



2022-09-30

Socialdepartementet

[s.registrator@regeringskansliet.se](mailto:s.registrator@regeringskansliet.se)

[s.remissvar@regeringskansliet.se](mailto:s.remissvar@regeringskansliet.se)

[s.fs@regeringskansliet.se](mailto:s.fs@regeringskansliet.se)

## Remissvar Vägen till ökad tillgänglighet SOU 2022:22 (S2022/02635/FS)

---

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 har getts tillfälle att lämna synpunkter på betänkandet Vägen till tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram (SOU 2022:22). I beredningen av SLS yttrande har vi fått in remissvar från SLS medlemsföreningar *allmänmedicin, audiologi, barnkirurgi, fysisk aktivitet och idrottsmedicin, klinisk kemi, neurokirurgi, neurologi, medicinsk informatik*; SLS sektioner *psykiatri och öron, näsa hals* samt *SLS delegation för medicinsk etik* och *SLS ehälsokommitté*. Flera av dessa har svar som innehåller både översiktliga och specialitetsspecifika synpunkter och förslag till regeringen. Svaren bifogas därför i sin helhet.

### Allmänt om slutbetänkandet

SLS har i princip samma allmänna synpunkter på slutbetänkandet Vägen till ökad tillgänglighet (SOU 2022:22) som vi hade kring utredningens delbetänkande SOU 2021:59. Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (fortsättningsvis kallad *utredningen* i detta remissyttrande) har gjort ett förtjänstfullt arbete när det gäller bakgrund och analys kring frågan om väntetider i hälso- och sjukvården, hur området styrts de senaste decennierna, risker och effekter med denna styrning och vad resultatet egentligen blivit. För SLS är dock den uppenbara slutsatsen av analysen i SOU 2022:22 att de styrmedel staten använt det senaste dryga decenniet för att minska väntetiderna i sjukvården helt enkelt inte fungerar och dessutom styr fel.

#### **Mer av dålig styrning**

Enligt SLS saknar utredningen i såväl del- som slutbetänkandet en tydlig målbild för vad förbättrad tillgänglighet egentligen skulle innebära förutom kortare väntetider. Då målbilden inte är tydlig blir det oklart vad förslagen som diskuteras på detaljnivå faktiskt ger för effekt på längre sikt. Om man utgått från en tydlig målbild för de beslut och aktiviteter man föreslår, hade möjligheten analysera såväl risker som möjliga positiva effekter av de föreslagna åtgärderna samt strategierna för uppföljning varit större. En ökad tillgänglighet handlar inte bara om att minska vårdköer, utan kräver omfattande förändringar i vårdens förutsättningar och organisation för att nå en vård av hög kvalitet och säkerhet. Utredningen är i flera delar av betänkandet inne på detta spår och behovet av att tänka nytt. Trots den tydliga bakgrundsbeskrivningen och att det uppenbart inte leder mot målet att korta väntetider landar utredningen – styrd av sitt direktiv – dessvärre i förslag som är ännu mer av samma dåliga styrning.

#### **Prioriteringar**

SLS vill understryka att tillgänglighet bara är ett av många viktiga värden inom hälso- och sjukvården. Andra viktiga värden är till exempel kvalitet, kontinuitet, patientsäkerhet, resursutnyttjande, delaktighet, forskningsaktivitet och mätbarhet/tillförlitliga register. Flera av dessa värden kan samverka men ibland även komma i konflikt med varandra och behöver då rangordnas. En lösning för

att komma till rätta med tillgängligheten skulle kunna vara att drastiskt sänka kvaliteten eller patientsäkerheten eller att låta kostnaderna skena. Hur viktig är tillgängligheten i förhållande till de andra värdena? Tullar vi hellre på tillgängligheten, eller patientsäkerheten, eller kvaliteten? Om tillgänglighet kommer i konflikt med kontinuitet – vilket tycker vi är viktigast? Forskningsaktivitet kontra att ta hand om patienter för personal det är brist på? Detta resonemang saknas i betänkandet.

Enligt SLS finns även en uppenbar potentiell konflikt mellan vårdgarantin och den etiska prioriteringsplattformen. Utredningens skriver på s. 56 i betänkandet bland annat att: *"Vårdgarantin reglerar inte om vård ska ges, vilken vård som ska ges eller kvaliteten på vården som ska ges. Vårdgarantin definierar endast den yttersta tidsgränsen inom vilken medicinsk prioritering ska ske. Det betyder att ALLA patienter ska få sin vård inom vårdgarantins preciserade gränser, även de med de lägsta behoven."* Om det visar sig resurs- och kapacitetsmässigt inte vara möjligt att ge all vård inom vårdgarantins reglerade gränser finns fortfarande en fara om en vårdgivare/region ändå vill uppfylla vårdgarantin: prioriteringar ska göras inom tidsgränserna för det som *ingår* i vårdgarantin – men det innebär att det som *inte* ingår i garantin (återbesök, fortsatta behandlingar mm) kan riskera trängas undan. Likaså kan indikationen för vilken vård som ska ges ökas, så att viss vård inte ges, och därmed inte omfattas av någon garanti. Väntetiderna kan ju bringas ner genom att vi ger mindre vård. Men är det önskvärt? Eller annorlunda uttryckt: Om det viktigaste är att alla får vård i tid, så får man skriva på antingen *om* vård ska ges, *vilken* (minimal) vård som räcker eller *kvaliteten* på vården. Är det önskvärt? Om fördelarna med vårdgarantin (signalvärdet, regional likvärdighet, tydlighet gentemot patienten och ramar för regionernas dimensionering och resurssättning) ska kunna bevaras i ljuset av begränsningar i resurser och kapacitet så kan sådant skruvande behövas. **Givet riskerna med ovanstående och frånvaron av visad effekt med den vårdgaranti vi redan har sedan tio år tillbaka, är betänkandets slutsats om utökad vårdgaranti inte given.**

#### ***Konsekvenser av att vårdgarantin inte uppfylls***

SLS har även noterat att det i betänkandet inte alls framgår vilka konsekvenser det kan/bör få för regioner som inte kan leva upp till vårdgarantin. På sid 131 står bland annat: *"IVO är den myndighet som kan och ska agera i frågan när lagstiftningen inte efterlevs. IVO har genom sitt uppdrag en skyldighet att påpeka fel och brister i verksamheten samt fatta adekvata tillsynsbeslut som ger effekt så att problem åtgärdas i vårdverksamheterna"* Betänkandet anger att det inte ligger i utredningens uppdrag att utreda eller lämna förslag kring *"tillsynens utveckling"*. Men för att optimera de föreslagna fördelarna med vårdgarantin (signalvärdet, regional likvärdighet, tydlighet gentemot patienten och ramar för regionernas dimensionering och resurssättning) bör ju en icke uppnådd efterlevnad få någon form av konsekvenser – och helst sådana som inte gör det *svårare* för en region att leva upp till vårdgarantin (som någon form av böter eller att inte få tillgång till kömiljarder). Denna fråga är så tätt kopplad till motiven för att bibehålla, och till och med utöka, vårdgarantin, att den gärna hade fått utvecklas i betänkandet.

#### ***Ökad administration***

Lösningarna på problemet med bristande tillgänglighet som föreslås i betänkandet, förutom den utvidgade vårdgarantin, är mer av det som vården sannolikt arbetat med sedan vårdgarantin infördes, nämligen ökad produktions- och kapacitetsplanering och samverkan. Ordet samverkan förekommer 388 gånger i dokumentet. Orsakerna till den bristande tillgängligheten diskuteras på ett intressant sätt i *"utredaren har ordet"*, men gör föga avtryck i resten av betänkandet. Utredaren tar bland annat upp brist på personal, ineffektiva IT-system, ökande mängder administration som tränger ut kärnverksamheten. Betänkandets förslag om mer och bättre registrering av väntelistor, tillsyn, och bättre information med snävare tidsramar till patienter är vällovliga, men innebär sannolikt ökad administration. Kravet att hitta vård åt patienten hos annan vårdgivare/region inom vårdgarantins gränser kan också leda till ökad arbetsinsats för verksamheten. Att hantera vårdplatsbrist kan vara oerhört tidskrävande för de som vårdar patienter. Inkompatibla journalsystem mellan olika regioner gör också detta arbete onödigt tungt.

#### ***Professionsbaserad vårdgaranti***

I yttrandet över delbetänkandet framförde SLS att utredningen i det fortsatta arbetet borde ta fram förslag i riktning mot en kraftigt reformerad och ej detaljreglerad vårdgaranti som bygger på ökat ansvarstagande från vårdens professioner och som är frikopplad från prestationsbaserade ersättningar.

Covid 19-pandemin visade tydligt att medarbetare i sjukvården på kort sikt kan skapa tillgänglighet med små resurser när de ges mandat och ansvar och frantas administrativa pålagor. Därutöver ligger nyckeln till en stärkt tillgänglighet att professionerna och beslutsfattare på nationell och regional nivå gemensamt löser de stora grundläggande kapacitetsproblemen i hälso- och sjukvården som orsakar långa väntetider. Det gäller inte minst bristen på specialister i allmänmedicin som sedan decennier är ett stort hinder för omställningen till god och nära vård med primärvården som bas. Det gäller även den sedan många år stora bristen på antal vårdplatser och intensivvårdsplatser där Sverige i plats per capita hamnar långt ner i jämförelser med andra europeiska länder. Till stor del handlar det om att stärka kärnverksamheten med fler medarbetare och inte minst nyckelpersonal såsom specialiserade sjuksköterskor och läkare. **SLS kan dock konstatera att utredningen i slutbetänkandet SOU 2022:22 dessvärre aldrig gick vidare med spåret att föreslå en mer professionsinriktad vårdgaranti.**

## Synpunkter på förslagen

Nedan följer SLS synpunkter på några förslag och bedömningar i betänkandet. Vår ambition är att bidra konstruktivt till en hälso- och sjukvård som ges efter behov och präglas av hög tillgänglighet och kvalitet. Som framgår under Allmänt om betänkandet ovan är SLS starkt kritiskt till gällande modell att försöka styra väntetiderna i hälso- och sjukvården och vill på sikt se en vårdgaranti där professionen tar ett betydligt större ansvar.

### Kapitel 4 En utökad vårdgaranti

**SLS avstår från att kommentera utredningens förslag** till en förändrad vårdgaranti. Skälet är att konsekvenserna av förslaget (risker kontra eventuella vinster) inte är tillräckligt utredda.

### Kapitel 6 God och vård med forskning utbildning och utveckling

**SLS delar utredningens övergripande bedömning** om vikten av att stärka forskningen inom primärvården.

Enligt SLS måste forskningsfälten inom allmänmedicin ges bättre förutsättningar för att utvecklas (se bland annat [Svenska Läkaresällskapet för en stärkt primärvård](#)). En stabil organisation för forskning och utveckling i primärvården leder till en långsiktigt god utveckling av primärvårdens innehåll. Ett område som behöver mer och bättre forskning är vård, behandling och uppföljning av sköra äldre med många olika sjukdomar. Forskning som går över vårdnivåer och vårdorganisationer bör lämpligen utgå från primärvården, som är den centrala noden i vårdsystemet. Det är också hos primärvården som samordningsansvaret ligger. Stimulansmedel till forskning som är särskilt märkta för primärvård och allmänmedicin bör kopplas till de allmänmedicinska universitetssjukvårds-enheterna. Detta för att bygga kapacitet inom primärvården för såväl medicinsk forskning som verksamhetsnära forskning i hälso- och sjukvårdsorganisation. Riktade medel till translationell forskning kan potentiellt bidra såväl till skapandet av ny akademiska miljöer för kapacitetsbygge inom forskning som för utveckling av kunskap kring hur vården organiseras utvecklas Möjliga modeller för hur detta kan göras finns – t.ex. Vinnvårdprogrammet som lyfts som exempel i utredningen. Speciellt behöver förutsättningarna för att bedriva klinisk forskning inom primärvård stimuleras. Ett annat exempel på stimulans av primärvårdsforskning är den nationella forskarskolan i allmänmedicin. Ett tredje sätt att stimulera forskning och utbildningsverksamhet inom primärvård är att uppmuntra skapandet av akademiska vårdcentraler inom primärvård och allmänmedicin.

SLS vill understryka att de väsentliga faktorerna för ökad forskningsaktivitet är kritisk massa och avsatt dedikerad tid för forskning på arbetstid. I miljöer som saknar akademisk tradition är rekrytering av utbildade forskare nödvändig, där handledare, docenter, kan leda forskningsgrupper för att besvara närliggande frågor. Därmed skapas den täthet och forskningsintensitet som utgör det viktigaste för att bedriva forskning, det fria akademiska utbytet av tankar, konstruktiv kritik för att den vetenskapliga diskussionen ska spetsa frågeställningar och hypoteser. Med fysisk närvaro i tid och rum och kontinuerlig handledning med den akademiska diskussionen och utbytet uppstår intresse som föder forskningsaktivitet. Det behöver instiftas fler kombinationstjänster med 20–80 procents forskningstid och 80–20 procent klinisk tid för att skapa tidsutrymme. Det är i dag självklart att en tjänstgöringstid på 5 år krävs för specialistutbildningen. På motsvarande sätt krävs forskningstid efter att ha erhållit

körkortet för forskning, doktorsgraden (jmf läkarlegitimation), för att kunna utbilda sig till forskare med kunskap och erfarenhet som krävs för att leda en forskargrupp (docent). Dessa tjänster bör sökas i öppen konkurrens, men kan självklart också fördelas geografiskt för att skapa starka center.

## Kapitel 7 Barn och ungas psykiska hälsa

**SLS hänvisar** i detta kapitel till svaret från SLS sektion för psykiatri (se bilaga) samt till SLS två remissvar på betänkandena Börja med barnen:

[remissvar-borja-med-barnen-sou-2021-34.pdf \(sls.se\)](https://www.sls.se/remissvar-borja-med-barnen-sou-2021-34.pdf)

[sls-remissvar-borja-med-barnen-sou-2021-78.pdf](https://www.sls.se/remissvar-borja-med-barnen-sou-2021-78.pdf)

## Kapitel 9.1 Överväganden avseende intygshanteringen i hälso- och sjukvården

**SLS tillstyrker** utredningens bedömning att "*[r]egeringen bör ge en lämplig myndighet i uppdrag att följa upp det utvecklingsarbete som har gjorts av statliga myndigheter i fråga om intygshantering. Det bör ingå i uppdraget att följa upp resultatet av det arbete som SKR och Inera har bedrivit på området med stöd av statliga medel. Myndigheten bör även få i uppdrag att ta fram en handlingsplan över de statliga insatser som krävs för att åstadkomma en mer effektiv och sammanhållen intygshantering inom hälso- och sjukvården.*" SLS vill dock understryka vikten med att lämplig myndighet inte bör vara någon av myndigheterna som varit involverade i utvecklingsarbetet.

För Svenska Läkaresällskapet

*Tobias Alfvén*  
ordförande

*Karin Pukk Härenstam*  
ordförande SLS delegation för medicinsk kvalitet

### **Bilagor:**

Remissvar från

SLS medlemsföreningar

- allmänmedicin
- audiologi
- barnkirurgi
- fysisk aktivitet och idrottsmedicin
- klinisk kemi
- neurokirurgi
- neurologi
- medicinsk informatik

SLS sektion för

- psykiatri
- öron, näsa, hals

SLS delegation för medicinsk etik,  
SLS ehälsokommitté