



Betänkande SOU 2021:59 Vägen till tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan (Diarienummer S2021/05439)

Högskolan i Borås har tagit del av ovanstående förslag och vill lämna följande kommentarer.

Sammanfattning

Omställning inom Hälso- och sjukvård kräver långsiktigt planerad förberedelse där tidigare implementerade organisationsstrukturer, rutiner och traditioner undanröjs för att ge nya strukturer och strategier plats att fungera. Ett genomgående tema i utredningens förslag för att öka tillgänglighet och minska väntetider till hälso- och sjukvård är införande och utveckling av olika digitala strukturer. Detta kräver reflektion vad gäller anpassning till geografiskt läge (stad/landsbygd), IT-kunskaper och förmåga hos användarna att ta till sig och förstå innebörd och budskap i texter, (Eng. health literacy) annars riskeras ytterligare sekularisering i samhället och en ojämlik tillgång till vård. Förslag om utveckling av professionen vårdlots stöds. Likaså kravet på nationell samordning och även strategin med årliga uppföljningar samt förslaget om ökad samordning mellan sjukhusvård, primär- och kommunalvård. Förslaget om årliga uppföljningar av regionernas handlingsplaner ses som positivt, dock inte platsbesök – uppföljning lämpar sig mycket väl för digitala möten.

I stora drag ses utredningens förslag som positiva. Här lyfter vi särskilt och stöder förslaget om ny paragraf i HSL som rör samordning mellan regioner och möjlighet att erhålla rådgivning på distans (telefon alternativt IT) dygnets alla timmar oavsett var personen befinner sig. Likaså utredningens förslag om att regeringen tar initiativ till överenskommelse med SKR om en samordnad hälso- och sjukvårdsupplysning. Förslaget om författningsändring vad gäller vårdgarantin stöds. Innehåll som uppfattas som mer oklara är utredningens djupare syn på innebörd i begrepp som person-centrerad vård, jämlik vård och det professionella vårdandets grundmotiv. Det finns risk för värdekonflikt mellan ökad digitalisering, telefonrådgivning och det personliga fysiska mötet då vård och behandling ofta bygger

på tillgång till patientens kropp. En förutsättning för omställning av hälso- och sjukvård (nära och god vård) är att kunskapshöjande insatser görs samt att personal inom hälso- och sjukvård ges möjlighet till specialistutbildning och goda anställnings- och arbetsmiljöförhållanden. Specialistutbildningar för t.ex. sjuksköterskor är sedan de startade fortfarande enbart ett extra år (magister nivå) efter grundutbildning. I de övriga Nordiska länderna och flertalet av Europeiska länder gäller två år och master-nivå. Med tanke på den kunskapsutveckling som skett ses detta som en omöjlighet att bearbeta under enbart ett år.

Även om hemmet för många är en idealisk plats så anser vi att krav på tillgång på/till specialiserad vård och sängplatser inom sjukhusvård bör ökas, då både primärvård och kommunal hemsjukvård inte ännu har den kapacitet som krävs för att erbjuda en kompetent, säker och tillgänglig vård. Hur bristen på specialistutbildade sjuksköterskor och framför allt allmänläkare/distriktsläkare, det senare främst inom landsbygd, ska åtgärdas problematiseras inte i utredningen. Inte heller det faktum att personer med starka ekonomiska resurser har möjlighet att via vårdförsäkring undkomma väntetider.

1. Inledning

Visionen för Högskolan i Borås verksamhet (<https://www.hb.se/>) uttrycks som ”Tillsammans tar vi ansvar för framtiden. Genom profilering av utbildning och forskning gör vi skillnad”. Följaktligen tar detta remissvar sin utgångspunkt i denna vision och från den forskning som producerats vid Akademien för Vård, Arbetsliv och Välfärd vars resultat kan relateras till hur Svensk Hälso- och Sjukvård kan erbjuda medborgarna större tillgänglighet och kortare väntetider. Akademien för Vård, Arbetsliv och Välfärd består av två institutioner. Vid Institutionen för Vårdvetenskap utbildas olika professioner för verksamhet inom hälso- och sjukvård, det vill säga både sjukhus- primär- och kommunalvård, varav Sjuksköterskeutbildning på grundnivå är det största programmet. De flesta program för specialistsjuksköterskor samt barnmorskeutbildning erbjuds, likaså master- och forskarutbildning inom vårdvetenskap (Eng. Caring Science). Den andra institutionen är Inst. för Arbetsliv och Välfärd och där utbildas studenter i programmet Offentlig förvaltning och Organisations- och Personalutvecklare i samhället. Akademien har även samarbete med den kliniska verksamheten inom regionen samt företag inom hälso- och sjukvårdsbranschen. Det aktuella remissvaret fokuserar enbart det innehåll i utredningen som det finns forskning pågående eller genomförd vid Akademien för Vård, Arbetsliv och Välfärd och som producerats under forskningsområdet ”Människan i vården”. Utgångspunkt för akademins forskning är patientens perspektiv. Merparten av forskningsproduktionen utgår från att patientens ”röst”, dvs. patienters levda erfarenheter och upplevelser samlas in och utgör viktig data, dvs. sker utifrån ett livsvärldsperspektiv (1). Denna datainsamling sker oftast i form av frågeformulär, djupintervjuer och observationer. Forskningen

bygger även på data där patienters närstående och professionella vårdare är forskningspersoner då dessa är en del av patientens situation och dagliga liv. För mer information om forskningsområdet se:

<https://www.hb.se/forskning/forskningsportal/forskningsomraden/manniskan-i-varden/>.

Akademins utbildnings- och forskningsperspektiv är grundat i ett vårdvetenskapligt perspektiv vilket innebär en syn på vårdvetenskap som en humanvetenskaplig disciplin – i svenska språket synonymt med omsorgsperspektiv. Oftast används dock engelskans ”Caring” respektive ”Caring Science” för att visa på att kunskapsstoff inte enbart är inriktat på sjuksköterskans område utan är professionsneutralt, det vill säga rör samtliga professioner inom Hälso- och Sjukvård och Kommunal Vård- och Omsorg. Ett caring-perspektiv (2) innebär en utgångspunkt i att all vård och vårdande är något naturligt mänskligt, grundat i ansvar och en vilja att göra gott för andra. Professionella inom hälso- och sjukvård har ett speciellt ansvar här då de både är utbildade och också uppbär lön för att förebygga och/eller lindra lidande samt uppehålla patienters hälsa, integritet och livskvalitet. Detta perspektiv gäller klinisk praktik, så väl som utbildning och forskning. Det aktuella remissvaret får läsas utifrån denna bakgrund. Vad gäller de problem som utredningen beskriver med ökade vårddöer, ökad kötid och bristande tillgänglighet till kompetenta vårdkontakter för patienter så bör en diskussion initieras som rör själva grundmotivet med professionell hälso- och sjukvård. Situationen under pandemin har visat att det finns stora möjligheter med en ökad digitalisering. Men det har även blivit tydligt att tillgång till professionell vård inte är jämlik och att tillgängligheten bygger på medborgans möjligheter att söka och förstå information. Här är den skrivna texten utgångspunkt i det som inom litteraturen och forskning benämns ”Health Literacy”. Dock finns stor risk i en allt för stor tilltro till digitalisering. Grundmotivet för professionell hälso- och sjukvård bör vara en inbjudande, öppen och omsorgsfull hållning, och inte att med olika strukturer dirigera patienter och närstående bort från vårdgivare och professionella vårdare, dvs anta formen av ”remote care” erhållen på distans.

Vårt remissvar täcker aspekterna: 2.1 Ökad information till invånare: valmöjligheter och vårdlotsar; 2.2 Vårdgaranti; 2.3 God och nära vård; 2.4 Förbättrad tillgänglighet till hälso- och sjukvård och stöd för barn och unga; 2.5 Finansiering och budget och slutligen referensförteckning över inkluderade studier.

2. Kommentar på utredningens bedömning och förslag

Något som är övergripande och inte tydligt framgår i remissförslaget är kravet på förberedelser för det förändringsarbete och omställning som föreslås av utredningen, dvs hur tidigare implementerade organisationsstrukturer, rutiner

och traditioner undanröjs för att nya strukturer och strategier ska kunna införas och fungera. Risken kan bli att nya föreslagna strategier och strukturer adderas till de redan befintliga och att organisationen därför blir än mer trög och byråkratisk. Detta problematiseras i liten grad. Ökad samverkan och liknande funktioner i samtliga regioner ses som en fördel då det idag finns stora geografiska skillnader i tillgänglighet och stöd till invånarna. Nedan följer Akademin för Vård, Arbetsliv och Välfärd kommentarer på de av utrednings förslag som ligger inom vår verksamhets kompetensområde.

2.1 Ökad information till invånare: valmöjligheter och vårdlotsar

Kravet på nationell samordning som utredningen argumenterar för stöds och även strategin med årliga uppföljningar. Likaså förslaget om ökad samordning mellan sjukhusvård, primär- och kommunalvård. En sådan samordning möjliggör också spridande av goda exempel. Här kan tilläggas att kompetens hos vårdgivare också bör vara likvärdig och samordnad mellan regioner vilket ger patienter mer jämlik vård och behandling, vilket i sig är en demokratisk rättighet. Förslaget på årliga *regionala handlingsplaner* där tillgänglighet och kontroll av vårdgaranti inom regionen utvärderas och bedöms i en årlig process ses som ett konstruktivt förslag, dvs. förslaget om överenskommelse mellan stat och SKR som benämns *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*. Årliga platsbesök som ska innefattas i uppföljningen påminner mycket om det utvärderingssystem som Universitetskanslersämbetet genomfört vid Universitet och Högskolor. Detta bedöms som risk för ett administrativt tungrovt system om dessa platsbesök ska genomföras årligen. Inom lärosätena sker utvärdering med flera års mellanrum men har ändå kritiserats för långsamhet. Det tycks också märkligt att föreslå årliga platsbesök då mycket i utredningens förslag bygger på en ökad digitalisering – ett sådant platsbesök torde vara naturligt att ersätta med ett digitalt uppföljningsmöte.

Forskning inom andningsstöd till vuxna och barn med nedsatt andningsförmåga har visat på brister i kompetens vad gäller vård som ges via kommunal hemsjukvård och personlig assistans (3-5). Vuxna patienter eller föräldrar till barn och unga har också beskrivit svårigheter att få det stöd de behöver via personlig assistans. Forskningspersonerna har framhållit att när de får tillgång till specialistvård vid sjukhus däremot är kompetensen mycket god. Brister i kunskap leder också lätt till att hemmet ändras till ett sjukhus i miniatyr orsakat av ett oreflekterat överförande av rutiner och traditioner som råder inom sjukhusen (6). Vårt svar till utredarna blir därför att likheter i kompetens mellan olika vårdgivare bör förbättras och utjämnas. Som utbildande institution argumenterar vi för utveckling och genomförande av utbildningsinsatser inom kommunal hemsjukvård. Sjuksköterskor bör vara specialistutbildade. Patienters valmöjligheter och förmåga att göra val bygger på att personen har den kunskap som krävs för

att fatta beslut. Denna kompetens ses som ett långsiktigt projekt som rör både livsstil och politiska lösningar vad gäller arbetsmarknad. Utbildningsinsatser om hälsa och grundläggande hälso- och sjukvård är kunskaper som skulle kunna vara lärostoff vilket inkluderas redan i den allmänna skolans läroplaner. I dag söker många personer akut vård vid primärvårdens och sjukhusens akutmottagningar för enkla åkommor som sårvård och övre luftvägsinfektioner vilket skulle kunna avhjälpas via goda kunskaper i egenvård. En studie inom prehospital vård (7) där ambulanspersonalens möjligheter att bedöma och överföra patienten till vårdcentral för hjälp istället för sjukhusens akutmottagningar visade att patienterna kände tillit för ambulanspersonalens bedömningar. Dock identifierades problem (31%) vad gäller säkerhet i bedömningarna, dvs att patienten överfördes till en lägre vårdnivå än vad som egentligen behövdes.

Begreppet och aktiviteten att lotsa patienter och närstående (8) har i forskning beskrivits inom intensivvård och vård i livets slut som att ha en djup existentiell men också praktisk betydelse. Att lotsa innebär både en handling och förhållning som har karaktären av en optimal vårdrelation där de professionella vårdarna bokstavligen lotsar närstående genom för dem en helt okänd och oftast förtvivlad situation vilken utspelar sig i en miljö som är starkt präglad av medicinsk-teknisk utrustning. Att inte bli lotsad innebär att inte bli inbjuden i en vårdrelation och att inte få hjälp och stöd med att få situationen och all information förklarad. Vi stöder alltså förslaget om vårdlotsar och föreslår att detta blir en speciell påbyggnadsutbildning inom vårdutbildningar (D-nivå) då risk annars finns att de råd som ges till patienter och närstående via telefon, ”chattar” och inom 1177:s textsidor får formen av råd och stöd i ”punktform” hämtade från i förväg konstruerade strukturer på en mycket allmän nivå. Här uppfylls inte kravet på patientcentrering utan rådgivning blir baserad på ett tekniskt tillvägagångssätt istället för att ta utgångspunkt i att lyssna på patientens egen berättelse vilket är utgångspunkten i personcentrerad vård (9, 10). Därefter utformas råd och stöd tillsammans med patienter och/eller närstående vilka anpassas till den individuella personens vårdbehov, kunskap och vårdmiljö. Det som i utredningen beskrivs som ”Vårdlotsar i samverkan” som tycks vara ett nätverk för personer vilka har många olika namn (samordnare, koordinator, lots) för sin profession, blir om yrket är en påbyggnadsutbildning inom sjuksköterskeutbildning i stället en riksförening på samma sätt som övriga specialistutbildningars yrkesföreningar. En sådan förening bidrar till samverkan, kunskapsutveckling och i förlängningen jämlik vård.

Forskning som kritiskt analyserat informationstexter publicerade (vårdguider) på 1177 (11) riktade till patienter med en cancerdiagnos visade att patienten betraktas som förnuftig och som kan fatta egna beslut i förhållande till informationen men som styr användare på ett normativt sätt till att ta hand om sig själva. Vi anser att forskning som rör arbetet med 1177

behövs. Möten med vårdlotsar kan ske som fysiskt möte via Primärvård/patientens vårdcentral, telefonmöten eller i digitala rum beroende på patientens val och möjligheter. Vårdlotsars verksamhet kan också inriktas mot att ge stöd och handledning inom kommunal hälso- och sjukvård samt omsorg vad gäller möjlighet till insatser i hemmet, läkarkontakter, korttidsboenden eller vid särskilt boende. Strukturerade riktlinjer för samarbete – vem som gör vad – mellan digital sjukvårdsupplysning och Vårdcentraler behövs. Förslaget om ny paragraf i HSL som klargör att alla som vistas i en region kan erhålla rådgivning på distans (telefon alternativt IT) dygnets alla timmar samt att detta sker i samverkan mellan regionerna stöds. Likaså utredningens förslag om att regeringen tar initiativ till överenskommelse med SKR om en samordnad hälso- och sjukvårdsupplysning. En fråga vi ställer oss är om SBU:s kompetenser kan vara behjälpliga i denna utveckling så att all information är forskningsbaserad. Rådgivning bör vara utformad på olika språk i relation till befolkningen. Vidare stöds förslaget om tekniska lösningar som ger möjlighet att vid kris eller allvarlig händelse besvara och överföra samtal mellan regioner och att det finns beredskap för ökad bemanning. En fråga vi ställer oss är om Inera AB som ägs av Sveriges Kommuner och Regioner, via bolaget SKL Företag AB, arbetar med systematiska kunskapsöversikter enligt samma evidensbaserade koncept som SBU.

2.2 Vårdgaranti

Förslaget om författningsändring vad gäller vårdgarantin stöds. Det är som angivits i texten ovan, inte patienters, barns, föräldrars eller närståendes ansvar att bevaka och initiera aktiviteter då vårdgarantin inte kan uppfyllas. Information om vilka möjligheter som finns i annan region och hur dessa möjligheter skall genomföras bör vara reglerad i författning och på så sätt göras mer jämlik. Ett system med nationell vårdsöksystem tillgängligt för invånarna själva eller med hjälp av vårdlotsar eller vårdteamet vid vald vårdcentral uppfattas som ett bra förslag för att minska vårdköer. Men ansvaret bör självklart inte enbart läggas på patienten själv att undersöka eller bevaka.

Geografiska problem, kostnader och möjligheter för förflyttningar och vård på annan ort problematiseras av utredarna. Vilka systematiska litteraturöversikter är genomförda som belyser patienters och närståendes perspektiv? Här ses genomförande av vårdvetenskapliga forskningssammanställningar som ett viktigt kunskapsbidrag. Det vill säga att på liknande sätt som SBU:s kunskapsöversikter kunna föreslå eller ge bästa underlag för beslut som rör vård och behandling samt eliminera att olämpliga metoder eller resurser används ineffektivt (12, 13), så bör likande översikter genomföras kontinuerligt som belyser patienters perspektiv. Detta kan vara ett viktigt komplement till vad utredningen skriver om som pilotprojekt (Förslag 6.11.6, s 188). Utredningens förslag om att kunskaphöjande insatser om

vårdgaranti och patienters valmöjligheter ska överföras till Socialstyrelsens ansvar och att Myndigheten för Vård- och Omsorgsanalys ska ansvara för utvärdering är säkert en god idé men ses inte som tillräckligt genomgripande eller något som genererar förändring i grunden. Här hänvisar vårt remissvar till vad som sagt ovan om mer genomgripande utbildningsinsatser inom det allmänna skolsystemet, och i form av samverkan med och inrättande av nya programutbildningar inom universitet och högskola samt utbildning och information riktad till befolkningen i stort.

2.3 God och nära vård

Omställning till god och nära vård kräver samverkan mellan kommunal- primär- och regional vård samt specialiserad sjukhusvård. I dagsläget finns inte gemensamma system inom regionerna för journalföring utan ofta har de olika vårdformerna olika digitala system som inte kommunicerar med varandra. Det förefaller också oklart hur vård erbjuds och genomförs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar. Digitalisering förutsätter att personer har stabilt internet, IT-kunskaper och hög läsförståelse. Tillgänglighet i detta fall förutsätter alltså att patienter och närstående har IT-vana och är bekväma med att söka information digitalt. Detta är inte en självklarhet och innebär att begreppen personcentrerad och jämlik vård blir en utopi eller en organisatorisk pappersprodukt. Här ser vi den åldrande människan som särskilt sårbar (14, 15). Personer med funktionsvariationer och kvinnor är också särskilt utsatta och sårbara grupper. En allt för ensidig bild av hemmet som en harmonisk plats är en romantiserad bild som riskerar att utsätta redan sårbara människor än mer (16). Närstående som vårdar i hemmet tar ett stort ansvar som riskerar deras egen hälsa och välbefinnande (17). Återigen blir behovet att undanröja gamla system och strukturer om reella omställningar och nya sätt att erbjuda vård och behandling ska få genomslag och ge förbättrad vårdkvalitet. Hur påverkas utbildningar inom hälso- och sjukvård i relation till innehållet i begreppet nära vård? Denna omställning kräver en grund att stå på och en förutsättning är att innehåll i utbildningsprogrammen för olika professioner inom hälso- och sjukvård (läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, socionomer mm.) anpassas innan omställning sker.

Begreppet Nära vård och digitalisering har en framträdande plats i texten som lösningar för ökad tillgänglighet och kortare väntetider. Denna vårdform/organisation kan uppfattas mer som en vision eller ideologi än ett konkret förslag som ska utvecklas och här ligger ansvaret främst på primärvården menar utredarna, men i samarbete med kommuner där tillgänglighet, delaktighet, personcentrering och kontinuitet måste öka. Vård som erbjuds inom primärvård ska vara hälsobefrämjande och förebyggande för att förbättra folkhälsan men kan också uppfattas som att syfta till att minska belastning på sjukvårdssystemet. Vi framhåller att professionell hälso- och sjukvård bokstavligen sett också är kroppsligt, dvs. kräver fysiska möten även om digitala

lösningar med överföringar av bilder och personliga möten via digitala plattformar många gånger är ett gott komplement. Förslaget om att initiera regiongemensamt utvecklings- och förbättringsarbete för ökad kapacitet och effektivitet (s 344) föreslår vi att det också inkluderar vårdvetenskapliga forskningsprojekt. Framförallt gäller detta barn och ungdomars tillgänglighet, kontinuitet för personer med långvarig sjukdom (s 349) och tillgänglighet för personer som är utrikes födda.

Konceptet nära och god vård bygger på att personer med vårdbehov ska som första instans erbjudas vård inom primärvård eller remitteras vidare till specialistsjukvård. Har Vårdcentraler denna kapacitet och kompetens idag? Detta är en obalans mellan tillgång och valfrihet att själv söka vård som inte problematiseras i utredningen. Sverige tillhör det land i Europa som har minst antal (18, 19) vårdplatser på sjukhus vilket inom specialistsjukvården medfört att patienter flyttas mellan sjukhus. Antal patienter som är kritiskt sjuka flyttas idag i högre grad mellan sjukhus på grund av platsbrist men också pga. bristande resurser (18). En utbyggnad borde vara möjlig då Sverige tillhör de länder inom Europa som är bland de mest resursstarka. Ökad valfrihet och ökade möjligheter till att själva boka tid vid specialistmottagningar borde också vara möjligt om hälso- och sjukvård ska vara nära, god och tillgänglig.

Digitalisering ger dock oanade och nya möjligheter vad gäller tillgång till vårdkontakter. I ett examensarbete på avancerad nivå studerades E-hälsa (20). Distriktsjuksköterskor tillfrågades via frågeformulär om begreppet e-hälsa och hållbarhet. Deltagarna ansåg att e-hälsa kan ha positiv effekt på vårdens resurser samt positiv inverkan på miljön genom nyttjande av mindre läkemedel och sjukvårdsmaterial. Dock förväntas Distriktsköterskan kunna arbeta med e-hälsa, trots att speciell utbildning i ämnet inte finns idag. E-hälsotjänster behöver utvecklas och bli mer användarvänliga i samråd med patientföreningar och hälso- och sjukvårdspersonal. Idag planeras fristående kurs om 7hp för sjuksköterskor inom ämnet på D-nivå vid Inst. för Vårdvetenskap, Högskolan i Borås. Tillgängligheten till en nationellt samordnad och 24-timmars öppen Hälso- och sjukvårdsupplysning via telefon eller dator ses som positivt, likaså former för digital tidsbokning, men andra analoga system behövs också. Dock bör inte ansvar att bevakna väntetider läggas på patienten eller närstående. IT-system måste uppfylla stora krav att erbjuda säkra uppkopplingar som skyddar personlig integritet. Vid större samhällskriser och katastrofer (som terror, ras och bränder) slås ofta digitala system ut hos den enskilde och sådana händelser skapar just ökat behov av information i sig. Valfrihet för unga och ökade kontaktsätt för barn och unga med psykisk ohälsa reflekteras under punkten 2.4 nedan. Förslaget om 24-timmars tillgänglighet till 1177 oavsett i vilken region en person befinner sig är ett gott förslag samt att patienter (i mån av digitala kunskaper) har tillgång till sin journal via 1177. Det vi anser som avgörande är hur tanken om digitalisering kan uppfylla de olikheter som redan finns i

samhället och som tenderar att ytterligare skapa ett ”kunskapssamhälle” där kunskap ger makt. Ett annat problem är språksvårigheter (inte nödvändigtvis utrikes födda) inom befolkningen samt att geografiskt sett är Sverige inte ännu ett fullt digitaliserat samhälle då internetuppkopplingar inte är en självklarhet på landsbygd eller glesbygd.

De områden utredningen lyfter fram som viktiga för att omställningen till nära vård ska lyckas är bland annat: samverkan mellan primärvården och den specialiserade vården, samverkan mellan region och kommun, fast vårdkontakt, med patienten överenskommen tid, utveckla och utvärdera digitala arbetssätt och personcentrering för ökad delaktighet. Denna tanke stöds av Akademin för Vård Arbetsliv och Välfärd. Men vi anser att vårdvetenskaplig forskning med fokus på primärvård bör utökas då primärvården i överenskommelsen om en god och nära vård ges en mycket framträdande och avgörande roll för patienters och deras närstående tillgång till kompetent hälso- och sjukvård. Patienters, barn och unga och vuxna och äldres perspektiv, bör i denna forskning belysas utifrån de aspekter som anges i huvudbetänkandet om omställningen till god och nära vård. Här blir samverkan och samarbete mellan primärvård och kommunal hälso- och sjukvård respektive den specialiserade vård som ges vid sjukhus avgörande.

2.4 Förbättrad tillgänglighet till hälso- och sjukvård och stöd för barn och unga

Det krävs utbyggnad av specialistvård samt promotiv och preventiva insatser som riktas mot barn och ungdomars psykiska hälsa. Att enbart minska kötid för första besök (30 dagar) och därefter fördjupad utredning och behandling inom 30 dagar genom att överföra ansvaret till primärvård är otillräckligt. Det saknas kompetens i området både inom skola, omsorg, primärvård/vårdcentraler och specialistvård vad gäller bemötande av unga personers existentiella oro (20). Här krävs inte bara en omstrukturering utan också en utbyggnad i olika utbildningar med hälsa som mål för att minska väntetider och stödja barnen/ungdomarna. Det finns en stor utvecklingspotential inom gruppen unga vad gäller införande av olika digitala stödsystem (21). Erfarenheter av digitala möten i form av tvåpartssamtal som gjorts under pandemin har öppnat stora möjligheter för ökad tillgänglighet vad gäller rådgivning om psykisk ohälsa via 1177 och digital tidsbokning samt identifiering via personligt bankid. Idag finns goda exempel på hur arbetet sker t.ex. inom Bris. Det saknas psykologer och psykiater med specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri, primärvård och skola. Söktryck för specialistutbildning inom psykiatrisk vård, barnsjukvård eller öppen- hälso och sjukvård är relativt högt vid Högskolan i Borås, men innehållet riktat mot barn och unga och psykiskt ohälsa utgör endast en liten del av utbildningsinnehållet. Vi anser att tillgänglighetsproblemet för barn och unga inte enbart kan lösas med omställning av olika vårdformer, bättre inrapportering till väntetidsdatabasen och

inrättande av tillgänglighetskommittéer – de ses som viktiga men extra resurser bör skjutas till i form av utbildning och inrättande av tjänster. Kravet på uppdaterade aktuella väntetidslistor är något som verksamheten måste upprätthålla. Vi stöder utredningens påpekande om kravet på ledarskap där verksamhetschefer bör ta ansvar för utvecklingsarbeten som möjliggör kortade vårdköer, aktuella väntetidslistor och införande av digitala lösningar riktade mot barnen och unga. Gruppen barn med långvariga sjukdomar ses också som en sårbargrupp som kräver snabb tillgång till specialiserade vårdkontakter som är kontinuerliga. Här kan också digitala verktyg som olika applikationer utvecklas och introduceras.

2.5 Finansiering och budget?

Prestationsersättning, kontroll av strategiskt arbete för att uppmuntra respektive verksamhet att kontrollera aktualitet i väntetidslistor för att hålla dem aktuella kan tyckas märkligt då det borde höra till ordinarie verksamhet men då situationen är sådan som utredningen beskriver, dvs. att patienter väntat upp till tre år på behandling tycks ekonomiska incitament och kontroll bli en nödvändig åtgärd och ett förslag som stöds. Viktigt blir även att registrera samtliga vårdkontakter inklusive återbesök i Väntetidsdatabasen också inom primärvård och gör dessa register möjliga att beforska för att förbättringar ska kunna föreslås. Detta gäller också aktiviteter och utförd vård inom privata vårdföretag. Samtal och uppföljning via Kommitté för tillgänglighetsdialog kan ske digitalt. Den nationella digitala strukturen bör utvecklas innan den kan tas i fullt bruk.

3 Referenser

1. Lindberg E, Karlsson P, Knutsson S. Reflective seminars grounded in caring science and lifeworld theory – A phenomenological study from the perspective of nursing students. *Nurse Education Today* 2018;61:60-65.
2. Lindahl B. On locating the metaparadigm concept environment within caring science. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2018;32(3):997-998.
3. Lindahl B, Lidén E, Lindblad B. A meta-synthesis describing the relationships between patients, informal caregivers and health professionals in home-care settings. *Journal of Clinical Nursing* 2011;20(3/4):454-463.
4. Lindahl B. Experiences of exclusion when living on a ventilator: reflections based on the application of Julia Kristeva's philosophy to caring science. *Nursing Philosophy* 2011;12(1):12-21.
5. Israelsson-Skogsberg A, Lindahl B. Personal care assistants' experiences of caring for people on home mechanical ventilation. *Scand J Caring Sci* 2017;31(1):27-36.

6. Jarling A, Rydström I, Nyström M, Dalheim-Englund AC, Ernsth-Bravell M. Becoming a guest in your own home: Home care in Sweden from the perspective of older people with multimorbidities. *International Journal of Older People Nursing* 2018;13(3):1-1.
7. Norberg Boysen G, Christensson L, Jutengren G, Herlitz J, Wireklint Sundström B. Patient trust and patient safety for low-priority patients: A randomized controlled trial pilot study in the prehospital chain of care. *International Emergency Nursing* 2019;46:N.PAG-N.PAG.
8. Fridh I, Forsberg A, Bergbom I. Close relatives' experiences of caring and of the physical environment when a loved one dies in an ICU. *Intensive & Critical Care Nursing* 2009;25(3):111-119.
9. McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2006;56(5):472-479.
10. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care — Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2011;10(4):248-251.
11. Boman Å, Dahlborg E, Eriksson H, Tengelin E. The reasonable patient – A Swedish discursive construction. *Nursing Inquiry* 2021;28(3):1-9.
12. Laibhen-Parkes N. Evidence-Based Practice Competence: A Concept Analysis. *International Journal of Nursing Knowledge* 2014;25(3):173-182.
13. Mazurek Melnyk B, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. New York: Wolters Kluwer; 2015.
14. Lindberg E, HÖRberg U, Persson E, Ekebergh M. 'It made me feel human'-a phenomenological study of older patients' experiences of participating in a team meeting. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being* 2013;8:1-10.
15. Sundler AJ, Hjertberg F, Keri H, Holmström IK. Attributes of person-centred communication: A qualitative exploration of communication with older persons in home health care. *International Journal of Older People Nursing* 2020;15(1):N.PAG-N.PAG.
16. Lindahl B, Kirk S. When technology enters the home – a systematic and integrative review examining the influence of technology on the meaning of home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2019;33(1):43-56.
17. Jarling A, Rydström I, Ernsth-Bravell M, Nyström M, Dalheim-Englund AC. A responsibility that never rests – the life situation of a family caregiver to an older person. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2020;34(1):44-51.

18. Karlsson J, Eriksson T, Lindahl B, Fridh I. The Patient's Situation During Interhospital Intensive Care Unit-to-Unit Transfers: A Hermeneutical Observational Study. *Qual Health Res* 2019;1049732319831664.
19. Karlsson J, Eriksson T, Lindahl B, Fridh I. Family members' lived experiences when a loved one undergoes an interhospital intensive care unit-to-unit transfer: A phenomenological hermeneutical study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)* 2020;29(19/20):3721-3730.
20. Svanberg L, Westberg A. Användning av e-hälsa under SARS-CoV-2: Högskolan i Borås; 2021.
21. Jakobsson M, Josefsson K, Jutengren G, Sandsjö L, Högberg K. Sleep duration and sleeping difficulties among adolescents: exploring associations with school stress, self-perception and technology use. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2019;33(1):197-206.

I detta ärende har rektor Mats Tinnsten beslutat. Akademichef Päivi Riestola har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har också professor Berit Lindahl deltagit.

Mats Tinnsten

Päivi Riestola