



2023-12-12

Socialdepartementet  
[s.remissvar@regeringskansliet.se](mailto:s.remissvar@regeringskansliet.se)  
Diarienummer S2023/02604

## 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, ersättningsystem 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 hälsotillståndsvårighetsgrad 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 ersättningssystemets 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 primärvårdsuppdraget respektive aktörer som åtar sig en begränsad del av uppdraget, 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 digital”. 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 medicinska 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, Gelande 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.