

2022-09-28

Dnr Komm2022/00351/S 1985:A

Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Remissvar avseende betänkandet Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram (SOU 2022:22)

(dnr S2022/02635)

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har i uppdrag att belysa medicinsk-etiska frågor ur ett övergripande samhällsperspektiv. Smer kommenterar de förslag som är av särskild vikt utifrån detta perspektiv.

Sammanfattning

Köerna i svensk hälso- och sjukvård har inte minskat trots att vårdgarantin existerat i mer än ett decennium. Samtidigt kan, särskilt i ett läge när köerna redan är långa, ett stort fokus på att uppfylla vårdgarantin leda till undanträngningseffekter och till prioriteringar som inte står i överensstämmelse med den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen. Givet att det finns en vårdgaranti bör den enligt Smer omfatta så många steg som möjligt i vårdkedjan för att minska risken för undanträngning. För komma till rätta med vårdens tillgänglighetsproblem krävs emellertid enligt Smer insatser som riktar in sig mot orsakerna snarare än mot symtomen.

Avsnittsvisa kommentarer

4.4.2 - 4.4.4 En utökad vårdgaranti

Utredningen föreslår att vårdgarantin utvidgas jämfört med idag så att en medicinsk bedömning inom primärvården ska omfattas av garantin oavsett om besväret som den enskilde söker kontakt med primärvården för har samband med tidigare känt hälsoproblem eller inte. Inom såväl primärvården som den specialiserade vården föreslås undersökningar omfattas av vårdgarantin. Vidare ska behandlingar inom primärvården omfattas.

Alltsedan vårdgarantin infördes har det påpekats att ett ensidigt fokus på att uppfylla garantin kan leda till undanträngningseffekter, då alla delar i vårdkedjan inte omfattas av garantin. Särskilt kroniskt sjuka patienter och patienter med komplexa vårdbehov (multisjuka) riskerar att få stå tillbaka eftersom garantin inte omfattar åter- och uppföljningsbesök. Dessa farhågor har till viss del besannats i uppföljningar som gjorts av vårdgarantin.

En grundläggande kritik av vårdgarantin handlar om att den kan leda till att principerna i prioriteringsplattformen sätts ur spel. Enligt plattformen är det behovet som ska styra prioriteringar i hälso- och sjukvården. Det kan exempelvis betyda att en person med ett allvarligt tillstånd ska få vård före en person som väntat längre, men inte är lika allvarligt eller lika akut sjuk. Vårdgarantin kan skapa incitament att prioritera snabba insatser för relativt friska patienter framför mer tidskrävande åtgärder för patienter med större behov, eller att dela upp vårdinsatser i flera delar för att uppfylla garantin formellt om än inte reellt. Det är vidare svårt att se att det är förenligt med principerna i prioriteringsplattformen att tidsgränserna ska vara desamma för alla patienter oavsett hur svårt sjuka de är. Utifrån behovsprincipen vore olika tidsgränser beroende på tillståndets allvarlighetsgrad mer rimligt.

Givet att det finns en vårdgaranti bör den omfatta så många steg som möjligt i vårdkedjan, för att skapa jämlikhet mellan olika patientgrupper och minska risken för undanträngning. Dock kommer även med utredningens förslag vissa delar att falla utanför, exempelvis vissa planerade återbesök. I förlängningen kan det medföra en sämre kontinuitet vilket kan knytas till ökade risker och besvär för patienten, inklusive ökad risk för behov av akuta besök. Samtidigt pekar utredningen också på risker med en utvidgning av garantin, som att fler patienter riskerar få ett kort besök för att garantin formellt ska uppfyllas, trots att det står klart från början att de egentligen behöver ett längre besök.

Bristande tillgänglighet är ett långvarigt problem i svensk hälso- och sjukvård. Långa vårdköer riskerar att undergräva förtroendet för den offentligfinansierade hälso- och sjukvården. De medför patientsäkerhetsrisker och leder till ökade kostnader för samhället. Med tanke på att köerna inte minskat trots att vårdgarantin existerat i mer än ett decennium kan frågan ställas om olika former av vårdgarantier verkligen är rätt väg för att lösa vårdens tillgänglighetsproblem. Smers bedömning är att fokus snarare bör riktas på att försöka åtgärda de bakomliggande orsakerna, där organisations- och

styrningsfrågor, kompetensförsörjning och arbetsätt är viktiga faktorer. Inte minst bör brister i arbetsmiljön, och de problem med kompetensförsörjning som de leder till, beaktas som något som i förlängningen leder till vårdköer.

Det finns en risk att en rigid vårdgaranti som inte tar hänsyn till behovsprincipen leder till kortsiktiga åtgärder, med risk för ökat beroende av hyrpersonal inom många områden, vilket i sin tur leder till bristande kontinuitet i vården, vilket framför allt missgynnar patienter med långvariga och komplexa behov.

Detta utesluter inte att en vårdgaranti har en funktion att fylla för att ange när patienten har rätt att förvänta sig att få vård och – om tidsgränsen inte uppfylls – kunna få vård från en annan vårdgivare. Som åtgärd mot bristande tillgänglighet riktar den dock in sig mot symtomen snarare än orsakerna och innebär en risk att vården styrs mot felaktiga prioriteringar.

4.4.13 Bestämmelsen om att regionen ska se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare ska tydliggöras och utökas.

En kartläggning har visat att i en majoritet av regionerna är det patienten själv som förväntas ta initiativet för att få vård hos annan vårdgivare när vårdgivaren inte kan erbjuda vård inom vårdgarantins gräns. Det är inte ovanligt att hjälp erbjuds endast när det står klar att garantin inte kommer att uppfyllas. För att inskräpa regionernas ansvar att patienten ska få vård inom garantins gränser föreslår utredningen att det regleras i hälso- och sjukvårdslagen att regionen ska se till att patienten inom vårdgarantin får vården hos en annan vårdgivare utan extra kostnad.

I och med att ansvaret för att hitta en annan vårdgivare i hög grad läggs på patienten riskerar vården att bli ojämlig, där olika patienter har olika förutsättningar att kunna ta del av de möjligheter som garantin ger. Smer delar utredningens bedömning att regionerna bör ta ett större ansvar för att hjälpa patienten att få vård hos en annan vårdgivare och *tillstyrker* förslaget. Smer vill betona att även i detta avseende ska behovsprincipen vara styrande för vilka patienter som får hjälp först.

5.5.1 Informationskravet ska utökas och tillgången till samlad och digital information ska stärkas

I dag är det svårt för en patient att få samlad information om sin planerade vård och sina kontakter med vården. Efter överenskommelse med

regeringen håller regionerna på att införa så kallade patientkontrakt, vilka ska innehålla de insatser som vårdgivare och vårdtagare har kommit överens om samt information om patientens fasta vårdkontakt.

En tidigare utredning (SOU 2020:19) har föreslagit att rätten att på begäran få ett patientkontrakt ska införas i patientlagen. Med patientkontrakt avsågs en sammanställning av uppgifter om patientens fasta vårdkontakt och individuella plan. Smer var i sitt remissvar i sak positivt till förslaget, men tveksamt till att använda begreppet patientkontrakt i lagstiftningen, då det inte var fråga om ett kontrakt i egentlig mening utan en sammanställning av information.

Den aktuella utredningens förslag är att det i patientlagen anges att patienten ska få information om vem som är patientens fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt samt kontaktuppgifter till patientens fasta vårdkontakt, fasta läkarkontakt och vårdenheter. Vidare föreslås att patienten ska få den information hen har rätt till samlat och digitalt i den mån det är relevant för patienten att få information på det sättet. Utredningen ser förslagen som en del i att stödja regionernas och kommunernas arbete med att införa, visualisera och realisera patientkontrakt.

Det är enligt Smer högst rimligt att den information som patienten ska få innefattar de kontaktuppgifter som behövs för att enkelt kunna kontakta vården om behov skulle uppstå, och att den som erbjudits och fått en fast vård- eller läkarkontakt ska informeras om vem detta är. Genom att den information patienten har rätt till ska ges samlat och digitalt kan patienten få en bättre överblick över sin vård och sina vårdkontakter. Smer *tillstyrker* sålunda utredningens förslag.

5.5.2 Tidpunkten för vården ska så långt som möjligt väljas i samråd med patienten

Som ett tillägg till bestämmelsen i patientlagen om att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten föreslår utredningen en bestämmelse om att tidpunkten för vården så långt som möjligt ska väljas i samråd med patienten. Den befintliga bestämmelsen har uppfattats som i huvudsak inriktad mot vårdens innehåll, samtidigt som möjligheten till inflytande över när vården ges är ett sätt att visa patienten respekt och öka delaktigheten i en för patienten viktig aspekt av

vårdprocessen. Som utredningen påpekar kan det också minska risken för av- och ombokningar. Smer *tillstyrker* förslaget.

Remissvaret har beslutats vid ordinarie sammanträde den 23 september 2022.

I beslutet har deltagit Sven-Eric Söder, ordförande, Michael Anefur, Åsa Gyberg-Karlsson, Ulrika Jörgensen, Sofia Nilsson och Anton Nordqvist, samtliga ledamöter i rådet. I beredningen av ärendet har även deltagit Lilas Ali, Göran Collste, Titti Mattsson, Kerstin Nilsson, Olle Olsson, Nils-Eric Sahlin och Mikael Sandlund och Kristina Wikner, samtliga sakkunniga i rådet.

En arbetsgrupp bestående av Lilas Ali, Kerstin Nilsson och Mikael Sandlund har bistått sekretariatet i beredningen av ärendet. Michael Lövtrup, utredningssekreterare har varit föredragande.

För rådet,

Sven-Eric Söder
Ordförande
Statens medicinsk-etiska råd