

DATUM 2022-09-30

DIARIENR 156/2022

## **Myndigheten för vård- och omsorgsanalys remissyttrande över betänkandet Vägen till ökad tillgänglighet (SOU 2022:22, S2022/02635)**

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har enligt sin instruktion till uppgift att ur ett patient-, brukar-, och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg. Det är från detta perspektiv som Vård- och omsorgsanalys yttrande tar sin utgångspunkt.

### **Övergripande kommentarer**

Vi tillstyrker flertalet av utredningens förslag som vi bedömer kan bidra till att stärka patientens ställning och öka tillgängligheten. Det handlar exempelvis om förbättrad information, att fler delar av vårdkedjan täcks in av vårdgarantin och att tidsgränser ändras. Vi ser också positivt på utredningens förslag att stärka forskning, utbildning och kompetensförsörjning samt förslagen som syftar till att utveckla arbetet mot psykisk ohälsa för barn och unga.

Vi anser i likhet med utredningen att det är motiverat med en vårdgaranti. Den skapar en tydlighet gentemot patienten och utgör en grund för vårdens planering, prioritering och resurssättning. Vårdgarantin kan även bidra till en ökad likvärdighet i landet genom tidsgränser för när vård senast ska ges. Men det är problematiskt att efterlevnaden i den nuvarande garantin är låg och att vårdgarantin uppfattas som en målsättning snarare än ett lagkrav. Vi har i vårt tidigare remissvar avseende Tillgänglighetsdelegationens delbetänkande (SOU 2021:19) pekat på risken att en skärpt lagstiftning inte ger avsedda effekter på tillgängligheten. Utredningens nuvarande förslag har ett stort fokus på detaljändringar. Vi menar att det är osäkert hur förslagen kommer att påverka –den nuvarande lagstiftningen om vårdgarantin är redan idag relativt tydlig.

Vi delar utredningens uppfattning att vårdgarantin utgör endast en av många åtgärder för att öka tillgängligheten till vården och det behövs en bredd av insatser. Utredningen lyfter bland annat fram vikten av en förbättrad kompetensförsörjning och arbetsmiljö, omställningen till en nära vård, en utvecklad samverkan på nationell nivå mellan regioner samt en vässad tillsyn och uppföljning. Att prioritera dessa grundläggande frågor parallellt med en bättre efterlevnad av vårdgarantin ser vi som avgörande för att öka tillgängligheten till vården.

Konsekvenserna av flera av utredningens förslag är svåra att bedöma på grund av bristen på data. Det gäller exempelvis förslagen som rör besök inom primärvården. Vi har även tidigare pekat på systematiska brister i datakvaliteten i Väntetidsdatabasen (I skuggan av Covid-19, Vård- och omsorgsanalys 2021:6). En förbättrad uppföljning av tillgängligheten till vården är därför av största vikt. En annan prioriterad insats som vi vill lyfta fram är förbättrad information till patienten om hur vårdgarantin fungerar och vårdgivarens skyldigheter att uppfylla garantin. Det blir även viktigt att följa upp resultatet av

Socialstyrelsens dialoger med regionerna, och hur dessa kan bidra till en ökad tillgänglighet.

I avsnitten nedan kommenterar utredningens förslag och bedömningar.

#### **Kapitel 4 En utökad vårdgaranti**

4.4.1–4.4.9 Förslag om en utökad vårdgaranti samt 4.4.15 Vissa av tidsgränserna i vårdgarantin ska ändras

Vård- och omsorgsanalys har framhållit att vårdgarantin inte omfattar alla delar av en patients vårdkontakter, och uttryckt att målsättningen för vårdgarantin bör vara att omfatta hela vårdkedjan. Vi ser därför positivt på förslagen i avsnitt 4.4.1–4.4.9 som syftar till att bredda och inkludera en större del av vårdkedjan i vårdgarantin. Det gäller undersökningar, medicinska bedömningar och information. Vi ser också positivt på förslagen att definiera termen behandling och att regionens ansvar att erbjuda vårdgaranti ska utökas och omfatta utomlänspatienter. Vi delar utredningens bedömning att planerade uppföljningar fortsatt inte bör omfattas av vårdgarantin.

Vi ser även positivt på flertalet av förslagen om ändrade tidsgränser. Vi tror exempelvis att breddningen av vårdgarantin för medicinsk bedömning i primärvården i kombination med en ändrad tidsgräns från tre till sju dagar kan gynna patienter med kroniska diagnoser. Förslaget ligger i linje med behovsprincipen – att de med störst behov ska prioriteras. Vi ser även positivt på att införa tidsgränser inom den specialiserade vården för medicinsk bedömning och undersökning.

Undersökningar och behandlingar inom primärvården utgör en viktig del av vårdkedjan och det är positivt att de förslås ingå i vårdgarantin. Men vi anser att det i nuläget inte är lämpligt att inkludera dem och sätta en tidsgräns, innan vi har bättre möjligheter till nationell uppföljning av primärvården. Däremot anser vi att målet bör vara att utöka vårdgarantin till att omfatta primärvårdens undersökningar och behandlingar så snart det finns mer underlag. Då kan också rimliga tidsgränser fastställas.

I det här sammanhanget anser vi att 60 dagar för en undersökning och 90 dagar för en behandling inom primärvården – som utredningen föreslår – är lång tid. Det finns risk att dessa tidsgränser blir normerande och att många patienter får vänta omotiverat länge. Vi ser därför behov av att överväga kortare tidsfrister för primärvårdens undersökningar och behandlingar när de inkluderas i vårdgarantin.

4.4.10 - 4.4.1.2 Differentierade vårdgarantier, vårdförlopp samt en förstärkt vårdgaranti inom BUP

Det finns fördelar med att hålla vårdgarantin så enkel och enhetlig som möjligt. Därför delar vi utredningens bedömning att en förstärkt vårdgaranti inom BUP inte bör lagstadgas som en del av en differentierad vårdgaranti. Vi ser även risker med att differentierade vårdgarantier kan leda till en ökad regelmassa och ökad administration. Vi delar därmed även utredningens bedömning att innehållet i de standardiserade vårdförloppen inom cancer och de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen inom andra sjukdomsområden inte bör regleras inom ramen för en vårdgaranti.

#### 4.4.1.3 Bestämmelsen om att regionen ska se till att patienten får vård hos annan vårdgivare ska tydliggöras och utökas

Vi ställer oss positiva till förslaget att regionen ska se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare i de fall vårdgarantin inte kan uppfyllas inom hemregionen. För en enskild patient kan det bidra till kortare väntetider och öka patienttrörligheten. Vi saknar däremot resonemang om vilka förutsättningar som regionerna har att tillgodose detta, till exempel om det ställer krav på nationella väntelistor.

#### Övriga kommentarer om vårdgarantin

Även om vi ser positivt på flertalet av utredningens förslag om en utökad vårdgaranti saknar vi en mer djupgående konsekvensanalys av hur förslagen skulle påverka vården och vilka förutsättningar som vården har att ändra arbetssätt. Att exempelvis fler patienter ska ges en medicinsk bedömning kan kräva resursförstärkningar och omprioriteringar. Utredningens förslag innebär samtidigt att tidsgränsen för medicinska bedömningar inom primärvården ökas från tre till sju dagar vilket bedöms ge större handlingsutrymme för regionerna och enligt utredningen är det rimligt att anta att dessa två effekter kan sägas kvitta ut varandra. Andra förslag innebär i praktiken en skärpning av tidsgränserna jämfört med den nuvarande vårdgarantin, exempelvis gränsen för medicinsk bedömning inom 60 dagar inom den specialiserade vården.

Problemen med långa väntetider har funnits under decennier och pandemin har dessutom förvärrat situationen med inställd och uppskjuten vård. Utredningen menar att vården behöver öka kapaciteten för att kunna efterleva dagens vårdgaranti. Utredningen menar också att den kapacitetsförstärkning som behövs inte är en följd av utredningens förslag, utan för att klara av de krav som råder i dag. Även om vi ser positivt på flertalet av utredningens förslag ser vi utmaningar för vården att klara av att införa och leva upp till en förändrad och i delar skärp vårdgaranti. Att vården lyckas arbeta av de nuvarande köerna tills lagförändringarna är tänkta att träda i kraft den 1 januari 2025 ser vi som en grundförutsättning för att utredningens förslag ska kunna realiseras och ge avsedda effekter.

### **Kap 5. En nära och tillgänglig vård med fokus på primärvården**

Vi instämmer i utredningens bild av omställningen mot en nära vård – det pågår många projekt men det finns få indikationer på att omställningen så här långt har lett till måluppfyllelse. Ur ett systemperspektiv har omställningen hittills lett till mindre förändringar när det gäller ekonomiska resurser, kompetensförsörjning och vårdkonsumtion, samtidigt som en kostnadsökning ses i kommunernas hälso- och sjukvård. Det finns även få tecken på att det har skett förbättringar för patienten (Nära vård i sikte?, Vård- och omsorgsanalys 2021:8). Utredningen lyfter fram att staten, regioner och kommuner måste driva omställningen till nära vård i mål och satsa på långsiktiga insatser för att stärka primärvården. Vi delar denna uppfattning och ser omställningen som en viktig systemförändring för att öka tillgängligheten till vården.

5.5.1 - 5.5.2 Informationskravet ska utökas, tillgången till samlad och digital information ska stärkas och tidpunkten för vård ska väljas i samråd med patienten

Vi tillstyrker förslaget som innebär att patienten ska informeras om vem som är patientens fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt om en sådan har utsetts. Vår bedömning är att förslaget kan bidra till att stärka patientens ställning, och det gäller i synnerhet patienter med kroniska sjukdomar och för patienter med många kontakter i vården. Förslaget skapar även förutsättningar för att patienten på ett smidigare och enklare sätt ska komma i kontakt med sin namngivna fasta kontakt eller med rätt vårdenhet på en gång.

Vi tillstyrker även förslaget att det ska införas en ny bestämmelse i patientlagen som anger att patienten ska få samlad information. Genom förslagen skapas bättre möjligheter för patienten att kunna få en överblick över sin vård och vårdkontakter. Men ser vi behov av att tydliggöra hur utredningens förslag förhåller sig till arbetet med patientkontrakt. Det behöver också utredas hur informationen ska förmedlas i praktiken, vilket utredningen inte har klargjort.

5.5.3 Omställningen behöver märkas av vårdens medarbetare

Vi delar utredningens bedömning att omställningen behöver märkas av vårdens medarbete. Som vi nämnde ovan visar vår utvärdering att omställningen än så länge bara har resulterat i mindre förändringar när det gäller ekonomiska resurser. Primärvårdens andel av regionernas kostnader har under många år legat på en konstant nivå i förhållande till andra områden. När det gäller den kommunala hälso- och sjukvården saknas en heltäckande bild över kommunernas kostnader för vård. Det talar för att det behövs en mer transparent redovisning av hur hälso- och sjukvårdens resurser prioriteras och det är viktigt att kunna tydliggöra för vårdens medarbete vilken förstärkning som görs av den nära vården.

Vi ställer oss positiva till att staten stöttar det lokala utvecklingsarbetet. Staten kan fylla en viktig roll för att skynda på utvecklingen. Men vi ser flera risker med att breddinföra enskilda arbetsätt och metoder utan att det har gjorts en ordentlig analys av potentiella effekter och möjligheter att sprida dessa nationellt. Det handlar inte minst om att tydliggöra vilka lokala förutsättningar som dessa arbetsätt getts i form av personal eller andra resurser för att kunna bidra till implementeringen i stort. Vård- och omsorgsanalys har tidigare rekommenderat regeringen att ställa krav på att de projekt som finansieras genom statliga medel hanterar de faktorer som är kritiska för möjligheten att bidra till långsiktigt hållbar utveckling (Bäddat för utveckling, Vård- och omsorgsanalys 2018:6). Det kan exempelvis handla om hur patienters och brukares erfarenheter tas tillvara, hur väl projektet är anpassat till sina regionala eller lokala förutsättningar samt att projektet är utvärderingsbart och utvärderas. Krav kan också ställas på att det ska finnas strategier för såväl implementeringsprocesser som kunskapsspridning. Att finansiera projekt som inte hanterar de faktorer som är kritiska för långsiktigt hållbar utveckling innebär en risk att önskade effekter av medlen inte uppnås. Ska Sverige nå målet om en starkt primärvård till år 2027 behöver statens satsningar användas till hållbara och långsiktiga insatser. Utredningens uppfattning är att medel som fördelas genom överenskommelser inte med säkerhet används till långsiktiga strukturer och insatser som stärker primärvården utan snarare till kortare tillfälliga projekt. Vi delar den bilden. Användningen av riktade statsbidrag brister när det gäller förberedande analys och prioritering, långsiktighet i genomförandet samt förutsättningarna för uppföljning. Det innebär att bidragen riskerar

att inte leda till långsiktig utveckling (I rätt riktning?, Vård- och omsorgsanalys 2022:3). I utformningen av statsbidraget är det också viktigt att i möjligaste mån försöka säkerställa att verksamhetsområdena som tillförs statliga medel inte får en minskad ram i den regionala eller kommunala budgeten på grund av att externa medel tillförs.

#### 5.5.4 Fortsätt att stödja, följa upp och utvärdera omställningen till nära vård

Vi ser positivt på att flera aktörer ges fortsatta uppdrag att följa omställningen. Att det pågår flera parallella utvärderingar av omställningen från Socialstyrelsen, Vård- och omsorgsanalys och huvudmännen själva – med delvis olika perspektiv – ger en bredd av kunskap. Från myndighetens perspektiv vill vi även trycka på att det är angeläget att fortsätta att utveckla uppföljningen av omställningen från ett patient- och brukarperspektiv. Vi har i flera rapporter pekat på att det behövs en bättre uppföljning av patienters erfarenheter. Det gäller exempelvis samordningen mellan vården och omsorgen efter utskrivning från slutenvården (Laga efter läge, Vård- och omsorgsanalys 2020:5). Vi ser därför positivt på vår myndighets uppdrag att få fortsätta att följa omställningen och utvärdera olika mått för kontinuitet inom hälso- och sjukvården. Vi anser även att arbetet med att utveckla datainsamling och register för kunna följa omställningen är prioriterat. Att det saknas nationella individdata för primärvården och att det nationella registret över kommunal vård ännu inte är heltäckande är problematiskt.

### **Kap 6. God och nära vård med forskning, utbildning och utveckling**

#### 6.2.16 Utbildning i primärvårdens grunduppdrag, regionaliserad läkarutbildning och VFU-avtal för kommuner

Vi delar utredningens bedömning att utbildning ska ingå i primärvårdens grunduppdrag. Det finns brist på läkare som arbetar i svensk primärvård och kompetensförsörjning och kunskapsutveckling behöver prioriteras högre. Att tydliggöra primärvårdens ansvar för utbildning och därigenom stärka kompetensförsörjningen ser vi som ytterligare en förutsättning för den pågående omställningen. En reglering av primärvårdens utbildningsuppdrag kan bidra till mer stabila och långsiktiga förutsättningar samt en mer behovsanpassad rekrytering av personal till primärvården. Det är viktigt att uppdraget resursätts för att det ska kunna ge reella effekter på kompetensförsörjningen och kunskapsutvecklingen.

Vi delar utredningens bedömning om en regionaliserad läkarutbildning och verksamhetsförlagd utbildning. Denna bedömning är i linje med de rekommendationer som vi lämnat tidigare, där vi ser regional utbildning och VFU i landsbygden som en del i att stärka kompetensförsörjningen utanför storstadsområdena. Det relativa antalet sysselsatta läkare är överlag högre i de regioner som har en läkarutbildning och om fler utbildningsplatser förläggs utanför universitets- och sjukhusorterna kan det gynna kompetensförsörjningen på landsbygden. Sannolikheten att arbeta i landsbygden ökar om personen genomgått delar av sin utbildning i landsbygden och om utbildningen är riktad mot glesbygdsmedicin. Det ökar kännedomen om förutsättningarna att arbeta i landsbygden och kan skapa ett intresse för arbete i landsbygden hos studenterna (Långt bort men nära, Vård- och omsorgsanalys 2021:11). Samtidigt är det viktigt att säkerställa att utbildningarna i hela landet håller en god kvalitet och att det finns förutsättningar för samordning av utbildningen mellan olika lärosäten. Åtgärder för att uppnå en ändamålsenlig kompetensförsörjning måste även genomföras kontinuerligt och systematiskt samt bedrivs inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet på

arbetsplatsen och hos huvudmännen. Vi anser också att det är viktigt att säkerställa ett permanent ekonomiskt stöd till utbildningsorterna. Utredningens förslag fokuserar på läkarutbildningen, men det kan även vara relevant att se över högskoleutbildningarnas landsbygdsanknytning inom alla olika vårdutbildningar och på olika nivåer.

I vårt remissvar till SOU 2020:19 tillstyrkte vi förslaget om att regioners och kommuners ansvar för medverkan i utbildning ska stärkas. Vår bedömning var att förslaget kunde bidra till att skapa mer stabila, långsiktiga och enhetliga villkor för utbildning av personal inom kommunerna. Det är angeläget att fler kommuner upprättar avtal med lärosäten om VFU.

#### 6.3.9 och 6.4.11. Forskning

Vi delar utredningens bedömning att det behövs ett samlat grepp inom regioner och kommuner som kopplar ihop forskning med utbildning med kompetensförsörjning. Samverkan mellan regioner och kommuner är även av stor vikt för att kunna koordinera arbetet över huvudmannagränserna inom ett län, respektive mellan länen. Omställningen mot en nära vård innebär att allt mer hälso- och sjukvård sker i primärvården och kommunernas hälso- och sjukvård. Det är viktigt att forskningen följer med i denna utveckling.

Mer forskning kan stärka attraktiviteten i primärvård och kommunal hälso- och sjukvård och bidra till ett ökat utvecklingsarbete. Det kan i sin tur skapa bättre förutsättningar för rekrytering ny av personal samt att den befintliga personalen kan bibehållas (Långt bort men nära, Vård- och omsorgsanalys 2021:11; Allmän tillgång?, Vård- och omsorgsanalys 2018:5). Vi ser positivt på förslagen att skapa nationella forskningsprogram som sträcker sig över en tioårsperiod. Regeringen kan skapa en struktur och långsiktiga förutsättningar för forskning om allmänmedicin och omställningen mot den nära vården.

### **Kapitel 7 Barn och ungas psykiska hälsa**

7.9.2–7.9.3 Nationell strategi för barn och unga samt nationella kunskapsstöd för hela vårdkedjan,

Vi delar utredningens bedömning om behovet av att en konkret och långsiktig strategi för barn och ungas psykiska hälsa tas fram. Barn och unga är en prioriterad grupp och det är viktigt med en långsiktig nationell strategi för målgruppen. Vård- och omsorgsanalys har tidigare utvärderat den nationella handlingsplanen PRIO psykisk hälsa (2012-2015). En av slutsatserna från utvärderingen var att en sådan strategi kräver en tydlig prioritering bland insatser och mål och det är nödvändigt att strategin är resurssatt på en tillräcklig nivå. En annan övergripande slutsats från utvärderingen var att de statliga satsningarna totalt sett är relativt begränsade och att fokus behöver flyttas till hur hela samhällets resurser kan användas. Det är därför nödvändigt att andra aktörer än staten prioriterar upp psykisk hälsa, exempelvis kommuner, regioner, myndigheter, skola, arbetsgivare och det civila samhället (Psykisk hälsa ett gemensamt ansvar, Vårdanalys 2015:5).

Vi delar utredningens bedömning att det behövs kunskapsstöd för hela vårdkedjan för barn och ungas psykiska hälsa. Kunskapsstöden kan bidra till en mer patientcentrerad och sammanhållen vård men det är viktigt att de förankras hos patienten och professionen och att de följs upp.

Vi ställer oss även bakom utredningens förslag om ”En väg in” men vill betona att nya uppdrag till primärvården behöver resurssättas adekvat. Vi ser risker med att det tillförs nya uppgifter om förutsättningar saknas – vi tidigare pekat på liknande risker med vårdprogram som tas fram inom kunskapsstyrningen där primärvården får en central roll parallellt med att andra uppdrag tillkommer.

#### 7.9.5 Målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP bör i nuläget kvarstå

Tillgängligheten inom BUP innebär en stor utmaning och det behövs insatser på flera områden, exempelvis kring kompetensförsörjning och förebyggande stöd. Vi delar utredningens bedömning om att målsättningen om 30 dagar för ett besök inom BUP inte bör författningsregleras som en del av en differentierad vårdgaranti (se även ovan). Men vi anser även i likhet med utredningen att det är motiverat att den nationella målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP kvarstår. Det är också viktigt att utveckla uppföljningen av väntetider till BUP och att åtgärda de brister som finns när det gäller väntetidsdata.

---

Beslut om detta yttrande har fattats av generaldirektören Jean-Luc af Geijerstam. I den slutliga handläggningen har chefsjuristen Catarina Eklundh Ahlgren, analyschefen Caroline Olgart Höglund och projektdirektören Marianne Svensson deltagit. Utredaren Carl Lundgren har varit föredragande.

Jean-Luc af Geijerstam

Carl Lundgren