ och gjorde mer av kärnuppgifter med vård av patienter, samtidigt som man pausade en del administrativa uppgifter som tar mycket tid från personalens direkta patientarbete.

³ Se t ex sid 183 i betänkandet. Utredningens förslag bygger på antagandet att det i dag finns outnyttjad vårdkapacitet som mer effektivt skulle kunna tas tillvara om den var enkelt sökbar på nationell nivå. Denna bild av nuläget anser vi vara förenklad och delvis felaktig.

⁴ Se sid 302 i betänkandet: ”Andra delar av basuppdraget är mindre lämpliga att författningsreglera. Det rör bland annat utveckling av nya digitala tjänster och kommunikationskanaler samt att arbeta med samstämmighet mellan det medicinska rådgivnings- och hänvisningsstödet och andra kunskapsstöd. Sådana delar föreslås i stället bli föremål för en överenskommelse mellan staten och SKR.”

Mot bakgrund av detta och tidigare kritik, kan DME inte se hur utredarens förslag på nya formuleringar inom HSL, ökade produktions- och kapacitetskrav samt återkommande formuleringar att det behövs en ”kulturförändring”⁵ och ”nya arbetssätt” (som främst tycks syfta på mer digitalisering⁶, ett område där evidensen för effekt liksom etisk konsekvensanalys är sparsmakad) ska lösa de grundläggande problem som orsakar långa väntetider och sämre tillgänglighet inom svensk sjukvård, nämligen:

- Brist på vårdplatser på akut- och högspecialiserade sjukhus (vårdplatsbristen beror huvudsakligen på brist på sjuksköterskor som inte vill arbeta i en dålig arbetsmiljö och är således regionernas ansvar)
- Brist på nationell samordning med jämlikhet och rättvis fördelning av resurser mellan regionerna med stora skillnader av tillgänglighet inom landet (också främst ett ansvar för regionerna)
- Brist på specialistläkare i allmänmedicin⁷ pga. dålig arbetsmiljö inom primärvården och för få ST-läkare i allmänmedicin (idag utgör allmänspecialisterna ca 15% av läkarkåren, behöver vara ca 40% – Utredning God och nära vård ger ingen tydlig plan och strategi hur detta ska genomföras)
- En kroniskt underfinansierad och underdimensionerad primärvård jämfört med befolkningens storlek och vårdbehov (Utredning God och nära vård ger ingen tydlig plan och strategi hur primärvården ska stärkas med mer resurser och personal)
- En snabb digitalisering av främst primärvården där privata nätläkarbolag spelat en stor roll. Detta har skett utan evidens och analys av fördelningseffekterna och utan etisk analys i relation till behovsprincipen. Hittills tycks detta mest ha gynnat yngre patientgrupper i storstadsregionerna⁸ och tagit resurser från primärvårdens insatser för de med störst vårdbehov, vilka behöver kontinuitet och en fast läkarkontakt. (SLS, SFAM och många företrädare för läkarprofessionen har framfört kritik mot hur digitaliseringen hittills har implementerats i primärvården).

⁵ Se t e x sid 166 i betänkandet

⁶ Se t e x sid 25 i betänkandet. Se även sid 267 i betänkandet: ”Målbilden är att invånarens första digitala kontakt i första hand ske via en plattform för automatiserad symtombedömning. Plattformen ska alltså bygga på ett regiongemensamt kunskapsstöd och invånarens symtombeskrivning ska följa med i vårdprocessen.” Evidensen för medicinsk säkerhet, liksom frågan om vem som har ansvaret vid triagering med hjälp av AI eller andra automatiserade system är ännu olösta. Detta är ett vådligt förslag! På sid 306 synes medvetenheten om bedömningsuppgiftens komplexitet finnas hos utredaren, vilket alltså inte avspeglas i målbilden: ”Att på distans bedöma om det finns ett vårdbehov utifrån en persons symtom och veta vilken vårdenhet som är lämplig att hänvisa till är inte en lätt uppgift, varför ett rådgivnings- och hänvisningsstöd är ett viktigt arbetsredskap för att underlätta för de personer som arbetar med att ge hälso- och sjukvårdsrådgivning, samtidigt som det kan bidra till ökad kvalitet och patientsäkerhet. I rådgivnings- och hänvisningsstödet bör det finnas information bland annat om hur brådskande behovet är utifrån olika symtom, vilka frågor som bör ställas till personen, och vilka åtgärder som kan vidtas av den enskilde. Det bör också finnas information om vilken del av hälso- och sjukvården som är lämplig att uppsöka om ett vårdbehov föreligger och vilka vårdenheter som finns i regionen. Genom att använda ett rådgivnings- och hänvisningsstöd ökar förutsättningarna att bedömningarna görs systematiskt och på likvärdiga grunder. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav, enligt 6 kap. 1 § patient-säkerhetslagen (2010:659), PSL. Det innebär att rådgivnings- och hänvisningsstödet måste bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.”

⁷ Diskuteras på sid 221 i betänkandet

⁸ Se t e x sid 96, diskuteras även på sid 216 i betänkandet

Sammanfattningsvis stödjer DME utredarens uttalade ambition att öka de vårdprofessionellas engagemang och delaktighet i ledning och styrning av vårdens innehåll och utförande, samtidigt som DME inte kan se att utredningens förslag på något tydligt sätt pekar i sådan riktning. Snarare tvärtom, befarar vi. Analysen och den logiska kopplingen mellan beskrivningen av hittillsvarande erfarenheter och uppnådda effekter å ena sidan och de avgivna förslagen å den andra är bristfällig. I synnerhet gäller detta den etiska grundfrågan om vilken ställning prioriteringsprincipen om vård efter behov ska ha. Att inkludera återbesök i de ersättningsberättigade prestationskraven är en åtgärd vars effekter dels inte är visade, dels med stor sannolikhet kommer att omfattas av de biverkningar som redovisats i form av risk för felrapportering och oegentlig styrning bort från att tillgodose medicinska vårdbehov⁹.

Utredarens konkluderar:

”Det måste inte finnas en motsättning mellan att upprätthålla medicinska prioriteringar och samtidigt förbättra tillgängligheten och korta väntetiderna - det ena måste inte nödvändigtvis utesluta det andra utan kan göras parallellt med ett systematiskt och långsiktigt förbättringsarbete. Att förbättra väntetiderna och klara de krav som författningen, regionen och överenskommelsen ställer samtidigt som professionerna har möjlighet att göra de medicinska prioriteringar som krävs är en viktig ledarskapsfråga, där varje verksamhetschef har ett viktigt ansvar för tillgänglighetsarbetet.”

Detta uttalande innebär ett flagrant förbiseende av en reell intresse- och målkonflikt, där avvägningar måste göras. Att såsom här görs, förpassa dessa avvägningar till vårdgolvet och göra det till en ledarskapsfråga är oacceptabelt. Dessa avvägningar bör göras mot bakgrund av en bred samhällsdebatt där bland annat befolkningens förväntningar på tillgänglighet och vårdens organisering och resurstilldelning spelar in. Detta är inte ett problem för i första hand en verksamhetschef att lösa!

Vi vill vidare utifrån grundläggande förvaltningsmässiga och demokratiska principer starkt ifrågasätta en fortsatt transferering av betydande statliga medel via ”överenskommelser” mellan staten och SKR. Sådana lösningar innebär att den transparens och insyn som människor har rätt att förvänta sig när avgörande samhällsfrågor hanteras, sätts ur spel.

DME inser vikten av sjukvårdsrådgivning ska erbjudas på de språk som patienterna behärskar bäst. På regleringsmässig nivå ifrågasätter vi dock varför skyldigheten att erbjuda sjukvårdsrådgivning på distans på andra språk än svenska föreslås placeras i hälso- och sjukvårdsförordningen istället för direkt i HSL. På det viset är skyldigheten enkel att sätta ur spel (det räcker med ett regeringsbeslut). Om utredaren, i likhet med DME menar att det är viktigt att upprätthålla rådgivning på andra språk, borde det framgå som en reell skyldighet direkt i HSL, medan tillämpningsfrågor om hur skyldigheten närmre ska utformas däremot med fördel kan ges i förordningsform.

För Delegationen för medicinsk etik inom Svenska Läkaresällskapet

Leila Tamaddon, ledamot, specialistläkare i allmänmedicin

Lotta Wendel, repr för allmänheten, jurist

⁹ Se sid 370 - ”Att återbesök ingår bland prestationskraven är ett sätt att minska risken att återbesök åsidosätts, vilket kan tänkas drabba personer med kronisk sjukdom mer än andra.” Knappast tillräcklig garanti för att detta inte skulle ske.

Mikael Sandlund, ordförande, senior professor

Hej!

Sänder yttrande från eHälsokommittén:

Vi instämmer i stort i utredningens förslag.

Vi har dock följande allmänna synpunkter:

- Utredningen har identifierat viktiga insatser med goda exempel och där man pekar på att behovet av uppföljning, utvärdering och forskning behöver ingå i regionernas och kommunernas arbete med omställningen till nära vård.
Vi stöder detta men anser att beträffande digitaliseringen av vården behöver detta arbete ske synkroniserat på nationell nivå och av oberoende instanser (forskare; inte regionen själv) så att hela befolkningen kan tillgodogöra sig digitalisering av hög kvalitet.
- I utredningen om hur en nationell digital infrastruktur inom hälso- och sjukvården kan utformas och regleras vill vi poängtera vikten av att vårdprofessionella medverkar aktivt för att strukturen ska få en ändamålsenlig utformning.
Utan att professionella kan använda, påverka resp ordinera säkra och ändamålsenliga digitala stöd visavi patienterna så kan de senare inte tillgodogöra sig digitaliseringen.
Utredningen saknar vårdpersonalens perspektiv och arbetsmiljö, den påverkar också tillgänglighet i primärvården.
- Vi blir förvånade över att man trycker så hårt på videobesök med läkare när det inte finns någon forskning som entydigt visat att det faktiskt avlastar primärvården (vilket de också tar upp i senare delar av remissen). Det finns mycket annat som skulle kunna effektiviseras med hjälp av digitalisering inom primärvården (diktering, remisshantering, konsultationer, asynkron kommunikation och liknande).
- I utredningen saknar vi insatser för att stärka vårdprofessionellas digitala kompetens utan vilken många av utredningens förslag riskerar att fördröjas och inte utformas på ett ändamålsenligt sätt i samklang med professionellas behov.
- I övrigt stöder vi SFMIs specifika synpunkter som bifogas (SFMI ingår som adjungerad i eHälsokommittén).

På uppdrag av eHälsokommittén
Göran Petersson