



Remissvar *Effektiv och behovsbaserad digital vård* (Ds 2023:27)

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 tackar för möjligheten att lämna synpunkter på promemorian *Effektiv och behovsbaserad digital vård* (Ds 2023:27).

SLS har getts tillfälle att lämna synpunkter på promemorian *Effektiv och behovsbaserad digital vård* (DS 2023:27). I beredningen av SLS yttrande har vi fått in remissvar från SLS medlemsföreningar, delegationer och kommittéer. SLS yttrande är sammanställt utifrån inkomna remissvar från SLS medlemsorganisationer och berett av SLS nämnd. Flera av svaren innehåller både översiktliga och specialitetsspecifika synpunkter. Svaren bifogas därför i sin helhet (se bilaga).

SLS delar i allt väsentligt utredningens utgångspunkter och problembeskrivning. Även flera av utredningens förslag till tillägg och preciseringar i den del av gällande rätt som berör digital vård är principiellt rimliga. SLS menar dock att det tydligare bör betonas att den digitala vården måste utformas, så att gällande rätt efterlevs och att fragmentisering, diskontinuitet samt oegentliga prioriteringar motverkas.

Prioriteringsperspektivet är nödvändigt med tanke på det befintliga och växande gapet mellan vårdbehov och resurser. SLS konstaterar att prioriteringsplattformen (den etiska plattformen) ska vara vägledande vid prioritering inom all hälso- och sjukvård, oberoende av driftsform, ersättningssystem och teknologi.

I synnerhet när det kommer till digital vård, anser SLS att prioriteringsplattformen bör betonas tydligare än i promemorian: 1) människovärdesprincipen, 2) behovs- och solidaritetsprincipen och 3) kostnadseffektivitetsprincipen. Den individ som har det största vårdbehovet ska gå först. Medicinska prioriteringar ska grundas på behov snarare än efterfrågan. Det är särskilt viktigt att identifiera vårdbehov hos svaga individer, särskilt de med nedsatt autonomi.

SLS vill vidare särskilt framhålla vikten av att digital sjukvårdsteknologi anpassas för att underlätta relationskontinuitet och helhetsansvar i primärvården samt vård av individer som över tid vårdas av olika vårdgivare inom sjukhusvård, primärvård och kommunal vård och omsorg. Detta gäller i synnerhet vård av individer med stora och komplexa vårdbehov, exempelvis sköra och/eller multisjuka äldre.

Förutsättningarna för införande och implementering av digital teknologi skiljer sig åt mellan olika områden. SLS anser att implementering kan påskyndas inom områden, där det finns evidens och/eller gedigen erfarenhet av positiva effekter. Inom andra områden, med mer osäkert kunskapsläge, bör inväntas sammanställning av befintlig evidens och konsekvensanalys rörande effekter av digitalisering innan bredare implementering sker. Inom områden, där ett osäkert kunskapsläge råder, bör inväntas resultat av relevant forskning. Det finns vidare ett behov av digital utbildning på alla nivåer, men detta får inte tillåtas tränga undan växande behov av konventionell, medicinsk utbildning.

SLS anser sammanfattningsvis:

- **att** grundläggande utgångspunkter är att hälso-och sjukvård ska bedrivas effektivt, tryggt, patientsäkert och individualiserat, och att vården utförs på basen av vetenskap och beprövad erfarenhet; dessa premisser ska även gälla för digital vård
- **att** prioriteringsplattformen är en del av gällande rätt och att den ska vara vägledande vid prioritering inom all hälso- och sjukvård, oberoende av driftsform, ersättningssystem och teknologi
- **att** hierarkin mellan prioriteringsplattformens etiska principer måste betonas tydligare, även när det kommer till digital vård: 1) människovärdesprincipen, 2) behovs- och solidaritetsprincipen och 3) kostnadseffektivitetsprincipen
- **att** vårdbehov snarare än efterfrågan ska avgöra prioriteringarna; det är särskilt viktigt att identifiera vårdbehov hos svaga individer, särskilt de med nedsatt autonomi, och att tekniska lösningar anpassas efter denna premiss
- **att** även begreppet *tillgänglighet till vård* (fysisk och/eller digital) bör definieras så att de individer som har de största vårdbehoven går först
- **att** flera av utredningens förslag till tillägg och tekniska preciseringar i den del av gällande rätt som berör digital vård, är rimliga, dock med nedanstående reservationer
- **att** behovs- och lämplighetsbedömning inför upphandling av tjänster ska ske enligt gällande rätt, särskilt inbegripande medicinsk-professionell bedömning baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet samt prioriteringsplattformen
- **att** den digitala utomlänsvården måste utformas så att fragmentisering, brist på kontinuitet och oegentliga prioriteringar motverkas
- **att** behovs- och lämplighetsprövningen rimligen utförs av den region som har ansvar för och kännedom om medborgarnas vårdbehov samt även står för vårdkostnaderna
- **att** digital sjukvårdsteknologi bör anpassas för att underlätta relationskontinuitet i primärvården samt vård av individer som över tid vårdas av olika vårdgivare inom sjukhusvård, primärvård och kommunal vård och omsorg
- **att** implementering av digital teknologi bör påskyndas inom områden, där det finns evidens och/eller gedigen erfarenhet av positiva effekter, men att man inom andra områden, präglade av ett osäkert kunskapsläge, bör invänta utvärdering av befintlig evidens och erfarenhet rörande effekter av digitalisering innan bredare implementering sker; inom områden där det råder bristfällig evidensgrund för digitaliseringens patientnytta bör inväntas resultat av relevant och oberoende forskning
- **att** det finns behov av digital utbildning på alla nivåer, men att detta inte får tillåtas tränga undan ett växande behov av konventionell, medicinsk utbildning; vårdgivare bör allokera medel för administrativt-tekniskt stöd till sjukvårdspersonal vid införande av nya digitala system och verktyg

SLS' övergripande synpunkter på promemorian

SLS uppfattar att promemorians författare (utredningen) utgår ifrån att ersättningssystem och teknologi, såsom digitala verktyg, ska betraktas som viktiga *medel* som anpassas för att underlätta att hälso- och sjukvårdens (sjukvårdens) grundläggande *mål* uppnås. SLS delar denna grundsyn. Mycket talar för att dagens system med utomlänsersättning för digitala vårdtjänster bidrar till fragmentisering, diskontinuitet och oegentliga prioriteringar (omvänd behovsprioritering).

SLS anser att det i kontexten digital vård är särskilt viktigt att verksamheten baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet, och på riksdagens prioriteringsplattform (den etiska plattformen) [1-3].

Prioriteringsperspektivet är viktigt med tanke på det växande gapet mellan vårdbehov och resurser. Plattformen är en del av gällande rätt och den ska vara vägledande vid prioritering inom all hälso- och sjukvård, oberoende av driftsform, ersättningssystem och teknologi. Den kommunala självbestämmanderätten upphäver rimligen inte detta.

SLS konstaterar att det finns en hierarki mellan prioriteringsplattformens etiska principer, där människovärdesprincipen är högst rangordnad, och behovs- och solidaritetsprincipen är överordnad kostnadseffektivitetsprincipen.

Begreppet vårdbehov definieras i enlighet med gällande rätt och nationella modellen för prioriteringar inom hälso- och sjukvård, dvs som en funktion av a) ett hälsotillstånd svårighetsgrad och b) tillhörande åtgärds möjliga patientnytta [1,4,5]. Vårdbehov snarare än efterfrågan ska avgöra prioriteringen. En individ har inte behov av en åtgärd som inte gör nytta.

Begreppet patientnytta definieras utifrån i första hand individens behov (patientperspektiv) snarare än kollektivets (sambällsperspektiv). En utilitaristisk aggregering av patientnyttor, där fler lindriga vårdbehov får gå före färre, svåra vårdbehov är oförenlig med gällande rätt [1-3,6]. Även begreppet tillgänglighet till vård bör definieras utifrån prioriteringsplattformens principer, där störst vårdbehov ska gå först. Det är särskilt viktigt att identifiera vårdbehov hos svaga individer, särskilt de med nedsatt autonomi [1-3].

SLS delar utredningens farhåga att flera av de nu rådande förutsättningarna för utövande av digital vård, inbegripet gällande ersättningssystem utformning, motverkar såväl genomslag av behovs- och solidaritetsprincipen som att sjukvården bedrivs kostnadseffektivt. SLS ansluter sig därför principiellt till flera av utredningens förslag till tillägg och tekniska preciseringar i den del av gällande rätt som berör digital vård, dock med nedanstående preciseringar.

SLS anser att behovs- och lämplighetsprövningen rimligen utförs av den region som har ansvar för och kännedom om medborgarnas vårdbehov samt även står för vårdkostnaderna. SLS vill därutöver betona att behovs- och lämplighetsbedömning ska ske enligt gällande rätt. Det är särskilt viktigt att bedömningens konsekvenser harmonierar med vetenskap och beprövad erfarenhet samt prioriteringsplattformen, inklusive dess fokus på att behov snarare än efterfrågan ska vägleda. Nationellt vägledande principer bör tas fram av relevant myndighet i samverkan med berörda professionsorganisationer.

SLS konstaterar att de ersättningssystem/-modeller som införs i vården, även i kontexten upphandling av digitala tjänster, bör präglas av låg detaljgrad och god förutsägbarhet, samt vara anpassade för att stimulera forskning, fortbildning och innovation. Införande av ersättningsmodeller bör föregås av etisk analys och de bör provas i mindre skala samt utvärderas medicinskt, etiskt och hälsoekonomiskt. Om olika ersättningsmodeller tillämpas rörande aktörer som tar på sig hela primärvårdsuppgiftet respektive aktörer som åtar sig en begränsad del av uppgiftet, ökar risken för felprioriteringar och undanträngningseffekter.

Förutsättningarna för införande och implementering av digital teknologi skiljer sig åt mellan olika områden. SLS anser att implementering kan påskyndas inom områden, där det finns evidens och/eller gedigen erfarenhet av positiva effekter. Inom andra områden, med mer osäkert kunskapsläge, bör inväntas sammanställning av befintlig evidens och konsekvensanalys rörande effekter av digitalisering innan bredare implementering sker. Inom områden, där sammanställning av evidens påvisar en bristfällig evidensgrund, bör inväntas resultat av relevant forskning.

SLS anser även att det finns områden där det finns särskilt behov av att utreda vilka effekter som bred implementering av digital vård skulle kunna medföra för patient- och rättssäkerhet. Ett exempel på detta är undersökningar som kan ligga till grund för intyg om psykiatrisk tvångsvård. Här finns behov av såväl ett solitt evidensunderlag som en tydlig reglering innan spridning av digital teknologi sker.

SLS anser vidare att det är särskilt viktigt att sjukvårdsteknologi, även digital, anpassas för att underlätta relationskontinuitet i primärvården, samt vård av individer som över tid vårdas av olika vårdgivare inom sjukhusvård, primärvård och kommunal vård och omsorg. Detta gäller i synnerhet vård av individer med stora och komplexa vårdbehov, exempelvis sköra och/eller multisjuka äldre. En betydande andel av alla patienter som vårdas inom sjukhusvård är äldre, sköra och/eller multisjuka med komplexa vårdbehov [7-9]; detsamma gäller inom primärvården. Det är även viktigt att digitala plattformar har text-stöd för hörselskadade och att tillgång till simultan tolkning (skriv-/teckentolk) finns tillgänglig.

SLS konstaterar att det finns indikationer på att äldre individer med stora vårdbehov är kraftigt underrepresenterade vad gäller faktisk tillgång till digitala verktyg [10-12]. Orsakerna till detta behöver närmare analyseras innan en generell och bred implementering sker. Fram till dess att en anpassning av teknologin har skett för att tillgodose dessa individers behov måste icke-digitala sökvägar och handläggningsstrategier kvarstå och i vissa fall utvecklas. I annat fall finns en uppenbar risk för bortträngning av stora vårdbehov [13,14].

SLS anser att ordnat införande och spridning, initialt i mindre skala, av digitala verktyg bör vara norm, parallellt med forskning och utvärdering (*Health Technology Assessment* [HTA]) med vetenskaplig metod. Nyligen omtalade fall med möjliga felprioriteringar på basen av automatiserad triagering (bot) belyser allvaret i detta [15]. Det förtjänar även att påpekas att det finns indikationer på att digitaliseringen sällan har kostnadsbesparande nettoeffekter [16]. För övrigt förutsätter yttranden om kostnadseffektivitet att det finns evidens rörande vad som är medicinskt effektivt. I nuläget råder en betydande brist på jämförande studier med fokus på digital vård. Som grundprincip måste digitala vårdteknologier underkastas samma krav på evidens som icke-digitala medicinska teknologier som exempelvis läkemedel. Med tanke på det osäkra kunskapsläget bör en sammanställning och utvärdering av befintligt kunskapsläge ske före det att en bredare implementering sker av distanskontakter som vårdform.

SLS instämmer i utredningens uppfattning att det finns behov av digital utbildning på alla nivåer. Detta behov får dock inte tillåtas tränga undan konventionella och växande behov av medicinsk utbildning. Detta behöver framhållas med tanke på att hälso- och sjukvård är ett av de mest kunskapsintensiva samhällsområdena med en mycket snabb tillväxt av kunskap. Det är mot denna bakgrund oroande att antalet fortbildningsdagar för svenska specialister har halverats under de senaste två decennierna [17]. Kompetensförsörjning för alla vårdprofessioner är av central betydelse för patientsäkerhet och kvalitet.

Med tanke på diversitet och hög omsättning beträffande digitala verktyg och system, bör vårdgivare uppmuntras att allokera medel för administrativt-tekniskt stöd till sjukvårdspersonal vid införande av nya teknologier.

SLS' svar på promemorians förslag och bedömningar under rubriken Sammanfattning

Begreppet distanskontakt definieras

Svar: SLS instämmer i att begreppet distanskontakt behöver definieras. Utredningen föreslår att ”Med distanskontakt avses vårdkontakt i öppen vård där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda.” SLS finner den föreslagna definitionen rimlig, med reservationen att den saknar bestämning av tidsdimensionen och att tidsfaktorn kan behöva diskuteras. Kan exempelvis ett kortfattat meddelande som inte mottas i realtid (t.ex. via ett sms eller en förinspelad video) inbegripas i definitionen? Det bör vidare göras en åtskillnad mellan automatiserad och mänsklig kontakt.

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

Svar: SLS instämmer principiellt i att det är önskvärt att distanskontakt kan erbjudas, när detta är ett lämpligt alternativ. Å andra sidan är det nog så viktigt att betona det omvända fallet, vilket görs i promemorian (sid. 140), dvs att ”Patienten kan självfallet välja att tacka nej till erbjudandet om han eller hon föredrar att träffa vårdpersonalen fysiskt”. SLS anser att ytterst måste valet av kontaktform avgöras av vad som bedöms medicinskt motiverat. Detta avgörande måste inbegripa en professionell bedömning av vårdbehov baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Det konstateras av utredningen att ”...många människor som inte har så stor vana eller erfarenhet av den snabbt utvecklande tekniken inte kan dra fördel av sådana lösningar.” samt ”Det gör att en del patientgrupper riskerar att lämnas utanför systemet, som går i riktning mot att bli alltmer digitalt”. SLS anser därför att det är särskilt viktigt att slå vakt om att riksdagens prioriteringsplattform får genomslag oberoende av vilka former av vårdkontakter som erbjuds. Störst vårdbehov ska gå först. Det är enligt behovs- och solidaritetsprincipen särskilt viktigt att identifiera vårdbehov hos svaga individer, särskilt de med nedsatt autonomi. SLS vill även betona vikten av att i normalfallet tillämpa fysiska möten i vårdkontakter med barn.

SLS anser att implementering av digital teknologi bör påskyndas inom områden, exempelvis viss dermatologisk verksamhet, där det finns evidens och/eller gedigen erfarenhet av positiva effekter. Inom andra områden, med ett mer osäkert kunskapsläge, bör inväntas sammanställning och utvärdering av befintlig evidens och erfarenhet rörande effekter av digitalisering innan bredare implementering sker.

SLS anser även att man bör invänta resultat av relevant forskning rörande medicinska, etiska och hälsoekonomiska effekter av utökad vård via distanskontakter innan bred implementering sker. SLS anser vidare att ett ordnat införande och spridning, initialt i mindre skala, av digitala verktyg bör ske, parallellt med forskning och utvärdering (Health Technology Assessment [HTA]) med vetenskaplig metod. Risken för bortträngningseffekter, dvs att individer med stora vårdbehov nedprioriteras i förhållande till lindrigare vårdbehov, bör analyseras noggrant.

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

Svar: SLS instämmer principiellt i att ”Patientens hemregion ska inte vara skyldig att ersätta kostnaden för distanskontakter som erbjuds av en annan region om distanskontakten inte har föregåtts av en adekvat behovs- och lämplighetsbedömning”.

SLS anser att en adekvat behovs- och lämplighetsbedömning måste göras enligt gällande rätt. Det är därmed centralt att bedömningen grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet, samt att den görs i harmoni med prioriteringsplattformen och dess principer. Den kommunala självbestämmanderätten upphäver rimligen inte detta. SLS anser att det är särskilt viktigt att störst vårdbehov går först, och att bortträngningseffekter undviks. De kvalitetskrav och regler som gäller för remittering ska gälla oavsett om det är en fysisk eller digital kontakt som föranlett remissen. SLS anser att behovs- och lämplighetsprövningen rimligen utförs av den region som har ansvar för och kännedom om medborgarnas vårdbehov samt även står för vårdkostnaderna.

Utredningen konstaterar att ”Den medicinska och tekniska utvecklingen går även mot att många vårdsökande kan få en första bedömning av sitt hälsotillstånd med hjälp av automatiserade symtombedömnings- och hänvisningstjänster. Bland annat pågår utveckling av sådan funktionalitet inom ramen för tjänsten 1177 Direkt, en digital ingång till första linjens hälso- och sjukvård.” (sid 157). SLS konstaterar att det finns oroväckande signaler om att dylika automatiserade symtombedömnings- och hänvisningstjänster kan vara behäftade med allvarliga brister, och att de i vissa fall kan ha lett till prioriteringar som inte följer gällande rätt, dvs såväl över- som undertriagering [14,15]. Felaktiga prioriteringar skulle kunna drabba i synnerhet äldre med komplexa vårdbehov, multisjuklighet och skörhet [18-20]. SLS anser att det inom områden, där det råder bristfällig evidensgrund för automatiserade symtombedömnings- och hänvisningstjänster, bör avvaktas med bredare implementering i väntan på resultat av relevant forskning. Kraven på patientsäkerhet och kvalitet måste vara desamma vid digital vård som vid fysisk.

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

Svar: SLS finner den föreslagna principen rimlig. Detta inte minst mot bakgrund av det resonemang som förs i promemorian på sid 167: ”Med tanke på de problem som särskilt kan uppstå i samband med digital utomlänsvård, bland annat vad gäller informationskontinuitet, vårdövergångar och koordinering med fysiska vårdinsatser samt uppföljning, är det enligt utredningens mening viktigt att patienter inte drivs att söka digital utomlänsvård enbart på grund av patientavgiftens storlek, när patienten i övrigt uppfattar två digitala vårdgivare som likvärdiga”. Detta resonemang torde enligt SLS vara särskilt relevant för individer med komplexa vårdbehov, som behandlas av flera olika vårdgivare.

Ikraftträdande och övergångsbestämmelse

Svar: SLS instämmer i princip i utredningens förslag, som torde grundas på gällande avtalsrätt. SLS vill dock betona att de centrala delarna av gällande rätt på hälso- och sjukvårdens område måste följas oberoende av när ett avtal slöts.

Utbildning i förmågan att använda digitala verktyg

Svar: SLS instämmer i att det finns ett behov av att öka utbildningsinsatserna rörande förmåga att använda digitala verktyg. Med tanke på den tekniska/teknologiska utvecklingens dynamik, finns troligen ett behov av utbildning även under vidare- och fortbildning.

SLS anser dock att behovet av digital utbildning inte får tillåtas tränga växande behov av konventionell medicinsk utbildning. Detta behöver framhållas med tanke på att hälso- och sjukvård är ett av de mest kunskapsintensiva samhällsområdena med en mycket snabb tillväxt av kunskap. Det är mot denna bakgrund oroande att antalet fortbildningsdagar för svenska specialister har halverats under

det senaste decenniet [17]. SLS vill även varna för överskattning av digitala verktygs förmåga att generera ändamålsenliga prioriteringar och val av vårdnivåer.

Stöd för implementering av digitala verktyg

Svar: SLS instämmer principiellt i att det finns ett behov av utbildning och introduktion samt stöd för implementering av digitala verktyg. Liksom under föregående punkt vill dock SLS understryka att inget talar för att det framtida behovet av konventionell medicinsk utbildning kommer att minska. SLS anser vidare att vårdgivare bör allokera medel för administrativt-tekniskt stöd till sjukvårdspersonal vid införande av nya digitala system och verktyg.

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

Svar: SLS stödjer kraftfullt detta förslag, dvs ”...det finns ett behov av ett samlat grepp gällande exempelvis vilken vård som inte lämpar sig vid distanskontakter utifrån befintlig forskning. En sammanställning av aktuell forskning på området kan utgöra kunskapsunderlag till regionerna när de själva utvecklar sina digitala tjänster. Det kan också utgöra stöd då regionerna väljer att anlita privata digitala vårdgivare och behöver ta del av vetenskapligt underlag för att värdera att tjänsten är patientsäker och ändamålsenlig.” (sid. 11)

SLS anser att denna åtgärd borde ges högsta prioritet. Med tanke på det osäkra kunskapsläget bör en sammanställning och utvärdering av befintligt kunskapsläge ske före det att en bredare implementering sker av distanskontakter som vårdform.

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

Svar: SLS instämmer principiellt i detta förslag. SLS vill dock tillägga att forskningsinsatserna bör vara riktade och prioriterade utifrån vad som framkommer av en sammanställning och utvärdering av befintligt kunskapsläge jämlikt föregående punkt. Implementering bör föregås av både relevant, oberoende forskning och utvärdering av kunskapsläget. Som grundprincip måste digitala vårdteknologier underkastas samma krav på evidens som icke-digitala medicinska teknologier som exempelvis läkemedel.

Tidigare beslutade medel för forskning om god och nära vård bör inte omallokeras till forskning om digital vård.

I promemorian konstateras: ”De senaste åren har utvecklingen av innovativa lösningar för distanskontakter med patienter eller distansmonitorering av patienter gått snabbt.” Det finns dock indikationer på att evidensgrunden för implementeringen och spridningen av vissa av de aktuella teknologierna är bristfällig, och att relevant forskning i åtskilliga fall behöver inväntas [21].

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

Svar: SLS instämmer i att kriterier för behovs- och lämplighetsbedömning behövs. SLS anser att dessa kriterier måste bygga på att bedömningen grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet, samt att den harmonierar med prioriteringsplattformen och dess principer. SLS anser att relevanta

myndigheter bör ha en central roll, rimligen i samverkan med lämpliga professionsföreningar, i synnerhet berörda specialitetsföreningar.

Stimulansmedel till innovation och utveckling

Svar: SLS instämmer i att det kommer finnas ett behov av stimulansmedel för innovation och utveckling. Dessa medel bör lämpligen riktas till de aktörer som omnämns i föregående punkt. Användningen av stimulansmedel behöver kvalitetskontrolleras.

SLS' övriga kommenterar till promemorian

Receptförnyelse

”Hur vårdgivare förnyar eller förlänger recept får enligt utredningens uppfattning anses vara en kvalitetsfråga bland andra. Så som framgår av avsnitt 4.2 ska varje ordination – även vid ändring eller förlängning av en pågående läkemedelsbehandling – bland annat föregås av en medicinsk bedömning med utgångspunkt i patientens behov.” (sid. 181)

Svar: SLS delar utredningens uppfattning att receptförnyelse måste föregås av en medicinsk bedömning med utgångspunkt i patientens behov. Bedömningen måste präglas av personligt professionellt ansvar, och som grundprincip ske den via ordinarie vårdgivare. Detta gäller även vid digital vård och i synnerhet vid förlängning/förnyelse av recept till äldre individer med multisjuklighet och/eller skörhet.

Utbudets påverkan på vårdkonsumtion

”Då de digitala vårdgivarna har mer generösa öppettider än den traditionella primärvården och patienterna inte behöver lämna hemmet (eller arbetsplatsen) för att komma i kontakt med dem, så kan det antas att den totala efterfrågan på vård har ökat. I en forskningsrapport redogörs för att det finns studier som uppskattar att mellan en fjärdedel och hälften av kontakterna i digital primärvård utgörs av nytillkommen efterfrågan. Författarna konstaterar att alla nytillkomna konsultationer definitionsmässigt innebär ökade utgifter för vård och frågar sig om dessa kontakter genererar tillräckligt stora hälsovinster för att motivera de ökade utgifterna – det vill säga om de är kostnadseffektiva alternativ till egenvård.” (sid. 115)

Svar: SLS delar uppfattningen att konstaterad ökad efterfrågan och vårdkonsumtion relaterad till framväxten av digitala vårdgivare behöver problematiseras och analyseras. Behov och efterfrågan står inte alltid i samklang med varandra [1,6,10-12,22]. I värsta fall utarmas primärvårdens resurser. Digitala aktörers marknadsföring kring vanliga självläkande åkommor bör granskas rigoröst. Hur förhåller sig ökad vårdkonsumtion till följd av ett ökat utbud av digital vård till behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen?

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

Svar: SLS anser att detta bör utredas med såväl en belysning av nuvarande evidensläge som en konsekvensanalys rörande följder för medicinska prioriteringar och kompetensförsörjning. Det måste framgå att utgångspunkten för prioriteringar i offentligt finansierad vård är professionellt definierade, faktiska, medicinska behov snarare än efterfrågan.

Författningskommentar

”Vårdregionen ska alltså fatta beslut om enligt vilka principer och, vid behov, i vilka former som patienter ska sorteras och prioriteras vid tillgång till hälso- och sjukvård genom distanskontakt.” (sid 212)

”Att behovs- och lämplighetsbedömningen ska vara adekvat innebär att vårdregionen ska göra en noggrann bedömning avseende de distanskontakter som erbjuds i regionen, med beaktande av behovs- och solidaritetsprincipen samt kravet på kostnads-effektivitet.” (sid. 213)

Svar: Prioriteringsperspektivet är viktigt med tanke på det befintliga och växande gapet mellan vårdbehov och resurser [1-3,27,28]. SLS instämmer i att prioriteringsplattformen är en del av gällande rätt och att den ska vara vägledande vid prioritering inom all hälso- och sjukvård, samt att detta förhållande även gäller vid regioners behovs- och lämplighetsbedömning avseende distanskontakter.

SLS anser dock att hierarkin mellan prioriteringsplattformens etiska principer måste betonas tydligt och i enlighet med gällande rätt: 1) människovärdesprincipen, 2) behovs- och solidaritetsprincipen och 3) kostnadseffektivitetsprincipen [1-3]. Promemorians ovan refererade formulering (sid. 213) skulle kunna tolkas som om en omvänd hierarki mellan plattformens etiska principer förelåg. Om inte behovs- och solidaritetsprincipen överordnas kostnadseffektivitetsprincipen, riskerar svåra vårdbehov hos relativt få patienter att få stå tillbaka i förhållande till lindriga vårdbehov hos ett stort antal individer. En utilitaristisk aggregering av patientnyttor, där fler lindriga vårdbehov får gå före färre, svåra vårdbehov är oförenlig med prioriteringsplattformen [1-3,6,29,30]. Det är särskilt viktigt att betona denna utgångspunkt i kontexten digital vård.

I Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60) [3] betonades att

”Eftersom behovs- och solidaritetsprincipen är överordnad kostnadseffektivitetsprincipen skall svåra sjukdomar och väsentliga livskvalitetsförsämringar gå före lindrigare, även om vården av svåra tillstånd drar väsentligt större kostnader”

samt

”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.”

Att behovs- och solidaritetsprincipen är överordnad kostnadseffektivitetsprincipen har därefter fastslagits i åtskilliga utredningar [6,23-26]. Exempelvis konstaterades i Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll SOU 2021:80 [25]:

”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.”

SLS konstaterar att enligt gällande rätt är det ett *krav* att behovs- och solidaritetsprincipen är överordnad kostnadseffektivitetsprincipen. Den individ som har det största vårdbehovet ska gå först. Detta är särskilt viktigt att fastslå i kontexten *Effektiv och behovsbaserad digital vård*. I annat fall motverkas riksdagens prioriteringsplattform.

För Svenska Läkaresällskapet

Tobias Alfvén
ordförande

Niklas Ekerstad
ledamot i SLS nämnd

Bilaga

Svar från följande föreningar, delegationer och kommittéer inom Svenska Läkaresällskapet

Svensk barnkirurgisk förening
Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi
Svensk Kirurgisk Förening
Svensk förening för allmänmedicin
Svensk Förening för Medicinsk Genetik och Genomik
Svensk medicinsk audiologisk förening
Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa
Svensk Plastikkirurgisk Förening
Svenska Rättspsykiatriska Föreningen
Svensk Urologisk Förening
SLS delegationen för medicinsk etik
SLS eHälsokommitté

Referenser

1. Vårdens svåra val, SOU 1995:5.
2. Betänkande 1996/97:SoU14 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården
3. Proposition 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården
4. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning; Linköpings universitet; 2017.
5. Socialstyrelsen, Prioriteringar i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens analys och slutsatser utifrån rapporten Vårdens alltför svåra val? 2007.
6. 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.
7. Ekerstad N, Cederholm T, Boström A-M et al. Clinical frailty scale – skörhet är ett sätt att skatta biologisk ålder Läkartidningen. 2022;119:22040.
8. SBU. Comprehensive geriatric assessment and care of frail elderly. Stockholm: Swedish Council on Health Technology Assessment (SBU); 2014. SBU report no 221.
9. Damluji AA, Forman DE, Wang TY, Chikwe J, Kunadian V, Rich MW et al. American Heart Association Cardiovascular Disease in Older Populations Committee of the Council on Clinical Cardiology and Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; and Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health. Management of Acute Coronary Syndrome in the Older Adult Population: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2023;147(3):e32-e62.
10. Region Stockholm 2019. Effekter av införandet av digitala vårdmöten. Rapport. Sveriges Kommuner och Landsting 2019.
11. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2022. Besök via nätet. Resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök (2022:1). Rapport
12. Svenska Läkaresällskapet 2022. Digitala vårdbesök lockar yngre personer i storstaden.
13. Olsson O. Managing variability in patient flows (doctoral thesis). Linköping university. Linköping 2021.

14. Gustafsson A. 100 läkare i upprop mot den digitala rådgivningen: "Regionen följer inte lagen". Dagens Nyheter 231103.
15. Gustafsson A. Robotrådgivare införs på 1177 trots risker för patienter. Dagens Nyheter 231007.
16. Ekman B, Ellegård LM. Digitaliseringen av svensk vård och omsorg. Studieförbundet Näringsliv och samhälle. Rapport. Stockholm 2023.
17. Sveriges läkarförbund. Förutsättningar för fortbildning saknas. Rapport. Stockholm 2023.
18. SBU. 2010. Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. (SBU). SBU-rapport nr 197.
19. Farrokhnia N, Castren M, Lind L, Oredsson S, Jonsson H, Asplund K och Göransson KE. 2011. Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 30(19): 42.
20. Prioriteringscentrum. Triage som prioriteringsinstrument. Triage som prioriteringsinstrument på akutmottagning. En etisk analys av RETTS 2012:2.
21. Vallo Hult H, Elden H, Frerichs M, Gelander L, Greim G, Jivegård L, Khan J, Magnusson K, Mourtzinis G, Nyström O, Quitz K, Scharenberg C, Sjöland H, Svanberg T, Svedberg M, Wartenberg C. Egenmonitorering - evidenskartläggning genom sammanställning av systematiska översikter för utvalda diagnosgrupper [Remote patient monitoring– an overview of systematic reviews for selected diagnosis groups]. Göteborg: Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, HTA-centrum: 2023. HTA 2023:133.
22. Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? Riksrevisionen 2014:22.
23. Socialstyrelsen, Prioriteringar i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens analys och slutsatser utifrån rapporten Vårdens alltför svåra val? 2007.
24. Socialstyrelsen. 2020. Nationella principer för prioritering av rutinsjukvård under covid-19-pandemin. Kunskapsstöd för att utveckla regionala och lokala riktlinjer
25. Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll. SoU 2021:80.
26. Socialstyrelsen 2022. Vårdens prioriteringar i krig och fredstida katastrofer. Kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens beredskap. Rapport. Stockholm 2022.
27. Coulter A, Ham C. The global challenge of health care rationing. Buckingham: Open University Press, 2000.
28. Newdick C. Who should we treat?: rights, rationing, and the resources in the NHS. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2005.
29. Lindholm L, Henriksson R, Rosén M, Bergenheim T, Salander P. Modifierad kostnad–nytta-analys tar hänsyn till rättvisepincipen. Behandling av hjärntumörer mer kostnadseffektiv än höftledsbyte. Läkartidningen 1999; 96:2749-54.
30. Ottosson JO. Vård efter behov eller maximerad hälsa? Läkartidningen. 2007;104:3213.

Svensk barnkirurgisk förenings remissvar gällande promemorian Effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 2023:27)

Sammanfattning

Svensk barnkirurgisk förening har utifrån specialitetens förutsättningar synpunkter på delar av förslagen. Gällande avsnitt 9.4 om regionernas skyldighet att erbjuda distanskontakt, så föreslår vi att skyldighetskravet tas bort och att man framhäver möjligheterna att erbjuda distanskontakt när det bedöms lämpligt. Angående *Stöd för implementering av digitala verktyg* så rekommenderar vi att förslagets eventuella påverkan på utbildning lyfts fram som en särskild anledning till att distanskontakt kan anses vara olämplig. Gällande avsnitt 10.4.1 så instämmer vi inte med förslaget om *etablering av digitala vårdgivare inom öppen specialiserad vård utan* rekommenderar en särskild konsekvensanalys för den vård som redan erbjuds och kompetensförsörjningen.

Promemorians förslag och bedömningar

Begreppet distanskontakt definieras (avsnitt 9.3)

Vi instämmer med förslaget.

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

Vi föreslår att skyldighetskravet tas bort. Även om det är önskvärt att erbjuda distanskontakter så kan skyldighetskravet innebära större investeringar i en ofördelaktig tidpunkt och kan ha en negativ påverkan på läkares utbildning/fortbildning då förmågan att göra korrekta bedömningar vid distanskontakter kräver en högre grad av klinisk erfarenhet. Sammantaget finns det viss risk att kompetensförsörjningen vid specialiserad öppenvård inte kan upprätthållas på sikt. Vi föreslår att förslagets eventuella påverkan på utbildning lyfts fram som en särskild anledning till att distanskontakt kan anses vara olämplig. Vi vill även att vikten av fysiska möten i vårdkontakter med barn framhävs i förslaget då det kan vara svårt att etablera och bibehålla en god kommunikation enbart på distans. Dessutom riskerar barn som far illa att vara än svårare att identifiera.

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

Vi instämmer med förslaget.

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

Vi instämmer med förslaget.

Ikraftträdande och övergångsbestämmelse (avsnitt 9.12)

Vi instämmer med förslaget (1 oktober 2025).

Utbildning i förmågan att använda digitala verktyg

Vi instämmer med förslaget.

Stöd för implementering av digitala verktyg

Vi instämmer med förslaget med tillägg av vikten att beakta kompetensförsörjningen. Vi föreslår ändring av andra stycket på sida 150 till: Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett stöd för

implementering av digitala verktyg för att möta patienter genom distanskontakt – med fokus på bland annat informationssäkerhet, bemötande och *kompetensförsörjning* för alla vårdprofessioner.

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

Vi instämmer med förslaget.

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

Vi instämmer med förslaget.

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

Vi instämmer med förslaget.

Stimulansmedel till innovation och utveckling

Vi instämmer med förslaget.

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

Vi instämmer inte med förslaget utan rekommenderar att frågan utreds vidare då utredaren gör en del antaganden om specialistområden med begränsad tillgång till humana resurser utan att presentera en konsekvensanalys för den vård som redan erbjuds eller kompetensförsörjningen.

Ersättningsfrågor (10.7)

Vi instämmer med förslaget.

Tydligare krav och uppföljning (10.8)

Vi instämmer med förslaget.

Avsnitt 10.9-11

Har vi inga synpunkter kring dessa delar av förslaget.

Styrelsen

Svensk Barnkirurgisk Förening

Från: [Susanna Sandberg](#)
Till: [Susann Asplund](#)
Kopia: anna.josefson@regionorebrolan.se; info@ssdv.se
Ärende: Rättat: Svar på remissen: "Effektiv och behovsbaserad digital vård DS 2023:27" från SSDV
Datum: den 22 november 2023 13:53:54

Hej igen Susann,
Ser att hela mitt svar inte kom med. Därför skickar jag det igen. Du kan radera föregående svar.
Mvh
Susanna Sandberg

Det finns två delar som berör oss på Hud,

1. **Öppen specialiserad vård:**

Avsnitt ur promemorian:

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

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

Avsnittet är så pass löst skrivet att det är svårt att ha några direkta kommentarer till det. Vi manar dock till försiktighet i att driva detta vidare, att man måste ha fokus på det faktiska medicinska behovet och inte släpper fram mer efterfrågestyrda verksamheter, som till exempel rör sig mer i gränslandet mot kosmetik eller välbefinnande, till exempel. Det måste finnas tydliga avgränsningar vad som skall bekostas inom offentlig vård, om man öppnar upp för sådant samarbete eller upphandlingar.

2 Regler för remittering.

Vi uppfattar det avsnittet som att man inte får "diskriminera" digitala vårdgivaren när vi tar emot remisser, men att vi får ställa samma krav som på våra egna vårdcentraler, tex att vi kan avvisa remisser om vi kräver bra bilder i vårt eget journalsystem eller om vi anser att remissen måste föregås av ett fysiskt besök. Vi vill lyfta att vi anser det mycket viktigt att vi kan fortsätta ställa de krav på remisser som vi behöver, och att vi ej vill "sänka" de kraven.

De digitala remisser som vi mottar idag från privata digitala primärvårdsgivare uppfyller ofta ej de krav vi ställer, och avisas i många fall vid remiss till specialiserad hudsjukvård.

Primärvården hanterar många olika hudsjukdomar som i de flesta lindriga till måttliga fall inte behöver hudspecialist. En fara med en digital ingång till vården är att man remitterar hudsjukdomar till specialist i ett tidigt skede istället för att sköta och följa upp patienten inom primärvård.

Det framgår ju av textavsnittet från promemorian nedan, men vi vill ändå trycka på att det är oerhört viktigt att det är de digitala vårdgivarna (gäller även Regionens egna digitala kontakter) som får anpassa sig till de remissregler som respektive Region sätter upp (i samråd mellan primärvård och specialistvård) och att vi inte skall sänka kraven för att det är en digital kontakt som föranlett remissen.

Vänligen

SSDV

Genom Susanna Sandberg, sekreterare



2023-10-31

Till: Svenska Läkaresällskapet

**Remissvar från Svensk Kirurgisk Förening gällande Effektiv och behovsbaserad digital vård
(Ds 2023:27)**

Vi i SKFs styrelse har en synpunkt på denna promemoria.

Underlaget är tydligt, men i förslaget till lagtext står "Med distanskontakt avses en vårdkontakt i öppen vård där patient och hälso- och sjukvårdspersonal är rumsligt åtskilda". Här finns ingen tidsfaktor.

I teorin kan man tänka sig förinspelat material, eller till och med utförliga brev. En sådan tolkning har diskuterats idag för uttrycket distanskontakt i någon sjukvårdsregion, och risken är att lagen ger utrymme för olika tolkningar om man inte har med en tidsrymd.

I övrigt bedömer vi promemorians förslag som rimliga.

För Svensk Kirurgisk Förening

Linus Axelsson
Ordförande

REMISSVAR
2023-11-30

Svenska Läkaresällskapet

malin.henriksson@sls.se

Effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 2023:27)

Remissvar och kommentarer från Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

Sammanfattning

SFAM delar problembeskrivningen och utgångspunkterna för utredningen, och därmed även uppfattningen att förändring från nuläget är angelägen. Vi tycker att utredningen har gjort en gedigen och insiktsfull bakgrundsanalys, men tyvärr landat i förslag som inte kommer ha någon större effekt på dagens system med utomlänsersättning för digitala vårdtjänster. Vi ser snarare att denna utredning kan komma att cementera ett dysfunktionellt system och att nödvändiga reformer skjuts på framtiden.

SFAM bedömer att behovs- och lämplighetsprövning av vilken vård som ska kunna erbjudas med distanskontakter respektive fysiska kontakter inte kommer att lösa problematiken som dagens utomlänsersättningsbaserade vård medför, såsom fragmentering, diskontinuitet, omvänd behovsprioritering och bristfällig kostnadskontroll. Dels är mycket lite vård att betrakta som obehövlig (onödig) ur patientens perspektiv, dels är lämplighet i mycket hög utsträckning kontextberoende och kan knappast definieras på ett standardiserat sätt. Därmed faller hela idén.

Utöver vad som anges ovan, bedömer vi det olämpligt att en distanskontakt ska behovsprövas i den region där vårdgivaren är registrerad och inte via den region som betalar för kontakten.

Vad gäller distansvård inomläns, till exempel digital kontakt med sin egen vårdcentral och sin egen fasta läkare, förutsätter vi att det inte ska ske någon sorts behovsbedömning centralt, såsom 1177 direkt. Det vore ett katastrofalt förslag som vi kraftfullt avråder från. Att enkelt och smidigt kunna kontakta sin vårdcentral och sin fasta läkare utan hinder är basen i hela primärvården. Detta måste värnas.

SFAM instämmer i att mer forskning behövs kring medicinsk kvalitet och säkerhet vid handläggning av olika tillstånd på distans. Mycket viktigt dock att denna forskning är oberoende.

SFAM anser att det finns en ogrundad övertro på specialiserad digital öppenvård och tycker det är olyckligt om man öppnar upp alltför brett för denna typ av vårdgivare när det handlar om stora folksjukdomar eftersom dessa hanteras bäst i primärvården med kontinuitet och en fast läkare med ansvar för ett rimligt antal invånare.

Att möjligheten att delvis jobba på distans kan locka personal instämmer vi i. Dock borde detta kunna erbjudas av vårdgivare inom det ordinarie regionala primärvårdssystemet/sjukvårdssystemet vilket görs

redan idag. Att viss vårdpersonal endast jobbar digitalt ser vi som en risk ur ett kompetensperspektiv. Det är därför viktigt att vården integreras och inte separeras.

Specifika kommentarer

Sid 10: "Utbildning i digital vård är därför en nödvändig förutsättning i alla medicinska professioners grundutbildning." – Bra.

Sid 10: " Stöd för implementering av digitala verktyg." – Bra men vi bedömer att det finns en övertro på att man genom utbildning i digitala verktyg ska kunna avgöra vilken typ av besvär som lämpar sig för vilken modalitet på ett kontextoberoende och objektivt sätt. Det kan skapas grova generella riktlinjer för detta men viktigast att man har välutbildad vårdpersonal med kontinuitet, rimligt uppdrag och ansvars känsla.

Sid 11: " Regeringen bör uppmuntra och stimulera forskning kring digitala tjänster och distanskontakter inom den öppna vården." – Bra men mycket viktigt att det görs oberoende.

Sid 136: "Förslag: En definition av begreppet distanskontakt ska införas i hälso- och sjukvårdslagen. Med distanskontakt avses vårdkontakt i öppen vård där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda." – Klokt, då det förhoppningsvis ger möjlighet att hålla isär fysiska och digitala kontakter ("besök"), som båda fyller viktiga funktioner men som samtidigt definitionsmässigt inte är likvärdiga. Historiskt har man styrt för mycket mot videobesök som har ett begränsat värde och ett smalt användningsområde.

Sid 138: "Patienter ska inte behöva ta sig till en fysisk mottagning om det inte är nödvändigt – det sparar tid och resurser för såväl patienten som för vårdenheten." – Bra men samtidigt en självklarhet, vilket gör det outtalade antagandet – att primärvården tvingar patienterna till onödiga besök – väldigt provocerande. Det är förmodligen främst ett problem inom sekundärvården att man tvingar patienter till onödiga fysiska besök. I primärvården har vi oftare problemet att vi tvingas göra alltför mycket på distans pga. tidsbrist.

Det är angeläget att inte bara den medicinska lämpligheten (likvärdigheten) och kostnadsprincipen vägs in utan även invånarens/patientens behov/preferens. Om det är medicinskt likvärdigt med fysisk kontakt och digital kontakt men invånaren känner sig tryggare med eller av andra skäl föredrar en fysisk kontakt så skall det också vara möjligt att erbjuda. Det kan ha betydelse för formuleringen i författningsförslaget HSL 8 kap. 1 §: "Regionen ska erbjuda öppen vård genom distanskontakt som alternativ om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt."

Sid 152-153: "Stimulansmedel om cirka 500 miljoner kronor bör kunna öronmärkas inom ramen för de medel som avsatts för överenskommelsen om God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. I 2023 års överenskommelse har 2 389 miljoner kronor avsatts till regionerna för utvecklingsområdet Nära vård. Redan i dag ska regionerna inom ramen för överenskommelsen utveckla och förbättra arbetssätt eller genomföra andra insatser som stärker den digitala och fysiska tillgängligheten i primärvården. Det är viktigt att dessa insatser är fortsatt prioriterade varför stimulansmedel bör öronmärkas för ändamålet." – Det här anser SFAM är en problematisk skrivelse. Resurser avsedda för "God och nära vård" går idag till en del oklara ändamål som

enligt Socialstyrelsen och Myndigheten för vård och omsorgsanalys inte gjort någon skillnad "på golvet". Därför måste dessa pengar värnas och i högre utsträckning satsas på konkret måluppfyllelse, bland annat att uppnå Socialstyrelsens mål om 1 specialist i allmänmedicin per 1100 invånare. Det är en åtgärd med äkta potential att stärka ändamålsenlig tillgänglighet fysiskt och digitalt. Stimulansmedel för att utveckla arbetet med distanstjänster är viktiga, men borde tillföras separat.

Sid 154: "Rekommendation: Nationellt verksamma digitala vårdgivare som befinner sig i gränslandet mellan primärvård och specialiserad vård, eller som utgör specialiserad vård eller erbjuder egenmonitorering åt personer med kroniska sjukdomar, bör kunna samverka med regionernas hälso- och sjukvård på ett mer strukturerat sätt, genom till exempel regionala upphandlingar eller genom regiongemensamma upphandlingar." – Frågan är vilka konsekvenser den här typen av vård får och riskerna med att göra det till någon sorts egen vårdnivå. Vi är av åsikten att detta ska integreras i primärvården och att sekundärvård ska ta helhetsansvar för patienter i den mån de remitteras dit och inte välja ut enskilda diagnoser med tanke på riskerna för selektion, felaktiga prioriteringar och ojämlikhet. Och om man ändå väljer att ha en sådan vårdnivå skall det definitivt vara remisskrav för att få komma dit.

Sid 157: "Förslag: Patientens hemregion ska inte vara skyldig att ersätta kostnaden för distanskontakter som erbjuds av en annan region om distanskontakten inte har föregåtts av en adekvat behovs- och lämplighetsbedömning enligt grunder som beslutas av den region som erbjuder vården. Bedömning: Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård bör tilldelas finansiering under två år för utformning av kriterier för behovs- och lämplighetsbedömningen." – Att behovs- och lämplighetspröva vilken vård som ska kunna erbjudas med distanskontakter respektive fysiska kontakter kan låta rimligt i teorin. Problemet är dels att mycket lite vård är onödig eller obehövlig ur patientens perspektiv, dels att lämplighet är helt kontextberoende. En fast läkare som är specialist i allmänmedicin, känner sina patienter och jobbar med kontinuitet kan avhandla klart fler typer av, och mer komplexa, problem på distans än vad en tillfällig läkare utan patientkännedom kan göra. Därmed faller hela tanken med att återfå kostnadskontrollen och reglera den utomlänsersättningsbaserade vården genom sådan prövning, oavsett vilken region som står för prövningen.

I tillägg till denna slutsats bedömer vi det extra olämpligt att en distanskontakt ska behovsprövas i den region där vårdgivaren är registrerad och inte via den region som betalar för kontakten. Det bör rimligtvis vara den region som betalar för vården som i demokratisk anda bestämmer vilken vård man vill tillhandahålla. Behoven mellan olika regioner kan variera. Dessutom kan det finnas incitament för mottagande region att vara liberala i sina behovsbedömningar eftersom det gynnar mottagande region med fler företag som etableras hos dem. Det finns aktuella exempel på detta.

Problemet måste lösas på ett mer konkret sätt än vad utredningen föreslår. Dock instämmer vi i att mer forskning behövs kring medicinsk kvalitet och säkerhet vid handläggning av olika tillstånd på distans.

Sid 166: "Förslag: Vid utomlänsvård som sker genom distanskontakt ska patienten betala de vårdavgifter som tillämpas i patientens hemregion." – Ett klokt förslag som delvis kan styra mot vård efter behov och tillåta regioner att prioritera, även om styreffekten minskar av förekomsten av frikort och uteblir helt för personer under 20 års ålder.

Sid 171: ” Rekommendationer: Regionerna bör i högre utsträckning än i dag se till att ersättningen till utföraren är teknikneutral. Regionerna bör ersätta jämförbara besök på samma sätt oberoende av om patienten är folkbokförd i den egna regionen eller i en annan region. Regionerna bör besluta om differentierade ersättningar för digitala vårderbjudanden som inte omfattar hela primärvårdsuppdraget” – Det viktigaste när det gäller ersättningsprinciper är att man inte har separata ersättningssystem som nu, och som det låter som att utredningen föreslår att man behåller. Systemen måste integreras om vi skall få en effektiv och behovsbaserad sjukvård. Om vi behåller parallella system med dels kapitering och kostnadstak för enheter som tar på sig hela primärvårdsuppdraget, dels löpande ersättning utan kostnadstak eller krav på vare sig horisontell eller vertikal prioritering för enheter som tar på sig en avgränsad del, kommer inte undanträngningseffekter och systematisk felprioritering av lägre behov framför högre behov gå att undvika. Det strider mot HSL.

Sid 176: ” Rekommendationer: Regionerna bör ställa tydliga krav på sina vårdvalsaktörer vid användning av underleverantörer genom ökade krav på uppföljning, dokumentation, anslutning till nationella gemensamma e-hälsospecifikationer samt anslutning till NPÖ. Regionerna bör verka för att digitala underleverantörer fullt ut ska kunna använda NPÖ. Regionerna bör säkerställa att vårdgivarna har riktlinjer för läkemedelsförskrivning och receptförnyelse vid distanskontakt. Regionerna bör informera om och marknadsföra sitt digitala utbud bredare.” – Bra förslag om interoperabilitet men sammantaget ett förslag som kommer leda till ökad administration, baserat på en något naiv förhoppning om att avarterna som möjliggörs av ett i grunden dysfunktionellt system går att reglera och kontrollera bort för en acceptabel kostnad.

Den här frågan är dock mycket större än vad som ryms i denna utredning och frågan är om man inte måste reformera hela LOV för att komma åt detta på ett bra sätt.

Att regionerna ska marknadsföra sitt digitala utbud bättre är vi tveksamma till. Det finns andra betydligt viktigare informationsfrågor, såsom konceptet fast läkare och kontinuitet.

Sid 180: ”Bedömningar: Några särskilda krav behöver inte ställas på nationellt verksamma digitala vårdgivare. Det finns inte heller skäl för andra bedömningsgrunder vid receptförnyelse i de fall förskrivaren finns hos en digital vårdgivare. Några särskilda åtgärder för utvecklad tillsyn eller uppföljning behöver inte vidtas.” – Begreppet ”receptförnyelse” saknas egentligen som formell term.

Vad det handlar om är utvärdering och omprövning av läkemedelsbehandling, samt övertag av personligt, professionellt ansvar för behandlingen och dess uppföljning genom ordination och ny förskrivning. Utifrån denna logik anser SFAM att ”receptförnyelse” som grundregel ska ske via ordinarie vårdgivare och att apoteken åläggs att hänvisa till eller kontakta dessa i första hand, och inte som idag rekommendera sina digitala samarbetspartners där också samägande ofta föreligger. Ett sådant mer resurseffektivt och patientsäkert arbetssätt kräver utveckling av kommunikationskanaler mellan apotek och vårdgivare, förbättrade digitala gränssnitt och arbete med tillgänglighet. Receptförnyelse hos annan förskrivare än den som är ansvarig för behandlingen bör vara det sällsynta undantaget och förekomma enbart i akuta fall.

Sid 213: ”Av punkt 1 följer att lagändringarna träder i kraft den 1 oktober 2025. Av punkt 2 framgår att de nya bestämmelserna om att regionen ska erbjuda öppen vård genom distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt och att vården för att berättiga till ersättning ska föregås av en adekvat behovs- och lämplighetsprövning, inte ska tillämpas på avtal som har ingåtts före den 1 oktober 2025.” – Kanske finns en juridisk förklaring till detta men finns det inte en risk att de aktörer som vill undvika de nya reglerna skriver långa avtal strax innan reglerna träder i kraft?

Och vad händer egentligen med reglerna kring den utomlänstaxa som finns nu, är inte dessa att betrakta som ett redan ingånget avtal? Och blir det inte då bara nya aktörer som kommer agera enligt de nya bestämmelserna?

Alternativa lösningsförslag

Möjlighet att bedriva primärvård och erhålla ekonomisk ersättning för det regleras främst genom avtal enligt LOV, teoretiskt även genom avtal enligt LOU. Riksavtalet för utomlännersättning tillkom som en pragmatisk lösning för den försvinnande lilla delen primärvård som bedrevs genom fysiska besök vid akuta, trängande vårdbehov när patienten befinner sig utanför hemregionen. Riksavtalet har i praktiken kidnappats för att generera ersättning för icke-beställda, primärvårdsliknande men avgränsade, digitala engångs- eller enfråge-kontakter.

SFAM har ingen färdig totallösning på problemet som utomlännersättningsbaserad vård genom underleverantörsavtal medför, men vill föreslå följande alternativa och kompletterande överväganden;

- Riksavtalet för utomlänsvård bör kunna ändras så att det enbart omfattar ersättning vid akuta, fysiska vårdbehov, utan eller med marginella författningsändringar.
- Förekomsten av underleverantörsavtal bör kunna regleras i antingen LOV eller i regionernas förfrågningsunderlag, eller både-och, så att icke-beställd vård utan eget avtal med en region omöjliggörs.
- Vårdkontakter och -tjänster som inte är beställda bör kunna bekostas helt av egenavgifter, på samma sätt som görs internationellt, till exempel i Norge.
- Den enhet som själv har avtal, och får ekonomisk ersättning, enligt LOV, och väljer att teckna avtal med en underleverantör bör kunna ges ekonomiskt ansvar för den verksamhet som underleverantören bedriver inom ramen för denna ersättning.
- I den mån icke-beställd, digital utomlänsvård ändå medges bör ett absolut minimum vara att verksamheten åtminstone ges fullt kostnadsansvar för till exempel förmånskostnaden för de läkemedel som förskrivs. Dessa kostnader belastar i nuläget respektive hemregion centralt, till skillnad från vad som gäller i de flesta regionerna för verksamheter med avtal enligt LOV, vilket i praktiken utöver förlust av kostnadskontroll för läkemedel innebär en helt orimlig och osaklig konkurrensfördel för de nationella digitala vårdgivarna. Detta faktum synliggörs bland annat i den expanderande affärsidén "digital receptförnyelse".

För Svensk förening för allmänmedicin

Magnus Isacson
Ordförande SFAM

*The Swedish Society
of Medical Genetics
and Genomics*



*Svensk Förening för
Medicinsk Genetik
och Genomik*

Svensk Förening för Medicinsk Genetik och Genomik (SFMG) uppskattar möjligheten att få lämna synpunkter på remissen "Effektiv och behovsbaserad digital vård" Ds 2023:27. Föreningen ställer sig positiv till förslaget om att en definition av begreppet distanskontakt ska införas i hälso- och sjukvårdslagen. Vidare ställer vi oss också positiva till förslaget om att patienter inom den öppna vården alltid bör erbjudas besök på distans om det bedöms lämpligt ur ett medicinskt perspektiv.

Maria Hellberg, sekreterare

Hans Ehrencrona, ordförande



Svensk Medicinsk Audiologisk Förening

2023/11/5

Linköping

Angående remissen Effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 2023:27) från Socialdepartementet.

I egenskap av vetenskaplig sekreterare av Svensk medicinsk audiologisk förening (SMAF) svarar till remissen efter diskussion med styrelsen.

Den digitala plattformen bör ha text-stöd för hörselskadade/döva och kunna tillåta tillgång till simultan tolkning för skriftolk/teckentolk. Det är även önskvärd att kunna utföra samverkansmöte med andra aktörer.

Hälsningar,

Sumru Keceli MD PhD

SMAF vetenskaplig sekreterare

Sumru.keceli@regionostergotland.se

073-8431856

Remissvar Effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 2023:27)

Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa

Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa tycker att utredningens förslag ligger väl i linje med god och jämlik vård. Vi applåderar särskilt att det föreslås en teknikneutral och enhetlig definition av digital vård. Vi vet att vissa befolkningsgrupper föredrar telefonkontakt framför videobesök och nuvarande ersättningssystem i vissa regioner missgynnar den typ av kontakt. Vi ser också positivt på att man ser digitala besök som en integrerad del av vården istället för att det ska kunna användas som extra service av redan resursstarka grupper eller där personer hade haft betydligt större nytta av en sammanhållen och kontinuerlig vård.

Vi frågar oss dock varför man inte tycker att sjukvårdsrådgivningen 1177 ska inlemmas i samma form av integrerade vård. Argumenten för detta är att "inom ramen för sjukvårdsrådgivningen är dock inte målet att fastställa diagnos eller ge behandling. Bland annat av denna anledning har sjukvårdsrådgivningen *inte ansetts behöva tillgång till tidigare journalanteckning och har således inte alltid åtkomst till NPÖ* eller regionalt system för sammanhållen journalföring." Senare skriver man: "Sjukvårdsrådgivning kan alltså beskrivas som dels tillhandahållande av allmän information som inte utgör hälso- och sjukvård, *dels liknas vid den triagering i primärvården* som i många fall föregår en vårdkontakt, en första grundläggande inhämtning av bland annat anamnes- och symptombeskrivning, *en första medicinsk bedömning av patientens hälsotillstånd, sortering/prioritering utifrån bedömning av allvarlighetsgraden samt ställningstagande till vilket fortsatt omhändertagande patienten bör få inom vården*". Man avslutar med att säga: "Sjukvårdsrådgivning syftar inte till att göra en kvalificerad bedömning, ställa diagnos, fatta beslut om eller ge patienten någon medicinsk behandling."

Dessa argument är delvis motsägelsefulla och dels kontraintuitiva. 1177 är en av landets mest omfattande verksamhet inom hälso- och sjukvården. Tack vare en massiv kommunikationsinsats och att många mottagningar hänvisar dit till en första kontakt är 1177 *de facto en första medicinsk bedömning av patientens hälsotillstånd* i väldigt många kontakter. Men rådgivande sjuksköterskor inom 1177 har idag ingen möjlighet att få kunskap om patientens tidigare sjukhistoria, medicinering och inte heller om vilken bedömningen blev när patienten efter tidigare samtal hänvisades vidare. Detta innebär en stor risk för felbedömningar och omöjliggör lärande.

Vi ser det som mycket angeläget att sjukvårdsrådgivningen 1177 ska inlemmas i samma form av integrerad vård som tex sjuksköterskor vid vårdcentralerna och med samma tillgång till NPÖ, för att få kunskap om rådsökande patient men också för att själva dokumentera. Denna form av gemensam dokumentation är också viktig för vårdcentralen eller andra vårdgivare.

För Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa

Anna Sarkadi, ordförande och Margareta Kristenson, styrelseledamot



SVENSK PLASTIKKIRURGISK FÖRENING
SWEDISH ASSOCIATION OF PLASTIC SURGEONS

Remissvar från Svensk Plastikkirurgisk Förening avseende

Effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 2023:7) från socialdepartementet

Svensk Plastikkirurgisk Förening tackar för förtroendet att få lämna synpunkter på ovan rubricerad remiss. Svensk Plastikkirurgisk Förening tycker att remissförslaget är i helhet bra och har inga ytterligare synpunkter ur ett plastikkirurgiskt perspektiv.

För Svensk Plastikkirurgisk Förening;

Emma Wall

Facklig Sekreterare

Svensk Plastikkirurgisk Förening

Synpunkter från Svenska Rättspsykiatriska Föreningen avseende remissen Effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 2023:27) från Socialdepartementet.

Svenska Rättspsykiatriska föreningen önskar lyfta frågan om undersökningar som kan ligga till grund för intyg om psykiatrisk tvångsvård. Svenska Psykiatriska Föreningen befarar att sådana undersökningar kan komma att ske digitalt, utan fysisk bedömning.

Bakgrund:

En legitimerad läkare kan utfärda ett vårdintyg enligt Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) om en person bedöms lida av en allvarlig psykisk störning, bedöms ha ett oundgängligt behov av inneliggande psykiatrisk vård och motsätter sig sådan vård, eller att det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke (3 § LPT). Vårdintyget får utfärdas endast i omedelbar anslutning till undersökningen (5 § LPT). Det finns inte krav på att läkaren ska vara verksam inom offentlig vård, inom någon särskild verksamhetsgren eller på något särskilt tjänsteställe.

Vårdintyget kan ligga till grund för ett beslut om polishandräckning, vilket är ett frihetsberövande beslut. Vårdintyget kan också, efter att patienten har transporterats till en psykiatrisk vårdinrättning, ligga till grund för ett kvarhållningsbeslut, vilket är ett frihetsberövande beslut. Ingen av dessa beslut kräver i sig en ny fysisk bedömning av patienten. Inom 24 h från patientens ankomst till den psykiatriska vårdinrättningen ska patienten bedömas av en chefsöverläkare inom psykiatri (eller en specialistläkare i psykiatri med uppdrag att utföra chefsöverläkarens uppgifter) som har att fatta beslut om huruvida kriterierna för tvångsvård är uppfyllda och om vården ska ske enligt LPT. Detta kan inte ske utan att ett vårdintyg har utfärdats.

I remissen, kapitel 4.3 "Vilka digitala vårdtjänster kan likställas med ett fysiskt besök i primärvården) noteras vad som bör gälla för att ett vårdmöte ska kunna ske digitalt (sid 40), och då omnämns bl.a:

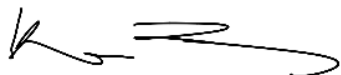
"Gällande författningar eller aktuell kunskapsstyrning förutsätter inte ett fysiskt möte".

I Socialstyrelsens föreskrifter om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2018:54) står att "ett intyg ska som huvudregel utfärdas efter en undersökning av intygspersonen". Vad "en undersökning" de facto innebär är inte närmare definierat.

I remissen [Effektiv och behovsbaserad digital vård \(Ds 2023:27\)](#) föreslås att SBU bör ges i uppdrag att sammanställa forskning för när det lämpar sig respektive inte lämpar sig med hälso- och sjukvård via distanskontakt.

Sammanfattningsvis anser SRPF att det är absolut nödvändigt att frågan om undersökningar som ligger till grund för psykiatrisk tvångsvård utreds närmare i samband med en utredning om digital vård. I avsaknad av en tydlig reglering finns risk att denna typ av undersökningar börjar ske digitalt på grund av faktorer såsom resursbrist och besparingsskäl, vilket skulle hota patient- och rättssäkerheten.

För rättspsykiatriska föreningen

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Hanna Edberg', with a stylized, flowing script.

Hanna Edberg

Sekreterare

Specialist i psykiatri och rättspsykiatri

Svensk Urologisk Förening

Svensk Urologisk Förening anser att förslaget att låta SBU utreda vilken vård som passar respektive inte passar för digital vård är bra men anser att även specialitetsföreningarna bör vara delaktiga i detta uppdrag. Överlag är det annars bra förslag men vi ser ändå en risk att stora digitala vårdbolag fortsätter hitta luckor som möjliggör ett stort antal onödiga digitala vårdkontakter. En särskild bedömning av sådana luckor skulle kunna vara av värde.

Lotta Renström Koskela, Ordförande i Svensk Urologisk Förening

Överläkare Urologi | M.D. | FEBU |

072-469 48 88 (ej sms) | lotta.renstrom-koskela@regionstockholm.se



2023-11-21

Remissvar från SLS delegation för medicinsk etik Effektiv och behovsbaserad digital vård Ds2023:27

Sammanfattning

Delegationen för Medicinsk Etik (DME) anser följande:

- Utredningen är efterlängtd.
- Den är föredömligt tydlig om vad man vill åstadkomma: att hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om jämlik vård efter behov ska efterlevas, inte kunna kringgås och att offentliga medel enbart ska användas i det syftet. DME håller med om utredningens skrivelse att det finns *”anledning att ifrågasätta om behovs- och solidaritetsprincipen går att upprätthålla utan åtgärder för att förändra gällande regelverk”*.
- Trots ovanstående ansats vidmakthåller utredningen frånsteg från den prioriteringsplattform som uttrycks i hälso- och sjukvårdslagens skrivningar, och som innebär att prioriteringar måste göras. Den digitala utomlänsvården kommer fortsatt att snedvräta systemet så det blir svårt att göra sådana prioriteringar.
- Utredningen innehåller flera förslag och rekommendationer som riskerar att leda till en fortsatt utveckling i fel riktning. DME vill därför se flera ändringar och förtydliganden av utredningens lagförslag och rekommendationer.

Särskilda kommentarer

DME stödjer utredningens centrala utgångspunkter:

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

Men bedömer att utredningen helt missar målet med att lösa dessa problem och främst presenterar kosmetiska justeringar. Det är inte alls självklart att resultatet av utredningens förslag blir just en effektiv och behovsbaserad vård. Och än mindre att det blir en vård som baseras på evidens.

Prioriteringsplattformen – den etiska plattformen

Prioriteringsplattformen, eller den etiska plattformen, består av de tre principerna

- **människovärdesprincipen**
- **behovs- och solidaritetsprincipen**
- **kostnadseffektivitetsprincipen**

Den offentligt finansierade hälso- och sjukvården ska följa dessa etiska principer för prioritering vid resursfördelning, som eftersträvar en jämlik vård, dvs lika möjligheter för alla att uppnå en god hälsa. Läs mer: [Regeringens proposition 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården](#). Primärvårdens uppdrag är både att samordna och att prioritera insatser för de patienter den ansvarar för. Utredningens förslag ändrar inte på det splittrade system som försvårar de samordnade insatserna då fragmentiseringen likväl kvarstår. Prioritering innebär rangordning av de samlade vårdbehoven och när vårdbehoven splittras mellan olika vårdgivare inom samma vårdnivå kan en samlad helhetsbedömning helt enkelt inte göras. Relationskontinuiteten i primärvården, som är motsatsen till digitala punktinsatser utan personlig relation, stärks inte av förslagen. Huvudmännens ges inte mer makt att prioritera resurserna. De förslag och rekommendationer som gäller triagering och principer för behovs- och lämplighetsbedömning är tvetydiga, se avsnitten nedan. Regionerna får fortsatt betala för vård de inte har beställt, dessutom på löpande räkning utan tak, utan kostnadskontroll. De kan inte lägga en budget eller göra en övergripande prioritering. Den lilla möjlighet till ansvar som här ges läggs på vårdregionen, som har ekonomiska incitament att ha så låga trösklar som möjligt till den utomlänsvård den erbjuder. Jämlik vård handlar om lika villkor och möjligheter att uppnå god hälsa och minska hälsoskillnader i befolkningen genom att vården ges till dem som har sämst hälsa och livskvalitet. De flesta tillstånd som vid en första medicinsk bedömning kan handläggas digitalt är av lätt till måttlig sjukdomsgrad. Utredningen kan uppfattas uppmana hemregionen att öka sin andel av digitala vårdtjänster som ytterligare skulle främja vård på den lägre delen av prioriteringsskalan.

DME föreslår att behovs- och lämplighetsprövningen rimligen borde falla på den region som både ansvarar för och har adekvat kännedom om medborgarnas vårdbehov och som dessutom står för kostnaderna.

Distansvård och bedömning av vårdbehovet

- DME stödjer förslaget om att en definition av begreppet distanskontakt ska införas i hälso- och sjukvårdslagen då det finns flera sätt än digitala att ha kontakt med vården (exempelvis via telefon).
- Utredningen föreslår tillägg i lagens 8 kap. 1 § att "Regionen ska erbjuda öppen vård genom distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt". Det finns ingen formulering i förslagen lagtext om vad som sker om patienten hellre vill träffas fysiskt. Det finns några formuleringar i olika kapitel om att vårdgivaren ska se till att patienter som är "tekniksvaga" eller med "exempelvis sviktande kognitiv förmåga" kan få tid för ett fysiskt besök, men ingenting om andra personer, undantaget de allra sista sidorna i det sista kapitlet. Författningskommentarer – där uttrycker utredningen tydligt att patienten kan själv kan välja: "Patienten kan självfallet välja att tacka nej till erbjudandet om distanskontakt, om han eller [sic] föredrar att träffa vårdpersonalen fysiskt. I dessa fall ska vårdgivaren se till att patienten kan få tid för ett fysiskt besök." (s 210)

DME föreslår att det kursiverade stycket ovan läggs in i själva lagtexten (efter korr), för att garantera den tydligheten.

- Utredningen föreslår ett tillägg i lagens **8 kap. 3 §2** om att utomlänsvård ska bedömas enligt "*en adekvat behovs- och lämplighetsbedömning enligt grunder som beslutas av den region som erbjuder vården*". Man skriver också att man "*gör bedömningen att den indirekta skyldigheten att säkerställa behovs- och lämplighetsbedömning i samband med utomlänskontakter kommer att få betydelse även för inomlänspatienternas kontakter med motsvarande vårdtjänster*" (s 163).

DME föreslår att det tydliggörs att samma principer ska gälla för inom- och utomlänssbedömningar.

- Utredningen föreslår också att regionerna går samman för att ta fram rekommendationer för behovs- och lämplighetsbedömningen, som det sedan är upp till varje region att följa. **DME föreslår att** nationellt

styrande principer tas fram för bedömningarna, motsvarande till exempel Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och behandling.

- Utredningen föreslår att de konkreta bedömningarna ska kunna göras genom ett automatiserat triageverktyg. Å ena sidan skriver utredningen, på till exempel s 158: *"Användning av automatiserade bedömningsverktyg i hälso- och sjukvården är förknippat med etiska, tekniska och juridiska utmaningar. Utvecklingen av sådana verktyg behöver därför ske med försiktighet och med gediget kunskapsunderlag."* Å andra sidan nämner utredningen upprepade gånger genom texten, både i rekommendationer och i förklarande kapitel, som ett positivt exempel och vad det i praktiken kommer att handla om, den chattbot som används av 1177 Direkt. 1177 Direkt har utvecklats av SKR-bolaget Inera och Investor-bolaget Platform24 och successivt införts i flera regioner. Två utvärderingar, både Ineras egen och VGR-regionens, har visat att chattboten ger fel hänvisning i vart tredje fall. Under hösten har dessutom flera artiklar tagit upp ytterligare problem med chattboten, som rimligen redan var väl kända hos Inera och regionerna med vilka utredningen haft dialog. Oklart om utredningen inte ansåg det var nödvändigt att nämna problemen eller om man inte fick kännedom om dem trots dialogen. Oavsett skapar det ett trovärdighetsproblem och att föreslå ett automatiserat bedömningsverktyg (dessutom ett utpekadt specifikt sådant) för en så genomgripande förändring av vården, utan att det finns evidens bakom, kan inte vara i linje med utredningens egentliga utgångspunkter: Att åstadkomma jämlik vård efter behov.

DME föreslår att befintliga fakta ska beaktas och nya utredningar genomföras för att säkerställa att de metoder som tas fram och bred införs är säkra och evidensbaserade, vare sig de bygger på automatisering eller ej.

Kostnadseffektivitet, forskning och stimulansmedel

- Utredningen åberopar kostnadseffektivitet och tar upp studier (s 142) som sägs visa att digital vård kan vara kostnadseffektiv. Men kostnadseffektivitet bygger på att först visa (dvs skaffa evidens för) vad som är effektivt. Sedan undersöker man till vilken kostnad det kan göras. Ingen av studierna i avsnittet är någon sådan studie. Urvalet av redovisade studier är dessutom slumpmässigt. Flera studier har visat att de som söker digitala vårdtjänster är främst resursstarka, yngre och relativt friska personer som bor i storstäder, samt att tjänsterna har ökat vårdkonsumtionen och kostnaderna. Det ska noteras att för lindrigare tillstånd ställs högre krav på kostnadseffektivitet än för svårare. Det finns dessutom ett tydligt alternativ för att minska vårdens kostnader: Nära vård och fast läkarkontakt har mycket stark vetenskaplig evidens för minskad sjuklighet och dödlighet, samt är hälsoekonomiskt effektivt. Se till exempel <https://sfam.se/wp-content/uploads/2022/05/fast-lakare-i-praktiken-220314-2.pdf>. Utredningen föreslår stora summor för forskning om digitala metoder, närmare bestämt 100 miljoner (11.6.4 *Regeringen bör uppmuntra och stimulera forskning kring digitala tjänster inom hälso- och sjukvården*, s 202). Inga jämförande studier föreslås – trots att det är det enda som skulle kunna visa på just effektivitet, och i förlängningen kostnadseffektivitet. Det som i stället föreslås är att SBU ska sammanställa den befintliga forskning som finns, för 4 miljoner (11.6.5 *Sammanställning av forskning om när det lämpar sig respektive inte lämpar sig med hälso- och sjukvård via distanskontakt*, s 202).

DME föreslår att krav ska ställas på jämförande studier och att digitala tekniker inte bör favoriseras som utgångspunkt.

- Man vill också använda 500 miljoner för både "innovation" och arbetet med behovs- och lämplighetsbedömningar (11.6.6 *Stimulansmedel för innovation och utveckling*, s 202.) Dessa ska avsättas från medlen överenskommelsen om god och nära vård, vilket kan få stor risk att motverka syftet med just de medlen.

DME föreslår att medlen för god och nära vård bör användas för just det och bygga på evidens. Annars finns en klar risk att merparten av medlen läggs på fortsatt implementering av Platform24:s automatiska triageverktyg i 1177 Direkt, som det redan satsats så mycket pengar på, utan evidens. Det offentliga bör ta

tillbaka insyn och styrning av denna utveckling.

Teknikneutralitet

I rekommendationerna i 10.7 Ersättningsfrågor finns formuleringen ”*Regionerna bör i högre utsträckning än i dag se till att ersättningen till utföraren är teknikneutral*” (s 171). Skrivningen ”teknikneutral” återfinns i flera kapitel. Det ska borga för att det mest kostnadseffektiva sättet då kommer att användas. Men om distanskontakter kan vara allt från ett kort meddelande som inte mottas i realtid (tänk sms) till ett videosamtal och ersättas likadant, skapas väl helt nya möjligheter att göra vinster på systemet? Om dessutom automatiserad sms-kommunikation utifrån meddelandet ”jag har ont i halsen” renderar samma ersättning som ett mänskligt samtal (med eller utan video) om samma sak?

DME föreslår att det bör göras skillnad mellan automatiserad och mänsklig kontakt samt även mellan asynkrona meddelanden (dvs typ sms) och samtal (vare sig de sker med eller utan video). Annars finns risk att styra mot så lite mänsklig kontakt som möjligt, vilket i förlängningen motverkar det större syftet: En så frisk och välmående befolkning som möjligt, på lika villkor. (Se till exempel forskningen om relationskontinuitet och utredningens egna utgångspunkter.

23-11-15

Delegationen för medicins etik, SLS

2023-11-09

Angående Effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 2023:27)

Yttrande

eHälsokommittén anser att utredningen innehåller flera bra förslag:

- begreppet distanskontakt definieras tydligare så att det även omfattar telefonkontakter.
- Forskningsmedel öronmärkta till forskning om digitaliseringen effekter i samhället (sida 11)

Andra synpunkter:

- *"Ibland kan den inledande bedömningen med en sjuksköterska på vårdcentralen eller den digitala triagerings tjänsten hos en digital vårdgivare leda till att det bedöms lämpligt att patienten ska få träffa en läkare då det inte går att avgöra hur allvarliga symptomen är. Vissa av dessa läkarbesök leder till någon form av medicinsk insats medan andra leder till att läkaren konstaterar att patienten inte behöver hälso- och sjukvårdens hjälp utan i stället ger patienten individuellt anpassad rådgivning om exempelvis egenvård. I dessa fall kan konstateras att det digitala besöket och den medicinska bedömning som föregått besöket leder till samma resultat oavsett om besöket sker fysiskt eller digitalt. Det finns därför ingenting som talar för att dessa besök inte skulle likställas med varandra."* (sida 43)

Ett stort problem är här att en läkarbedömning hos en privat digital aktör (t ex Kry) kan leda till att patienten hänvisas till läkarbesök inom den fysiska primärvården. En sjuksköterska kan där i triage ge rådgivning om att fysiskt läkarbesök inte behövs, t ex en distriktssköterska bedöma och behandla tillståndet. Det blir helt fel prioriteringar och försvårar primärvårdens rådgivnings- och prioriteringsarbete när en ssk/dsk måste ifrågasätta en läkarbedömning. Läkarbesök som endast resulterar i hänvisning till den "traditionella" fysisk vården borde inte ersättas som ett läkarbesök som leder till medicinska åtgärder som behandling, intyg etc.

- Beskrivning av vad som ska utgöra kvalificerad sjukvård (sida 44): *"Kontakter som inte ska rapporteras till Patientregistret som en vårdkontakt exemplifieras i anvisningarna enligt följande: – Allmänna upplysningar samt råd om patienten bör uppsöka någon vårdinrättning eller inte"*

Här har eHälsokommittén samma kommentar som ovan. Det är vanligt att digitala otriagerade läkarbesök leder till det ovannämnda, vilket inte borde ersättas som ett läkarbesök (dessutom efterföljs av ett/flera besök inom primärvården vilket ger flera antal kontakter för samma problem.

- Marknadsföring (sidan 112): *"Ett fåtal företrädare uttrycker dock en viss oro för att den marknadsföring som digitala vårdgivare gör uppmuntrar till en ökad efterfrågan av vård och riskerar driva på en ökad vårdkonsumtion som inte anses motiverad."*

eHälsokommittén håller inte med den bilden; det är värre. Flera privata digitala aktörer har fortfarande tämligen aggressiv marknadsföring kring vanliga självläkande åkommor (allergi, förkylning) som

uppmuntrar patienter att söka vård istället för att prova egenvård och köpa receptfria läkemedel, vilket ger en falsk förväntan i befolkningen på vad primärvården borde erbjuda för tjänster/vård.

eHälsokommitténs generella rekommendation är att digitala besök inte borde ersättas överhuvudtaget om inte samma vårdgivare också erbjuder fysisk vård för de åkommor som inte kan bedömas på distans, med följande argument:

1. det utarmar primärvårdens resurser och resulterar i onödig vård;
2. totalantalet kontakter ökar, då patienter söker flera vårdgivare parallellt vilket leder till onödig vårdkonsumtion utan kostnadseffektivitet;
3. det minskar vårdcentralernas möjlighet att reglera patientflöden via olika ingångar om det finns för många alternativ för patienterna, vilket leder till sämre arbetsmiljö för personalen.

Yttrandet har beretts av Veronica Milos Nymberg.

Göran Petersson

Ordförande eHälsokommittén