

2022-09-30

Gem 2022/0093

Till  
Socialdepartementet

## Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram (SOU 2022:22) diarienummer S2022/02635

Sveriges läkarförbund har fått rubricerat betänkande på remiss och vill framföra följande synpunkter.

### Övergripande synpunkter

Sveriges läkarförbund ställer sig över lag positiva till de förslag som presenteras i delbetänkandet. Vi tillstyrker samtliga förslag som inte nämns i detta yttrande.

Med det sagt, så vill vi understryka att om det någonsin ska bli möjligt att komma till rätta med vårdköerna behövs långsiktigt fokus, inte punktinsatser. De långa väntetiderna är sekundära symptom på en lång rad bakomliggande orsaker.

- **Den nära vården måste byggas ut.** Alla ska få tillgång till en fast läkare som ansvarar för ett rimligt antal patienter. Med trygghet och kontinuitet i primärvården kan mer allvarlig sjukdom förebyggas. Kontinuitet ger tillgänglighet, delaktighet och effektivitet.
- **Det behövs tillräckligt många vårdplatser.** När belägningsgraden ständigt är över 100% växer köerna, dels för att kapaciteten totalt sett är för låg, dels för att det skapar flaskhalsar i vården.
- **Läkare måste få ägna mer tid åt att vårda patienter och mindre tid åt administration.** Administrationen ska vara ett stöd för vården, inte en tidstjuv. Därför avstyrker vi de förslag som innebär nya administrativa uppgifter för läkare.

### 4 En utökad vårdgaranti

Sveriges läkarförbund välkomnar i huvudsak de förslag om skärpningar och förtydliganden av den svenska vårdgarantin som föreslås i betänkandet, men anser att man på några punkter bör gå längre.

När vårdgarantin var ny, och särskilt när den kopplades till ekonomiska incitament till regionerna i form av kömiljarden, var vi i Läkarförbundet kritiska. Det fanns en stor oro för

undanträngningseffekter, för siffertricksande och för att vårdgarantins gränser skulle gå före de enskilda patienternas medicinska behov.

Alla dessa farhågor bör tas på allvar, och en del av dem har besannats. Men slutsatsen bör inte vara att man inte ska ha en vårdgaranti eller att man inte ska ha incitament att korta väntetider, utan att man bör ha en vårdgaranti som ger utrymme för medicinska prioriteringar. Nittio dagar är en orimligt lång väntetid också för den som av rent medicinska skäl skulle kunna vänta.

En vårdgaranti bör sätta de yttre gränserna för när patienter ska få vård. Inom tidsgränserna är det medicinska prioriteringar som ska avgöra. Det finns en risk att vårdgarantins tidsgränser blir normerande för alla patienter, så att alla väntar länge och att den som är närmast tidsgränsen prioriteras. Men den som har ett medicinskt behov av vård inom 14 dagar ska förstås få vård då, inte sen.

Vårdgarantier kortar naturligtvis inte i sig några vårdköer. En vårdgaranti kan lindra symptomen, men för långsiktiga resultat måste de bakomliggande orsakerna adresseras. Det mest avgörande måttet vad gäller tillgänglighet i primärvården är till exempel inte 3, 7, 30, 60 eller 90 dagar, utan 1100 invånare per specialist i allmänmedicin. Relationskontinuitet är en underskattad faktor för effektivitet. En personligt ansvarig kontinuitetsbärare – den fasta läkaren -- med professionellt mandat att agera i sin patients intresse ger maximala incitament att skapa tillgänglighet. I den specialiserade vården kan man förbättra tillgängligheten på marginalen genom att bli bättre på att hänvisa patienter dit kapaciteten för tillfället är bäst. Men det förutsätter att man har tillräcklig kapacitet totalt sett. När beläggningsgraden ständigt är nära eller över 100% växer köerna dels för att vårdplatserna helt enkelt är för få, dels för att det skapar flaskhalsar. Systemet blir också sårbart för minsta störning.

Men samtidigt ser vi att vårdgarantier kan vara ett incitament att ta itu med de bakomliggande symptomen. När vi jämför svensk hälso- och sjukvård med till exempel Danmark är det tydligt att deras skarpare regelverk har fungerat som signal till de beslutsfattare som prioriterar och organiserar vårdens resurser, så att väntetider står högt upp på dagordningen. Där är patientens rätt till vård i tid inte en abstrakt målsättning, utan något som faktiskt ska förverkligas. Vi delar utredarens bedömning att det i Danmark finns en större respekt för att lagen faktiskt gäller.

Det är inte dyrare att ge patienter vård i tid – tvärtom. Den som väntar kan drabbas av komplikationer under tiden så behandlingen blir betydligt mer komplicerad och kostsam. Lyfter man blicken utanför vården kan vårdköer innebära att någon som skulle kunna jobba behöver vara sjukskriven och någon som skulle kunna vara självständig behöver hemtjänst.

#### ***4.4.2 Garantin om en medicinsk bedömning inom primärvården ska breddas samt 4.4.7 Planerade uppföljningar bör fortsatt inte omfattas av vårdgarantin***

Sveriges Läkarförbund tillstyrker utvidgningen av vårdgarantin inom primärvården där en medicinsk bedömning ska omfattas av vårdgarantin oavsett om besväret handlar om ett

tidigare känt hälsoproblem eller inte. En patient med kronisk sjukdom som försämrats bör inte nedprioriteras i förhållande till en annan patient med ett nytt besvär.

**Vi vill dock problematisera utredningens bedömning att återbesök i form av planerade uppföljningar fortsatt inte ska omfattas av vårdgarantin.** Utredningen konstaterar själv att gränsdragningen är allt annat än glasklar. Detta riskerar att leda till undanträngning av patienter med kroniska sjukdomar och multisjuka äldre. När resurserna är begränsade och bristen på specialister i allmänmedicin och distriktssjuksköterskor är stor, är risken hög för att det sekundärpreventiva arbetet med våra sjukaste patienter prioriteras ner eller till och med helt bort. Det finns redan nu en del vårdcentraler i landet som inte längre erbjuder årliga kontroller för kroniska sjukdomar.

På många enheter är det redan en realitet att kronikervård i form av till exempel astma-/KOL-mottagningar eller diabetesmottagningar prioriteras lägre än tillgängligheten i telefon, just för att den mäts regelbundet, ingår i vårdgarantin och får mycket uppmärksamhet av tjänstemännen och politiken. I en tid av alltmer uttalad sjuksköterskebrist finns det en ökande risk att deras kompetens inte tas tillvara på optimalt sätt.

#### ***4.4.3 Medicinska bedömningar inom den specialiserade vården ska omfattas av vårdgarantin***

Sveriges Läkarförbund delar utredningens uppfattning att "medicinsk bedömning" är ett mer ändamålsenligt begrepp än "besök". När motsvarande förändring gjordes vad gäller primärvården befarade vi dock att det skulle kunna leda till att patienter hänvisades till andra professioner även om de hade behov av att träffa läkare. Brist på allmänläkare skulle kunna leda till att patienterna fick kulissbesök hos någon annan profession för att uppfylla vårdgarantin snarare än patientens behov. Detta vore angeläget att följa upp.

#### ***4.4.4 Inom såväl primärvården som den specialiserade vården ska undersökningar omfattas av vårdgarantin***

Sverige Läkarförbund tillstyrker att vårdgarantin ska omfatta även undersökningar, såväl i primär- som i specialistvård. Diagnostik tar en allt större plats i moderna medicinska utredningar och väntetiderna är ofta helt avhängiga undersökningsresultaten från röntgen, klinisk fysiologi, patologi med mera.

**Däremot vill vi ytterligare en gång påpeka att det finns en risk för att kronikervård prioriteras lägre**, om undersökningar som ingår i en utredning omfattas av vårdgarantin men inte undersökningar som är en del av en planerad uppföljning, som till exempel en spirometri som ingår i en planerad uppföljning av en KOL-patient.

#### **4.4.9 Regionens ansvar att erbjuda vårdgaranti inom viss typ av primärvård ska utökas till fler personer**

Sveriges Läkarförbund tillstyrker att vårdgarantin ska gälla även för utomlänspatienter som är listade inom primärvården. **Det behövs dock förtydliganden om vad som ska gälla för hembesök**, som är en växande del av primärvårdens verksamhet. Det kan i praktiken vara svårt att erbjuda utomlänspatienter.

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

Sveriges Läkarförbund instämmer i att det bör tydliggöras att det är regionens ansvar att hjälpa patienten vidare så att denna får vård inom vårdgarantins gränser – det ska inte som idag i alltför många regioner vara upp till patienten, och patienten ska inte behöva vänta tills vårdgarantins tidsgräns har passerats innan hen får hjälp.

**Vi menar därutöver att patienten alltid ska få möjlighet att välja utförare** om det finns flera som kan utföra vården, även inom offentligt finansierad slutenvård. Även här kan Danmark tjäna som förebild.

#### **4.4.15 Vissa av tidsgränserna i vårdgarantin ska ändras**

Sveriges Läkarförbund tillstyrker att vårdgarantin i primärvården föreslås utökas från tre till sju dagar, vilket ökar möjligheterna till kontinuitet.

**Däremot anser vi att de föreslagna tidsgränserna för undersökning (60 dagar), bedömning i specialistvård (60 dagar) och behandling (90 dagar) sammanlagt blir för lång tid**, även om vi förstår att det är en avvägning mellan vad som är önskvärt och vad som är realistiskt.

Som ett första steg menar vi att tiden för medicinsk bedömning och undersökning i den specialiserade vården bör vara sammanlagt 60 dagar, inte 60 dagar för respektive moment. Vi anser också att tidsgränsen för behandling i den specialiserade vården bör vara 60 dagar, inte 90. Utöver att den sammanlagda tiden inte bör vara för lång torde det vara lättare för patienter (och vårdanställda) att förstå och hävda en garanti om det inte är för många olika tidsramar att förhålla sig till.

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

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

Sveriges Läkarförbund tillstyrker att det i Patientlagen införs en bestämmelse med krav på att patienten ska informeras om vem som är patientens fasta läkare, och att det införs krav på att patienterna får kontaktuppgifter till fast vårdkontakt, fast läkare och vårdenhet. Det blir på

så vis tydligare för patienten vart man ska vända sig. Det "gula kort" som alla invånare i Danmark har kan vara en förebild. Detta förutsätter dock att patienten faktiskt har en fast vårdkontakt eller läkarkontakt.

Vi delar också uppfattningen att patienter bör få samlad och lättbegriplig information om sin vård, men vi avstyrker varje förslag som innebär att läkare behöver lägga mer tid och kraft på att upprätta allt fler parallella och överlappande dokument och därmed mindre tid och kraft till den överenskomna vården. **Patienten bör få information samlad och digitalt, men det får inte vara enskilda läkare som ansvarar för att samla och digitalisera informationen.** All tid som läkare måste lägga på att hantera administrativa uppgifter är tid som tas från patienterna. Såväl dubbeldokumentation som att behöva logga in och ut mellan olika system för olika uppgifter innebär arbetsmiljöproblem för vårdpersonal, men framförallt risker för att det blir fel och därmed risker för patientsäkerheten. Informationen till patienterna bör förbättras genom att det patientnära administrativa stödet stärks, och genom att regionerna utvecklar sina plattformar för patientinformation (t ex 1177) så att relevant information automatiskt sammanställs ur olika system, som läkemedelslista, aktuell vårdplan och bokade tider.

Den viktigaste åtgärden är även här att se till att patienter har en fast läkare som har ansvar för ett rimligt antal patienter. Med en god relationskontinuitet minskar behovet av informationsöverföring, både från patient till läkare och från läkare till patient.

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

Sveriges läkarförbund instämmer med alla de argument utredaren framför om varför det är önskvärt att tidpunkten för vården ska väljas i samråd med patienten. Det bidrar troligen till bättre effektivitet genom att det minskar risken för om- och avbokningar, men framför allt handlar det om grundläggande respekt för patienten. **Men vi avstyrker från att reglera samråden i lag.** I den specialiserade vården krävs i nuläget ofta att arbetsgruppen gemensamt gör en hård medicinsk prioritering mellan patienter. Det kan inte göras av enskilda medarbetare med en patient i taget. Även i primärvården behöver patienter prioriteras. Vår bedömning är att vi idag är så långt från "så långt som möjligt" att den föreslagna bestämmelsen antingen blir meningslös eller förutsätter en kraftigt ökad administration. Om vården istället vore så tillgänglig att det alltid fanns gott om tider att välja på skulle bestämmelsen inte behövas.

### **5.5.3 Omställningen behöver märkas av vårdens medarbetare**

Sveriges Läkarförbund instämmer i att omställningen till en nära vård behöver gå framåt. Socialstyrelsens senaste uppföljning av omställningen till en mer nära vård<sup>1</sup> visar att regionerna inte prioriterar primärvården mer ekonomiskt än vad de har gjort tidigare. Många regioner ligger långt ifrån att nå de blygsamma målen om bättre kontinuitet i vården och att fler invånare ska få fast läkarkontakt. I regionernas underlagsrapporter saknas ofta konkreta åtgärder och några skriver närmast i klartext att de struntar i att arbeta för att öka andelen regioninvånare med en fast läkare och förbättrad kontinuitet, trots att de ansökt om och fått statsbidrag för det.

Det är också våra medlemmars upplevelse. Arbetet för en god och nära vård verkar hitintills handla om utbildning av tjänstemän, möten och diskussioner, framtagande av färdplaner och dokument. Det som hittills märkts i kärnverksamheten av omställningen till god och nära vård är ökade uppdrag och arbetsuppgifter. Vårdcentralerna får fler och fler uppdrag som syftar till att avlasta sjukhusen och agera buffert för övriga verksamheter, men utan att få motsvarande utökning av sina resurser. Det har lett till att redan belastade vårdcentraler har fått det värre, med försämrad arbetsmiljö, kompetensflykt och minskad tillgänglighet.

Utredaren bedömer att regioner och kommuner behöver tydliggöra för vårdens medarbetare hur resurser prioriteras till primärvårdens kärnverksamheter. Det bästa sättet att göra detta torde vara att faktiskt göra denna prioritering så att den märks, inte bara bli bättre på att berätta om den.

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

Sveriges Läkarförbund delar uppfattningen att det är angeläget att omställningen till nära vård följs upp – bland annat för att vi som sagt ser att arbetet går alldeles för långsamt i många regioner. Men uppföljningsarbetet får inte bli ett självspelande piano, där administratörer, förändringsledare och andra tjänstemän byter planer, strategier och utvärderingar med varandra på konferenser och möten. Vi vill påminna om utredarens kloka resonemang på flera ställen i utredningen att kärnverksamheten måste vara i fokus och att annat mindre viktigt bör avvecklas. Administrationen ska vara en stödfunktion. Indikatorer och mått måste väljas så att de så långt möjligt kan inhämtas automatiskt.

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

Utredningen tar upp vikten av kunskapsutveckling och goda miljöer för forskning, utbildning och utveckling. Men ny kunskap behöver också spridas. **Vi saknar konkreta förslag om**

---

<sup>1</sup> Socialstyrelsen (2022). *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2021: Utvecklingen i regioner och kommuner*  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-8-8004.pdf>

**kompetensutveckling och fortbildning.** Utbildning och fortbildning är viktigare än nationella kunskapsstöd.

## **6.2 Regionaliserad läkarutbildning**

Utredningen föreslår att de universitet som idag saknar regionaliserad läkarutbildning i sjukvårdsregionen bör utreda regionalisering av läkarutbildningen.

Läkarförbundet ser positivt på att de goda erfarenheter som finns av att regionalisera läkarutbildningarnas senare delar tas tillvara. Vår erfarenhet är att det på flera håll i landet har inneburit att en stor andel av studenterna vill fortsätta som AT-läkare i regionen. Det kan dock finnas en övertro på att det hjälper de mindre orter där stor läkarbrist råder. Även vid en regionaliserad utbildning blir det en större centralort som studenterna bor på och sedan placeras ut på de mindre orterna i kortare perioder. En grundförutsättning för att studenterna ska vilja stanna kvar är att de får en bra utbildning, lyckas man inte tillgodose det på grund av exempelvis kompetensbrist i områden som redan idag är svårbemannade kommer det inte leda till större rekryteringsmöjligheter.

Det är heller inte säkert att "one size fits all" – utredningen saknar resonemang om att behoven och problembilden kan se olika ut runt om i landet, både vad gäller VFU-platser och kompetensförsörjning.

Regionaliserad läkarutbildning behöver också hänga ihop med AT-, BT- och ST-tjänster så att studenter kommer vidare inom regionen efter grundutbildningen.

Läkarförbundet välkomnar också att utredningen så tydligt pekar ut statens ansvar och intresse för läkarutbildningen, och att de därför bör stödja regionaliserad läkarutbildning ekonomiskt. Vi menar att läkarutbildningen redan idag är underfinansierad, inte minst i och med införandet av en tolfte termin.

Vidare föreslår utredningen att lärosäten bör samverka med kommuner vad gäller VFU för de legitimationsyrken som förekommer i kommunal hälso- och sjukvård. Läkarförbundet vill påpeka att i dagsläget kan läkare inte anställas i kommunal vård och omsorg, bortsett från några undantag som till exempel inom skolhälsovården. Läkarförbundet anser dock att läkare bör kunna anställas i kommunerna som medicinskt ledningsansvarig läkare (MLA) och medicinskt ansvarig läkare (MAL) inom äldreomsorgen. Trots att läkare i dagsläget i princip inte förekommer inom kommunal hälso- och sjukvård, tror utredningen att detta förslag, i kombination med regionaliserad läkarutbildning, kan leda till minskat behov av hyrpersonal. Det återstår att se hur och om detta förslag överhuvudtaget påverkar läkarutbildningen.

## **6.3 Stöd till primärvårdsforskning**

Läkarförbundet är positivt till de bedömningar som utredningen gör när det gäller forskning, till exempel till att tillsätta två tioåriga program, ett för forskning om nära vård vid Forte och ett för primärvårdsforskning med fokus på allmänmedicin vid VR. Det behöver dock säkerställas att dessa forskningsanslag kommer just primärvårdsforskningen till del. Vår

erfarenhet är att tidigare forskningsanslag riktade för allmänmedicinsk forskning från Vetenskapsrådet år 2021 i relativt stor utsträckning tilldelades forskargrupper utan tydlig förankring i primärvården.

Det mest avgörande för att stärka forskning i primärvården är dock fler forskare! Forskningen inom primärvård är eftersatt och andelen läkare som forskar minskar. Möjligheterna att kombinera forskning och kliniskt arbete måste förbättras. Antalet tjänster som kombinerar forskning med AT-tjänstgöring behöver öka. När det gäller bastjänstgöringen BT, som ersätter AT, behöver ett sådant system byggas upp från grunden. Det behövs också specifikt fler läkare som forskar. Primärvårdsforskningen domineras idag av omvårdnadsforskning. Det är värdefullt, men den strikt medicinska forskningen behövs också.

Regeringen bör kräva att alla regioner ska erbjuda forskar-ST inom alla specialiteter. Det behövs också fler särskilda anställningar för forskarutbildade läkare, så att de kan kombinera forskning och kliniskt arbete. Det innebär samtidigt att dimensioneringen av utbildningsplatser inom specialisttjänstgöringen allmänmedicin behöver utökas ytterligare för att täcka vårdbehovet av befolkningen. Var femte specialiseringstjänstgöring bör vara en forskar-ST.

Forskning måste också premieras lönemässigt. Forskarutbildning bör likställas med klinisk karriär genom att ge ST-läkare under forskarutbildning specialislön efter fem års tjänstgöring.

#### **6.4 Universitetssjukvårdsenheter**

Utredningen föreslår att fler universitetssjukvårdsenheter ska bildas, framför allt i primärvård och att det statliga stödet för detta arbete ska utökas. Sveriges Läkarförbund tillstyrker detta, men får intrycket att utredaren underskattat utmaningen. Idag kan universitetssjukvårdsenheter se mycket olika ut. Ibland är det en särskilt utsedd vårdcentral, ibland är hela primärvården inkluderad. För att skapa långsiktigt hållbara akademiska miljöer behövs gemensamma definitioner om vad som utgör en universitetssjukvårdsenhet, rejäla resurstillskott och ett organiserat samarbete mellan universitetssjukvårdsenheter, till exempel i form av centrumbildningar.

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

Sveriges Läkarförbund instämmer i utredningens samtliga bedömningar avseende barn och ungas psykiska hälsa. Vi saknar dock en problematisering av risken för medikalisering av vanliga livs- och samhällsproblem. Utredningen betonar vikten av tidiga insatser inom primärvården. Detta är helt adekvat när det gäller sjukdom, men begreppet psykisk ohälsa omfattar också en rad olika symptom orsakad av vanliga livs- och samhällsproblem. Om vi börjar betrakta symptom som synonym med sjukdom, så kommer vårdbehovet bli oändligt. Vården kan och bör inte lösa vanliga livs- och samhällsproblem.



## 9 Andra överväganden

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

Sveriges Läkarförbund delar helt utredningens bedömning att det är viktigt att minimera den tid som läggs i vården på intyg. Vi är dock tveksamma till om digitalisering automatiskt leder till mindre arbete för vården.

Vi noterar att det ofta uttalas ambitioner om att minska på intygsskrivandet, men utvecklingen i verkligheten går åt rakt motsatt håll. Formulären blir allt mer omfattande och detaljerade, intygen blir fler och ska förnyas oftare. Det rimliga vore om varje aktör som kräver olika slags intyg noga överväger vad som verkligen behövs. En funktionsnedsättning som bedömts som varaktig borde till exempel inte behöva intygas om och om igen. Kostnaden för intygen borde i högre grad belasta den myndighet som efterfrågar dem.

Sedan den här utredningen slutfördes har regeringen tillsatt S 2022:06 Utredning om läkarintygets betydelse i sjukpenningärenden. Det är angeläget att även den utredningen har mandat att lägga förslag som minskar läkarnas administrativa börda.

### 9.2 Överväganden avseende uppföljning av patienter med ADHD i behov av narkotikaklassade läkemedel

Sveriges Läkarförbund stödjer utredningens bedömning att ADHD-läkemedel inte bör förskrivas eller följas upp inom primärvården.

Vänliga hälsningar

*Sofia Rydgren Stale*  
Ordförande  
Sveriges läkarförbund

*Malin Strid*  
Utredare  
avdelningen för Politik och profession  
Sveriges läkarförbund

malin.strid@slf.se  
070-091 69 82