Vägen till ökad tillgänglighet

– långsiktig, strategisk och i samverkan

DELBETÄNKANDE AV
DELEGATIONEN FÖR
ÖKAD TILLGÄNGLIGHET I
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:59

Vägen till ökad tillgänglighet

– långsiktig, strategisk och i samverkan

Delbetänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Stockholm 2021

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:59

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0166-5 (tryck)
ISBN 978-91-525-0167-2 (pdf)
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 13 augusti 2020 att tillkalla en kommitté i form av en delegation med uppdrag att verka för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, med särskilt fokus på kortare väntetider. (dir. 2020:81).

Som ordförande förordnades från och med den 13 augusti 2020 läkaren och specialisten i tumörsjukdomar Gunilla Gunnarsson. Den 17 december ändrades utredningens form vilket innebar att Gunilla Gunnarsson i stället blev särskild utredare. Utredningen har antagit namnet Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, utredningen har också använt kortnamnet Tillgänglighetsdelegationen.

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes från och med den 1 oktober 2020 tf. enhetschefen Helena von Knorring. Som sekreterare i utredningen anställdes från och med den 1 oktober 2020 utredaren Åsa Ljungvall. Apotekaren Lisa Landerholm anställdes som sekreterare i utredningen för perioden den 19 oktober 2020 till den 31 december 2020, med förlängning från den 1 januari till den 31 maj 2021. Utredaren Göran Zetterström anställdes som sekreterare den 18 november till den 31 december 2020, med förlängning från den 1 januari 2021 till den 31 maj 2021. Projektledaren Hanna Wallin anställdes som sekreterare den 1 januari 2021 och juristen Nadja Zandpour anställdes som sekreterare den 11 januari 2021. Göran Zetterström entledigades den 1 mars 2021 och ämnesrådet Martin Färnsten anställdes som sekreterare den 2 mars 2021 till den 30 juni 2021.

Delegationens ledamöter förordnades den 1 oktober 2020 till den 16 december 2020. Från och med den 17 december 2020 är delegationen rådgivande. Delegationens ledamöter är professorn Anders Anell, förbundsordföranden Ann-Kristin Sandberg, adjungerade professorn i barn- och ungdomspsykiatri Clara Hellner, överläkaren

och föreningsordföranden Johan Styrud, samordnaren Lisbeth Löpare-Johansson, professorn Mats Alvesson, hälso- och sjukvårdsdirektören Mats Bojestig, förbundsdirektören Nina Fållbäck-Svensson, generaldirektören Sofia Wallström och verksamhetschefen Åke Åkesson.

Sakkunniga i utredningen är från och med den 26 oktober 2020 ämnesrådet Marcus Gry, departementssekreterare Eva Molander, kanslirådet Lisa Ståhlberg och departementssekreteraren Jessika Yin. Jessika Yin entledigades den 2 februari 2021, departementssekreteraren Unni Mannerheim förordnades 3 februari 2021. Som experter i utredningen förordnades från och med den 26 oktober 2020 enhetschefen Lena Hellberg, projektdirektören Nils Janlöv och enhetschefen Anna-Karin Nyqvist.

Utredningen tackar alla som på olika sätt bidragit till arbetet i utredningen.

Utredningen lämnar härmed delbetänkandet *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* (SOU 2021:59). Utredningens delegation, expertgrupp och referensgrupper har under hela utredningsarbetet bidragit med värdefulla och konstruktiva synpunkter. När begreppet utredningen används i betänkandet avses den särskilda utredaren samt sekretariatet. Den särskilda utredaren svarar ensam för innehållet i betänkandet.

Stockholm i juni 2021

Gunilla Gunnarsson

/Helena von Knorring
Åsa Ljungvall
Lisa Landerholm
Hanna Wallin
Nadja Zandpour
Göran Zetterström
Martin Färnsten

Innehåll

Sammanfattning **17**

Utredaren har ordet **31**

1 Författningsförslag **43**

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 43

1.2 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 45

2 Utredningens uppdrag och arbetssätt **47**

2.1 Utredningens uppdrag att stödja och utreda 47
2.1.1 Bakgrund 48

2.2 Utredningens utgångspunkter och avgränsningar 49

2.3 Organisation och genomförande 49
2.3.1 Sekretariat 49
2.3.2 Delegation 50
2.3.3 Expert- och sakkunniggrupp 50
2.3.4 Utredningens referensgrupper 50
2.3.5 Genomförande 51

2.4 Delbetänkandets upplägg 53

3 Gällande rätt **55**

3.1 Allmänt om relevant lagstiftning, regionernas ansvar och krav på tillgänglighet 55

3.2 Vårdgaranti 57

3.3 Vårdvalssystem och valfrihet 60
3.3.1 Vårdvalssystem inom primärvården 60
3.3.2 Valfrihet i all regionfinansierad öppen hälso- och sjukvård 62

3.4 Informationskrav 64

3.5 Övergripande om krisberedskap i hälso- och sjukvården 66
3.5.1 Tre grundprinciper för krishanteringsarbetet 66
3.5.2 Regionernas ansvar 67
3.5.3 Vissa statliga myndigheters ansvar 69

3.6 Bestämmelser till skydd för den personliga integriteten 72

4 Väntetiderna i hälso- och sjukvården – en svår utmaning 77

4.1 Utvecklingen av väntetider i vården går åt fel håll 77
4.1.1 Trots vårdgaranti försämras väntetiderna i specialiserad vård 77
4.1.2 Stora skillnader i regionernas väntetider 80
4.1.3 Covid-19-pandemin ökar väntetiderna ytterligare 82
4.1.4 Många har väntat i flera år på första besök 87
4.1.5 Många väntar i flera år på operation/åtgärd 89
4.1.6 Digitala besök i primärvården ökar kraftigt 92
4.1.7 Längre väntan på akutmottagning 93
4.1.8 Lång väntan på information om prostatacancerdiagnos 94
4.1.9 Befolkningens syn på väntetider 95

4.2 Omfattande nationella insatser 96
4.2.1 Vårdgarantins start och utveckling 97

4.3 Nationell väntetidsuppföljning 99
4.3.1 Regionernas förbättringsarbete 100
4.3.2 Överenskommelser mellan staten och SKR 103

4.4 Myndigheterna om väntetider och vårdgaranti 104
4.4.1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 104
4.4.2 Socialstyrelsen 107
4.4.3 Inspektionen för vård och omsorg (IVO) 108

5 Regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet..... 111

5.1 Utredningens uppdrag..... 111

5.2 Strategiskt utvecklingsarbete..... 112
5.2.1 Överenskommelsen 2019..... 113
5.2.2 Överenskommelser 2020..... 113
5.2.3 Överenskommelse 2021..... 114

5.3 Utredningens stöd till regionernas framtagande..... 115
5.3.1 Begreppet att stödja..... 115
5.3.2 Underlag inför dialog och analys..... 116
5.3.3 Kontaktpersoner i varje region..... 116
5.3.4 Dialog kring nulägesrapport..... 117
5.3.5 Spridning av goda exempel..... 118
5.3.6 Dialog under framtagandet av handlingsplaner... 120

5.4 Analys av regionala handlingsplaner..... 121
5.4.1 Övergripande iakttagelser..... 122
5.4.2 Styrning, ledning och uppföljning..... 123
5.4.3 Regionala mål..... 124
5.4.4 Åtgärder för att nå målen..... 126

5.5 Återkoppling till regioner..... 133

5.6 Utredningens bedömningar och förslag..... 134
5.6.1 Långsiktighet med årshjul..... 134
5.6.2 Samordna tillgänglighetskrivningar..... 135
5.6.3 Utformning av regional handlingsplan..... 136
5.6.4 Kommitté för tillgänglighetsdialog..... 137

6 Effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom information om patienters valmöjligheter..... 141

6.1 Utredningens uppdrag..... 141

6.2 Utredningens arbetssätt..... 142

6.3 Om författningsförslag inom detta deluppdrag..... 143

6.4 Bestämmelser om vårdgaranti och valmöjligheter..... 143
6.4.1 Regionen är skyldig att erbjuda vårdgaranti..... 143
6.4.2 Vårdvalssystem är obligatoriskt inom primärvården..... 144

6.4.3 Patienter kan välja utförare av öppen vård i hela landet ... 145
6.4.4 Hemregionen svarar för kostnaderna, förutsatt att hemregionens remisskrav följs ... 145

6.5 Vårdlotsar och andra stödfunktioner ... 146
6.5.1 Utredningens dialog och diskussion med vårdlotsnätverket ... 147

6.6 Väntetider och kvalitets- och patientnöjdhetsdata på 1177 Vårdguiden ... 151

6.7 Information om vårdgarantin och patienters valmöjligheter ... 152
6.7.1 Information till invånare och patienter ... 152
6.7.2 Information till vårdpersonal ... 160

6.8 Den norska modellen för vårdgaranti ... 161
6.8.1 Det norska sjukvårdssystemet ... 161
6.8.2 Kommunerna tillhandahåller primärvård i Norge ... 161
6.8.3 Specialisthälsovården i Norge ... 162

6.9 En jämförelse tyder på att produktiviteten är lägre i Sverige än i jämförbara länder ... 163

6.10 Problembild ... 164
6.10.1 Vårdgarantin ses som målsättning och inte som lagkrav ... 165
6.10.2 Otydlighet i kraven om regionernas ansvar ... 166
6.10.3 Det behövs regiongemensamma begrepp för stödjande funktioner ... 167
6.10.4 Samlad information om gällande vårdavtal saknas ... 169
6.10.5 Otillräcklig information om vårdgaranti och valmöjligheter ... 170
6.10.6 Viktigt att besked om tid inte dröjer ... 172

6.11 Bedömningar och förslag ... 173
6.11.1 Regionen bör agera i god tid ... 173

6.11.2 Regionen bör utan längre dröjsmål erbjuda tid i dialog med patienten eller lämna besked om att vårdgarantin inte kan uppfyllas 176
6.11.3 Utökat informationskrav om vårdgarantin..... 178
6.11.4 Utred förutsättningarna för ett nationellt vårdsöksystem..... 180
6.11.5 Information och andra kunskapshöjande insatser om patientens valmöjligheter..... 184
6.11.6 Regiongemensam pilotverksamhet..... 188

7 Stödja utvecklingen av en nära och tillgänglig vård 195

7.1 Utredningens uppdrag..... 195

7.2 Omställningen till en god och nära vård 196
7.2.1 Utredningen om Samordnad utveckling för god och nära vård och regeringens och riksdagens beslut..... 197
7.2.2 Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga 202
7.2.3 Samsjuklighetsutredningen..... 204
7.2.4 Socialstyrelsens uppdrag gällande omställningen till en nära vård..... 204
7.2.5 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har uppdrag gällande system- och patientperspektiv 211
7.2.6 Överenskommelserna om God och nära vård mellan regeringen och SKR..... 211
7.2.7 SKR:s roll i att stödja regioners och kommuners omställning till en god och nära vård 214

7.3 Utvecklingen av digitala läkarbesök 215

7.4 Utredningen följer utvecklingen av en nära och tillgänglig vård, med fokus på primärvården 217
7.4.1 Möten med berörda aktörer..... 218
7.4.2 Nulägesrapporter och handlingsplaner inom ramen för överenskommelse för tillgänglighet.... 221

7.5 Insatser för nyckelområden..... 223

7.5.1 Patientkontrakt stärker delaktighet och personcentrering ... 223
7.5.2 Digitalisering kan stärka tillgänglighet och delaktighet ... 227
7.5.3 Samverkan mellan primärvård och specialiserad vård stärker tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet ... 228
7.5.4 Samverkan mellan kommunal och regional vård stärker tillgänglighet och kontinuitet ... 232
7.5.5 Utvecklingsprojekt tillsammans med patienterna stärker delaktighet ... 235
7.6 Fortsatt behov av samordning ... 237
7.7 Behov av utvärdering och forskning ... 239
7.8 Utredningens fortsatta arbete ... 240

8 En nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning ... 241

8.1 Utredningens uppdrag ... 241
8.2 Utredningens arbetssätt ... 242
8.3 Introduktion till 1177 Vårdguiden ... 243
8.3.1 1177 Vårdguiden består av flera delar och många tjänster ... 243
8.3.2 Fokus på hälso- och sjukvårdsrådgivande tjänster ... 245
8.3.3 1177 Vårdguiden på telefon – så fungerar det ... 247
8.3.4 1177 Vårdguiden på webben – så fungerar det ... 257
8.3.5 1177 Vårdguidens e-tjänster – så fungerar det ... 260
8.3.6 Ineras uppdrag ... 261
8.4 Första linjens digitala vård – ett pågående utvecklingsarbete ... 264
8.4.1 Bakgrund till målbilden för första linjens vård ... 264
8.4.2 Målbilden för första linjens vård ... 265
8.4.3 1177 Vårdguidens roll i första linjens vård ... 266
8.4.4 Utvecklingsprogram för 1177 Vårdguiden ... 266

8.5 Översikt av användningen av och förtroende för 1177 Vårdguiden 269
8.5.1 Runt sju miljoner samtal till 1177 per år 269
8.5.2 Regionala skillnader i kötid 271
8.5.3 Vanligast att hänvisas till primärvård eller få egenvårdsråd 273
8.5.4 Användningen av 1177.se – webben och e-tjänster 275
8.5.5 Förtroendet för 1177 Vårdguiden 276

8.6 1177 Vårdguiden på telefon under covid-19-pandemin 278
8.6.1 Pandemins inledning 278
8.6.2 Stor ökning i samtal till 1177 279
8.6.3 Åtgärder för att möta ökningen av samtal 279

8.7 Analys av utmaningar och hinder – problembild 280
8.7.1 1177 Vårdguiden skapar förutsättningar för en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning 281
8.7.2 Betydande regionala skillnader bakom det gemensamma varumärket 282
8.7.3 Vårdcentralerna kan bidra 283
8.7.4 Den gemensamma utvecklingen tar lång tid 285
8.7.5 En gemensam nationell infrastruktur är central 287

8.8 Analys av innebörden av en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning 288
8.8.1 Värde i ökad samordning 288
8.8.2 Ett samordnat regionalt basuppdrag för hälso- och sjukvårdsrådgivningen 289
8.8.3 Förutsättningar för upprätthållande vid kris 291

8.9 Syftet med utredningens förslag 294

8.10 Utredningen har övervägt olika alternativ 295
8.10.1 Författningsreglering 295
8.10.2 Överenskommelse mellan staten och SKR 296
8.10.3 Överenskommelse mellan staten och respektive region 297
8.10.4 Statligt delägarskap i Inera AB 298

8.10.5 Statlig finansiering av Inera AB ... 299
8.10.6 En aktör utför hälso- och sjukvårdsrådgivning för hela landet ... 301

8.11 Utredningens bedömningar och förslag ... 302
8.11.1 Krav på hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och information på webbplats ... 303
8.11.2 Särskild bestämmelse om samverkan ... 308
8.11.3 Hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans ska vara tillgänglig på telefon ... 310
8.11.4 Krav på flera språk ... 312
8.11.5 Särskilt om överföring av samtal vid allvarlig händelse ... 315
8.11.6 Överenskommelse mellan staten och SKR för gemensam utveckling av hälso- och sjukvårdsrådgivningen ... 318
8.11.7 Generellt goda förutsättningar för krisberedskap ... 320
8.11.8 Utredning om nationell digital infrastruktur ... 323

9 Vidareutveckling av överenskommelsen om ökad tillgänglighet ... 327

9.1 Utredningens uppdrag ... 327

9.2 Utredningens arbetssätt ... 329

9.3 Statlig styrning med överenskommelser ... 329
9.3.1 Riksrevisionens granskningar ... 329
9.3.2 Statskontorets rapport ... 332

9.4 Kömiljarden 2009–2014 ... 333

9.5 Uppföljning av kömiljarden 2009–2014 ... 335

9.6 Ny överenskommelse om kömiljard ... 338
9.6.1 Kömiljarden 2019 ... 338
9.6.2 Kömiljarden blir tillgänglighetsöverenskommelse 2020 ... 340
9.6.3 Tilläggsöverenskommelse 2020 ... 342
9.6.4 Tillgänglighetsöverenskommelsen 2021 ... 343

9.7 Utredningens bedömningar och förslag på huvudsakligt innehåll 344

9.8 Förslag på modell för uppföljning och prestationsersättning 347
9.8.1 Tre områden med prestationsersättning 347
9.8.2 Primärvården 348
9.8.3 Specialiserad vård exklusive barn- och ungdomspsykiatri 352
9.8.4 Barn- och ungdomspsykiatri 360
9.8.5 Förslag på fördelningsmodell 365
9.8.6 Ersättning för efterlevnad av lagkrav 368
9.8.7 Särskild hänsyn till personer med kronisk sjukdom 369
9.8.8 Redogörelse av möjliga styreffekter 371

9.9 Fortsatt arbete med förbättrad väntetidsstatistik 374

9.10 Utvidgad och fördjupad granskning av väntetidsdatabasen 377

9.11 Fortsatt strategiskt tillgänglighetsarbete 379

9.12 Kommitté för tillgänglighetsdialog 380

9.13 Regiongemensam pilotverksamhet 380

9.14 Regionala och samverkansregionala överenskommelser 381
9.14.1 Inget hindrar andra typer av överenskommelser 381
9.14.2 Olika grad av formalisering 382
9.14.3 Tydligare förankring en möjlig fördel 382
9.14.4 Mer arbete och olika villkor möjliga nackdelar 383
9.14.5 Om parter i en överenskommelse 383

10 Författningskommentar 385

10.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 385

11 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser 391

12 Finansieringsförslag och konsekvensbeskrivningar 393

12.1 Finansieringsförslag 393

12.2 Konsekvensbeskrivningar 396

12.3 Kommunala självstyrelsen 397
12.3.1 Förslag om kommitté för tillgänglighetsdialog har inte någon direkt påverkan på den kommunala självstyrelsen 397
12.3.2 Förslag om effektivitet och valfrihet har inte någon direkt påverkan på kommunala självstyrelsen 398
12.3.3 Förslag om hälso- och sjukvårdsrådgivningen påverkar kommunala självstyrelsen 399
12.3.4 Granskning av väntetidsdatabasen påverkar inte den kommunala självstyrelsen 406

12.4 Påverkan på offentliga finanser 406
12.4.1 Kommitté för tillgänglighetsdialog – påverkan på offentliga finanser 406
12.4.2 Effektivitet och valfrihet – påverkan på offentliga finanser 406
12.4.3 Hälso- och sjukvårdsrådgivning – påverkan på offentliga finanser 408
12.4.4 Granskning av väntetidsdatabasen – påverkan på offentliga finanser 415

12.5 Samhällsekonomiska konsekvenser av långa väntetider 415

12.6 Effekter av betydelse för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt 418
12.6.1 Kommitté för tillgänglighetsdialog – effekter för företag 418
12.6.2 Effektivitet och valfrihet – effekter för företag .. 418
12.6.3 Hälso- och sjukvårdsrådgivning – effekter för företag 419
12.6.4 Granskning av väntetidsdatabasen – effekter för företag 421

12.7 Socioekonomisk och regional jämlikhet 421

12.7.1 Kommitté för tillgänglighetsdialog – påverkan på socioekonomisk och regional jämlikhet 421
12.7.2 Effektivitet och valfrihet – påverkan på socioekonomisk och regional jämlikhet 422
12.7.3 Hälso- och sjukvårdsrådgivning – påverkan på socioekonomisk och regional jämlikhet 423
12.7.4 Granskning av väntetidsdatabasen – påverkan på socioekonomisk och regional jämlikhet 425

12.8 Jämställdhet 426
12.8.1 Kommitté för tillgänglighetsdialog – påverkan på jämställdheten 426
12.8.2 Effektivitet och valfrihet – påverkan på jämställdheten 427
12.8.3 Hälso- och sjukvårdsrådgivning – påverkan på jämställdhet 427
12.8.4 Granskning av väntetidsdatabasen – påverkan på jämställdhet 428

12.9 Barn och unga 428
12.9.1 Kommitté för tillgänglighetsdialog – påverkan på barn och unga 429
12.9.2 Effektivitet och valfrihet – påverkan på barn och unga 429
12.9.3 Hälso- och sjukvårdsrådgivning – påverkan på barn och unga 430
12.9.4 Granskning av väntetidsdatabasen – påverkan på barn och unga 431

12.10 Integration 431
12.10.1 Kommitté för tillgänglighetsdialog – påverkan på integration 432
12.10.2 Effektivitet och valfrihet – påverkan på integration 432
12.10.3 Hälso- och sjukvårdsrådgivning – påverkan på integration 432
12.10.4 Granskning av väntetidsdatabasen – påverkan på integration 433

12.11 Påverkan på miljö och klimat 433
12.11.1 Kommitté för tillgänglighetsdialog – påverkan på miljö och klimat 433
12.11.2 Effektivitet och valfrihet – påverkan på miljö och klimat 433
12.11.3 Hälso- och sjukvårdsrådgivning – påverkan på miljö och klimat 434
12.11.4 Granskning av väntetidsdatabasen – påverkan på miljö och klimat 434

12.12 Förslagens överensstämmelse med de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen 435

12.13 Konsekvenser för den personliga integriteten 436
12.13.1 Kommitté för tillgänglighetsdialog – konsekvenser för den personliga integriteten 436
12.13.2 Effektivitet och valfrihet – konsekvenser för den personliga integriteten 436
12.13.3 Hälso- och sjukvårdsrådgivning – konsekvenser för den personliga integriteten 437
12.13.4 Granskning av väntetidsdatabasen – konsekvenser för den personliga integriteten 442

12.14 Konsekvenser i övrigt 442

Referenser 443

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2020:81 455

Bilaga 2 Fördjupadfigu information om långa väntetider 475

Bilaga 3 Sent avbokade planerade operationer 489

Bilaga 4 Underlag för analys av regionernas handlingsplaner 491

Bilaga 5 Frågor till regionernas deltagare i nätverket Vårdlotsar i samverkan 495

Sammanfattning

Sverige har bristande tillgänglighet med långa väntetider till hälso- och sjukvård sedan många år. Den lagreglerade nationella vårdgarantin uppfylls inte och läget försämras för varje år. Internationella jämförelser visar att patienter i Sverige upplever tillgängligheten som sämre än patienter i jämförbara länder. Det finns ett samband mellan tillgänglighet och befolkningens förtroende för vården. Covid-19-pandemin har ytterligare försämrat väntetidsläget. Regeringen tillsatte därför i augusti år 2020 en delegation vars uppgift är att verka för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, med fokus på kortare väntetider. Uppgiften är att stödja regionernas arbete med regionala handlingsplaner, stödja ett effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom att informera om patientens valmöjligheter och stödja såväl regionernas som kommunernas arbete med utvecklingen av en nära och tillgänglig vård. Enligt direktivet ska delegationen också utreda en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning och hur överenskommelsen om kömiljarden ska utvecklas. Ett uppdrag avseende för- och nackdelar med en utökad vårdgaranti ska avrapporteras till slutbetänkandet varför det inte ingår i delbetänkandet.

Utredningen redovisar nedan en sammanfattning av delbetänkandet med fokus på utredningens förslag och bedömningar.

Väntetider i vården – en svår utmaning

Långa väntetider, liksom bristande tillgänglighet i bred bemärkelse, har sedan lång tid tillbaka varit ett problem i svensk hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen rapporterade redan på 1960-talet om långa väntetider till vården. År 1987 avsattes första gången statliga medel till Socialstyrelsen med målet att korta köer, landstingen kunde söka medlen. År 1990 gav staten stimulansmedel för att nationellt sam-

ordna arbetet mellan landstingen och för att väntetider skulle börja mätas. Det fanns redan då betydande skillnader i väntetider mellan landstingen. Genom åren har staten och regionerna (tidigare landstingen) genom Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) ingått årliga överenskommelser, både med och utan prestationsersättning, för att förbättra tillgängligheten och korta väntetiderna.

Försämring trots lagstadgad vårdgaranti

År 1992 infördes den första vårdgarantin i Sverige. År 2010 lagstiftades vårdgarantin i den dåvarande hälso- och sjukvårdslagen. År 2019 infördes en förstärkt vårdgaranti för primärvården.

I dag år 2021 innebär vårdgarantin, ofta benämnd 0-3-90-90, att en patient ska få

- komma i kontakt med regionens primärvård samma dag som patienten söker kontakt (0),
- en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom tre dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt (3),
- besök i specialiserad vård inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården (90),
- planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården (90).

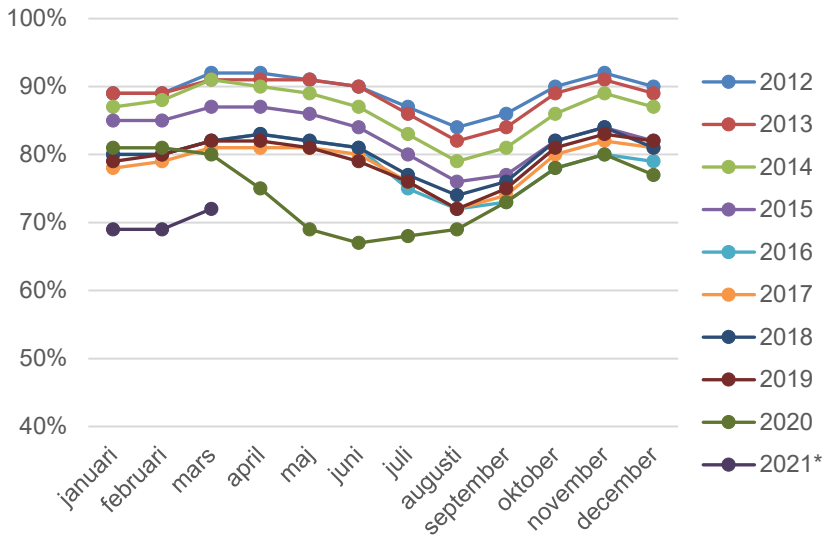
Utöver den lagstadgade vårdgarantin kom staten och dåvarande Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) år 2009 överens om en målsättning om en förstärkt vårdgaranti, för barn och unga, som skulle uppfyllas av regionerna år 2011. Målsättningen var att barn och ungdomar inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar på en fördjupad utredning eller behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Utredningen har jämfört utvecklingen under åren 2012 till 2021 vad avser första besök i specialiserad vård inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från

det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården. Utredningen kan konstatera att andelen patienter som erhållit sitt besök inom den tiden har sjunkit för varje år, se figur 1.

Figur 1 **Andel patienter som väntat högst 90 dagar på första besök i den specialiserade vården**

Utgår från antalet patienter på väntelistorna i slutet av varje månad, 2012–2021. Observera att y-axeln inte startar vid 0.



* Fr.o.m. januari 2021 används en ny modell för rapportering av väntetiderna. Den innebär bland annat att besök hos fler professioner och vårdområden ingår i modellen. Det medför att resultaten för 2021 inte är fullt jämförbara med tidigare år. Å andra sidan bör det ge en mer fullständig bild av första besöken inom specialiserad vård på sikt.

Not: Patientvalt och medicinskt orsakat väntande ingår inte.

Källa: Väntetidsdatabasen (SKR) via vantetider.se.

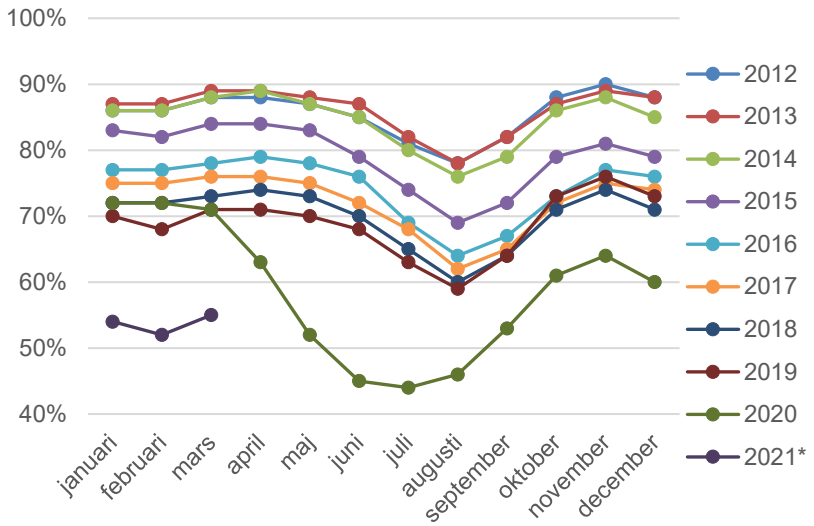
Den 31 december 2019 väntade 293 561 patienter på första besök i specialiserad vård, exklusive patientvald väntan, enligt SKR:s väntetidsdatabas publicerat på vantetider.se. Av dessa hade 53 506 patienter väntat längre än 90 dagar. Den 31 december 2020 väntade 282 407 patienter på första besök i specialiserad vård, exklusive patientvald väntan. Av dessa hade 64 688 väntat längre än 90 dagar.

Utredningen har på samma sätt jämfört utvecklingen under åren 2012–2021 vad avser operation eller annan åtgärd och kan konstatera att även andelen patienter som erhållit vård inom behandlings-

garantins 90 dagar har sjunkit för varje år, se figur 2. Den 31 december 2019 väntade 123 651 patienter på operation eller annan åtgärd i specialiserad vård, exklusive patientvald väntan, enligt SKR:s väntetidsdatabas publicerat på vantetider.se. Av dessa hade 33 476 väntat längre än 90 dagar. Den 31 december 2020 väntade 126 101 patienter på operation eller annan åtgärd i specialiserad vård, exklusive patientvald väntan. Av dessa hade 51 047 väntat längre än 90 dagar.

Figur 2 **Andel patienter som väntat högst 90 dagar på operation eller andra åtgärder i den specialiserade vården**

Utgår från antalet patienter på väntelistorna i slutet av varje månad, 2012–2021. Observera att y-axeln inte startar vid 0



* Fr. o. m. januari 2021 används en ny modell för rapportering av väntetiderna. Den innebär bland annat att fler vårdområden ingår i modellen. Det medför att resultaten för 2021 inte är fullt jämförbara med tidigare år. Å andra sidan bör det ge en mer fullständig bild av åtgärder inom specialiserad vård på sikt.

Not: Patientvalt och medicinskt orsakat väntande ingår inte.

Källa: Väntetidsdatabasen (SKR) via vantetider.se.

Trots lagstadgad vårdgaranti, överenskommelser mellan staten och regionerna genom SKR, med eller utan prestationsersättning, och regionernas egna åtgärder är väntetiderna alltjämt långa. Vårdgarantin uppfylls inte och det finns stora skillnader mellan och inom regionerna. Under covid-19-pandemins första och andra våg har det

enligt Socialstyrelsen gjorts 14 procent, eller omkring 290 400, färre första besök till läkare[1]. Antalet operationer minskade med totalt 22 procent vilket motsvarar 100 897 operationer mellan mars 2020 och januari 2021 jämfört med motsvarande period 2019–2020[2].

Covid-19-pandemin har försämrat situationen för de patienter som väntat längst men har också medfört förändringar i vården som kan vara till hjälp för att förbättra tillgängligheten långsiktigt. Exempelvis gick de digitala besöken i regionernas primärvård totalt upp med 278 procent, eller nästan 85 600 besök, januari 2020– januari 2021 enligt Socialstyrelsen.

Regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet

Utredningen har haft uppgiften att stödja regionernas arbete med framtagande av regionala handlingsplaner i enlighet med den strategiska tillgänglighetsdelen i överenskommelser mellan staten och SKR åren 2019–2021. Arbetet har skett genom digitala dialogmöten med kontaktpersoner och i vissa fall även flera ytterligare medarbetare i regionerna kring nulägesrapport år 2019 och framtagandet av planen. Utredningen har också arrangerat digitala seminarier med goda exempel på väl utfört tillgänglighetsarbete. Utredningen har sammanställt och analyserat de regionala handlingsplanerna på ett övergripande plan vilket redovisas i delbetänkandet. Vidare har utredningen planerat återkoppling till varje enskild region under juni månad 2021.

Bedömningar och förslag

Utredningen bedömer att det strategiska långsiktiga arbetet behöver stärkas och lämnar följande bedömningar:

- Regeringen och regionerna bör gemensamt planera för ett långsiktigt tillgänglighetsarbete. Arbetet bör omfatta årliga regionala handlingsplaner och årliga uppföljningar. Ett årshjul som i största möjliga mån tillfredsställer såväl statens som regioners behov av tidsmässig planeringscykel bör eftersträvas. Långsiktighet behövs

[1] Uppgifterna bygger på underlag från SKR:s väntetidsdatabas
[2] Uppgifterna bygger på underlag från nationella kvalitetsregistret Svenskt Perioperativt Register.

för att få vårdens medarbetares engagemang i tillgänglighetsarbetet och minskar också det administrativa arbetet.

- Alla överenskommelser mellan staten och SKR, där tillgänglighet i hälso- och sjukvården finns med, bör från och med år 2022 samordnas i sina delar om tillgänglighet med överenskommelsen som för år 2021 benämns *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*.
- Den regionala handlingsplanen för ökad tillgänglighet bör genom statens överenskommelse med SKR utvecklas till att vara varje enskild regions handlingsplan för ökad tillgänglighet och utgå från mätbara och tidsatta mål med insatser för att nå målen och beskrivning av hur regionen avser att följa upp insatserna. Det är viktigt att handlingsplanen är regionens egen handlingsplan, inte ett administrativt svar som villkor för att erhålla ekonomiska medel i en överenskommelse.
- Statens uppföljning av det gemensamma strategiska tillgänglighetsarbetet, genom överenskommelse med SKR, bör bland annat bestå av en årlig rapport från regionen gällande om insatserna i den regionala handlingsplanen för tillgänglighet genomförts och hur resultatet är i förhållande till regionens mål.

Utredningen lämnar också följande förslag:

- Regeringen ska tillsätta en kommitté för regelbunden återkommande uppföljning och dialog med varje region kring regionens tillgänglighetsläge och resultat i förhållande till den regionala handlingsplanen. Dialogen ska ske vid platsbesök. Målet ska vara att genom dialogen stimulera utveckling och förändringsarbete för bättre tillgänglighet. Kommittén för tillgänglighetsdialog ska också vara en del av en utökad statlig uppföljning. Kommitténs ledamöter utses av regeringen efter samråd med regionerna.

Stödja utvecklingen av en nära och tillgänglig vård

Av direktivet framgår att utredningen ska följa utvecklingen av en mer nära vård i regioner och kommuner, med fokus på primärvården. Utredningen ska föreslå insatser för hur regeringen och statliga

myndigheter kan fortsätta stödja utvecklingen. Detta deluppdrag ska slutredovisas i huvudbetänkandet i maj 2022 och utredningen har hittills följt pågående omställningsarbete och identifierat nyckelområden, insatser och goda exempel.

Flera statliga utredningar har lagt grunden för omställning till en god och nära vård, i huvudsak; utredningen *En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården* och utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård*. Regeringen har överlämnat två propositioner med förslag till författningsändringar som riksdagen därefter fattat beslut om. Regioner och kommuner har kommit olika långt i omställningsarbetet, men det strategiska arbetet med målbilder och organisering för att ställa om pågår. Regeringen stödjer arbetet genom årliga överenskommelser med SKR med medel dedikerade till omställningen och myndigheter har omfattande uppdrag att stödja och följa upp omställningen till en nära vård.

Utredningens rådgivande delegation har betonat att omställningen till nära vård är en förutsättning för att lyckas förbättra tillgängligheten i både primärvården och den specialiserade vården. Regeringens intention är att omställningen till en nära vård med en stärkt primärvård ska kunna bidra till följande tre centrala mål:

- Tillgängligheten till primärvården ska öka.
- En mer delaktig patient och en personcentrerad vård.
- Kontinuiteten i primärvården ska öka.

Med utgångspunkt från de möten utredningen haft gällande primärvårdens tillgänglighet anser utredningen att tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet är nyckelområden att följa och lyfta insatser och goda exempel inom. Att patienten ska få en hög tillgänglighet till vården, vara delaktig och få kontinuitet i sin vård innebär att vården behöver arbeta målmedvetet för en god samordning och samverkan mellan olika vårdgivare och huvudmän. För att omställningen ska lyckas behöver primärvård och specialiserad vård driva arbetet framåt tillsammans.

Att vården arbetar ur ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv ser utredningen som nödvändigt för att på sikt förbättra hälsan i befolkningen och samtidigt minska belastningen på hälso- och sjukvårdsystemet och använda vårdens resurser mer effektivt.

Hälso- och sjukvårdens digitalisering anses vara en förutsättning för att klara av omställningen. Videobesök erbjuds patienter i större utsträckning, digitala arbetssätt för bättre samverkan mellan vårdgivare utvecklas och det finns i dag fler digitala vårdtjänster än tidigare att använda som patient eller invånare.

Viktiga insatser för nära vårdens omställning och primärvårdens tillgänglighet

Utredningen har identifierat viktiga insatser med goda exempel.

- Patientkontrakt med exemplen Min vårdplan cancer och Samordnad individuell plan SIP.
- Digitalisering med exemplet videobesök.
- Samverkan mellan primärvård och specialiserad vård med exemplen digital specialistkonsult, teledermatoskopi och virtuella hälsorum.
- Samverkan mellan kommunal och regional vård med exemplet mobilt närsjukvårdsteam
- Utveckling av vården tillsammans med patienterna för stärkt delaktighet med exemplet kontaktsätt för barns och ungas psykiska ohälsa.

Uppföljning, utvärdering och forskning behöver ingå i regionernas och kommunernas arbete med omställningen till nära vård.

Effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom information om patienters valmöjligheter

Utredningen har i detta deluppdrag uppgiften att stödja ett effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom att informera om patientens valmöjligheter. Iakttagelser utredningen gjort är exempelvis att vårdgarantin ses som målsättning och inte som lagkrav. Detta leder till längre väntetider än nödvändigt. Det finns också en otydlighet i kraven om regionernas ansvar för att vårdgarantins tidsgränser hålls och att åtgärder vidtas i tid. En del regioner väntar till

vårdgarantin går ut innan åtgärder vidtas. I en majoritet av regionerna förväntas patienten själv ta kontakt för att efterfråga vård hos annan vårdgivare när vårdgarantin inte kan hållas.

Patienten ges sällan tid i handen eller har inflytande över vilken tid som erbjuds och det förekommer att patienten får vänta länge på besked om tid till besök eller planerad vård.

Det finns också brister i den information som invånare och patienter har tillgång till om vårdgarantin och patientens valmöjligheter.

Samlad information om vårdgivares lediga kapacitet, gällande vårdavtal och villkor saknas men behövs för att effektivt kunna hjälpa patienter till annan vårdgivare när vårdgarantin bedömts inte kunna hållas.

Det finns jämförelser som tyder på bra resurser men lägre produktiviteten vid svenska sjukhus jämfört med andra länder. Utredningen anser att det behövs större kraft i arbetet med produktions- och kapacitetsplanering.

Bedömningar och förslag

Utredningen lämnar följande bedömningar:

- Det är angeläget att regionen inte inväntar tidpunkten då patientens vårdgaranti överskridits innan åtgärder vidtas, utan agerar så snart det finns skäl att misstänka att vårdgarantin inte kommer kunna uppfyllas. Det är också av stor vikt att regionens rutiner inte utgår från att patienten förväntas att själv initiera ett ärende om att söka annan vårdgivare om misstanke föreligger om att vårdgarantin inte kommer kunna uppfyllas. Utredningen bedömer att det finns behov av författningsändringar kring dessa frågor.
- Patienten bör erbjudas att vara delaktig vid tidsbokning. Ett erbjudande om tid bör i möjligaste mån ges med beaktande av patientens individuella förutsättningar, livssituation och andra aktuella omständigheter. Ett erbjudande om tid eller ett besked om att vårdgarantin inte kan uppfyllas bör kunna ges till patienten utan längre dröjsmål. En tidsgräns på 14 dagar för besked om tid bör införas från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården. Tidsgränsen bör gälla såväl

besöksgarantin som behandlingsgarantin. Utredningen bedömer att det finns behov av författningsändringar kring dessa frågor.

- Regionen bör ha en skyldighet att informera patienten om vårdgarantins villkor i olika avseenden. Informationen bör bland annat omfatta villkor vid vård i annan region, villkor vid av- eller ombokning och när patienten på eget initiativ bokar vård. Utredningen bedömer att det finns behov av författningsändringar kring dessa frågor.

Utredningen lämnar också följande förslag:

- Regeringen ska tillsätta en utredning med uppdrag att utreda förutsättningarna för att skapa ett nationellt vårdsöksystem genom att komplettera, uppdatera och tillgängliggöra information som möjliggör för regionerna att i realtid söka ledig kapacitet i hela landet för vård till väntande patienter och få information om villkoren för nyttjande av den vården.
- Socialstyrelsen ska ges ett flerårigt uppdrag att ansvara för kontinuerliga kunskapshöjande insatser för invånare, olika patientgrupper, hälso- och sjukvårdens professioner och vårdens aktörer i övrigt. Målsättningen med insatserna ska vara att höja kunskapen om vårdgarantin och patientens valmöjligheter. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska ges i uppdrag att återkommande utvärdera insatserna och följa upp kunskapen om vårdgarantin och patientens valmöjligheter, bland annat genom kännedomsundersökningar.
- Regeringen ska under 5 år stimulera ett regiongemensamt utvecklings- och förbättringsarbete genom pilotverksamheter inom olika områden för ökad kapacitet och effektivitet i hälso- och sjukvården. Möjliga områden för regiongemensam pilotverksamhet kan vara produktions- och kapacitetsplanering och samordnade upphandlingar.

Nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning

Direktivet efterfrågar en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning via 1177 Vårdguiden. Utredningen benämner den i stället hälso- och sjukvårdsrådgivning. Syftet är att uppdatera benämningen i enlighet med utvecklingen mot mer förebyggande och hälsofrämjande perspektiv, men innebär inga förändringar i sak.

Med en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning menar utredningen att tjänsten är likartad över hela landet, utan alltför stora regionala skillnader ur befolkningens perspektiv, och att regionerna arbetar samordnat med innehåll, utveckling och utförande av tjänsten. Med denna utgångspunkt drar utredningen slutsatsen att hälso- och sjukvårdsrådgivningen genom 1177 Vårdguiden i dag är delvis nationellt samordnad, men att det också finns betydande regionala inslag. Sammantaget ser utredningen en utveckling i riktning mot större regional splittring och att det finns vissa svårigheter i att samverka och samordna sig mellan regionerna. Ett hinder till gemensam utveckling är att det går för långsamt, vilket bland annat beror på tekniska svårigheter då de gemensamma tjänsterna måste anpassas till olika system som inte alltid är kompatibla med varandra.

För att stärka förutsättningarna för att den hälso- och sjukvårdsrådgivning som byggts upp kvarstår och utvecklas gemensamt och nationellt samordnat, bedömer utredningen att det behövs vissa författningsändringar samtidigt som staten och SKR kommer överens om vissa delar. Författningsreglering säkrar, för befolkningen i hela landet långsiktigt, tillgången till hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans dygnet runt och information på en välkänd webbplats. Utredningen menar att det är viktigt att säkra att tjänsten även fortsatt är tillgänglig på telefon, även om andra kommunikationskanaler också behöver fortsätta att utvecklas.

Bedömningar och förslag

Utredningen föreslår nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen med följande innehåll:

- Regionerna ska organisera hälso- och sjukvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård och som

dessutom vistas i regionen kan få hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans när som helst på dygnet.

  – Genom sådan rådgivning ska den enskilde ges råd om åtgärder som han eller hon själv kan vidta med anledning av sina symtom. Det ska vid sådan rådgivning också bedömas om den enskilde har behov av ytterligare hälso- och sjukvård och den enskilde ska, vid behov, hänvisas till en vårdenhet. Råden, bedömningen och hänvisningen ska utgå från ett rådgivnings- och hänvisningsstöd. Regionen ska också lämna information om hälso- och sjukvård, som så långt som möjligt motsvarar sådan information som lämnas vid hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans, på en webbplats som är allmänt känd.

- Regionerna ska samverka med varandra kring hälso- och sjukvårdsrådgivningen.

  – Kravet på samverkan är generellt och gäller således alla delar av hälso- och sjukvårdsrådgivningen, såväl vid allvarlig händelse som när det inte råder sådan. Samverkan ska särskilt avse det rådgivnings- och hänvisningsstöd som ska ligga till grund för hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans.

Utredningen föreslår vidare att det införs nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdsförordningen med följande innehåll:

- Regionerna ska tillhandahålla hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans via telefon. Rådgivningen via telefon ska vara anpassad till personer med nedsatt tal och hörsel.
- Regionerna ska erbjuda hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och information om hälso- och sjukvårdsrådgivning på en webbplats på andra språk än svenska under vissa förutsättningar.
- Den som bedriver hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans ska, om behov finns vid allvarlig händelse, besvara samtal från enskilda som vistas i andra regioner och överföra samtal till de som bedriver sådan verksamhet i andra regioner. Regionen ska säkerställa att tekniska lösningar används som möjliggör detta.

Utredningen lämnar dessutom följande förslag:

- Regeringen tar initiativ till en flerårig överenskommelse mellan staten och SKR om vissa delar som utredningen har bedömt som viktiga för att uppnå en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning men som behöver mindre långsiktighet och mer flexibilitet. Det gäller exempelvis möjligheter till utveckling av nya gemensamma digitala tjänster och verktyg.
- Regeringen ska tillsätta en utredning med uppdrag att lämna förslag på hur en nationell digital infrastruktur inom hälso- och sjukvården kan utformas och regleras.

När det gäller upprätthållande av en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning vid kraftigt ökade behov på grund av större kriser eller samhällsstörningar, bedömer utredningen att kvalitetssäkrad, enhetlig och snabb information från en nationell redaktion inom hälso- och sjukvårdsrådgivningen är angeläget. Även beredskap för utökad bemanning är en central aspekt och hälso- och sjukvårdsrådgivningen bör dessutom ingå i relevanta samverkansforum vid kris. Utredningen bedömer att förutsättningarna för att uppnå detta är goda, utifrån den reglering som finns i dag och de förslag som utredningen lämnar.

Vidareutveckling av överenskommelsen om ökad tillgänglighet

Utredningen har haft i uppdrag att lämna förslag på hur överenskommelsen om ökad tillgänglighet kan vidareutvecklas, med särskild hänsyn till personer med kroniska sjukdomar. I deluppdraget har ingått att lämna förslag på huvudsakligt innehåll, utformning av prestationskrav, modell för fördelning av medel, hur fler delar av vårdkedjan kan inkluderas samt hur krav på inrapportering och uppföljning av data bör formuleras. Det har också ingått att redogöra för möjliga styreffekter till följd av förslagen samt att analysera för- och nackdelar med regionala och samverkansregionala överenskommelser mellan staten och regionerna.

Bedömningar och förslag

Utredningen föreslår att:

- Tillgänglighetsöverenskommelsen ska innehålla flera delar. Prestationskrav utifrån resultat gällande kortare väntetider, utveckling av väntetidsstatistiken och strategiskt utvecklingsarbete kvarstår sedan tidigare överenskommelse, men vidareutvecklas. En ny del om regiongemensam pilotverksamhet införs. Denna del syftar till att under 5 år stimulera regionerna att bedriva regiongemensamt utvecklings- och förbättringsarbete för ökad kapacitet och effektivitet. Som alternativ kan denna del genomföras genom ett tillfälligt statsbidrag via Socialstyrelsen. Jämfört med den nuvarande överenskommelsen föreslår utredningen att en större andel av överenskommelsens totala medel går till det strategiska utvecklingsarbetet.
- Modellen för uppföljning och prestationsersättning för kortare väntetider ska, i likhet med den nuvarande modellen, innehålla mått som berör primärvården och den specialiserade vården, där barn- och ungdomspsykiatri följs och ersätts separat från övrig specialiserad vård. Uppföljningsmåtten och prestationskraven inom respektive område utvecklas för att ta mer hänsyn till aspekter som är särskilt relevanta för personer med kronisk sjukdom, för att minska antalet patienter som har väntat riktigt länge på vård samt för att minska tröskeleffekter och risk för undanträngning inom väntelistan.
- Överenskommelsen ska innehålla utökade krav på regionerna och SKR om förbättrad kvalitet i inrapporterade data till väntetidsdatabasen. Den ska också innehålla krav på SKR om förbättrad presentation av väntetidsdata.
- Regeringen ska tillsätta en utvidgad och fördjupad granskning av väntetidsdatabasens kvalitet.

Utredaren har ordet

”C[…] B[…] berättar om hur T[…] under lågstadietiden började agera på ett sätt som fick henne och T[…]:s pappa att misstänka att sonen hade en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, npf. Efter flera turer hos skolläkaren och barn- och ungdomsmottagningen hamnade familjen återigen hos bup. Där beslutades att T[…], som då hunnit börja fjärde klass, skulle få göra en så kallad npf-utredning. Men väntetiden var uppemot tre år.

– Vi tänkte att det här är helt förfärligt, ska utredningen börja i sjuan? Och man får ingen hjälp under tiden heller, det är liksom ett helt stadie av ett barns liv som man bara sätter på vänteläge, säger C[…] B[…].”[1]

”Bristande tillgänglighet till hälso- och sjukvården har varit ett långvarigt problem i Sverige som har stått i kontrast till de överlag goda medicinska resultat som hälso- och sjukvården presterar. Att förbättra tillgängligheten har därför varit ett uttryckligt mål för hälso- och sjukvårdspolitiken under lång tid och olika reformer och insatser har genomförts.” Så inledde Myndigheten för vårdanalys (nuvarande Myndigheten för vård- och omsorgsanalys) sin rapport *Låt den rätte komma in*, 2014:3. Inledningen avslutades med följande: ”Hälso- och sjukvårdens tillgänglighet är en utmaning men också en enorm möjlighet. När vården organiseras utifrån befolkningens och patienternas perspektiv och man som patient kan delta aktivt i sin egen vård kan de begränsade resurserna räcka långt mycket längre än i dag.” Utan tvekan kan jag som utredare skriva under på detta år 2021.

Som utredningen redovisar i kapitel 4 uppmärksammades bristande tillgänglighet med långa väntetider redan på 1960-talet. Genom

[1] Dagens Nyheter, 2021-05-22, *T[…] och familjen nekades hjälp av bup: ”De sa att han var bortskämd”.*

åren har insatser utförts av staten i form av ekonomiska satsningar såväl prestationsbaserat som icke prestationsbaserat. Vårdgarantin har reglerats i lag och över tid ändrats och kompletterats. Olika satsningar har genomförts i enlighet med överenskommelser mellan staten och SKR. Det är utredningens uppfattning att ingen enskild åtgärd har haft en långvarig tydlig effekt. Prestationsbaserad ersättning visar resultat så länge de ekonomiska medlen finns. De förändringar som Sveriges Kommuner och Landsting (nuvarande Sveriges Kommuner och Regioner) beskrev 2016, som viktiga för det fortsatta arbetet, är inte genomförda men arbetas delvis med i dag år 2021, se kapitel 4.

I kapitel 4 visas att andelen som erhåller specialiserad vård enligt vårdgarantin har försämrats kontinuerligt sedan år 2012. Under år 2020 har läget ytterligare försämrats på grund av covid-19-pandemin. Dessutom har sannolikt patienter avstått från att söka vård under pandemin och därmed riskeras att patienter söker senare med ett betydligt allvarligare tillstånd. I oktober 2020 började den andra vågen av covid-19 pandemin och under våren 2021 har Sverige genomgått en tredje våg.

Att införa en vårdgaranti har inte förhindrat att över 100 000 patienter i dag 2021 väntar långt utöver vårdgarantins gräns på specialiserad vård. Många patienter når inte ens sjukvårdsrådgivningen eller sin vårdcentral vid telefonsamtal. Patienter som väntat mer än 90 dagar på besök eller åtgärd i specialiserad vård har rätt att få hjälp av annan vårdgivare men kunskapen, informationen och hjälpen till patienten har stora brister. Redan år 2011 påvisade Socialstyrelsen att det fanns stora skillnader i dåvarande landstingens kommunikation kring vårdgarantin, något Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterade fortfarande fanns år 2015. I kapitel 6 redovisar utredningen läget i regionerna i dag och lägger förslag som ska förbättra informationen och stärka patientens ställning.

Alla måste prioritera tillgänglighet

Är medicinen för den bristande tillgänglighet som Sverige haft i årtionden att fortsätta på samma sätt som i dag? Utredningens rådgivande delegation anser att omställningen till nära vård är en förutsättning för att lyckas förbättra tillgängligheten och korta väntetiderna.

När vården organiseras utifrån befolkningens och patienternas perspektiv och man som patient kan delta aktivt i sin egen vård kan de begränsade resurserna räcka långt mycket längre än i dag som Myndigheten för Vårdanalys (i dag Myndigheten för vård- och omsorgsanalys) konstaterade 2014. Genom att utgå från patientperspektivet och göra patienten mer delaktig kommer förtroendet för och tryggheten med primärvården att öka. Jag är övertygad om att ska omställningen lyckas måste den genomföras av primärvård och specialiserad vård tillsammans och de ekonomiska medel som satsas på omställningen måste bli tydliga för primärvårdens verksamheter. Primärvårdens läkare måste bli fler och alla patienter erbjudas en fast läkarkontakt.

Jag hävdar dessutom att Sverige behöver en kulturförändring och nya arbetssätt i vården. De vårdprofessionella behöver ta större övergripande ansvar för tillgängligheten. De bör vara delaktiga i utformning av planer och åtgärder och ges förutsättningar att arbeta med kärnverksamheten på ett effektivt sätt. Vårdens kunskapsstöd måste innehålla tillgänglighetsaspekter vilket såväl kunskapsstyrningsorganisationen som myndigheterna bör ansvara för. Informationen till patienterna om möjligheter till vård samt att faktiskt få sin behovsbestämda vård inom vårdgarantins gränser måste förbättras.

Politisk enighet kring högsta prioritet för tillgänglighet bör eftersträvas. Staten och regionerna måste arbeta långsiktigt och tillsammans. Ryckighet i regionernas arbete genom kortsiktiga satsningar tjänar ingen på. Det strategiska arbetet med regionala handlingsplaner måste utvecklas så att handlingsplanen är begriplig och betyder något för varje medarbetare i vården. Regeringen måste utveckla sin uppföljning av regionernas resultat och införa en tillgänglighetsdialog med regionerna. Regionerna bör intensifiera arbetet med produktions- och kapacitetsstyrning inom regionen samt tillsammans med andra regioner. Regionerna behöver samverka mer för att finna lösningar tillsammans för de patienter som riskerar att inte få vård inom vårdgarantins gränser och också nyttja och upphandla mer vård från privata vårdgivare. Alla behöver ta med lärdomar och möjligheter från covid-19-pandemin i det fortsatta arbetet.

Det är min uppfattning att arbetet med tillgänglighet måste prioriteras av alla berörda, såväl politiker som tjänstemän och verksamheter. Staten med myndigheter, regioner, kommuner och SKR måste sam-

verka kring hur den problematiska situationen ska lösas. Att samverka är en del av en kulturell förändring.

För att vända trenden krävs att frågan får samma fokus och vikt som alla inblandade visat under omhändertagande av covid-19-pandemin. I skrivande stund är sjukvården hårt ansträngd av pandemin och många av vårdens medarbetare har inte kraft att ägna långsiktig tillgänglighet en tanke men när covid-19-pandemin är avklarad behöver tillgänglighet bli prioritet ett i alla regioner.

Brister i det gemensamma arbetet måste åtgärdas

För att lyckas förbättra tillgängligheten i svensk hälso- och sjukvård är det viktigt att regeringen och regionerna har en gemensam bild av nuvarande läge, långsiktiga mål för tillgänglighet, vilka insatser som behövs, vem som har ansvaret för dessa och hur det ska följas upp.

Jag hävdar att det brister i denna gemensamma bild. Utredningen har stött på detta på flera sätt. En viktig del i utredningens direktiv är att stödja regionernas arbete med regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet. Jag har uppfattat att staten och regionerna, genom överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om en ny uppdaterad kömiljard, gjort en gemensam nystart i arbetet med ökad tillgänglighet. Denna nystart omfattade en nulägesbeskrivning år 2019 samt en fortsättning med en regional handlingsplan år 2021, två underlag som utredningen har sammanställt och analyserat som stöd för regionerna och som information till regeringen.

I utredningens stödjande uppdrag har det blivit tydligt att regionerna har olika sätt att se på handlingsplanen. Några regioner har lämnat en regional handlingsplan med bred ansats, tydliga mål, insatser och uppföljning. Dessa planer visar tydligt på att det är regionens egen handlingsplan. Men andra regioner förefaller betrakta den regionala handlingsplanen som enbart en följd av en ingången överenskommelse, ett dokument med svar på frågor i utbyte mot ekonomiska medel från staten. Därmed riskerar staten att inte få en rättvisande bild över tillgänglighetsarbetet och utredningen inte heller tillförlitligt underlag för att föreslå nödvändiga insatser framöver. Regionerna har då sannolikt inte heller någon nytta av den regionala handlingsplanen i sin region utan den blir en administrativ pålaga.

Och jag menar att detta bottnar i en bristande gemensam uppfattning om vad överenskommelsen om att ta ny sats i tillgänglighetsarbetet 2019 skulle innebära.

Nackdelen med många överenskommelser blir särskilt tydlig i tillgänglighetsarbetet där satsningar finns i flera överenskommelser och arbetet i regionen riskerar ske i olika ”stuprör” kopplade till enskild överenskommelse. Överenskommelsen om kömiljarden och därmed det strategiska arbete med regional handlingsplan kan uppfattas handla enbart om vårdgarantins gränser vilket många i vården anser är ett för snävt perspektiv. Flera har efterlyst att överenskommelsen ska gälla tillgänglighet, inte kö. Utredningens rådgivande delegation var vid sitt första möte eniga om att arbetet måste utgå från patientperspektivet och att det nu behövs nya grepp med en bredare syn på tillgänglighet än enbart köer och väntetid.

Utredningen föreslår i kapitel 5 att alla överenskommelser mellan staten och SKR, där tillgänglighet i hälso- och sjukvården finns med, från och med år 2022 ska samordnas i sina tillgänglighetsdelar med överenskommelsen som för år 2021 benämns Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

Uppföljning med kvalitet

För att ha en gemensam utgångspunkt krävs också data som ger en gemensam bild av läget inom tillgänglighet. I dag används såväl SKR:s väntetidsdatabas som Socialstyrelsens patientregister och nationella kvalitetsregister som underlag. Under arbetets gång har utredningen stött på flera personer som berättat att det inte finns specificerat exakt vad som rapporteras eller vad som inte rapporteras. Instruktioner tolkas på olika sätt och långvariga diskussioner kring tolkning har medfört att data inte rapporterats. I flera fall påtalas att data saknas vilket inte ger en bild att lita på[2]. Under år 2021 ska samtliga regioner automatiserat rapportera in omfattande data för samtliga besök hos all legitimerad personal till väntetidsdatabasen, vilket när inrapporteringen är fullständig kommer att innebära att SKR har betydligt större underlag för statistik. Det är i dag oklart när detta nya omfattande underlag är tydligt definierat och kvalitetssäkrat. Dessa data är inte öppet tillgängliga för myndigheter

[2] Myndigheten för vårdanalys.2017:6. *Löftesfri garanti?*

och andra. I kapitel 9 lägger utredningen förslag för att ytterligare utveckla kvalitetssäkringen av data för uppföljning.

Jag har under utredningens gång uppfattat att uppdrag från staten skulle kunna samordnas bättre. Det gäller innehållet i utredningsdirektiv och uppdrag till myndigheter men också rapportdatum där ibland bristande samordning leder till att områden utreds av flera samtidigt. Det är också viktigt att myndigheterna samverkar inom ramen för sina instruktionsenliga och särskilda uppdrag. Om samordningen inte sker kan det medföra att regionerna som ombeds besvara samma frågor vid flera tillfällen både ifrågasätter förfrågningarna och får onödigt merarbete. Dessutom förefaller olika myndigheter ha olika system för datainhämtning. Samordning skulle förenkla för regionerna och myndigheternas uppdrag skulle på ett annat sätt bli stödjande till regionernas arbete för det gemensamma målet om bättre tillgänglighet.

Staten skulle i stället för att göra detaljerade överenskommelser utveckla uppföljningen av tillgängligheten genom att använda sig av årliga rapporter från regionerna, myndigheternas uppföljningar samt uppföljning genom platsbesök med dialog i regionerna av en kommitté för tillgänglighetsdialog, se kapitel 5 och 9. Syftet med tillgänglighetsdialog ska i första hand vara lärande och stimulans för utveckling av tillgänglighetsarbetet.

Ledarskapet viktigast av allt

I utredningens uppdrag ingår att söka och sprida goda exempel på framgångsrikt tillgänglighetsarbete. En gemensam faktor för alla de exempel vi funnit är ett tydligt och engagerat ledarskap. Ett ledarskap som inkluderar medarbetarna i problembeskrivning och problemlösning. Ledare som utgår från ett personcentrerat synsätt, som involverar patient- och närståendeföreträdare i utvecklingsarbete, som ser och vårdar sina medarbetare och satsar på kompetensutveckling för alla, som bjuder in till delaktighet i utvecklingsarbetet och tar tillvara medarbetares förslag. Ledare som ger förutsättningar och följer upp produktion och resultat varje dag, varje vecka eller varje månad beroende på verksamhet. Förutom att ha avvecklat köer vittnar dessa ledare om att på köpet ha fått en stabil bemanning, inte sällan med dessutom intresserade som väntar för att få en tjänst på

enheten. För att komma tillrätta med tillgängligheten är chefer som leder på verksamhets- och enhetsnivå, som kan knyta ihop enhetens arbete med regionens övergripande strategier och planer, en förutsättning för medarbetarnas engagemang.

Att utbilda och utveckla bra ledare för hälso- och sjukvården är en av de viktigaste insatserna för god tillgänglighet i vården. Det är ett ansvar för såväl utbildningsväsendet som samtliga regioner.

Att utgå från patienten

Svenska patienter upplever sämre tillgänglighet till hälso- och sjukvården än patienter i andra jämförbara länder. De upplever i större utsträckning att de behöver vänta länge på att få tid hos läkare eller sjuksköterska och de upplever sämre tillgänglighet till vård på kvällar och helger. Personer som har en ordinarie läkare eller sjuksköterska de vanligtvis går till för sin vård uppvisar genomgående bättre erfarenheter av den vård de fått jämfört med dem som endast har en ordinarie mottagning[3].

Data pekar också på att det finns ett samband mellan tillgängligheten och befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården. En bristande tillgänglighet riskerar med andra ord att underminera befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården. Att vården är och uppfattas som tillgänglig är därför viktigt inte bara för den enskilde patienten, utan också för den långsiktiga hållbarheten i hälso- och sjukvårdssystemet. I en nationellt återkommande undersökning om befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården angav drygt 69 procent år 2020 att de hade stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården. Förtroendet för sjukhusen var högre; 76 procent medan det för hälso- och vårdcentraler var 66 procent.[4]

Ett gott exempel på när patienten är utgångspunkt för tillgänglighetsarbetet kommer från Region Halland. För drygt tio sedan beslutades i politisk enighet att Halland skulle arbeta köfritt. Samtidigt infördes vårdgarantin i lag vilket gav draghjälp. Att ändra kulturen innehåller många komponenter som att skapa en gemensam insikt mellan medarbetare i verksamheten, ledningar och politik om betydelsen av god tillgänglighet, att god tillgänglighet är en kvali-

[3] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *Vården ur befolkningens perspektiv 2020. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder.*
[4] SKR. 2021. *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020.*

tetsfråga, att nyttja länets samlade resurser, kontinuerliga uppföljningar, vid behov upphandla vård, informera patienter tydligt om valmöjligheter och hjälpa patienten till vård i tid. Regionen har själva infört en regional skärpning av vårdgarantin från 90 till 60 dagar där även utredning ingår. I december 2020, efter nio månader med covid-19-pandemin, hade 89 procent av Hallands patienter väntat kortare tid än den nationella vårdgarantins 90 dagar för första besök i specialiserad vård (riket 77 procent) och 92 procent hade väntat kortare tid än de 90 dagarna på operation eller annan åtgärd (riket 60 procent)[5].

Tillit till professionen

Arbetet under covid-19-pandemin har präglats av tydliga, snabba och korta beslutsvägar och stort professionellt ansvar. En snabb spridning av en okänd och ibland ytterst allvarlig sjukdom hanterades under våren 2020 av vården på ett imponerande sätt. Utan tvekan var alla berörda lösningsfokuserade. Enligt många prioriterades en del mer administrativa uppgifter bort medan vården ägnade sig åt sin kärnverksamhet.

Kan erfarenheterna från pandemiarbetet appliceras på tillgänglighetsproblematiken? Den fråga man först måste ställa sig är varför vården inte alltid uppfattar väntetider som ett problem som måste lösas. En del kallar det för att kulturen i vården är att leva med väntetider som ”det normala”. Detta trots att vårdprofessionerna har god insyn i patienternas oro, smärta och många gånger funktionsbegränsning under tiden i vårdkön. En ESO-rapport 2010 framhöll att reformer i vården, som exempelvis införande av vårdgarantin, generellt måste förankras tydligare i läkarkåren. Författarna framhöll vikten av att involvera läkarkåren i en diskussion om vårdreformers innehåll och syfte, såväl innan som efter implementeringen[6].

Alla medarbetare i vården önskar nog att köerna i vården vore borta. Köer medför arbetsmiljöproblem som i sin tur leder till svårigheter med kompetensförsörjningen. Ett problem är att många arbetsuppgifter ska in i dagens schema och kärnverksamheten har inte alltid företräde för annan mer eller mindre nödvändig verksamhet. Min bestämda uppfattning är att kärnverksamheten nu måste sättas

[5] www.vantetider.se.
[6] Ulrika Winblad Caroline Andersson. 2010. *Kåren och köerna En ESO-rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård 2010:9.*

först om vi ska komma tillrätta med tillgängligheten – att sätta kärnverksamheten först hjälper de medicinska professionerna att ta ansvar för att så sker.

Kärnverksamheten först

Dubbeldokumentation är en anledning till att vårdprofessionernas tid i för hög utsträckning används till administration. Med de nya vårddokumentationssystem som nu införs hoppas många att förbättring ska ske. Men hur kan den direkta patienttiden ökas?

Flera vårdanställda har vittnat om att något positivt med pandemin har varit att de fått ägna sig åt kärnverksamheten ”det de utbildats för”. Frågan om vad som går att ta bort i verksamheten är svårare att besvara. Men det handlar om att på samma sätt som vid produktions- och kapacitetsplanering utgå från patientens behov och planera verksamheten därefter. Och att de administrativa enheterna stöder vårdens arbete – i dag uppfattar många i vården att administrationen är mer krävande än stödjande.

Ett gott exempel från arbetet under covid-19-pandemin är Östergötlands operationsplaneringsgrupp. Gruppen bildades under pandemin med representanter från olika specialiteter och alla sjukhus. Målet var att fördela de patienter som hade behov av operation på samtliga möjliga operationsavdelningar och efter gemensam medicinsk prioritering. Avstämning skedde dagligen och arbetet medförde nya prioriteringsordningar såväl inom som mellan specialiteter. Befintliga resurser har använts effektivt och gruppen har i februari 2021 fått uppdrag att fortsätta arbetet samtidigt som en liknande internmedicinsk grupp har inrättats. Ett läge där ”alla håller på sitt” har förbytts till gemensam prioritering, samverkan och effektiv användning av operationsresurser vilket ökar tillgängligheten i vården.

Kunskapsstöd och vårdförlopp kan påverka tillgängligheten

Under januari–mars 2021 har utredningen haft tre dialogmöten med representanter från regionernas kunskapsstyrningsorganisations nationella programområden (NPO)samt nationella samverkansgrupper (NSG). Vid dessa möten har två frågeställningar diskuterats:

- Hur skulle era respektive nationella programområden kunna leda, främja eller bidra till att förbättra tillgängligheten?
- Vilka lärdomar av covid-19-pandemin kan användas i tillgänglighetsarbetet?

Utredningen anser att såväl kunskapsstöd som vårdförlopp kan utvecklas inom området tillgänglighet. Att till exempel ensa indikationer för olika åtgärder, att tidsätta utredning och behandling, att följa upp införandet av vårdförlopp och redovisa resultatet, är alla åtgärder som är viktiga i tillgänglighetsarbetet. Att införa vårdförlopp kan stärka kontinuiteten och ge patienten en samordnad vård genom samverkan mellan specialiserad vård, primärvård och kommunal vård.

En sammanställning av förslag som framkom vid dialogmötena och hur arbetet tas vidare tillsammans med kunskapsorganisationen ska diskuteras och redovisning planeras till huvudbetänkandet i maj 2022.

Behov i förhållande till tillgänglighet

Tillgänglighet till hälso- och sjukvård förknippas ofta med geografisk närhet, öppettider och väntetider, men för att vården på det hela taget ska anses vara tillgänglig ska den vara följsam gentemot patienternas och befolkningens behov och efterfrågan. Befolkningen har i dag krav på att hälso- och sjukvården ska följa med andra tjänstebranscher i utvecklingen av kommunikation, informationsteknik och service. Hälso- och sjukvården måste balansera mellan att vara tillgänglig för patienter och befolkningen och säkerställa att den som har det största behovet prioriteras. Eftersom ett ökat utbud av hälso- och sjukvård kan medföra ökad efterfrågan, även om de medicinska behoven är konstanta, anser en del att väntetider också är ett medel för att säkerställa att vård ges efter behov. Men att patienter även med de lägst prioriterade behoven ska vänta många år på vård är inte acceptabelt. I kapitel 9 lägger utredningen förslag för att, i ett första steg, ingen ska vänta mer än 2 år. Det är ett lågt satt mål i ett land med en lagstadgad vårdgaranti på 3 månader.

Vid dialogmöten och andra möten med vårdens professioner har det tydligt framkommit ett ifrågasättande av om vården i dag är jäm-

lik utifrån behovsprincipen. De menar att en viss kö är acceptabel utifrån att de med störst behov bör hanteras först. De ifrågasätter om de framväxande digitala läkarbesöken överensstämmer med behovsprincipen. De ifrågasätter också om vårdvalet för specialiserad vård i storstäder har rubbat behovsprincipen i glesbygd genom att specialistkompetens kan koncentreras till storstäderna. För att vårdens professioner på allvar ska ta sig an de övergripande tillgänglighetsproblemen är det viktigt att behovsprincipen och medicinsk kvalitet går hand i hand med tillgänglighetsarbetet. Samtidigt kräver medborgarna snabb handläggning även av enkla åkommor och att den teknik som finns tillgänglig även används av vården.

Jag upplever att det i dag finns en förtroendeklyfta mellan de lätt tillgängliga digitala läkarbesöken och vården för övrigt som bygger på två helt olika bilder av de sökandes behov. Först när bilden är ensad kan arbetet tillsammans bli långsiktigt hållbart och utvecklas.

Vad är orsaken till väntetiderna?

Det är nog den vanligaste fråga jag fått under min tid som utredare. Något enkelt svar på den frågan finns inte. Huvudproblemet är inte bristande volym på utbildningsplatser överlag. Huvudproblemet är inte heller att antalet sjuksköterskor eller läkare i vården är för lågt, Sverige har god tillgång på både läkare och sjuksköterskor. Däremot är kontinuiteten i vården dålig och vissa verksamhetsområden saknar specifika kompetenser. Sverige har också ett lågt antal vårdplatser i internationell jämförelse.

Clas Rehnberg skriver i ESO-rapporten *Vem vårdar bäst*, år 2019, att orsaker till väntetider kan vara fluktuationer i behov och efterfrågan, teknologiska genombrott, låg produktivitet samt hur indikationsgränser tillämpas. Introduktion av nya innovativa medicinska teknologier som möjliggör behandlingar som tidigare inte existerat innebär ofta ett kraftigt efterfrågetryck. En ineffektiv vårdorganisation med låg produktivitet kan leda till att befintliga resurser inte utnyttjas optimalt.

Utredningen konstaterar att väntetiderna skiljer sig åt mellan regioner, inom regioner och mellan verksamhetsområden. Det finns många goda exempel på bra tillgänglighet i primärvård och i specialiserad vård vilket visar att det går att vända situationen med den

dåliga tillgängligheten och arbeta utan väntetider och köer. Med allas samverkan, medarbetarnas engagemang och god planering kan vi nå långt!

1 Författningsförslag

1.1 1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) att det ska införas två nya paragrafer, 7 kap. 6 a och 8 a §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	7 kap.
	6 a §
	Regionen ska organisera hälso- och sjukvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård och som dessutom vistas i regionen kan få hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans när som helst på dygnet. Genom hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans ska råd ges om åtgärder som den enskilde själv kan vidta med anledning av sina symtom. Det ska även bedömas om den enskilde har behov av ytterligare hälso- och sjukvård. Den enskilde ska, vid behov, hänvisas till en vårdenhet. Råd, bedömning och hänvisning enligt detta stycke ska utgå från ett rådgivnings- och hänvisningsstöd.

Regionen ska på en webbplats som är allmänt känd lämna information om hälso- och sjukvård som så långt som möjligt motsvarar sådan information som lämnas vid hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans enligt första stycket.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om sådan verksamhet som avses i första och andra stycket.

7 kap.

8 a §

I frågor om hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och information om hälso- och sjukvård enligt 7 kap. 6 a § första och andra stycket ska regionerna samverka med varandra. Samverkan ska särskilt avse sådant rådgivnings- och hänvisningsstöd som avses i 7 kap. 6 a § första stycket.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2022.

1.2 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) att det ska införas tre nya paragrafer, 7 kap. 3, 4 och 5 §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	7 kap.
	3 §
	Hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans enligt 7 kap. 6 a § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska tillhandahållas via telefon. Rådgivningen via telefon ska vara anpassad till personer med nedsatt tal och hörsel.
	7 kap.
	4 §
	Enligt 10 § språklagen (2009:600) är språket i organ som fullgör uppgifter i offentlig verksamhet svenska. Hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans enligt 7 kap. 6 a § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska därutöver erbjudas på de andra språk som är motiverade utifrån befolkningens behov. Även information om hälso- och sjukvård enligt 7 kap. 6 a § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska erbjudas på andra språk, om det med hänsyn till informationens art, befolkningens behov och omständigheterna i övrigt framstår som lämpligt. Rådgivningen och informationen ska

också erbjudas på andra språk i den mån det är särskilt föreskrivet.

7 kap.

5 §

Vid allvarlig händelse ska, vid behov, den som i en region bedriver verksamhet enligt 7 kap. 6 a § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

1. besvara samtal från enskilda som vistas i andra regioner, och

2. överföra samtal till de som bedriver sådan verksamhet i andra regioner.

Regionen ska säkerställa att den som bedriver verksamhet enligt 7 kap. 6 a § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) har en teknisk lösning som möjliggör att besvara och överföra samtal enligt första stycket.

Med allvarlig händelse avses händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2022.

2 Utredningens uppdrag och arbetssätt

I detta kapitel redogörs för utredningens uppdrag och arbetet med genomförandet. Kapitlet avslutas med en beskrivning av delbetänkandets upplägg.

2.1 Utredningens uppdrag att stödja och utreda

Regeringen beslutade den 13 augusti 2020 om en kommitté i form av en delegation som ska verka för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, med fokus på kortare väntetider. Delegationen ska enligt direktivet (Dir. 2020:81) bland annat

- stödja regionernas arbete med att ta fram och genomföra regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet,
- stödja ett effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom att informera om patienters valmöjligheter,
- stödja regionernas och kommunernas arbete med utvecklingen av en nära och tillgänglig vård,
- utreda och lämna förslag, om så anses lämpligt, på en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning genom 1177 Vårdguiden,
- utreda en utökad vårdgaranti,
- vidareutveckla överenskommelsen om kömiljarden och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

En närmare beskrivning av de olika uppdragen ges i kommande kapitel. Direktivet kan läsas i sin helhet i bilaga 1.

I december 2020 beslutade regeringen att ordföranden ska vara särskild utredare och delegationen rådgivande.

2.1.1 Bakgrund

Bakgrunden till uppdraget är enligt direktivet att svensk hälso- och sjukvård brister i tillgänglighet. Nedan sammanfattas regeringens bakgrundsbeskrivning.

Regeringen uppger i direktivet att trots att svensk hälso- och sjukvård håller hög medicinsk kvalitet har långa väntetider, liksom bristande tillgänglighet i bred bemärkelse, varit ett problem sedan lång tid tillbaka. Sverige har sedan år 2010 en lagreglerad nationell vårdgaranti som anger hur länge en person som längst ska behöva vänta på vård, men andelen patienter som får vård inom vårdgarantins gränser har minskat sedan år 2014. Allt fler patienter väntar allt längre tid på vård. Vidare uppges att det finns ett samband mellan tillgängligheten i hälso- och sjukvård och befolkningens förtroende för vården. En bristande tillgänglighet riskerar därmed att underminera förtroendet för hälso- och sjukvården.

Regeringen har under mandatperioden beslutat om ett flertal insatser på området, men uppger också att satsningarna i varierande grad påverkats av att regionerna under våren 2020 har behövt ställa om hälso- och sjukvården för att bemöta utbrottet av covid-19. Det har bland annat inneburit att en stor mängd planerade vårdbesök och operationer har ställts in eller skjutits på framtiden.

Mot denna bakgrund menar regeringen att det finns ett behov av att fortsätta stödja regionerna i deras tillgänglighetsarbete. En delegation ska därför inrättas vars arbete ska syfta till att verka för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, med särskilt fokus på kortare väntetider.

Vidare uppges i direktivet att det ytterst är regionerna som ansvarar för vården och därmed för tillgängligheten och för att patienter får vård i rimlig tid. En central del är väl utvecklad och fungerande samverkan mellan alla berörda aktörer. En förutsättning för att regionernas tillgänglighetsarbete ska få genomslag i verksamheterna och komma patienterna till del är att förtroendevalda inom regioner, tjänstemän, offentliga och privata vårdgivare, liksom andra berörda aktörer såväl inom som mellan regioner arbetar samordnat. Sam-

tidigt som det är viktigt att insatser från nationellt håll stödjer redan pågående utvecklingsarbete inom regionerna.

2.2 Utredningens utgångspunkter och avgränsningar

I direktivet uppges att tillgänglighet handlar om balansen mellan invånarnas behov av vård och vårdens kapacitet och resurser att möta dessa. En tillgänglig vård innebär att vården är lätt att komma i kontakt med och insatser ges inom rimlig tid. Tillgänglighet handlar också om geografisk närhet, behovsanpassade öppettider, gott bemötande och möjligheter till digitala kontaktlösningar med vården. Vidare anges att tillgänglighet innebär att hälso- och sjukvården ska utformas så att den inte utestänger personer med särskilda behov, som exempelvis personer med funktionsnedsättningar eller personer som har ett annat modersmål än svenska. Det är av särskild vikt att berörda aktörer beaktar eventuella risker för undanträngningseffekter, det vill säga att patienter med mindre medicinska behov ges vård före patienter med större medicinska behov, vid utformandet av olika tillgänglighetsinsatser.

Utredningen har inte möjlighet att omfatta allt tillgänglighetsarbete, även om uppdraget är brett. Utredningens arbete omfattar i huvudsak vårdgarantin och väntetider i vården samt hälso- och sjukvårdsrådgivning. Utredningen har haft stärkt ställning för patienten och strategiskt långsiktigt tillgänglighetsarbete i fokus.

Utredningens uppdrag att utreda en förstärkt vårdgaranti redovisas i slutbetänkandet i maj 2022, övriga deluppdrag slut- eller delredovisas i detta delbänkande.

2.3 Organisation och genomförande

2.3.1 Sekretariat

Arbetet i sekretariatet har letts av utredaren som till sitt förfogande har haft fyra heltidstjänster fördelat på sex sekreterare på hel- eller deltid, varav en huvudsekreterare. Sekretariatet har varit fullt bemannat sedan januari 2021. De utredningar och stödjande insatser som genomförts av sekretariatet beskrivs i respektive kapitel.

2.3.2 Delegation

Utredningen har haft en rådgivande delegation som har bistått utredningen med råd och synpunkter. Sedan utredningens start har fem digitala delegationsmöten hållits, varav ett heldagsmöte. Utredningen har även haft digitalt möte med varje ledamot enskilt för diskussion om utredningens arbete.

2.3.3 Expert- och sakkunniggrupp

Utredningens expert- och sakkunniggrupp har bestått av sakkunniga från Finansdepartementet och Socialdepartementet samt experter från Socialstyrelsen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och Inspektionen för vård och omsorg.

Utredningen har haft fyra digitala möten med expert- och sakkunniggruppen, varav ett heldagsmöte, för diskussioner, synpunkter och råd.

2.3.4 Utredningens referensgrupper

Utredaren har tillsatt två rådgivande referensgrupper, en referensgrupp med företrädare för patient- och närståendeorganisationer och en referensgrupp med företrädare för professionsorganisationer.

I referensgruppen med patient- och närståendeorganisationer ingår representanter för Autism- och Aspergerförbundet, Riksförbundet HjärtLung, Svenska Diabetesförbundet, Reumatikerförbundet, Neuroförbundet och Funktionsrätt Sverige.

I referensgruppen med företrädare för professionsorganisationer ingår Sveriges läkarförbund, Vårdförbundet, Kommunal, Svenska Läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening.

Utredningen har haft tre digitala möten med respektive referensgrupp i nära anslutning till möten med delegation och expertgrupp. Båda referensgrupperna har bistått med råd och information och diskuterat utredningens iakttagelser och förslag.

2.3.5 Genomförande

Utredningen har utöver arbetet inom utredningens organisation som beskrivits ovan genomfört en stor mängd digitala möten. Dels i det stödjande arbetet i enlighet med utredningens uppdrag, dels för insamling av underlag för analys, bedömningar och förslag som utredningen lämnar. Utredningen har även gjort kartläggningar och tagit del av rapportering från olika aktörer.

Kontakter med regionerna i det stödjande arbetet

För utredningens arbete med att stödja regionerna i arbetet med att ta fram och genomföra regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet har regionerna utsett kontaktpersoner.

Utredningen har haft möten med varje enskild region då förutom kontaktpersonen ofta fler representanter från regionen deltagit. Vid de inledande mötena diskuterades regionens nulägesrapport 2019 samt hur arbetet med regional handlingsplan fortgick.

Utredningen har även haft möten med flera regioner samtidigt för diskussion och erfarenhetsutbyte av pågående arbete med handlingsplanerna.

Efter analys och sammanställning av handlingsplanerna har utredningen haft möte med samtliga regioner för information och diskussion om utredningens iakttagelser, bedömningar och förslag. Utredningen planerar återkoppling till varje enskild region under juni månad.

Vidare arbetar utredningen med att sprida goda exempel från regionernas arbete med tillgänglighet. Hittills har utredningen genomfört två möten om vardera tre goda exempel att lära av, se vidare kapitel 5. Vid dessa möten har kontaktpersonerna även bjudit in flera representanter från sin region.

Statliga utredningar

Utredningen har under arbetet haft möten med flera statliga utredningar för diskussion i utredningens olika uppdrag:

- Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (S 2019:05).

- Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)
- Samsjuklighetsutredningen (S 2020:08)
- Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar (S 2020:13)

Kontakter med statliga myndigheter

Möten har hållits med följande statliga myndigheter för diskussioner i utredningens olika deluppdrag

- Socialstyrelsen
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
- Inspektionen för vård- och omsorgsanalys
- Folkhälsomyndigheten
- E-hälsomyndigheten
- Myndigheten för digital förvaltning
- Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

Nationella nätverk

Utredningen har deltagit i möten med följande nätverk vid SKR: Regiondirektörernas nätverk, Hälso- och sjukvårdsdirektörernas nätverk, Universitetssjukhusdirektörernas nätverk, Tillgänglighetsnätverket, Nätverket för styrning och ledning inom psykiatrin, Första linjenätverket och Vårdlotsar i samverkan.

Deltagarna i Vårdlotsar i samverkan har även besvarat en enkätundersökning om arbetet med vårdgarantin i sin region.

Övriga aktörer som utredningen haft kontakt med

- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
- Inera och ansvariga för 1177 Vårdguiden på telefon i regionerna
- SOS Alarm i Sverige AB

- Kunskapsstyrningsorganisationens nationella programområden
- Vision e-hälsa
- Sjukvårdsregionernas chefsgrupp

Därutöver har utredningen, träffat bland annat representanter för såväl privat som offentligt drivna vårdgivare, enskilda vårdcentraler, representanter för specialiserad vård, Svensk förening för allmänmedicin, Sjukhusläkarna, Svenska Läkaresällskapet, Linnéuniversitetet och Mälardalens högskola, personer kunniga i frågor om produktions- och kapacitetsplanering och Vårdföretagarna.

Övriga underlag för utredningens analys, bedömningar och förslag

Vid sidan om utredningens många kontakter med berörda aktörer har utredningen genomfört kartläggningar av webbaserad information och tagit del av flertal rapporter från statliga myndigheter, SKR och andra aktörer, se referenslista.

2.4 Delbetänkandets upplägg

Först i delbetänkandet lämnas utredningens sammanfattning och sammanfattning på lättläst svenska, varefter utredaren delar sina tankar och reflektioner under rubriken *Utredaren har ordet*.

Därefter följer 12 numrerade kapitel där utredningens författningsförslag, uppdragets genomförande, gällande rätt samt ett kapitel om utvecklingen av väntetider och insatser mot långa väntetider kommer först. Sedan innehåller delbetänkandet kapitel för vart och ett av utredningens deluppdrag (se lista i inledningen av detta kapitel). Delbetänkandet avslutas med kapitel om författningskommentarer, ikraftträdande och övergångsbestämmelser och slutligen finansieringsförslag och konsekvensbeskrivning av de förslag som utredningen lämnar. I inledningen till varje kapitel ges en kort beskrivning av innehållet i aktuellt kapitel för att underlätta läsningen.

I delbetänkandet lämnas också referenslista och bilagor i form av utredningens direktiv, underlag för analys av regionala handlingsplaner, frågor i enkät till regionernas kontaktpersoner i det natio-

nella vårdlotsnätverket, därefter en bilaga med fördjupad information om väntetider och en bilaga om sena avbokningar av planerade operationer.

I utredningens bedömningar och förslag gällande innehåll i överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är utredningens bedömningar och förslag underlag till regeringens förhandlingar med SKR.

3 Gällande rätt

Utredningens uppdrag är brett och berör flera frågor, bland annat frågor om vårdgaranti, valfrihet och hälso- och sjukvårdens informationslämnande. Som en del i att ge en bild av nuläget beskrivs i detta kapitel vissa bestämmelser som är relevanta för de frågor som utredningen har arbetat med. Beskrivningen är av övergripande karaktär och utgör ingen uttömmande redogörelse för gällande rätt på området. Utredningen har exempelvis valt att i detta kapitel inte behandla frågan om patientens möjlighet att söka hälso- och sjukvård utanför Sverige, eftersom den frågan inte adresseras i utredningens förslag och bedömningar.

3.1 Allmänt om relevant lagstiftning, regionernas ansvar och krav på tillgänglighet

Hälso- och sjukvårdsverksamhet är föremål för reglering i ett flertal olika författningar. En central författning på området är hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Det är en målinriktad ramlag som huvudsakligen innehåller bestämmelser om övergripande mål, ansvarsförhållanden och riktlinjer för hälso- och sjukvården. Regioner och kommuner har utifrån lagens utformning och den kommunala självstyrelsen givits ett visst utrymme att själva besluta om hälso- och sjukvårdsverksamhetens närmare utformning.

Med hälso- och sjukvård avses, enligt 2 kap. 1 § HSL, åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, sjuktransporter, och omhändertagande av avlidna. Enligt 3 kap. 1 § HSL är målet med hälso- och sjukvården en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdig-

het. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

I 5 kap. 1 § HSL anges att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på god vård uppfylls. Med god vård avses att vården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, att den ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och att den ska vara lätt tillgänglig. Av 5 kap. 2 § HSL framgår att där det bedrivs hälso- och sjukvård, ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Kvaliteten i verksamheten ska, enligt 5 kap. 4 § HSL, systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

I 8 kap. HSL regleras regionens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård. Regionen ska erbjuda god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen, enligt 8 kap. 1 § HSL. Därutöver har regionen en skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård åt andra personer under vissa förutsättningar. Exempelvis ska regionen erbjuda öppen vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård, enligt 8 kap. 3 § HSL.

I 7 kap. HSL finns bestämmelser om organisation, planering och samverkan när det gäller den hälso- och sjukvård som regionen ansvarar för. Där anges bland annat, i 7 kap. 2 § HSL, att regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar och beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. Vidare stadgas bland annat, i 7 kap. 2 a § HSL, att regionen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl får vården koncentreras geografiskt. Regionen ska samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården, enligt 7 kap. 7 § HSL. Regionerna ska också, enligt 7 kap. 8 § HSL, samverka i frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner.

Det finns flera bestämmelser som på olika sätt berör tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Redan i det ovannämnda målet för hälso- och sjukvården berörs tillgänglighetsaspekter, eftersom målet innebär att vården ska vara tillgänglig för hela befolkningen på lika villkor och att prioriteringar ska göras utifrån behov. Att hälso- och sjuk-

vården ska vara lätt tillgänglig är också en del av kravet på god vård i 5 kap. 1 § HSL.[1] Vårdgivaren ska, enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls. Det innebär alltså att kravet i PSL kopplas direkt till kravet på god vård i HSL och att vårdgivaren bland annat har en skyldighet att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på att vården är lätt tillgänglig upprätthålls. Med lätt tillgänglig avses enligt förarbetena geografiska förhållanden och närhet, men det kan även röra sig om andra förhållanden. Som exempel nämns öppethållande vid mottagningarna, jourtjänstgöring och hur förekomsten av köer ser ut.[2] I senare förarbeten har regeringen framfört att vården i första hand ska vara geografiskt nära men i allt större utsträckning nära med hjälp av nya tekniska lösningar för till exempel kontakt och bedömning.[3] Enligt 2 kap. 2 § patientlagen (2014:821) ska patienten, om det inte är uppenbart obehövligt, snarast få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Därutöver handlar bestämmelserna om vårdgarantin om tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Dessa beskrivs nedan.

3.2 Vårdgaranti

Enligt 9 kap. 1 § HSL ska regionerna erbjuda vårdgaranti åt den som är bosatt inom regionen eller i övrigt omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 §§ HSL. Däremot omfattas inte de personer som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård av regionens vårdgaranti, enligt 8 kap. 3 § HSL. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården,
2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

[1] Detsamma stadgas i 2 kap. 1 § patientlagen (2014:821).
[2] Prop. 1981/82:97 s. 57 och 117.
[3] Prop. 2017/18:83 s. 23.

I hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF, anges tider för hur länge en patient som längst ska behöva vänta på vård och behandling inom ramen för vårdgarantin. Enligt 6 kap. 1 § HSF ska den enskilde få

1. kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti),
2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom tre dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt (bedömningsgaranti inom primärvården),
3. besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti inom den specialiserade vården), och
4. planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården (behandlingsgaranti).

Vårdgarantin reglerar alltså inom vilka tidsgränser patienten ska erbjudas kontakt, bedömning, besök och planerad vård. Däremot reglerar den exempelvis inte om vård alls ska ges, vilken vård som i så fall ska ges eller hur lång tid utredning, diagnostisering, behandling m.m. av patienten får ta.

Vid en bedömning av om besöksgarantin inom den specialiserade vården eller behandlingsgarantin är uppfylld ska, enligt 6 kap. 2 § HSF, inte sådan tid räknas då patienten

1. av medicinska skäl inte kan ges vård,
2. utnyttjat sin möjlighet att välja vård i en annan region enligt 9 kap. 1 § patientlagen, eller
3. frivilligt avstår från vård.

Patienten anses enligt 6 kap. 2 § HSF frivilligt avstå från vård om patienten har

1. informerats om vårdgarantin,
2. erbjudits vård i enlighet med vårdgarantin, och
3. meddelat vårdgivaren att han eller hon avstår från erbjudandet om vård.

Om regionen inte uppfyller besöksgarantin inom den specialiserade vården eller behandlingsgarantin ska regionen enligt 9 kap. 2 § HSL se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten. I skälen till förslaget till bestämmelsen anges att regeringens bedömning var att skyldigheten att hjälpa patienten att få vård hos en annan vårdgivare inom garanterad tid borde föras in i lagstiftningen.[4] I propositionens författningskommentar anges bland annat: ” Om det vid tiden för remissen till den specialiserade vården eller beslutet om planerad vård är troligt att vårdgarantins längsta godtagbara väntetider kommer att överskridas ska landstinget hjälpa till med att ordna besök eller behandling inom rätt tid hos någon annan vårdgivare. Detsamma ska gälla om det först en tid efter beslutet står klart att den längsta godtagbara väntetiden kommer att överskridas.”[5]

I 9 kap. 3 § HSL anges att regionerna ska rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas. I 6 kap. 3 § HSF preciseras kravet, genom att ange att regionerna har rapporteringsskyldighet om väntetider till den nationella väntetidsdatabas som förs av Sveriges Kommuner och Regioner. Socialstyrelsen får enligt samma paragraf meddela ytterligare föreskrifter om regionernas rapporteringsskyldighet. Sådana föreskrifter har inte meddelats av Socialstyrelsen vid denna tidpunkt.

[4] Prop. 2009/10:67 s. 52.
[5] Prop. 2009/10:67 s. 79.

3.3 Vårdvalssystem och valfrihet

3.3.1 Vårdvalssystem inom primärvården

Obligatoriskt vårdvalssystem inom primärvården

2010 blev det obligatoriskt för regionerna (dåvarande ”landstingen”) att införa vårdval i primärvården enligt 5 § i den dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). I dag följer av 7 kap. 3 § HSL att regionen ska organisera primärvården så att alla som omfattas av regionernas ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till att välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem).[6] Regionen får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område i regionen.

Enligt 7 kap. 3 § HSL gäller även att regionen ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.

Inom annan hälso- och sjukvård än primärvård är det frivilligt för regionerna att införa vårdvalssystem.

Lagen om valfrihetssystem ska tillämpas

När regionen beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, tillämpas. Det anges i 7 kap. 3 § HSL. I LOV finns bland annat regler om hur regioner ska gå tillväga när de beslutat att konkurrensutsätta hälso- och sjukvårdstjänster inom ramen för ett vårdvalssystem. Där anges bland annat vissa upphandlingsrättsliga grundprinciper och skyldigheter i fråga om annonsering av förfrågningsunderlaget. Lagen bygger på att det inte är någon priskonkurrens mellan leverantörerna. Den enskilde ges i stället möjlighet att välja den leverantör som han eller hon uppfattar tillhandahåller den bästa kvaliteten. Alla leverantörer som ansökt om att få vara med i ett valfrihetssystem och som uppfyller de fastställda kraven godkänns, varefter kontrakt tecknas.

Enligt LOV, 9 kap. 2 §, finns ett krav på att tillhandahålla ett ickevalsalternativ. Det innebär i korthet att regionen i förväg ska bestäm-

[6] Även i 6 kap. 3 § patientlagen anges att patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom den regionala primärvården.

ma vad som gäller då den enskilde inte själv väljer utförare. Kravet på ickevalsalternativ infördes med hänsyn till att valet av utförare är svårt att göra och det finns människor som inte vill eller kan välja.[7] Ickevalsalternativet måste vara konkurrensneutralt.

Det är dock inte bara vårdgivare som deltagit i ett förfarande enligt den lagen som kan ingå i ett vårdvalssystem. Regionen kan under vissa förutsättningar, som komplement till ett sådant förfarande, teckna avtal med privata leverantörer efter upphandling av driften av en verksamhet enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling, LOU.[8] Det kan exempelvis vara aktuellt i ett visst geografiskt område där ingen privat vårdgivare ansökt om att få etablera sig vid förfarande enligt LOV.[9]

En lagstadgad definition av primärvård, men regionen beslutar om den närmare utformningen av vårdvalssystemet

Med primärvård avses från och med den 1 juli 2021, enligt 2 kap. 6 § HSL, hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.

Från och med den 1 juli 2021 gäller också en bestämmelse om primärvårdens grunduppdrag i 13 a kap. 1 § HSL. Genom bestämmelsen fastställs en minsta gemensam nivå för vad primärvården i hela landet ska kunna erbjuda. Enligt bestämmelsen ska regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
2. se till att vården är lätt tillgänglig,
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,

[7] Prop. 2008/09:29 s. 99.
[8] Prop. 2008/09:74 s. 29.
[9] Prop. 2008/09:74 s. 52.

4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Utöver vad som framgår av ovan finns ingen lagstadgad definition av primärvårdsuppdraget eller krav på vilket utbud som ska tillhandahållas inom primärvården. Regionen får alltså i egenskap av sjukvårdshuvudman besluta om den närmare utformningen av vårdvalssystem inom primärvården. Vad som exempelvis ingår i uppdraget till primärvården, kravställningen till vårdgivarna och ersättningens utformning kan alltså skilja sig åt mellan olika regioner.

3.3.2 Valfrihet i all regionfinansierad öppen hälso- och sjukvård

Patienten ska få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård i hela landet

Enligt 9 kap. 1 § patientlagen ska en patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård inom eller utom den egna regionen. Denna möjlighet gäller enligt 1 kap. 2 § patientlagen endast hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med en region som huvudman. Med öppen vård avses primärvård och specialiserad vård som inte kräver intagning i vårdinrättning (jfr. 2 kap. 4 och 5 §§ HSL).

Möjligheten att välja utförare enligt 9 kap. 1 § patientlagen är alltså begränsad till offentligt finansierad öppen vård. Det finns dock en rekommendation i Riksavtalet för utomlänsvård om att patienten ska ”erbjudas möjlighet att i andra landsting välja att få sin behandling i sluten vård vid sjukhus inom länssjukvården, efter det att behovet har fastställts i hemlandstinget”.[10]

[10] Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer, Sveriges kommuner och landsting, 2014.

Regionen är skyldig att erbjuda öppen vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar

Regionens skyldighet att erbjuda öppen vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård följer av 8 kap. 3 § HSL. Av samma paragraf följer att en patient som söker sådan vård i en annan region inte omfattas av regionens vårdgaranti enligt 9 kap. 1 § HSL. Men i övrigt ska vården ges på samma villkor som gäller för de egna invånarna. Det innebär exempelvis att regionen inte kan prioritera sina egna invånare framför patienter som är bosatta i andra regioner. Principen att den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården enligt 3 kap. 1 § HSL gäller både regionens egna invånare och patienter från andra regioner. Att vården i övrigt ska ges på samma villkor innebär exempelvis också att vårdregionens remisskrav, avgifter och taxor gäller för patienter från andra regioner och att patienten ska ges möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt 7 kap. 1 § patientlagen och möjlighet att få en ny medicinsk bedömning i öppen vård enligt 8 kap. 1 § patientlagen.

Om en patient är bosatt i en region eller om patienten är kvarskriven där och stadigvarande vistas i regionen, är det enligt 8 kap. 3 § HSL den regionen (”hemregionen”) som ska svara för kostnaderna för den offentligt finansierade öppna vården som patienten får i en annan region. Detta gäller dock inte om hemregionen ställer krav på remiss för vården och dessa remissregler inte följs. Det betyder att om patienten kommer från en region som kräver remiss till öppen specialiserad vård, måste patienten ha en remiss även när han eller hon vårdas inom den öppna specialiserade vården i en annan region för att hemregionen ska bli betalningsskyldig för vården. Det har i det avseendet ingen betydelse om vårdregionen ställer krav på remiss eller inte. För det fall att vårdregionen ger vård utan att hemregionens remissregler följs, får vårdregionen stå för kostnaderna för vården enligt förarbetena. Det är enligt förarbetena en uppgift för regionerna att reglera ersättningsfrågorna genom bl.a. överenskommelser om prislistor eller andra prisavtal.[11]

Det finns inget krav på att en patient ska ersättas för merkostnader för t.ex. resor och uppehälle när den söker vård i en annan region. En sådan ordning bedömdes enligt förarbetena kunna medföra orimliga konsekvenser. Exempelvis skulle kostnaderna för resor

[11] Prop. 2013/14:106 s. 87 ff.

och uppehälle i många fall kunna överstiga kostnaden för själva vårdinsatsen och det ansågs kunna innebära negativa konsekvenser för den sjukvårdande verksamheten.[12]

3.4 Informationskrav

I 3 kap. patientlagen finns bestämmelser om den information som ska ges till patienter. Enligt 3 kap. 1 § patientlagen ska patienten få information om

1. sitt hälsotillstånd,
2. de metoder som finns för undersökning, vård och behandling,
3. de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning,
4. vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård,
5. det förväntade vård- och behandlingsförloppet,
6. väsentliga risker för komplikationer och biverkningar,
7. eftervård, och
8. metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

Patienten ska också, enligt 3 kap. 2 § patientlagen få information om

1. möjligheten att välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,
2. möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,
3. vårdgarantin, och
4. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

I 3 kap. 2 a och b §§ patientlagen regleras vissa ytterligare saker som patienten ska få information om.

[12] Prop. 2013/14:106 s. 89.

Om informationen inte kan lämnas till patienten, ska den i stället, såvitt möjligt och det inte hindras av bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt, lämnas till en närstående till honom eller henne, enligt 3 kap. 4 och 5 §§ patientlagen. Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar, enligt 3 kap. 6 § patientlagen. Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen och informationen ska lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om han eller hon ber om det, enligt 3 kap. 7 § patientlagen.

När det gäller valfrihetssystem som inrättas enligt LOV finns det även krav på information i LOV. Enligt 9 kap. 1 § LOV ska den upphandlande myndigheten till enskilda lämna information om samtliga leverantörer som myndigheten tecknat kontrakt med inom ramen för valfrihetssystemet. Det innebär alltså att huvudmannen har ansvaret för att alla enskilda, dvs. exempelvis patienter och invånare, oavsett fysisk eller psykisk kapacitet får en så fullgod information som möjligt om vilka leverantörer hon eller han kan välja mellan.[13] Detta innebär att informationen måste anpassas till den individ som ska välja. Informationen ska enligt 9 kap. 1 § LOV vara saklig, relevant, jämförbar, lättförståelig och lättillgänglig. Motsvarande krav på information om utförare när det gäller sådana utförare som upphandlats enligt LOU eller bedrivs i egen regi finns i 8 kap. 18 § kommunallagen (2017:725).

Det finns dessutom krav på att ge allmänheten insyn i verksamhet som regioner genom avtal lämnar över till privata utförare i 10 kap. 3 och 9 §§ kommunallagen. 10 kap. 3 § kommunallagen avser helägda kommunala eller regionala bolag, medan 10 kap. 9 § kommunallagen handlar om insynskrav när kommunen eller regionen sluter avtal med helt privata utförare. Utgångspunkten för insynskraven i dessa bestämmelser är att allmänhetens möjligheter till insyn i kommunal verksamhet inte bör vara beroende av på vilket sätt kommuner och regioner väljer att organisera sin verksamhet. När det gäller hur långt informationskravet sträcker sig regleras detta inte i detalj i lagen. Däremot anges följande i propositionens författningskommentar till 10 kap. 9 § kommunallagen: ”Omfattningen av den information som ska lämnas blir beroende av bl.a. den överlämnade verksamhetens

[13] Prop. 2008/09:29 s. 145.

art, hur många kommun- och landstingsmedlemmar som är beroende av verksamheten och hur mycket skattemedel som går till verksamheten. För att bestämma insynens omfattning ska det, vid avtalets utformning, göras en avvägning mellan å ena sidan den privata utförarens intressen av exempelvis skydd för affärsmässiga förhållanden och å andra sidan allmänhetens intresse av hur verksamheten utförs. Exempel på sådan information som det kan bli aktuellt för kommunen eller landstinget att tillförsäkra sig är uppgifter om personalen och dess kompetens, utbildningsnivå och kapacitet, liksom information om antalet anställda, antalet anställda omräknat till heltid, personalkontinuitet, brukarundersökningar samt den privata utförarens organisation och eventuella underleverantörer."[14] Liknande uttalanden görs i förhållande till 10 kap. 3 § kommunallagen.[15]

3.5 Övergripande om krisberedskap i hälso- och sjukvården

Utredningen har bland annat haft i uppdrag att utreda och lämna förslag på hur en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning ska kunna upprätthållas vid kraftigt ökade behov av sjukvårdsrådgivning på grund av större kriser eller samhällsstörningar. Vad som gäller inom hälso- och sjukvården i sådana situationer regleras i ett antal olika författningar, och ansvaret inför och vid kriser och allvarliga händelser är uppdelat på olika aktörer. Strukturen för krishantering bygger bland annat på sektorsansvar och geografiskt områdesansvar som syftar till att säkerställa samordningen inom olika geografiska områden och sektorer. Nedan redogörs mycket övergripande för delar av regelverket på området, främst för delar som rör arbetet inför och vid allvarliga händelser och kriser i fredstid och regionernas ansvar kopplat till detta.

3.5.1 Tre grundprinciper för krishanteringsarbetet

Det svenska systemet för krishantering styrs i grunden av tre principer. Dessa är inte i sig definierade i lag, men har beskrivits utgöra en bakgrund till dagens regelverk och olika aktörers uppdrag och

[14] Prop. 2016/17:171 s. 421–422.
[15] Prop. 2016/17:171 s. 419.

mandat.[16] Enligt den så kallade ansvarsprincipen har den som har ansvar för en verksamhet i normala situationer också motsvarande verksamhetsansvar vid en kris. En annan princip är att en kris ska hanteras där den inträffar och av de som är närmast berörda och ansvariga, den så kallade närhetsprincipen. Enligt den tredje principen, den så kallade likhetsprincipen, ska förändringar i organisationen inte göras i större utsträckning än vad som krävs av situationen.[17] Aktörerna ska också stödja och samverka med varandra, vilket ibland brukar kallas för den utökade ansvarsprincipen. Att olika myndigheter ska samverka med varandra följer bland annat av 8 § förvaltningslagen (2017:900).

3.5.2 Regionernas ansvar

I lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, LEH, och förordningen (2006:637) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap, FEH, finns bestämmelser om vilka åtgärder kommuner och regioner ska vidta inför och vid fredstida krissituationer och höjd beredskap.

Bestämmelserna i LEH syftar, enligt 1 § LEH, bland annat till att kommuner och regioner ska minska sårbarheten i sin verksamhet och ha en god förmåga att hantera krissituationer i fred. Kommuner och regioner ska därigenom också uppnå en grundläggande förmåga till civilt försvar. Med extraordinär händelse avses, enligt 1 kap. 4 § LEH, en sådan händelse som avviker från det normala, innebär en allvarlig störning eller överhängande risk för en allvarlig störning i viktiga samhällsfunktioner och kräver skyndsamma insatser av en kommun eller en region.

Enligt 2 kap. 1 § LEH ska kommuner och regioner analysera vilka extraordinära händelser i fredstid som kan inträffa i kommunen respektive regionen och hur dessa händelser kan påverka den egna verksamheten. Resultatet av arbetet ska värderas och sammanställas i en risk- och sårbarhetsanalys. Kommuner och regioner ska, med beaktande av risk- och sårbarhetsanalysen, för varje ny mandatperiod fastställa en plan för hur de ska hantera extraordinära händelser.

[16] Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörningar, s. 24.
[17] Prop. 2005/06:133 s. 51 f.

Varje region ska, enligt 2 kap. 9 § LEH och 3 § FEH, hålla Socialstyrelsen och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap underrättade om vilka förberedelser som vidtagits inför extraordinära händelser och hur åtgärderna påverkat krisberedskapsläget. Vid extraordinära händelser ska regionerna lämna lägesrapporter och information om händelseutvecklingen, tillståndet och den förväntade utvecklingen samt om vidtagna och planerade åtgärder till Socialstyrelsen och länsstyrelsen.

Kommuner och regioner får, enligt 4 kap. 1 § LEH, på begäran lämna hjälp till andra kommuner och regioner som drabbats av en extraordinär händelse i fredstid, med rätt till skälig ersättning av den andra kommunen eller regionen.

Kommuner har ett geografiskt områdesansvar enligt 2 kap. 7 § LEH. Det innebär att kommuner inom sitt geografiska område i fråga om extraordinära händelser i fredstid ska verka för att olika aktörer i kommunen samverkar och uppnår samordning i planerings- och förberedelsearbetet, de krishanteringsåtgärder som vidtas av olika aktörer under en sådan händelse samordnas, och informationen till allmänheten under sådana förhållanden samordnas. Regioner har inte ett sådant ansvar. I stället har länsstyrelserna det geografiska områdesansvaret i länet (se nedan).

Bestämmelser om regionernas ansvar och beredskap finns också i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Regionen ska enligt 7 kap. 2 § HSL planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Planeringen av den katastrofmedicinska beredskapen ska utgå från risk- och sårbarhetsanalysen som regionen ska göra enligt 2 kap. 1 § LEH, vilket framgår av 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

Katastrofmedicinsk beredskap definieras som beredskap att bedriva hälso- och sjukvård i syfte att minimera följderna vid allvarlig händelse, enligt 2 kap. 1 § SOSFS 2013:22. Allvarlig händelse definieras där som händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt.

Regionerna ska ta fram en katastrofmedicinsk beredskapsplan, enligt 5 kap. 3 § SOSFS 2013:22. Av den ska det, enligt 5 kap. 4 § SOSFS 2013:22, framgå hur nödvändiga funktioner i hälso- och sjukvården ska larmas och aktiveras vid allvarlig händelse eller vid risk för sådan händelse, vem som ska leda och samordna hälso- och

sjukvården vid allvarlig händelse och vilka andra aktörer som regionen vid behov ska samverka med.

Föreskrifterna ställer också ett antal ytterligare krav på regionens planering, bland annat på att regionen, enligt 5 kap. 5 § SOSFS 2013:22, ska planera för samverkan vid allvarlig händelse. Regionen ska också, enligt 5 kap. 6 §, planera för hur nödvändiga funktioner ska bemannas vid allvarlig händelse och vilka kvalifikationer personalen ska ha för att den katastrofmedicinska beredskapen ska upprätthållas. Regionen ska exempelvis också planera för hur behovet av information till drabbade, allmänheten och företrädare för massmedia ska kunna tillgodoses vid allvarlig händelse eller vid risk för sådan händelse, enligt 5 kap. 11 §. Informationsinsatserna ska samordnas dels i den egna organisationen, dels vid behov med myndigheter och organisationer på lokal, regional och nationell nivå.

Av 4 kap. 1 § SOSFS 2013:22, framgår att varje region vid allvarlig händelse eller vid risk för sådan händelse ska ha förmåga att larma och aktivera de funktioner som är nödvändiga, leda och samordna berörda hälso- och sjukvårdsverksamheter, genomföra sjukvårdsinsatser i ett skadeområde, utföra sjuktransporter och på vårdenhet omhänderta drabbade samt samverka med andra aktörer på lokal, regional och nationell nivå.

3.5.3 Vissa statliga myndigheters ansvar

Regeringen styr riket och är ansvarig inför riksdagen enligt 1 kap. 6 § regeringsformen (1974:152). Det kan alltså sägas att regeringen har det geografiska områdesansvaret för hela landet. Regeringen ansvarar i första hand för strategiska frågor medan ansvaret för ledning och samordning av operativa åtgärder av nationell karaktär delegerats till central myndighetsnivå.[18]

För statliga myndigheter är förordningen (2015:1052) om krisberedskap och bevakningsansvariga myndigheters åtgärder vid höjd beredskap (krisberedskapsförordningen) central för ansvarsfördelningen inom ramen för krisberedskapsarbetet. Förordningen syftar, enligt 1 §, till att statliga myndigheter genom sin verksamhet ska minska sårbarheten i samhället och utveckla en god förmåga att hantera sina uppgifter under fredstida krissituationer och inför och

[18] Prop. 2005/06:133 s. 55.

vid höjd beredskap. I förordningen finns föreskrifter som dels reglerar krisberedskapen, dels ansluter till vad som föreskrivs i lagen (1992:1403) om totalförsvar och höjd beredskap i fråga om civil verksamhet.

Av förordningen framgår bland annat, enligt 5 §, att varje myndighet vars ansvarsområde berörs av en krissituation ska vidta de åtgärder som behövs för att hantera konsekvenserna av denna. Myndigheterna ska samverka och stödja varandra vid en sådan krissituation. Varje myndighet ska också enligt 8 §, i syfte att stärka sin egen och samhällets krisberedskap, analysera om det finns sådan sårbarhet eller sådana hot och risker inom myndighetens ansvarsområde som synnerligen allvarligt kan försämra förmågan till verksamhet inom området.

Länsstyrelsen är geografiskt områdesansvarig myndighet inom länet, enligt 7 § förordningen (2017:868) med länsstyrelseinstruktion. I 4 § förordningen (2017:870) om länsstyrelsernas krisberedskap och uppgifter vid höjd beredskap anges att länsstyrelsen ska vara sammanhållande för krisberedskapen inom sitt geografiska område samt före, under och efter en kris verka för samordning och gemensam inriktning av de åtgärder som behöver vidtas. Enligt samma paragraf ska länsstyrelserna bland annat ansvara för att en samlad regional lägesbild sammanställs vid krissituationer, stödja de aktörer som är ansvariga för krisberedskapen i länet när det gäller planering, risk- och sårbarhetsanalyser samt utbildning och övning, och upprätta regionala risk- och sårbarhetsanalyser som ska kunna användas som underlag för egna och andra berörda aktörers krisberedskapsåtgärder. Varje länsstyrelse ska, enligt 6 § krisberedskapsförordningen, inom sitt geografiska område, i fråga om krissituationer vara en sammanhållande funktion mellan lokala aktörer, som exempelvis kommuner, regioner och näringsliv, och den nationella nivån. Länsstyrelserna ska även verka för att regionala risk- och sårbarhetsanalyser sammanställs, nödvändig samverkan inom länet och med närliggande län sker kontinuerligt, under en kris samordna verksamhet mellan kommuner, regioner och myndigheter, och att informationen till allmänheten och företrädare för massmedia under sådana förhållanden samordnas.

Utöver länsstyrelsernas geografiska områdesansvar, har vissa andra myndigheter ett särskilt ansvar för krisberedskap. I krisberedskapsförordningens bilaga utpekas sex så kallade samverkansområ-

den och myndigheter som ingår i dessa. Inom samverkansområdena bedrivs planering för att främja en helhetssyn i planeringen för krisberedskap och höjd beredskap, enligt 7 § krisberedskapsförordningen. Inom samverkansområdet Skydd, undsättning och vård ingår bland annat E-hälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, kommuner och regioner.

Enligt 10 § krisberedskapsförordningen åligger det de myndigheter som har ett särskilt utpekat ansvar för krisberedskapen att bland annat samverka med länsstyrelserna i deras roll som områdesansvarig myndighet, samverka med övriga statliga myndigheter, kommuner, regioner, sammanslutningar och näringsidkare som är berörda, och att beakta det samarbete som sker inom Europeiska unionen och internationella forum i frågor som rör samhällets krisberedskap. Under en kris ska dessa myndigheter också hålla regeringen informerad om händelseutvecklingen, tillståndet, den förväntade utvecklingen och tillgängliga resurser inom respektive ansvarsområde samt om vidtagna och planerade åtgärder.

Socialstyrelsens särskilda ansvar för krisberedskapsarbetet utpekas, utöver i bilagan till krisberedskapsförordningen, också i myndighetens instruktion. Enligt 8 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen, har Socialstyrelsen ett samlat ansvar för att expertis utvecklas och upprätthålls samt att kunskap sprids om katastrofmedicin och krisberedskap inom myndighetens verksamhetsområde. Myndigheten ska också verka för att expertis inom dessa områden står till samhällets förfogande vid kriser och katastrofer.

Även Myndigheten för samhällsskydd och beredskap har ett särskilt ansvar i krisberedskapsarbetet. Myndigheten ansvarar för frågor om skydd mot olyckor, krisberedskap och civilt försvar, i den utsträckning inte någon annan myndighet har ansvaret, enligt 1 § förordningen (2008:1002) med instruktion för Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Ansvaret avser åtgärder före, under och efter en olycka, kris, krig eller krigsfara. Myndigheten ska bland annat utveckla och stödja samhällets beredskap mot olyckor och kriser, vara pådrivande i arbetet med förebyggande och sårbarhetsreducerande åtgärder och arbeta med och verka för samordning mellan berörda samhällsaktörer för att förebygga och hantera bland annat olyckor och kriser. Enligt 7 § ska myndigheten stödja berörda myndigheters samordning av åtgärder vid en kris eller vid höjd beredskap. Myndigheten ska se till att berörda aktörer, när det gäller

krishantering och civilt försvar, får tillfälle att samordna åtgärder och samordna information till allmänhet och medier. Den ska också se till att berörda aktörer får tillfälle att effektivt använda samhällets samlade resurser och internationella förstärkningsresurser och samordna stödet till centrala, regionala och lokala organ i fråga om information och lägesbilder. Myndigheten ska ha förmåga att bistå Regeringskansliet med underlag och information i samband med allvarliga olyckor och kriser.

Det kan i sammanhanget nämnas att Utredningen om civilt försvar föreslår en ny struktur för de statliga myndigheternas arbete med beredskap. Bland annat föreslås att samverkansområdena avvecklas och att statliga myndigheter i stället delas in i beredskapssektorer som organiseras med utgångspunkt i samhällsviktiga verksamheter och funktioner som är av särskild betydelse att upprätthålla i fredstida krissituationer och vid höjd beredskap. En myndighet i varje beredskapssektor föreslås få ett mandat att inrikta och samordna arbetet inom sektorn.[19] I dag har ingen myndighet pekats ut som ansvarig för den övergripande planeringen inom respektive samverkansområde, utan de utpekade myndigheterna har enligt förarbetena ett gemensamt ansvar för att säkerställa planeringen inom området.[20] Däremot har Myndigheten för samhällsskydd och beredskap enligt 7 § krisberedskapsförordningen ett ansvar att, i samverkan med de myndigheter som ingår i samverkansområdena, utveckla formerna för arbetet i samverkansområdena och även i övrigt ansvar för att verka för samordning mellan berörda samhällsaktörer enligt ovan.

3.6 Bestämmelser till skydd för den personliga integriteten

Av utredningens direktiv följer att utredningen särskilt ska beakta att skyddet för den personliga integriteten säkerställs. I sin konsekvensbeskrivning redogör utredningen för på vilket sätt detta har beaktats och hur utredningens förslag berör den personliga integriteten. Här ges en övergripande beskrivning av det regelverk som utredningen fäst särskild vikt vid i det avseendet.

[19] *Utredningen om civilt försvar, Struktur för ökad motståndskraft* (SOU 2021:25).
[20] Prop. 2001/02:158 s. 38.

Skyddet för den personliga integriteten och rätten till respekt för privatlivet skyddas både av internationella regelverk och av nationell rätt. På internationell nivå kan bland annat Förenta nationernas (FN:s) allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna nämnas. Den är inte formellt bindande, men ger till stora delar uttryck för gällande sedvanerätt. Enligt förklaringens artikel 12 får ingen utsättas för godtyckligt ingripande i fråga om privatliv, familj, hem eller korrespondens och inte heller för angrepp på sin heder eller sitt anseende, och var och en har rätt till lagens skydd mot sådana ingripanden och angrepp. Inskränkningar är endast möjliga under vissa förutsättningar, enligt artikel 29. Den personliga integriteten berörs också i ett antal FN-konventioner. Exempelvis framgår av artikel 16 i FN:s konvention om barnets rättigheter att barn har rätt till lagens skydd mot godtyckliga eller olagliga ingripanden i sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens samt mot olagliga angrepp på sin heder och sitt anseende.

Även artikel 8 i den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) skyddar rätten till privat- och familjeliv. Enligt den artikeln har var och en rätt till skydd för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. Offentlig myndighet får inte ingripa i denna rättighet annat än med stöd av lag och om det i ett demokratiskt samhälle är nödvändigt med hänsyn till den nationella säkerheten, den allmänna säkerheten eller landets ekonomiska välstånd, till förebyggande av oordning eller brott, till skydd för hälsa eller moral eller till skydd för andra personers fri- och rättigheter. Europakonvention gäller som lag i Sverige enligt lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna. Ingen lag eller föreskrift får meddelas i strid med Sveriges åtaganden enligt Europakonventionen (2 kap. 19 § regeringsformen). Europarådets ministerkommitté har också antagit en konvention (nr 108) till skydd för enskilda vid automatisk databehandling av personuppgifter (dataskyddskonventionen), som syftar till att skydda den enskildes rätt till integritet och privatliv vid behandling av personuppgifter.

Vidare skyddar den Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (EU-stadgan) bland annat individers rätt till personlig integritet, främst genom artikel 3 om människans rätt till

integritet, artikel 7 om respekt för privatlivet och familjelivet och artikel 8 om skyddet för personuppgifter.

Ett centralt regelverk om behandling av personuppgifter är också Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG, dataskyddsförordningen. Dataskyddsförordningen syftar bland annat till att skydda fysiska personers grundläggande rättigheter och friheter, särskilt deras rätt till skydd för personuppgifter. Med personuppgift avses enligt artikel 4, varje upplysning som avser en identifierad eller identifierbar fysisk person, varvid en identifierbar fysisk person är en person som direkt eller indirekt kan identifieras särskilt med hänvisning till en identifierare som ett namn, ett identifikationsnummer, en lokaliseringsuppgift eller online-identifikatorer eller en eller flera faktorer som är specifika för den fysiska personens fysiska, fysiologiska, genetiska, psykiska, ekonomiska, kulturella eller sociala identitet. Vid behandling av personuppgifter gäller de grundläggande principerna enligt artikel 5. Dessa är principer om laglighet, korrekthet och öppenhet, ändamålsbegränsning, uppgiftsminimering, riktighet, lagringsminimering, integritet och konfidentialitet samt ansvarsskyldighet. För att behandling av personuppgifter ska vara tillåten måste det även finnas en rättslig grund för behandlingen enligt artikel 6. Dessutom innehåller dataskyddsförordningen ett antal ytterligare villkor och krav på personuppgiftsbehandlingen, bland annat i fråga om känsliga personuppgifter, den enskildes rättigheter, inbyggt dataskydd, dataskydd som standard och säkerhet i samband med personuppgiftsbehandlingen.

På nationell nivå är skyddet för den personliga integriteten reglerad i grundlag. Enligt målsättningsstadgandet i 1 kap. 2 § första stycket regeringsformen ska den offentliga makten utövas med respekt för bland annat den enskilda människans frihet. I fjärde stycket samma paragraf anges att det allmänna ska värna om den enskildes privat- och familjeliv. I 2 kap. 6 § regeringsformen finns en grundlagsstadgad rätt till skydd mot bland annat påtvingat kroppsligt ingrepp och skydd för den personliga integriteten. Skyddet enligt denna bestämmelse kan begränsas endast enligt den ordning som föreskrivs i 2 kap. 20–22 §§ regeringsformen. Enligt 2 kap. 21 § regeringsformen får begränsningar göras endast för att tillgodose

ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Begränsningen får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den och inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. Begränsningen får inte göras enbart på grund av politisk, religiös, kulturell eller annan sådan åskådning.

Det finns också andra författningar på nationell nivå som syftar till att skydda den personliga integriteten. Relevanta författningar när det gäller behandling av personuppgifter är exempelvis lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning, dataskyddslagen, som kompletterar dataskyddsförordningen, och patientdatalagen (2008:355), som bland annat reglerar vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården.

Skyddet för den personliga integriteten upprätthålls även av bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt, till exempel i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och PSL, som bland annat innehåller bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt för uppgifter om enskilds hälsotillstånd och andra personliga förhållanden inom hälso- och sjukvården.

Kraven på god vård innebär, enligt 5 kap. 1 § HSL, bland annat att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Patientlagen syftar, enligt 1 kap. 1 §, bland annat till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. I lagen anges, i 4 kap. 1 §, att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras och, i 10 kap. 1 §, att personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att patientens och övriga registrerades integritet respekteras. Enligt 6 kap. 1 § PSL ska vården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten, och patienten ska visas omtanke och respekt.

4 Väntetiderna i hälso- och sjukvården – en svår utmaning

I detta kapitel redovisas utvecklingen av väntetider i vården och insatser som utförts av såväl staten som regionerna för att korta väntetiderna.

4.1 Utvecklingen av väntetider i vården går åt fel håll

Under 1960-talet rapporterade Socialstyrelsen för första gången om långa väntetider inom vården. Genom åren har problemen med väntetider och köer fortsatt trots omfattande insatser såväl av staten som regionerna. Åtgärderna tycks inte ha fått några långsiktiga bestående resultat trots det omfattande arbetet som vården utfört.

4.1.1 Trots vårdgaranti försämras väntetiderna i specialiserad vård

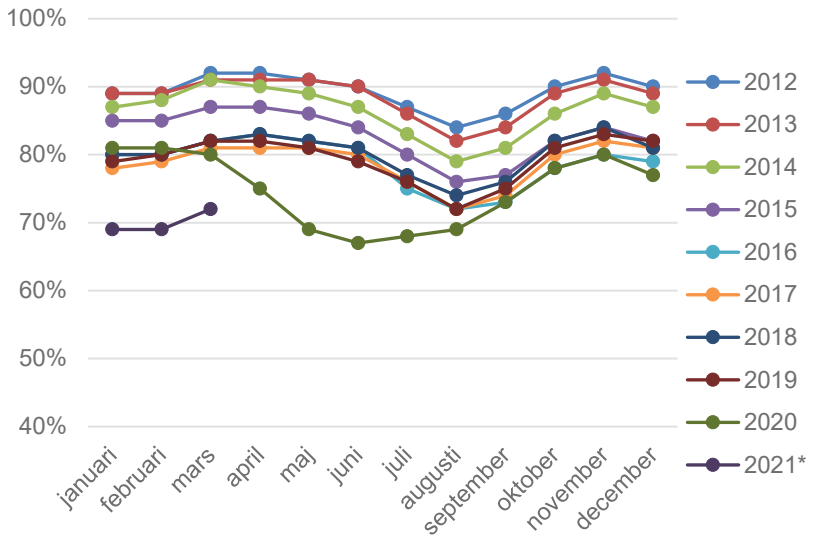
Utredningen har jämfört utvecklingen under åren 2012 till 2021 vad avser första besök i specialiserad vård inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården. Det är den längsta tid som den enskilde ska behöva vänta på första besök i den specialiserade vården enligt vårdgarantin. Tiden regleras i 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF. Utredningen kan konstatera att andelen patienter som erhållet sitt besök inom den tiden har sjunkit för varje år, se figur 4.1.

Den 31 december 2019 väntade 293 561 patienter på första besök i specialiserad vård (exklusive patientvald väntan) enligt Sveriges Kommuners och Regioners (SKRs) väntetidsdatabas publicerat på

vantetider.se. Av dessa hade 53 506 patienter väntat längre än 90 dagar. Den 31 december 2020 väntade 282 407 patienter på första besök i specialiserad vård (exklusive patientvald väntan). Av dessa hade 64 688 väntat längre än 90 dagar.

Figur 4.1 Andel patienter som väntat högst 90 dagar på första besök i den specialiserade vården

Utgår från antalet patienter på väntelistorna i slutet av varje månad, 2012–2021. Observera att y-axeln inte startar vid 0.



* Fr.o.m. januari 2021 används en ny modell för rapportering av väntetiderna. Den innebär bland annat att besök hos fler professioner och vårdområden ingår i modellen. Det medför att resultaten för 2021 inte är fullt jämförbara med tidigare år. Å andra sidan bör det ge en mer fullständig bild av första besöken inom specialiserad vår på sikt.

Not: Patientvalt och medicinskt orsakat väntande ingår inte.

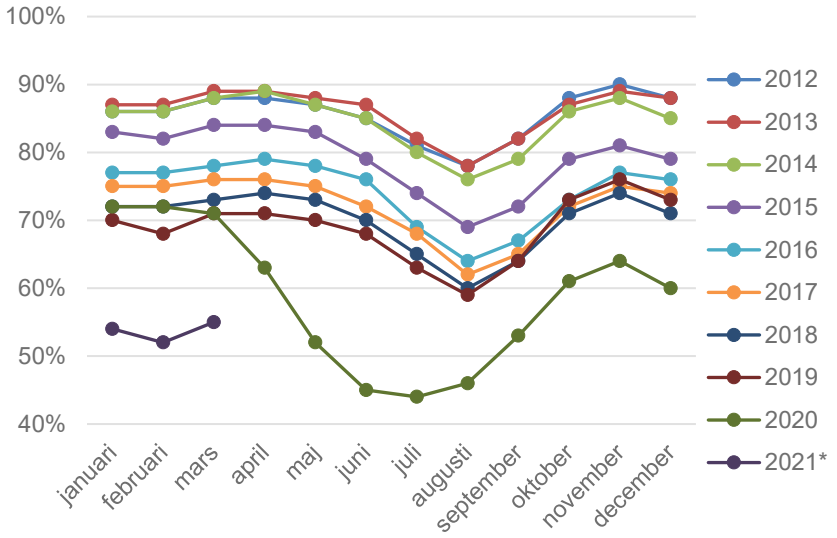
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR) via vantetider.se.

Utredningen har på samma sätt jämfört utvecklingen under åren 2012 till och med 2021 vad avser operation eller annan åtgärd och kan konstatera att även andelen patienter som erhållit detta inom 90 dagar har sjunkit för varje år, se figur 4.2. Enligt den författningsreglerade vårdgarantin ska den enskilde få planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården. Det anges i 6 kap. 1 § HSF.

Den 31 december 2019 väntade 123 651 patienter på operation eller annan åtgärd i specialiserad vård (exklusive patientvald väntan) enligt SKR:s väntetidsdatabas publicerat på vantetider.se. Av dessa hade 33 476 väntat längre än 90 dagar. Den 31 december 2020 väntade 126 101 patienter på operation eller annan åtgärd i specialiserad vård (exklusive patientvald väntan). Av dessa hade 51 047 väntat längre än 90 dagar. Till detta kommer patientvald väntan (PPV-andel patienter som själva valt att avstå från erbjuden tid inom vårdgarantins gräns) som ökat från 5 procent år 2019 till 8 procent år 2020. I avsnitten 4.1.4–4.1.5 har utredningen tittat närmre på väntetiderna över 90 dagar i specialiserad vård.

Figur 4.2 Andel patienter som väntat högst 90 dagar på operation eller andra åtgärder i den specialiserade vården

Utgår från antalet patienter på väntelistorna i slutet av varje månad, 2012–2021. Observera att y-axeln inte startar vid 0.



* Fr.o.m. januari 2021 används en ny modell för rapportering av väntetiderna. Den innebär bland annat att fler vårdområden ingår i modellen. Det medför att resultaten för 2021 inte är fullt jämförbara med tidigare år. Å andra sidan bör det ge en mer fullständig bild av åtgärder inom specialiserad vård på sikt.

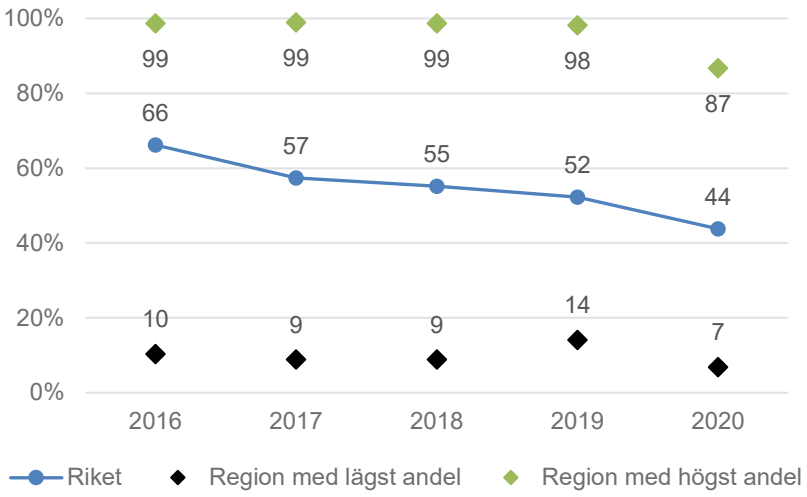
Not: Patientvalt och medicinskt orsakat väntande ingår inte.

Källa: Väntetidsdatabasen (SKR) via vantetider.se.

4.1.2 Stora skillnader i regionernas väntetider

Det finns stora variationer mellan regionerna. Förutom att patienten inte får vård inom den författningsreglerade tiden, är vården inte heller jämlik över Sverige. Ett exempel är andelen patienter som erhållit knäprotesoperation inom 90 dagar. Andelen patienter som erhållit knäprotesoperation inom 90 dagar har försämrats genom åren. Här redovisat i ”Vården i siffror” för åren 2016–2020[1].

Figur 4.3 Andel patienter som fått knäprotesoperation inom 90 dagar, 2016–2020



Not: Avser måttet *genomförda* inom 90 dagar, det vill säga andelen av alla genomförda operationer som gjorts med patienter som vid genomförandet hade väntat högst 90 dagar. Exklusive patientvald och medicinskt orsakad väntan.
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR). Hämtat från Vården i siffror.

År 2020 var andelen patienter som fått sin knäoperation inom 90 dagar 43,8 procent i riket, men siffran varierade stort mellan regionerna. I Region Halland hade 86,7 procent fått operationen utförd inom 90 dagar, i Region Dalarna 6,9 procent.

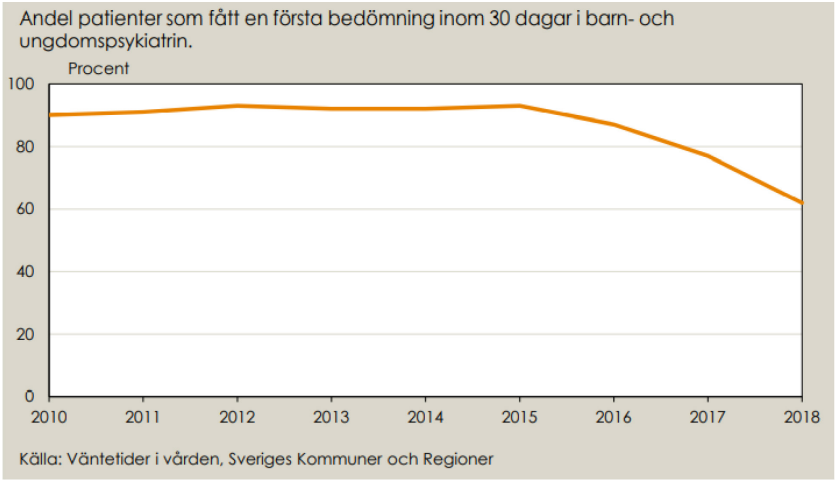
Ett annat exempel är barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) som länge haft bristande tillgänglighet. År 2009 kom regeringen och SKR överens om en målsättning om en förstärkt vårdgaranti som skulle uppfyllas av regionerna år 2011. Målsättningen är att barn och ung-

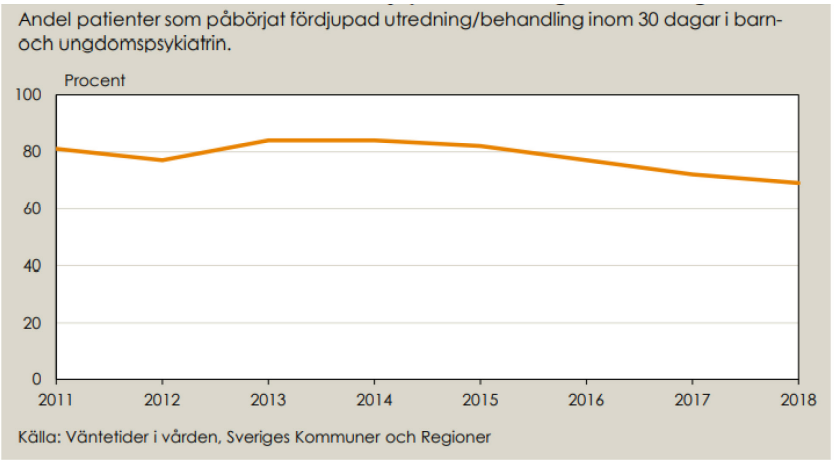
[1] SKR. Väntetider i vården.

domar inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar på en fördjupad utredning eller behandling.

Socialstyrelsen redovisade utfallet 2010–2018 enligt figur 4.4 i rapporten: *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga*, Öppna jämförelser 2019.

Figur 4.4 Väntetid till första bedömning respektive fördjupad utredning och behandling inom barn-och ungdomspsykiatri





Källa: Socialstyrelsen. 2020. Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga, Öppna jämförelser 2019.

Det är tydligt att målen för barn- och ungdomspsykiatrin inte har nåtts. Bidragande till detta är att antalet barn och unga med psykisk ohälsa har ökat genom åren. Socialstyrelsen redovisade för år 2016 att 10 procent av alla pojkar och 15 procent av alla flickor hade haft minst ett vårdtillfälle inom slutenvården eller öppen specialistvård för någon psykiatrisk diagnos eller minst ett läkemedelsuttag av psykofarmaka, där förskrivningar inom primärvården ingick.[2] Utredningen har inte funnit senare uppdaterade data för jämförelse men i en rapport från SKR anges att mellan åren 2016–2019 ökade både antal individer och antal besök inom barn- och ungdomspsykiatrin. Ungefär 10 procent fler individer fick insatser inom barn- och ungdomspsykiatrin år 2019 jämfört med år 2016. Nationella data för första linjens vård saknas. Variationerna mellan regionerna är mycket stora.[3]

I överenskommelsen om kömiljard för år 2020 är kraven på barn- och ungdomspsykiatrin lägre än vid starten år 2009. För att kvalificera sig för prestationsmedel ska minst 72 procent av de genomförda besöken, utredningarna respektive behandlingarna ha skett inom 30 dagar. Om regionen har fler än 20 barn eller ungdomar som väntar på besök, utredning respektive behandling ska regionen även uppfylla kravet om att minst 72 procent av de väntande har väntat högst 30 dagar.

Utredningen har i uppdrag att bedöma om målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning och behandling inom BUP bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti. Detta uppdrag ska redovisas i huvudbetänkandet i maj 2022.

4.1.3 Covid-19-pandemin ökar väntetiderna ytterligare

Under år 2020 drabbades Sverige av coronavirus och den 10 mars 2020 slog Folkhälsomyndigheten fast att det förelåg en samhällsspridning. Under våren 2020 genomgick Sverige det vi i efterhand kallar den första vågen av covid-19-pandemin. Därefter avtog insjuknandet i covid-19 för att återigen öka från och med oktober 2020 när den andra vågen startade.

[2] Socialstyrelsen 2017. *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna – till och med 2016.*
[3] SKR.2020. *Första linjen 2020 – Nulägesbeskrivning av hälso- och sjukvårdens första linje för barn och ungas psykiska hälsa.*

Socialstyrelsen har redovisat utvecklingen av väntetider och vårdproduktion under den första och andra covid-19-vågen till och med januari 2021 i en rapport i maj 2021 Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården. Covid-19-pandemin har totalt sett lett till färre genomförda besök och behandlingar inom hälso- och sjukvården. Effekterna var som störst under den första vågen, främst under april–maj 2020, men produktionen ökade sedan från augusti 2020, både inom primärvården och den specialiserade vården.

När det gäller den specialiserade vården hade samtliga regioner återupptagit stora delar av sin normala operationsproduktion i mitten av oktober. Men sedan tog en andra smittspridningsvåg fart, vilken medförde att vården på nytt behövde ställa om och ställa in planerad vård.

Det har enligt Socialstyrelsen gjorts 14 procent, eller omkring 290 400, färre första besök i specialiserad vård under pandemins första två vågor. Nedgången syns inom alla specialiteter men var som störst inom öron-näsa-halssjukvård, ortopedi och barn- och ungdomsmedicin. I januari 2021 var antalet som väntat längre än vårdgarantins 90 dagar på ett första besök i specialiserad vård omkring 91 800. Antalet väntande var som störst för ögonsjukvård medan andelen väntande var störst inom allergisjukvården, där drygt 5 av 10 väntat över 90 dagar.

Socialstyrelsens analys visar att antalet *operationer* minskade med totalt 22 procent (100 897) under pandemins första och andra våg, det vill säga mellan mars 2020 och januari 2021 jämfört med motsvarande period under åren 2019–2020 (underlaget hämtat från kvalitetsregistret SPOR, *Svenskt Perioperativt register).* När det gäller *operationer eller andra åtgärder* syns de största minskningarna inom områdena ortopedi, allmän kirurgi och ögonsjukvård, under perioden mars-december 2020 (underlag hämtat från väntetidsdatabasen). Procentuellt minskade *operationerna* ungefär lika mycket i alla åldersgrupper (underlag hämtat från SPOR). För barn 0–17 år handlade det om runt 9 700 färre operationer mellan mars 2020 och januari 2021. I den åldersgruppen var det planerade operationer i munnen och svalget som minskade mest. Den största minskningen i antal operationer hos äldre mer än 70 år gällde höftleds- och låroperationer.

Analysen visar också att det har blivit fler patienter som väntar längre än vårdgarantins 90 dagar på en operation eller annan åtgärd.

Totalt var det i januari 2021 nästan 55 700 personer som väntat längre än 90 dagar på operationer och andra åtgärder inom specialiserad vård. Det innebär att omkring hälften av alla de som väntade på en operation eller annan åtgärd i början av året 2021 fick vänta längre än vårdgarantins gräns.

Ingen skillnad i andel kvinnor och män som väntat längre än 90 dagar

Socialstyrelsen gjorde också en jämförelse för december 2019 respektive december 2020 mellan kvinnor och män. Varken år 2019 eller år 2020 sågs några tydliga skillnader mellan kvinnor och män i hur stor andel som fått vänta längre än 90 dagar. Kvinnor utgör trots detta en större andel av de väntande, både vad gäller kortare och längre väntetider, eftersom fler kvinnor än män besöker vården och genomgår fler operationer eller andra åtgärder som täcks av vårdgarantin.

Väntetider över 90 dagar har ökat för flickor och pojkar

Nedan redovisas uppgifter från SKR:s väntetidsdatabas från 16 regioner och de verksamheter i dessa regioner som rapporterat information där ålder ingår. Uppgifter saknas för fem regioner vilket innebär att det totala antalet barn som väntar på vård i Sverige kan antas vara högre än de uppgifter som lämnas här.

Över 8 500 barn och unga har väntat längre än 90 dagar på första besök i specialiserad vård

Utredningen konstaterar att antalet barn och unga i åldern 0–19 år som väntade på första besök i specialiserad vård totalt sett minskade i december 2020 jämfört december 2019 men att de som har väntat längre än 90 dagar ökade från 6 348 till 8 516. Exklusive patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan ökade antalet som väntat från 5 076 till 6 830. Det är fler pojkar än flickor som väntat längre än 90 dagar, men andel pojkar respektive andel flickor som väntat längre än 90 dagar är jämn, 23 respektive 22 procent.

Tabell 4.1 Antal barn och unga i åldern 0–19 år som väntade på första besök i specialiserad vård i december 2020 respektive 2019, i 16 av 21 regioner

Procent anges i parentes

	Totalt antal väntande	Varav flickor som väntat mer än 90 dagar	Varav pojkar som väntat mer än 90 dagar	Total antal pojkar och flickor son väntat mer än 90 dagar
December 2020 totalt	34 229	3 957 (24)	4 559 (25)	8 516 (25)
December 2020 exklusive patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan	30 545	3 179 (22)	3 651 (23)	6 830 (22)
December 2019 totalt	35 044	2 910 (18)	3 438 (19)	6 348 (18)
December 2019 exklusive patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan	31 347	2 303 (16)	2 773 (17)	5 076 (16)

Källa: Väntetidsdatabasen (SKR).

Över hälften väntade mer än 30 dagar på första besök till barn- och ungdomspsykiatrin, december 2020

För barn och unga som väntar på vård inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP), där målsättningen om 30 dagar till första besök gäller, har antalet och andelen som väntat längre än 30 dagar ökat mellan december 2019 och december 2020.

I december 2020 var det över 50 procent av flickorna och pojkarna som hade väntat längre än 30 dagar och det var fler pojkar än flickor som väntat. Det var 849 flickor (53 procent) och 1033 pojkar (56 procent) som väntat mer än 30 dagar exklusive patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan.

I december 2019 var det 538 flickor (38 procent) och 827 pojkar (44 procent) som väntat mer än 30 dagar till första besök, exklusive patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan.

Över hälften av de barn och unga som väntade på operation eller annan åtgärd hade väntat mer än 90 dagar, december 2020

Utredningen har också undersökt väntan på operation eller annan åtgärd i specialiserad vård, för barn och unga i åldern 0–19 år. Andelen flickor och pojkar som väntat längre än 90 dagar var högre i december 2020 jämfört med december 2019 och det var över 50 procent av dem som väntade på operation eller annan åtgärd som fått vänta längre än 90 dagar på vård, inom de 16 regioner som ingår.

I december 2020 var det 1 374 flickor och 1 990 pojkar som väntat längre än 90 dagar på operation eller annan åtgärd. Exklusive patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan var det 1 074 flickor respektive 1 602 pojkar som väntat längre än 90 dagar på operation eller annan åtgärd, se tabell 4.2.

Tabell 4.2 Antal barn och unga i åldrarna 0–19 år som väntat på operation eller annan åtgärd inom den specialiserade vården i december 2020 respektive 2019, i 16 av 21 regioner

Procent anges i parentes

	Totalt antal väntande	Varav flickor som väntat mer än 90 dagar	Varav pojkar som väntat mer än 90 dagar	Totalt antal flickor och pojkar som väntat mer än 90 dagar
December 2020 totalt	6 261	1 374 (53)	1 990 (54)	3 364 (54)
December 2020 exklusive patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan	5 285	1 074 (49)	1 602 (52)	2 676 (51)
December 2019 totalt	6 000	896 (37)	1 417 (40)	2 313 (39)
December 2019 exklusive patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan	4 910	673 (33)	956 (33)	1 629 (33)

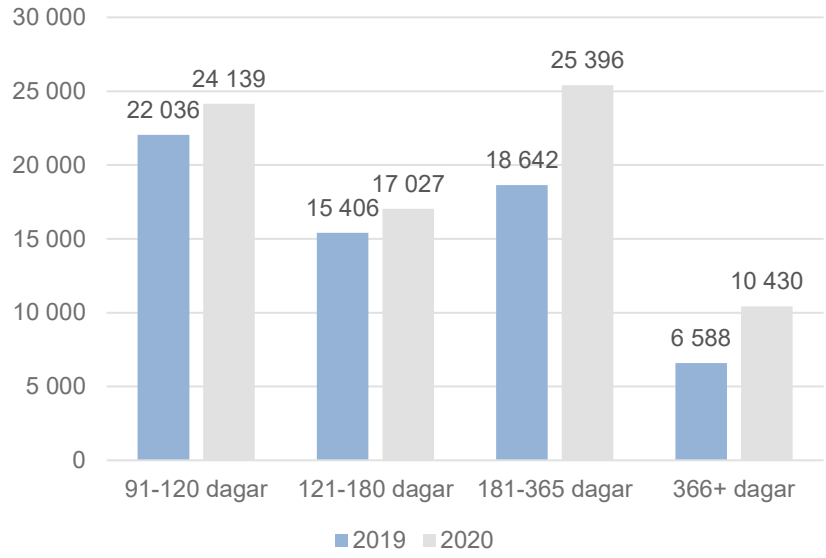
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR).

4.1.4 Många har väntat i flera år på första besök

När väntetider redovisas av SKR publikt på vantetider.se framgår hur många som väntat över 90 dagar till första besök och operation eller annan åtgärd i specialiserad vård. Hur länge dessa patienter väntat framgår dock inte. Utredningen har tagit del av de data som finns i SKR:s väntetidsdatabas för samtliga regioner år 2019 och 2020, här kallade *aggregerade* data. Dessa data möjliggör uppföljning av intervall t.o.m. 365 dagar, därefter enbart väntande mer än 366 dagar. 16 regioner har dessutom en längre tid rapporterat in mer detaljerade data, här kallade *detaljerade* data. Av dessa framgår det exakta antalet dagar som varje patient väntat. De fem regioner som saknas i underlaget är: Blekinge, Kalmar län, Kronoberg, Skåne och Östergötland.

Av aggregerade data framgår att 31 december 2019 hade 62 672 patienter (inklusive patientvald väntan) väntat mer än 90 dagar på sitt första besök i specialiserad vård. 31 december 2020 var antalet 76 992. Allt fler patienter väntade allt längre vilket figur 4.5 visar.

Figur 4.5 **Antal patienter som hade väntat mer än 90 dagar för första besök i den specialiserade vården, fördelat på olika tidsintervall, december 2019 och 2020**



Not: I siffrorna ingår patienter som registrerats som patientvalt väntande. Medicinskt orsakat väntande ingår inte.
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR).

Utredningen konstaterar att bland de som väntat mer än 180 dagar 31 december 2020 fanns det största antalet inom ögonsjukvård och öron-näsa-halssjukvården. Bland regionerna fanns det största antalet väntande i Västra Götalandsregionen, efterföljd av Region Skåne och Region Norrbotten.

Tabell 4.3 Antal patienter som hade väntat över 180 dagar (6 månader) på första besök i den specialiserade vården i december 2020

De fem vårdområden och regioner där flest patienter fanns

Vårdområde	Antal patienter	Andel av alla som väntat över 180 dagar, procent	Region	Antal patienter	Andel av alla som väntat över 180 dagar, procent
Ögonsjukvård	8 779	25	Västra Götaland	8 266	23
Öron-näsa-hals	5 321	15	Skåne	4 537	13
Allmän kirurgi	3 280	9	Norrbotten	3 540	10
Kvinnosjukvård	3 183	9	Stockholm	3 074	9
Ortopedi	3 145	9	Västernorrland	2 126	6
Övriga	12 118	34	Övriga	14 283	40

Not: I siffrorna ingår patienter som registrerats som patientvalt väntande. Medicinskt orsakat väntande ingår inte.
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR).

En fullständig lista över antalet väntande, mer än 180 dagar respektive mer än 1 år, till första besök 31 december 2020, inom de verksamhetsområden som då följdes upp i väntetidsdatabasen, samt inom regionerna finns i bilaga 2.

Om man i stället redovisar verksamheter med högst andel av de väntande som väntat mer än 180 dagar har allergisjukvården det sämsta läget med 26 procent. Bland regionerna är det Norrbotten där andelen är 32 procent, följd av Västernorrland, Värmland och Gävleborg, se tabell 4.4.

Tabell 4.4 Andel patienter som hade väntat över 180 dagar (6 månader) på första besök i den specialiserade vården december 2020

De fem vårdområden och regioner med störst andel patienter som väntat över 180 dagar. Avser andel av alla patienter som väntade på första besök inom vårdområdet respektive regionen.

Vårdområde	Antal patienter	Andel av alla som väntar inom vård-området, procent	Region	Antal patienter	Andel av alla som väntar inom regionen, procent
Allergisjukvård	838	26	Norrbotten	3 540	32
Lungsjukvård	933	25	Västernorrland	2 126	22
Spec. smärtmott.	422	20	Värmland	1 827	21
Allmän internmedicin	1 125	19	Gävleborg	1 960	21
Ögonsjukvård	8 779	18	Jämtland Härjedalen	751	19

Not: I siffrorna ingår patienter som registrerats som patientvalt väntande. Medicinskt orsakat väntande ingår inte.
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR).

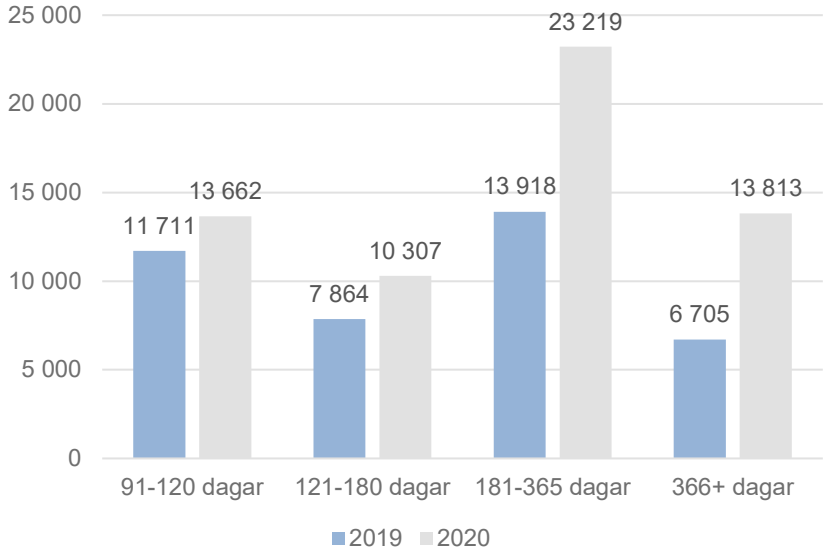
I bilaga 2 redovisas också andelen väntande mer än 180 dagar respektive 1 år i december 2020.

Av det detaljerade underlaget framgår att 1 490 patienter (inklusive patientvald och medicinskt orsakad väntan) hade väntat mer än 2 år och 548 hade väntat mer än 3 år i december 2020. Det bör noteras att underlaget endast är 16 regioner. Fördelning mellan kvinnor och män och uppdelning i åldersintervall finns i bilaga 2.

4.1.5 Många väntar i flera år på operation/åtgärd

Av aggregerade data framgår att 31 december 2019 hade 40 198 patienter (inklusive patientvald väntan) väntat mer än 90 dagar på sin operation eller åtgärd i specialiserad vård. 31 december 2020 var antalet 61 001. Allt fler patienter väntade allt längre vilket figur 4.6 visar.

Figur 4.6 **Antal patienter som hade väntat mer än 90 dagar på operation eller annan åtgärd, fördelat på olika tidsintervall, december 2019 och 2020**



Not: I siffrorna ingår patienter som registrerats som patientvalt väntande. Medicinskt orsakat väntande ingår inte.
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR).

Drygt 25 procent av alla väntande på operation eller annan åtgärd har väntat mer än 180 dagar. Av de som väntat mer än 180 dagar 31 december 2020 återfanns de flesta inom ortopedi. Den region som redovisade flest antal väntande mer än 180 dagar var Västra Götalandsregionen. I bilaga 2 redovisas antal och andel för väntande mer än 180 dagar uppdelat per region och även per verksamhetsområde.

Tabell 4.5 Antal patienter som hade väntat över 180 dagar (6 månader) på operation eller annan åtgärd i december 2020

De fem vårdområden och regioner där flest patienter fanns

Vårdområde	Antal patienter	Andel av alla som väntat över 180 dagar, procent	Region	Antal patienter	Andel av alla som väntat över 180 dagar, procent
Ortopedi	9 378	25	Västra Götaland	7 826	21
Kirurgi	5 930	16	Skåne	5 719	15
Öron, näsa, hals	4 272	12	Stockholm	3 021	8
Ögon	3 293	9	Värmland	2 487	7
Handkirurgi	3 105	8	Dalarna	2 213	6
Övriga	11 054	30	Övriga	15 766	43

Not: I siffrorna ingår patienter som registrerats som patientvalt väntande. Medicinskt orsakat väntande ingår inte.
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR).

Även för väntande mer än 1 år var antalet väntande högst för ortopedi och bland regionerna var det även här flest väntande i Västra Götalandsregionen, efterföljt av Region Skåne och Region Stockholm. En fullständig lista över antalet väntande mer än 1 år till operation eller annan åtgärd 31 december 2020, inom de verksamhetsområden som då följdes upp i väntetidsdatabasen, samt inom regionerna finns i bilaga 2.

Av detaljerade data från de 16 regioner som ingår framgår att antalet långväntare 2020 har försämrats påtagligt jämfört 2019. I december 2020 hade 2 287 patienter väntat mer än 2 år på operation eller annan åtgärd, varav 613 patienter hade väntat mer än 3 år. Fördelning mellan kvinnor och män och uppdelning i åldersintervall för år 2020 finns i bilaga 2.

Av de som väntat allra längst utgörs cirka 20 procent av patientvalt väntande och 10 procent av medicinskt orsakad väntan men en majoritet av patienterna har alltså inte själva valt eller har medicinsk anledning att vänta på åtgärd.

Det bör noteras att underlaget för redovisningen inte innehåller all vård utan ett urval. Utöver det som redovisas ovan finns det ytterligare patienter som väntar bland annat på utredningar, återbesök och vissa behandlingar, sådant som antingen inte ingår i vårdgarantin

eller behandlingar, operationer och åtgärder som inte finns med i databasen. Till exempel registrerades före år 2021 inte besök och åtgärder inom infektionssjukvård, geriatrik, habilitering och rehabilitering. Databasens innehåll har förändrats genom åren. En större förändring har genomförts den 1 januari 2021 då automatiserad anmälan från regionerna ska ske för fler verksamhetsområdens besök och åtgärder hos legitimerad personal.

4.1.6 Digitala besök i primärvården ökar kraftigt

Alla ska få kontakt med primärvården samma dag som de söker kontakt, enligt den nationella vårdgarantin (6 kap. 1 § HSF).

Mätning av telefontillgänglighet görs vår och höst. Hösten 2020 erhöll 87 procent kontakt med vårdcentralen samma dag enligt SKR:s väntetidsdatabas. I mätningen deltog dock inte Region Stockholm, inte heller Region Västerbotten. Genom åren 2012–2020 har tillgängligheten på de vårdcentraler som redovisat varit mellan 85 och 90 procent.

En del av den nationella vårdgaranti som infördes i författning 2010 (enligt förslag i prop. 2009/10:6) var att patient som sökte primärvården skulle erbjudas en läkartid inom 7 dagar, om vårdgivaren hade bedömt att den enskilde behövde besöka läkare. Enligt SKR:s databas erbjöds omkring 90 procent detta under åren 2012–2019. Sedan 1 januari 2019 ska en person som kontaktar primärvården få en medicinsk bedömning inom 3 dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt (6 kap. 1 § HSF). Bedömningen ska göras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården. I december 2020 erhöll 83 procent bedömning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom 3 dagar enligt SKR:s väntetidsdatabas. 82 procent erhöll läkarbesök inom 3 dagar av de som bedömts ha ett behov av läkare.

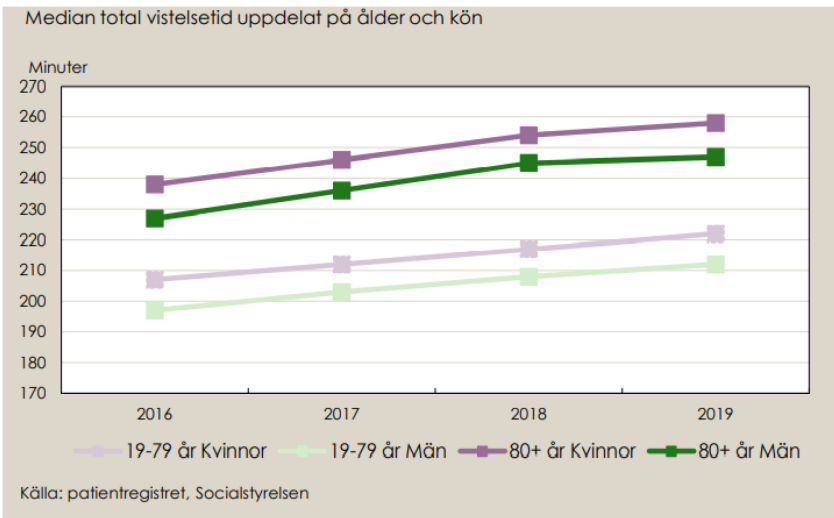
Av Socialstyrelsens analys avseende första och andra covid-19-vågen framgår att besöken i primärvården, bland annat på vårdcentraler, återhämtade sig bättre än besöken i specialiserad vård efter den kraftiga nedgången våren 2020. I januari 2021 gjordes 9 procent färre besök jämfört med januari 2020, men då har inte digitala besök

hos privata vårdgivare kunnat räknas in. De digitala besöken i regionernas primärvård gick totalt upp med 278 procent, eller nästan 85 600 besök, januari 2020–januari 2021. Nybesöken har påverkats mer än återbesöken under perioden vilket skulle kunna bero på att nybesök oftare kräver ett fysiskt möte.

4.1.7 Längre väntan på akutmottagning

Tillgänglighet när det gäller väntetider är mer än vårdgarantins tider. Utredningen har fokus på vårdgarantin och väntetider men vill ändå lyfta fram vikten av insatser inom andra områden som rör tillgänglighet. Väntetider på akutmottagningar ingår till exempel inte i vårdgarantin. Den tid en patient tillbringar på en akutmottagning är ett exempel på tillgänglighet. Under åren 2016–2019 förlängdes vistelsetiden på akutmottagningarna. Kvinnor vistades längre tid än män och de som var 80 år och äldre längre tid än 19–79-åringar. Var tionde patient 80 år eller äldre vistades år 2019 mer än 8 timmar och 41 minuter på akutmottagningen enligt Socialstyrelsens rapport *Statistik om akutmottagningar, väntetider och besök 2019.*

Figur 4.7 Vistelsetid på akutmottagningar åren 2016–2019



Källa: Socialstyrelsen. 2019. Statistik om akutmottagningar, väntetider och besök.

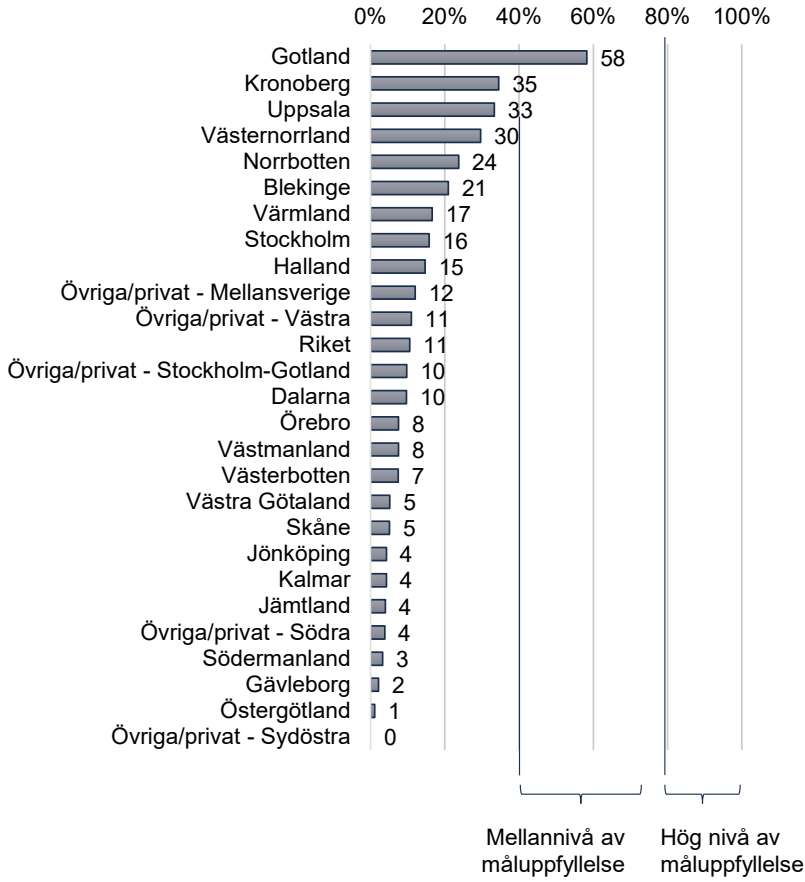
4.1.8 Lång väntan på information om prostatacancerdiagnos

Utredningstid till diagnos ingår inte heller i vårdgarantin. För cancervårdens standardiserade vårdförlopp har däremot tid från välgrundad misstanke till start av första behandling fastslagits och mål för andelen som genomgår förloppet fastställts i överenskommelse mellan staten och SKR.

De nationella kvalitetsregistren definierar olika indikatorer som är viktiga för patientens tillgänglighet. Ett exempel hämtas här från Nationella prostatacancerregistret (NPCR). Väntan på besked om en cancerdiagnos är psykologiskt påfrestande och väntetiden mellan provtagning och svar på provet är därför en viktig kvalitetsaspekt i cancervården. Vid misstänkt prostatacancer tas ett vävnadsprov (biopsi), som undersöks avseende tumörförändringar. Resultatet av undersökningen erhålls genom ett PAD-svar (patologisk anatomisk diagnos). Kvalitetsregistret följer upp andelen män som fått PAD-svar med cancerdiagnos inom 11 dagar efter utförd prostatacancerbiopsi. Registret har satt gränsen 40 procent för god måluppfyllelse och 80 procent för mycket hög måluppfyllelse. Under åren 2016–2019 låg andelen män som fått information inom 11 dagar konstant på cirka 10 procent[4]. Uppdelat per region sågs stora skillnader, här illustrerat från NPCR:s statistik för 2019.

[4] Nationella prostatacancerregistret NPCR, statistik på incanet.se.

Figur 4.8 Andel män som fått PAD-svar om prostatacancerdiagnos inom 11 dagar efter utförd biopsi 2019



Källa: Nationella prostatacancerregistret (NPCR), npcr.se. Data hämtat 2021-05-11.

4.1.9 Befolkningens syn på väntetider

Hälso- och sjukvårdsbarometern är en årlig nationell undersökning med syftet att fånga befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om svensk hälso- och sjukvård. Under 2020 besvarades undersökningen av drygt 50 000 invånare i samtliga regioner. Det bör noteras att undersökningen gjordes hösten 2020 efter genomgången första covid-19-våg. 57 procent hade själva besökt vården som patient under de sex månader som föregick undersökningen.

56 procent instämde helt eller delvis i att väntetiderna till besök och behandling på sjukhus är rimliga. År 2019 var motsvarande andel 48 procent. Störst andel positivt inställda invånare fanns i Region Kalmar län med 74 procent, medan lägst andel fanns i Region Västernorrland med 47 procent. Äldre invånare ansåg i högre utsträckning än yngre att väntetiderna för besök och behandling på sjukhus är rimliga. Närmare tre av fyra invånare över 80 år var positivt inställda i frågan, medan motsvarande andel bland de mellan 18–29 år var 47 procent. Skillnaden i uppfattning var mycket liten mellan olika grupper sett till födelseland.

71 procent instämde helt eller delvis i att väntetiderna är rimliga till hälso- och vårdcentraler. År 2019 var motsvarande andel 62 procent. Region Kalmar län hade störst andel invånare som instämde, 86 procent. Lägst andel återfanns i Region Västernorrland där 63 procent instämde helt eller delvis. Personer som upplevde sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt eller mycket dåligt upplevde i lägre grad att väntetiderna till hälso- och vårdcentraler är rimliga. Skillnaden mellan grupperna var stor, de som upplevde sitt hälsotillstånd som bra eller mycket bra instämde till 73 procent medan de med dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd instämde till 57 procent.

4.2 Omfattande nationella insatser

Långa väntetider, liksom bristande tillgänglighet i bred bemärkelse, har sedan lång tid tillbaka varit ett problem i svensk hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen rapporterade redan på 1960-talet om långa väntetider till vården. Under 1980-talet uppmärksammades väntetiderna till vården i medierna efter att Socialstyrelsen år 1981 publicerat en rapport om att långa väntetider var den vanligaste orsaken till klagomål. År 1987 avsattes första gången statliga medel till Socialstyrelsen med målet att korta köer. Landstingen (nuvarande regionerna) kunde söka medel för att korta köer till kranskärls-, höftleds- och gråstarroperationer. År 1990 gav staten fortsatta stimulansmedel via Dagmar 50 för att förbättra tillgängligheten. Ett nationellt samordnat arbete mellan landstingen startade och väntetider började mätas. Behovet av en nationell väntelista lyftes men landstingen ville först pröva ett ökat

samarbete mellan specialiteterna över landstingsgränserna. Det fanns betydande skillnader i väntetid emellan landstingen[5].

4.2.1 Vårdgarantins start och utveckling

År 1992 infördes den första vårdgarantin i Sverige. Staten och dåvarande Landstingsförbundet kom överens om gränser för väntetid till besök och behandling inom delar av hälso- och sjukvården. Garantin satte ett tak på väntetiderna till behandling för tolv diagnoser varav tio gällde operationer inom planerad specialiserad vård. Garantin innebar att patienter som omfattades skulle erbjudas behandlingen inom tre månader eller vård hos en annan vårdgivare. Garantin understöddes av en särskild satsning på 500 miljoner kronor första året men följdes av återkommande årliga satsningar. Efter initiala framgångar återgick dock väntetiderna snart till nivåerna före reformen och vårdgarantins urval av de tolv behandlingarna fick kritik för att vara oetisk.

Den avtalsbaserade garantin ändrades och utvidgades i flera omgångar. Bland annat utvidgades garantin till att omfatta första bedömning i primärvården och i den specialiserade vården 1996. År 1997 togs den ursprungliga vårdgarantin från 1992 bort men den nyligen införda besöksgarantin behölls. I en överenskommelse mellan staten och dåvarande Landstingsförbundet beslutades 2005 om tidsgränserna 0-7-90-90.

Ett nationellt samordningsprojekt *Vårdgaranti 05* startades med syftet att ge stöd till landstingens (nuvarande regionernas) arbete. Landstingen tillfördes ett årligt resurstillskott om 500–750 miljoner kronor per år under åren 2005–2007 för införandet av vårdgarantin (proposition 2004/05:1). Initialt förbättrades väntetiderna men det var stora variationer mellan landstingen och olika specialiteter. År 2008 fattades beslut om en särskild satsning kallad Kömiljarden med en prestationsbaserad miljard per år att fördela till landstingen[6].

Mot bakgrund av att väntetiderna inte hade förbättrats i önskad omfattning lagstiftades vårdgarantin den 1 juli 2010 (enligt förslag i prop. 2009/10:67) i den dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Det infördes en bestämmelse som innebär att det ska

[5] Sveriges Kommuner och Regioner. 2016. *Väntetider och vårdgarantier – vad är det som är så svårt?*
[6] SKR. 2016.*Väntetider och vårdgarantier-vad är det som är så svårt?*

finnas en vårdgaranti och att den ska gälla för första kontakt med primärvården (tillgänglighetsgarantin), första besök hos läkare i primärvården (besöksgaranti inom primärvården), besök i den specialiserade vården (besöksgaranti inom den specialiserade vården) samt för planerad vård (behandlingsgarantin). Tidsgränserna för vårdgarantin angavs i den då gällande förordningen (2010:349) om vårdgaranti.

I propositionen om lagstadgad vårdgaranti uttrycktes förhoppningen att vårdgarantireformen skulle:

– stärka patientens ställning,
– öka tillgängligheten till hälso-och sjukvården, och
– korta väntetiderna till besök och behandling.

En lagstadgad vårdgaranti förväntades även tydliggöra landstingens skyldighet, förenkla utkrävande av politiskt ansvar samt förtydliga vårdgarantins ställning i förhållande till övrig lagstiftning.

De första åren efter vårdgarantin och kömiljardens införande kortades väntetiderna i den specialiserade vården. Det fanns dock tecken på undanträngningseffekter och diskussioner fördes om att tider till undersökningar och utredningar saknades liksom uppföljning av återbesök. Det var också svårt att särskilja effekten av lagstadgandet av vårdgarantin från kömiljarden. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterade att kömiljardens fokus på delar i vårdkedjan inte främjade helhetslösningar för ökad tillgänglighet[7]. Det bedömdes också finnas en risk att externa incitament som ersättningssystem skulle kunna konkurrera ut interna incitament som yrkesstolthet.

Vårdgarantin i primärvården förstärktes den 1 januari 2019(enligt förslag i prop. 2017/18:83) så att en patient numer ska få

- komma i kontakt med regionens primärvård samma dag som patienten söker kontakt (benämnd tillgänglighetsgaranti),
- en medicinsk bedömning inom tre dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt, av legitime-

[7] Myndigheten för vårdanalys. 2014. *Låt den rätte komma in* s. 18.

rad hälso- och sjukvårdspersonal (benämnd bedömningsgaranti inom primärvården).

Den nationella och lagstadgade vårdgarantin har därmed vidgats till 0-3-90-90 dagar. Men väntetiderna är alltjämt långa.

4.3 Nationell väntetidsuppföljning

Genom Dagmaröverenskommelsen 1998 fick Landstingsförbundet ansvar för arbetet med att utveckla en nationell väntetidsuppföljning och databas. Projektet *Väntetider i vården* genomfördes under åren 1998–2004. Det byggdes upp runt ett nätverk från landstingen med ett centralt samordnande sekretariat för databasen och en tillhörande webbplats – www.vantetider.se Under år 2000 genomfördes den första nationella mätningen inom specialiserad vård och år 2002 gjordes första uppföljningen i primärvården. Databasen och redovisningarna från den har sedan starten utgått från väntetidsgarantin. Under åren 2009–2014 låg redovisningarna via databasen till grund för utbetalning av medel till följd av överenskommelserna om kömiljard.

Sedan år 2012 har SKR arbetat med att redovisa allt fler ledtider i vården bland annat inom diagnostik som bild- och funktionsmedicin och patologi. År 2015 tillkom ansvaret för att mäta cancervårdens standardiserade vårdförlopp (SVF).

Under år 2019 tillkom till följd av den förstärkta vårdgarantin, uppföljning av alla typer av besök till samtliga personalkategorier inom primärvården. Diagnos och åtgärdskoder infördes.

Genom överenskommelse mellan staten och SKR år 2019 fick också SKR uppdraget att utveckla uppföljningen i specialiserad vård så att alla kontakter inklusive utredningar och återbesök redovisas. Under pandemin 2020 har digitala besök blivit vardag och följs nu upp via väntetidsdatabasen. Under år 2021 ska alla besök och väntande inom såväl primärvård som specialiserad vård rapporteras enligt den utvecklade modellen för uppföljning. Databasen är i dag den främsta källan till information om väntetider i vården.

4.3.1 Regionernas förbättringsarbete

Landstingen (nuvarande regionerna) har genom åren genomfört omfattande lokala och regionala projekt för att komma tillrätta med tillgängligheten. SKR pekar framförallt på vårdgarantireformen 2005 som en nationell kraftsamling som skapade förändringstryck. Rensa och uppdatera väntelistor och planeringslistor, utveckla produktions- och kapacitetsplanering, samordna schemaläggning och göra den mer långsiktig är exempel på återkommande arbete genom åren.

I *Väntetider och vårdgarantier – Vad är det som är så svårt?* Sammanfattade SKR 2016 erfarenheterna av tillgänglighetsarbetet. I rapporten konstateras att det inte finns några enkla genvägar utan det handlar om ett uthålligt uppföljnings- och förbättringsarbete med ett engagerat och uthålligt ledarskap. SKR föreslog följande för det fortsatt arbetet:

1. Fokus på patienten

– Utveckla samordnad schemaläggning för samtliga medarbetare.
– Inför direktbokning och utveckla digital kommunikation och konsultation för patienterna.
– Ompröva rutiner för besök, uppföljning och fördelning av arbetsuppgifter mellan yrkeskategorier.

2. Tillgänglig trygghet

– Sträva efter kontinuitet och medarbetare som är tillgängliga och tar ett helhetsansvar för patienten, ger snabba besked och skapar delaktighet inför beslut och behandling.

3. Lärande ledning och kunskapsbaserade stödsystem

– Sätt måldatum baserade på vårdprogram tillsammans med patienterna.
– Fråga efter resultat och kommunicera resultaten.

En vägledning med tips och råd för förbättringsarbete för ökad tillgänglighet *Tillgänglig vård – Vägledande strategier och koncept för hållbar utveckling*, gavs ut av SKR 2017. I inledningen konstateras att

> Tillgänglighet är en av de viktigaste kvalitetsindikatorerna för hälso- och sjukvård. Det handlar om möjligheter att nå hälso- och sjukvården oavsett ålder, sjukdom eller personliga förutsättningar. Tillgänglighet handlar också om att vården ges i rimlig tid men även utifrån fysiska förutsättningar, miljö. Tillgänglighet handlar även om tillgång till information och en plan för fortsatt vård. Det finns i dag en bred erfarenhet kring strategier och koncept som fungerar väl för att skapa en långsiktigt god tillgänglighet.

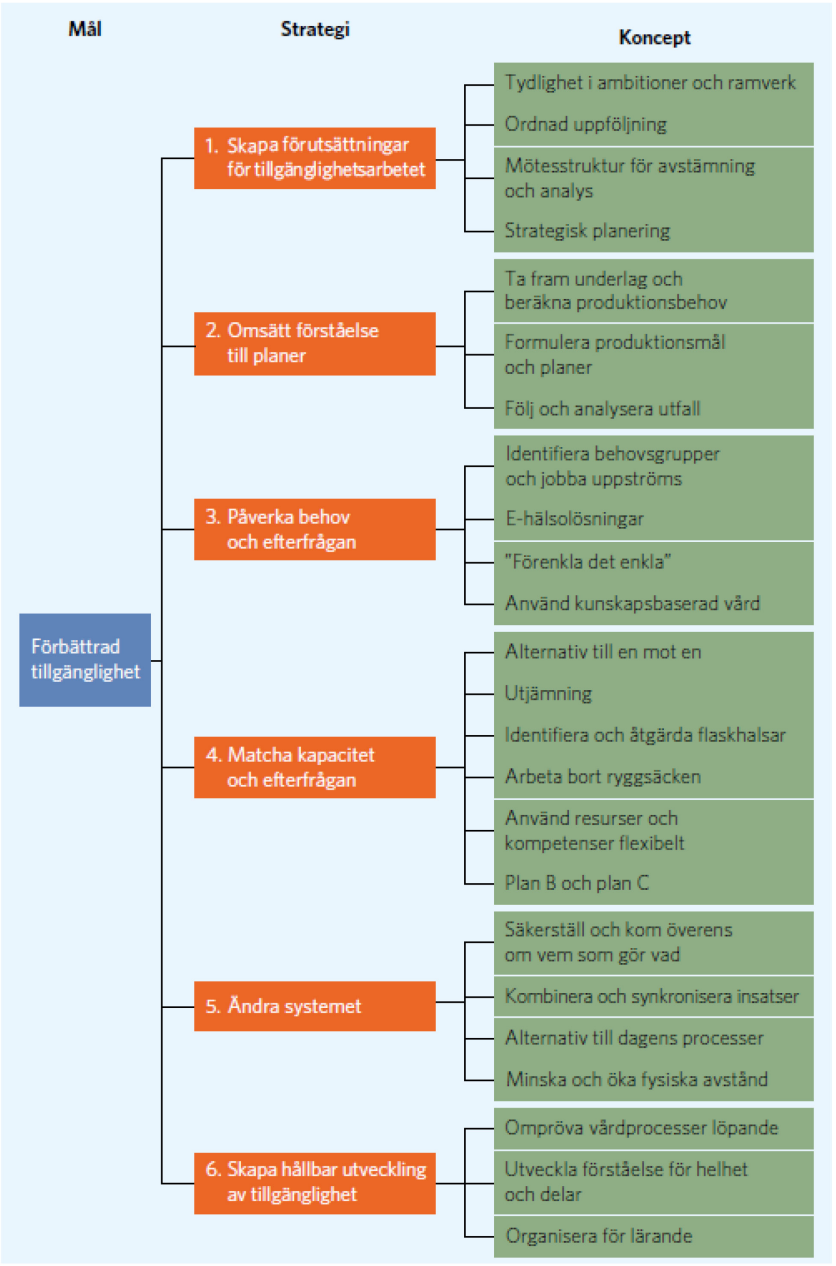
Den bild som SKR ger stärks också av både Socialstyrelsens och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapportering på området. SKR sammanfattade strategier och koncept i figur 4.9.

I skriften skrivs följande:

> En strategisk plan bör utgå från en analys av nuläget och dess konsekvenser och innehålla tydliga steg som visar vägen framåt. En nulägesanalys gör det enklare att identifiera verksamheter som behöver delta för att lösa problemet och initiera strategiska förbättringsarbeten på ledningsnivå. Utifrån nuläget bör planen också beskriva ambitionsnivån med tydligt definierade mål och fastställda viktiga indikatorer som kommer att följas, inklusive uppföljningskriterier för eventuella process- eller delmål. Strukturerna för avstämning och analys kan sedan bidra till ett kontinuerligt lärande från det pågående arbetet.

I enlighet med ovanstående tog regeringen och regionerna beslut om ett strategiskt arbete för att öka tillgängligheten i överenskommelsen om en ny kömiljard 2019.

Figur 4.9 Strategier och koncept för förbättrad tillgänglighet enligt SKR



Källa: SKR.2017. Tillgänglig vård – Vägledande strategier och koncept för hållbar utveckling.

4.3.2 Överenskommelser mellan staten och SKR

För att stimulera landstingens arbete med att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvården understöddes vårdgarantin under åren 2009–2014 av en särskild satsning i form av årliga överenskommelser mellan staten och SKR som kom att kallas *kömiljarden*. Kömiljarden infördes således redan innan vårdgarantin lagstadgades. Kömiljarden innebar initialt att en miljard kronor fördelades årligen mellan landstingen på prestationsbasis utifrån hur landstingen mötte tidsgränserna för vårdgarantin inom den specialiserade vården. I budgetpropositionen för 2009 (prop. 2008/09:1) anges att den dåvarande modellen för tillgänglighetssatsningar inte gett avsedd effekt. Trots betydande satsningar från regeringen och landstingen i många år fanns fortfarande stora brister i tillgängligheten till hälso- och sjukvården och väntetiderna varierade kraftigt mellan olika landsting.

Införandet av kömiljarden syftade till att förbättra tillgängligheten till vården genom att ytterligare stärka landstingens incitament att erbjuda vård inom vårdgarantins tidsgränser (prop. 2008/09:1). Regeringens ambition var att genom kömiljarden stimulera ett långsiktigt hållbart effektiviserings- och kvalitetsarbete för att skapa bestående förbättringar av tillgängligheten. Det var också ett led i regeringens pågående arbete för att stärka patientens ställning, skapa ökad valfrihet samt att förbättra möjligheterna till att mäta och öppet jämföra vårdens resultat, mer om kömiljarden finns i kapitel 9.

Från och med år 2015 slöts överenskommelser som inte var prestationsbaserade. 2015 års överenskommelse hade ett bredare fokus på tillgänglighet i allmänhet snarare än på väntetider specifikt och inkluderade även samordning och patientcentrering. Totalt nästan en miljard kronor skulle fördelas utifrån befolkningsstorlek till åtgärder baserade på aktuella utvecklingsbehov i de enskilda landstingen. För att ta del av medlen måste landstingen presentera handlingsplaner där det bland annat angavs vilka åtgärder som planerades genomföras. Dessutom måste landstingen fortsätta att rapportera till den nationella väntetidsdatabasen för att ta del av medel.

Efter valet år 2018 ingick regeringen med Socialdemokraterna och Miljöpartiet en överenskommelse med Liberalerna och Centerpartiet, det så kallade Januariavtalet, som bland annat specificerade

att en ny uppdaterad kömiljard skulle införas omfattande hela vårdkedjan och med särskild hänsyn till kroniskt sjuka patienters behov.

År 2019 slöt regeringen och SKR den första överenskommelsen om en ny kömiljard, mer om den nya uppdaterade kömiljarden finns i kapitel 9.

Genom åren har staten också satsat medel för tillgänglighet genom andra överenskommelser. Till exempel har regeringen och SKL sedan år 2007 även ingått överenskommelser om särskilda årliga tillgänglighetssatsningar för barn och unga med psykisk ohälsa. Sedan år 2015 har regeringen och SKR ingått överenskommelser om cancervård för att införa standardiserade vårdförlopp med målet att förkorta tiden från misstanke på cancer till start av behandling. Inom överenskommelser gällande God och nära vård, under åren 2019–2021, är en grundläggande del tillgänglighet i primärvården.

4.4 Myndigheterna om väntetider och vårdgaranti

4.4.1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys lämnade år 2015 rapporten *Varierande väntan på vård*, 2015:5. Uppdraget hade varit att

- följa upp i vilken utsträckning som tidsgränserna i den nationella vårdgarantin följs,
- analysera varför långa väntetider uppstår och vilka centrala utmaningar och hinder det finns för att uppnå rimliga väntetider för patienter i hela landet,
- belysa eventuella undanträngningseffekter i den specialiserade vården till följd av vårdgarantin,
- beskriva vårdgivarnas och vårdpersonalens information till patienter om vårdgarantin, och
- analysera om informationen skapar förutsättningar för en jämlik och jämställd vård.

Rapporten visade att:

- Vårdgarantin följdes 2014 för omkring 90 procent av patienterna, men det fanns betydande skillnader mellan och inom landsting samt vårdområden. Dessutom berodde hur snabbt man fick vård på när på året man behövde den.
- Vårdgarantin är möjlig att förena med medicinska prioriteringar och behöver inte leda till undanträngning. Myndighetens bedömning var att professionerna i stor utsträckning förmådde att balansera vårdgarantin och medicinska prioriteringar.
- Landstingen (nuvarande regionerna) gav i många fall otillräcklig information och bristande stöd till patienter som inte fick vård inom vårdgarantins gränser. Vård- och omsorgsanalys rekommenderade regeringen att i samverkan med landstingen utveckla en nationell standard för information kring vårdgarantin.

Myndigheten konstaterade också att till följd av sin breda ansats riktar sig vårdgarantin i första hand till patienter med relativt sett mindre medicinska behov och den utgör en viktig grund för den offentligt finansierade vårdens legitimitet. Vårdgarantin har dessutom fyllt ett viktigt syfte genom att verka som ett förändringstryck på sjukvården. Vårdgarantin är dock i sin nuvarande form inte en heltäckande tillgänglighetsreform. Tillgänglighetsarbetet behöver inkludera ytterligare aspekter i tillägg till vad som i dag ingår i vårdgarantin. Därtill behövs andra reformer för att förbättra tillgängligheten, särskilt vad gäller mål om förbättrad samordning, kontinuitet och kortare väntetider för patienter med svårare eller flera och komplexa sjukdomar.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rekommenderade landstingen att fortsätta och påskynda arbetet med att hitta nya och effektivare arbetssätt, särskilt vad gäller läkarnas tidsanvändning.

År 2017 redovisade Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i rapporten *Löftesfri garanti?* 2017:6, att tillgängligheten mätt i vårdgarantins fyra delar fortsatt att försämras. Det var dessutom fortsatt stora skillnader mellan regionerna.

- Allt fler patienter stod på väntelistorna till specialistvård allt längre tid år 2016 jämfört med tidigare år. Mellan åren 2012 och 2016 ökade antalet patienter som hade väntat mer än 90 dagar på nybesök inom den specialiserade vården från drygt 27 000 till

nära 68 000. Antalet som hade väntat mer än 90 dagar på operation eller annan behandling ökade från knappt 17 000 till nära 35 000.

- Antalet som väntat väsentligt längre än vårdgarantins gränser, sex månader eller mer, ökade också, från 7 000 till nära 24 000 för nybesök och från 5 000 till drygt 14 000 för operation eller andra behandlingar.
- Myndigheten konstaterade också att väntetidsdatabasens uppföljning sannolikt underskattade problemen med uppfyllande av vårdgarantin.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rekommenderade regionerna att tydligt prioritera ett långsiktigt, systematiskt och kontinuerligt tillgänglighetsarbete, oberoende av statliga satsningar och stimulansmedel. Så här skrev myndigheten:

> För att uppnå balans mellan antalet patienter och antal genomförda vårdinsatser bör landstingen utveckla sin produktions- och kapacitetsplanering och utveckla metoder för att på förhand kunna bedöma förändringar i antalet patienter som är i behov av vård. Förbättrade arbetssätt, bland annat en mer långsiktig och kontinuerlig schemaläggning av läkare samt en mer välfungerande planering av verksamheten, kan också göra stor skillnad. Det finns inte någon enskild nationell lösning på problemen med långa väntetider, utan landstingen behöver anpassa sina åtgärder efter lokala förutsättningar, utmaningar och brister. Viktiga insatser kan göras inom ramarna för befintliga resurser både vad gäller bemanning och ekonomi.

Myndigheten rådde också regionerna att analysera förutsättningarna för tillgänglighet gemensamt och föra dialog med staten om strategiska åtgärder samt samarbeta kring medicinska revisioner utförda av professionerna.

Rekommendationer till regeringen gällde att ge förutsättningar för regionernas långsiktiga arbete, bättre uppföljning ur patientperspektiv, utveckla patientregistret, utökad tillsyn av tillgänglighetsarbetet och se över vårdgarantins innehåll.

4.4.2 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har haft flera regeringsuppdrag inom området tillgänglighet sedan år 2009. Uppdragen har haft olika fokus, såsom att utvärdera vårdgaranti och kömiljard, följa upp väntetider i hälso- och sjukvården och att utveckla uppföljningen av tillgängligheten.

I samband med genomförandet av den nationella cancerstrategin år 2010, utvecklade Socialstyrelsen en modell för att följa väntetider från remiss till behandling.

Det långsiktiga målet är att denna modell ska vara generisk, det vill säga kunna tillämpas för all vård. För att modellen ska kunna implementeras krävs en utveckling av regionernas vårdinformationssystem som gör det möjligt att koppla samman faktiska vårdhändelser i ett vårdförlopp i syfte att kunna följas upp och analyseras. Därför har det sedan år 2015 pågått ett arbete vid myndigheten för att utreda och utveckla förutsättningarna för att följa patientens väg genom vården. Arbetet pågår fortfarande och är kompletterat med ett arbete kring nationellt kodverk för kontaktorsak som påbörjats under år 2018.

År 2019 lämnade Socialstyrelsen rapporten *Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet – Väntetider i akutsjukvården och fyra tematiska analyser*. En studie av fyra regioner som gjorts inom ramen för uppdraget pekade på betydelsen av att ledningen förmår skapa ett gemensamt förhållningssätt till väntetider i hela organisationen.

Studien visade också att tydliga regelverk och stödfunktioner är viktiga för att omsätta mål och visioner till handling. En sådan stödfunktion är de nationella väntetidsmätningarna, som uppfattades av regionerna som tillräckliga och tillförlitliga underlag för att följa utvecklingen. För att kunna få ett bättre grepp om sambanden mellan väntetider, resurser och produktion efterfrågade regionerna mer stöd för analyser av de data som samlas in.

Socialstyrelsen pekade också på att det är av vikt att uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet breddas till att inkludera fler aspekter än väntetider. Området bör i framtiden omfatta så väl patient- som systemperspektiv.

Socialstyrelsen utger årligen statistik avseende väntetider från landets akutmottagningar, se tidigare exempel i detta kapitel.

Socialstyrelsen har i maj 2021 publicerat rapporten *Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården*, se tidigare avsnitt i detta kapitel.

4.4.3 Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Rapporten *I väntan på vårdplats – Om patientsäkerhet på akutmottagningar – Nationell tillsyn inom hälso- och sjukvård* publicerades av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) år 2018. Rapporten byggde på en nationell tillsyn av 64 somatiska akutmottagningar under år 2017. Huvudsyftet med tillsynen var att ge en nationell bild av hur patientsäkerheten såg ut för patienter som vårdas kvar på akutmottagningar i väntan på att transporteras till en vårdavdelning. Bland de områden som ingick i granskningen fanns uppskattade väntetider samt orsaker till att väntetid uppstod.

IVO bedömde att patientsäkerheten såg förhållandevis god ut i landet för patienter som vårdas kvar på akutmottagningen i väntan på en vårdplats. Drygt hälften av akutmottagningarna hade sällan problem med långa väntetider. Merparten av de akutmottagningar där det i större utsträckning förekom att patienter vårdades kvar en längre tid i väntan på vårdplats, hade vidtagit åtgärder för att minska risken för vårdskador. Vid 51 av de 64 tillsynade verksamheterna bedömde IVO att vården, när det gällde de områden som granskningen avsåg, uppfyllde de krav på god vård som lagen ställer.

IVO:s tillsyn har genom åren avsett patientsäkerhet. Regeringen har i oktober 2020 gett IVO i *Uppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på tillsyn* (S2020/07838). IVO ska enligt uppdraget lämna förslag på hur myndigheten kan utveckla sin tillsyn utifrån de risker som bristande tillgänglighet i hälso- och sjukvården kan medföra för patientsäkerheten samt andra konsekvenser ur ett patientperspektiv. Vidare ska IVO beskriva de rättsliga förutsättningarna som myndigheten har att bedriva tillsyn utifrån olika aspekter av tillgänglighet, som kötider och den nationella vårdgarantin.

IVO ska också analysera om myndigheten har tillräckliga rättsliga möjligheter för att agera, till exempel i form av vite eller sanktioner, när det gäller sin tillsyn inom tillgänglighetsområdet. Av IVO:s analys ska det framgå i vilka situationer myndigheten i så fall skulle

kunna ålägga huvudmän vite eller sanktioner i de fall då vårdgarantin inte uppfylls. Uppdraget ska redovisas senast den 15 juni 2021.

5 Regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet

Kapitlet inleds med utredningens uppdrag, sedan beskrivs strategiskt utvecklingsarbete enligt överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) varefter följer en beskrivning av utredningens arbete med att stödja regionernas framtagande av regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet. Därefter följer utredningens analys av handlingsplanerna, återkoppling till regionerna och slutligen utredningens bedömningar och förslag.

5.1 Utredningens uppdrag

Regeringen påtalar i direktivet till utredningen att ytterst är det regionerna som ansvarar för vården och därmed för tillgängligheten och för att patienter får vård i rimlig tid. En förutsättning för att regionernas tillgänglighetsarbete ska få genomslag i verksamheterna och komma patienterna till del är att förtroendevalda inom regioner, tjänstemän, offentliga och privata vårdgivare, liksom andra berörda aktörer, såväl inom som mellan regionerna, arbetar samordnat. Vidare att regionerna måste fortsätta ta ansvar för och prioritera kontinuerligt, brett och långsiktigt tillgänglighetsarbete. Utmaningarna är än större på grund av utbrottet av covid-19, som påverkar planerad vård som skjutits på framtiden samt skapat nya behov.

I direktivet uppges att regeringen kan stödja regionerna genom att skapa goda förutsättning för deras tillgänglighetsarbete. Det kan bland annat innebära att man från nationellt håll bistår regionerna genom att stödja samarbeten och samordna dialoger. Goda arbetssätt och metoder för förbättrad tillgänglighet kan på så sätt spridas mellan regionerna. Samtidigt är det angeläget att insatser från nationellt håll stödjer redan pågående utvecklingsarbete i regionerna. Det

inkluderar arbetet inom ramen för överenskommelser mellan staten och SKR.

I direktivet anger regeringen att det inte finns en enskild nationell lösning på problemen utan åtgärder behöver anpassas efter lokala förutsättningar, behov och utmaningar.

Enligt statens och SKR:s överenskommelse om en ny uppdaterad kömiljard år 2019 och fortsatta överenskommelser åren 2020–2021 ska regionerna ta fram regional nulägesrapport och regional handlingsplan för tillgängligheten i den egna regionen. I handlingsplanen ska regionen bland annat redogöra för regionens målsättningar när det gäller väntetider till hälso- och sjukvården.

Utredningens uppgift är att:

- stödja regionerna i arbetet med att ta fram regionala handlingsplaner med regionala målsättningar för ökad tillgänglighet,
- inom ramen för arbetet med de regionala handlingsplanerna, stödja utvecklingen av ökad tillgänglighet till vård och stöd för barn och unga med psykisk ohälsa,
- inom ramen för arbetet med de regionala handlingsplanerna, stödja regionerna i deras arbete för att säkerställa tillgängligheten såväl under som efter utbrottet av covid-19,
- sammanställa och analysera de regionala nulägesrapporterna och handlingsplanerna som stöd för regionerna och som information till regeringen,
- stödja regionerna i deras arbete med att genomföra de åtgärder som anges i de regionala handlingsplanerna, och
- om det finns behov, föreslå andra insatser som bedöms nödvändiga för att förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården med fokus på kortare väntetider.

5.2 Strategiskt utvecklingsarbete

De överenskommelser som slutits mellan regeringen och SKR under åren 2019–2021 gällande *kömiljard* bygger bland annat på ett strategiskt utvecklingsarbete. I detta kapitel redogörs för utvecklingsarbetet som har sin tyngdpunkt i framtagandet av regionala handlingsplaner.

5.2.1 Överenskommelsen 2019

I juni 2019 ingick regeringen och SKR en överenskommelse om en ny uppdaterad kömiljard. I överenskommelsen beskrivs att arbetet inom överenskommelser ska bli mer strategiskt och långsiktigt och bygga på en samsyn kring utmaningarna hälso- och sjukvården står inför. Arbetet bör i ökad utsträckning utgå från regionala behov, förutsättningar och utmaningar. Ett samlat grepp om tillgänglighetsområdet behöver tas. Överenskommelsen om en ny uppdaterad kömiljard syftade till att ge ny förnyad kraft i tillgänglighetsarbetet. En del av överenskommelsen var att regionerna skulle lämna in en nulägesrapport hösten 2019 som skulle ligga till grund för en regional handlingsplan år 2020.

5.2.2 Överenskommelser 2020

I överenskommelsen för år 2020 skrivs förutom ovanstående att uppföljningen i högre grad ska fokusera på resultat och måluppfyllelse, mindre på process.

En del i överenskommelsen är ett strategiskt utvecklingsarbete inom tillgänglighetsområdet. Samtliga regioner ska ta fram en regional handlingsplan med regionala målsättningar för väntetider och vårdköer. Handlingsplanen ska innehålla en beskrivning av hur regionen arbetar och strategiskt avser att arbeta för att förbättra tillgängligheten. Det ska framgå vilka egna insatser och åtgärder som regionen anser krävs för att uppnå en hållbar och förbättrad tillgänglighet, med kortare väntetider och minskade vårdköer. Detta gäller både direkta åtgärder och indirekta förändringar med hjälp av till exempel digitala verktyg och förändrade arbetssätt. I handlingsplanen ska insatser kopplade till barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) belysas särskilt.

Handlingsplanen ska även omfatta en aktuell nulägesanalys kring de förutsättningar, insatser, behov och utmaningar som präglar den egna regionen när det gäller tillgänglighet till vård.

Regionen ska i handlingsplanen särskilt redogöra för:

– hur 2020 års stimulansmedel används för att minska väntetiderna inom barn- och ungdomspsykiatrin,

– hur regionen arbetar och strategiskt avser att arbeta för att patienter med kroniska sjukdomar ska få vård efter behov och i rimlig tid,
– hur regionen utbyter erfarenheter och drar lärdom av andra regioners tillgänglighetsarbete,
– hur regionen säkerställer att rapporteringen av data till den nationella väntetidsdatabasen sker enligt framtagna riktlinjer och regelverk, med särskilt fokus på rapporteringen av återbesök, och
– hur regionen kontinuerligt säkerställer att regionens väntelistor enbart innehåller patienter med aktuellt vårdbehov.

Den regionala handlingsplanen skulle vara inlämnad den 30 september 2020. I början av året 2020 drabbades dock Sverige av det coronavirus som efterhand ledde till en pandemi. Regeringen och SKR slöt då en tilläggsöverenskommelse som bland annat innebar att redovisningsdatum för regionala handlingsplaner senarelades till den 31 mars 2021. Därmed infördes att handlingsplanen även skulle redogöra för:

– hur tilldelade medel inom överenskommelsen har eller kommer att användas av regionen för att öka tillgängligheten inom hälso- och sjukvården, och
– hur situationen med covid-19 har påverkat regionens tillgänglighetsarbete och vilka tillgänglighetsutmaningar det medför framöver, samt hur regionen kommer att arbeta med att säkerställa tillgängligheten framöver.

5.2.3 Överenskommelse 2021

Överenskommelsen år 2021 präglas av covid-19-pandemin. Det framgår att regionerna ska, utöver det som beskrivits i tidigare överenskommelser, redogöra för regionens insatser för att hantera uppdämda vårdbehov som uppstått som en konsekvens av utbrottet av covid-19. Regionen ska beskriva hur de uppdämda vårdbehoven påverkar de totala väntetiderna i regionen och hur man utifrån detta säkerställer omhändertagande i rimlig tid även för de som har väntat

längre än 90 dagar till besök och operation eller annan åtgärd inom den specialiserade vården.

För att stödja regionerna i framtagandet och genomförandet av handlingsplanerna ska utredningen föra en dialog med regionerna.

För att följa upp regionernas arbete med de insatser och åtgärder som regionerna redogör för i handlingsplanen ska regionerna inkomma med en nulägesrapport senast den 15 oktober 2021.

5.3 Utredningens stöd till regionernas framtagande

5.3.1 Begreppet att stödja

Begreppet stödja för en statlig utredning har ingen tydlig definition. I direktivet står att stödja kan bland annat innebära att man bistår regionerna genom att stödja samarbeten och samordna dialoger. Goda arbetssätt och metoder för förbättrad tillgänglighet kan på så sätt spridas mellan regionerna. Det är angeläget att insatser från nationellt håll stödjer redan pågående utvecklingsarbete i regionerna.

Delegationens råd

Vid den rådgivande delegationens möte i november 2020 diskuterades frågan om vilket stöd regionerna kan ges. I diskussionen framfördes att utredningen kan:

- följa regionernas arbete genom att ställa frågor som manar till eftertanke – hur ser regionens mål ut? Vad vill regionen uppnå på kort respektive lång sikt? Finns koppling till de aktiviteter som föreslås? Vad är kortsiktiga och vad är långsiktiga insatser? Finns det logik i arbetet?
- bidra med ensade data så att alla har samma bild av tillgänglighetsläget,
- föra dialog med regionerna om vilket stöd staten kan bidra med, och
- jämföra och återkoppla efter att ha tagit del av flera handlingsplaner.

Synpunkter från regionernas tjänstemannaledningar

Frågan om vilket stöd regionerna önskar för sitt arbete med regionala handlingsplaner diskuterades vid möte med regionernas tjänstemannaledningar den 29 respektive 30 oktober 2020. Vid regiondirektörernas möte framfördes att utredningen borde ha kontakt med varje region för fortsatt diskussion. Hälso- och sjukvårdsdirektörernas nätverk avvisade frågan om stöd och ansåg att staten inte bör stödja arbetet med regionala handlingsplaner genom en statlig utredning. Statens uppgifter är enligt sammanfattning vid mötet ”lagstiftning, nationell statistik och nationell nomenklatur”. Under mötet framkom tveksamheter kring värdet av regionala handlingsplaner och risk för att handlingsplanen blir ”ett administrativt överbygge utan värde” påtalades. Några framförde att regionerna behöver stöd att hantera digitala regelverk generellt men framförallt gällande digifysisk vård.

5.3.2 Underlag inför dialog och analys

Utredningen sökte tidigt samverkan med SKR för att gemensamt ta fram en mall för den regionala handlingsplanen. SKR valde dock att tillsammans med endast regionerna ta fram mallen för regionernas handlingsplaner. Utredningen bedömde då att i begreppet stödja ligger att göra känt vad utredningen avser att följa upp i analysen av de färdiga regionala handlingsplanerna. Utredningen tog därför fram ett underlag innehållande de frågor som enligt överenskommelserna ska besvaras i den regionala handlingsplanen men även frågor kring hur planen tagits fram och ledning och styrning av tillgänglighetsarbetet. Underlaget finns i bilaga 4.

5.3.3 Kontaktpersoner i varje region

För att föra dialog med regionerna har utredningen erhållit en kontaktperson i varje region. Det är regionen själv som utsett kontaktpersonen, oftast genom hälso- och sjukvårdsdirektören. Kontaktpersonerna har olika bakgrund men samtliga har uppdrag avseende framtagande av den regionala handlingsplanen. En del är tillgänglighetssamordnare, en del är vårdlotsar eller liknande och deltar i SKR:s

nätverk av olika slag. En del har bakgrund inom verksamhetsutveckling medan andra är kopplade till regionens ekonomistyrning som exempelvis controller.

5.3.4 Dialog kring nulägesrapport

Utredningen har under perioden januari–februari 2021 fört en inledande dialog med samtliga kontaktpersoner. Flera regioner har deltagit med en grupp medarbetare med utgångspunkt från arbetet med tillgänglighet där ibland hälso- och sjukvårdsdirektören deltagit, ibland övergripande linjechefer eller ansvariga för olika delar av tillgängligheten, tex omställningen till nära vård eller cancerarbetets standardiserade vårdförlopp.

Dialogen vid detta inledande möte utgick från den nulägesrapport som regionen lämnade hösten 2019 och diskussionen handlade om utvecklingen efter hösten 2019. Många regioner hade påbörjat arbetet som skulle resultera i regional handlingsplan men avbrutit arbetet när covid-19-pandemin slog till. De ansvariga för nulägesrapport och handlingsplan hade i många fall fått nya arbetsuppgifter gällande covid-19-arbetet och det framkom tydligt att arbetet med handlingsplan på flera ställen återupptogs vid årsskiftet.

Diskussionen vid mötet handlade också om uppläggning av handlingsplanearbetet. Inför mötet fick samtliga kontaktpersoner ta del av underlaget för utredningens kommande analys. Kontaktpersonerna fick även ett underlag bestående av regionens läge, i förhållande till vårdgarantins tidsgränser, jämfört med övriga regioner inom aktuell samverkansregion. Därtill lämnade utredningen ett utdrag ur det nationella kvalitetsregistret *Svenskt Perioperativt Register* (SPOR) som visade antalet sena avbokningar till operation på såväl region- som sjukhusnivå. Avsikten med det senare underlaget var att möjligen identifiera ett förbättringsområde inför arbete med de uppdämda vårdbehoven till följd av covid-19-pandemin. År 2019 gjordes över 21 000 sena ombokningar eller strykningar i hela landet, det vill säga operationen av- eller ombokades klockan 17 dagen före operationen eller senare.

Alla gavs möjlighet att komma med synpunkter till utredningen avseende statens arbete med tillgänglighet.

Sammanfattningsvis utvecklades diskussionen efterhand som allt fler möten ordnades; från att initialt handla om nulägesrapporten till att i de sista dialogerna vara betydligt bredare och mer omfattande med fler personer närvarande.

5.3.5 Spridning av goda exempel

Under utredningens första månader identifierades flera goda exempel på väl utfört tillgänglighetsarbete. Utredningen anordnade därför ett digitalt seminarium med tre goda exempel i mars 2021.

1. **Digital specialistkonsult** mellan Borgholms vårdcentral och ortopedkliniken i Oskarshamn i Region Kalmar län.[1] Patienter med ortopediska oklara åkommor där ortopedisk rådgivning behövs, träffar direkt digitalt en ortoped tillsammans med sin primärvårdsläkare. Införandet minskar kraftigt antalet remisser till ortopeden samtidigt som patienten i de flesta fall får omedelbar handläggning med utredning eller behandling utan väntetid (15–20 procent får remiss för fortsatt handläggning på ortopedkliniken). Samtidigt som primärvårdsläkaren också fortbildas minskar administrationen av remisser vid den ortopediska kliniken. Arbetssättet beskrivs mer i kapitel 7.
2. **Kortare väntan för barn och unga i behov av BUP** i Region Dalarna.[2] I november 2019 var siffrorna för vård vid BUP sämst i landet. En behovsplan togs fram och ett rapportverktyg utvecklades. Veckovis uppföljning infördes. Under år 2020 arbetade verksamheten koncentrerat med produktionsplanering och uppföljning. Vid slutet av året 2020 var köerna halverade och 94 procent fick sitt första besök inom 30 dagar.
3. **Regional operationsplanering i spåren av covid-19-pandemin** i Region Östergötland[3]. En ny regional operationsplaneringsgrupp inrättades under pandemin med målet att nyttja samtliga operationsavdelningar optimalt. Arbetet har lett till samverkan mellan sjukhusen och över specialitetsgränser. Resurserna har

[1] Åke Åkesson, verksamhetschef Borgholms hälsocentral, Region Kalmar län.
[2] Åsa Linnea Sköld, Produktionsansvarig, Region Dalarna.
[3] Jessica Frisk, Vårddirektör, Region Östergötland.

nyttjats bättre och horisontella medicinska prioriteringar har utvecklats.

I maj 2021 anordnades seminarium nummer två. Vid detta seminarium presenterades ytterligare tre exempel:

1. **Med produktionsplanering, tät uppföljning och samverkan** så tog vi oss an motsvarande en årsproduktion av cellprovskallelser under pandemihösten 2020 – sex månader senare var vi i balans! Region Sörmland[4] Efter första pandemivågen och med en ryggsäck av ett halvårs framflyttade kallelser satte regionen hösten 2020 målet att alla skulle kallas till screening före 31 mars 2021. En produktionsplan med uppföljning varje vecka infördes. Extra mottagningar och samverkan med privata vårdgivare infördes. Planeringshorisonten förlängdes. Målet nåddes och en grund för tätare samarbete i regionen lades.
2. **Tillgänglighetsveckor** – att fokusera på kärnverksamheten. Region Gävleborg.[5] Kraftigt ökade köer inom psykiatrins öppenvård ledde till tillgänglighetsveckor med fokus på kärnverksamheten. Icke nödvändiga möten ställdes in, fler deltog i kliniskt arbete, samarbete mellan enheter utvecklades, väntelistor städades. Medarbetarna bidrog med förbättringsförslag. Enheternas resultat varierade men det totala antalet besök var i november 2020 det högsta uppmätta under åren 2018–2020.
3. **Produktionsplanering** på barn- och ungdomskliniken. Region Kronoberg.[6] Kliniken har arbetat med produktionsplanering sedan år 2017. Schemaläggning sker tre månader framåt och väntelista är bytt mot planeringslista med målet att patienten ska erhålla tid i handen två månader framåt. Arbetsbelastningen har blivit jämnare och förväntningarna på medarbetarna tydliga. Omfattande verksamhetsutveckling har skett och samverkan mellan regionens två sjukhus förbättrats. Andelen väntande patienter inom 90 dagar har sedan år 2018 konstant varit omkring 90 procent.

Utredningen avser att fortsätta sprida goda exempel på tillgänglighetsarbete med påvisat resultat.

[4] Magnus Svensson och Pernilla Erita, båda verksamhetsutvecklare, Region Sörmland.
[5] Ywette Persson, bitr. verksamhetschef och Thomas Drost, enhetschef, Region Gävleborg.
[6] Gunilla Liljenberg, verksamhetsutvecklare, Region Kronoberg.

5.3.6 Dialog under framtagandet av handlingsplaner

Under mars 2021 hölls digitala möten för uppföljning av regionernas arbete med handlingsplanen. Vid varje möte deltog 2–4 regioner. Dialogen utgick från följande frågor:

- Vad har ni valt för regionala mål?
- Vilka är de viktigaste insatserna för att nå målen och hur har ni strukturerat upplägget av dem?
- Vad har fungerat väl i arbetet och vad har varit utmaningar?
- Frågor och medskick till utredningen som framkommit under arbetet med planen?
- Goda exempel ni funnit under arbetets gång?

Under mötet utbyttes erfarenheter mellan de regioner som deltog. Det framkom att

– större tydlighet behövs kring att sätta mätbara mål och när uppföljning av dessa ska ske,

– nationella insatser med arbetsgrupper eller nätverk bör hållas ihop på ett bättre sätt, idag blir det många olika grupper att delta i eller kartläggningar som ska besvaras,

– frågorna för regionala handlingsplanen är lite bredare med frågor kring kroniska sjukdomar, nära vård och BUP vilket krävt samarbete med nya grupperingar internt i regionen för att få helhetsbild vilket har upplevts bra,

– många regioner arbetar aktivt med produktions- och kapacitetsplanering och dessutom flera med framtagandet av verktyg för produktions- och kapacitetsplanering,

– flera beskriver pågående arbete med att finna alternativa vårdgivare och önskar en sammanställning av dessa med visad ledig kapacitet, och

– återkopplingen från privata vårdgivare till ansvarig region måste förbättras avseende vilken vård som getts patienten.

Den största utmaningen i framtagandet av regional handlingsplan har varit att få fokus på arbetet samtidigt som covid-19-pandemin pågått parallellt.

Det allra viktigaste och mest återkommande medskicket vid uppföljningen var att LÅNGSIKTIGHET i arbetet med ökad tillgänglighet krävs. Det är svårt att bedriva ett långsiktigt arbete som bygger på uppgifter i ettåriga överenskommelser mellan staten och regionerna. Samsyn och flerårsplanering är viktigt. En handlingsplan ska användas annars har den inget berättigande. Att regionens arbete granskas genom till exempel platsbesök med feedback på pågående arbete skulle upplevas positivt.

Utredningen konstaterar att de telefon- och videomöten som utredningen haft med kontaktpersoner, arbetsgrupper och många enskilda medarbetare i regionerna har varit lärorika och givande. Utredningen har bemötts med stort intresse och har fått ta del av synpunkter och förslag kring det fortsatta tillgänglighetsarbetet.

5.4 Analys av regionala handlingsplaner

Utredningen redogör inledningsvis i denna del för övergripande iakttagelser. Därefter följer utredningens analys av regionernas handlingsplaner där utredningen valt att utgå från det som rör regionens arbete framåt med styrning och ledning, mål och åtgärder inom olika områden. Planerna innehåller i övrigt bland annat besvarade frågor kring hur ekonomiska medel använts mot bakgrund av överenskommelsen, dessa frågor berör inte utredningen.

Utredningen har i sammanställningen och analysen av de regionala handlingsplanerna även gjort en kortare sammanställning av iakttagelser från respektive regions handlingsplan men detta underlag redovisas enbart till aktuell region och återges inte i betänkandet. I underlaget till respektive region lyfts också det som utredningen uppfattat är goda exempel, oklarheter eller behov av kompletteringar. Dessa underlag presenteras vid videomöte med respektive region i juni 2021 då också arbetet framåt diskuteras.

5.4.1 Övergripande iakttagelser

Utredningen har uppmärksammat att det generellt finns ett stort intresse för frågor om tillgänglighet som uppstått i samband med covid-19-pandemin. Inte minst har frågan om uppskjuten vård fått stor uppmärksamhet vilket kan leda till större fokus på tillgänglighetsarbetet. Covid-19-pandemin har påverkat regionernas arbete med handlingsplaner på flera sätt. Arbetet som påbörjades före pandemin fick oftast ett abrupt avbrott ihop med pandemins start. Utredningens bild är att arbetet återupptogs vid årsskiftet 2020–2021 och har pågått intensivt under årets första månader. Men covid-19-pandemin har också medfört att diskussioner har startat kring horisontella prioriteringar, oftast med Socialstyrelsens underlag *Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden, 2020,* respektive *Nationella principer för prioritering av rutinsjukvård under covid-19-pandemin – kunskapsstöd för att utveckla regionala och lokala riktlinjer, 2020,* som utgångspunkt. Bland annat har användningen av operationsresurser fördelats mellan olika verksamhetsområden med hjälp av dessa diskussioner. Däremot har ingen region i handlingsplanerna refererat till Socialstyrelsens lista med *”icke-göra” – om vård som inte bör erbjudas*, framtagen till stöd för arbetet med uppdämda vårdbehov år 2020. Här listas de mest aktuella rekommendationerna med prioriteten ”icke-göra” från Socialstyrelsens nationella riktlinjer.[7]

Utredningen noterar att handlingsplanerna har olika utseende och olika innehåll. En del handlingsplaner beskriver arbetet med utgångspunkt från framför allt vårdgarantins tidsgränser. Andra beskriver ett bredare arbete och definierar flera tillgänglighetsmål. Ibland ger handlingsplanen intrycket av att vara enbart ett svar på krav i en överenskommelse medan regionen för sin egen verksamhet använder andra mål och andra dokument. Utredningen anser att detta är olyckligt av flera skäl. Den regionala handlingsplanen kan då uppfattas som en administrativ produkt utan värde, som inte går att använda i regionens arbete när den borde vara intressant och lättförståelig för vårdens medarbetare. Den mall för handlingsplanen som SKR och regionerna tagit fram riskerar att förstärka bilden av ett svar på en överenskommelse. Frågorna styrs också i många fall mot mer verksamhetsberättelse än verksamhetsplan och frågorna

[7] Socialstyrelsen. 2020. *Icke-göra i Socialstyrelsens nationella riktlinjer – vård som inte bör erbjudas.*

leder till flera upprepningar i svaren. Utredningen har dock funnit några goda exempel där den regionala handlingsplanen verkligen är regionens egen handlingsplan och inte bara ett svar på en överenskommelse.

I en del handlingsplaner framgår det hur planen har tagits fram men oftast inte. Det framgår inte om patienter har deltagit i arbetet med handlingsplanen och inte heller om de fackliga grupperingarna har tagit del av planen. Utredningen saknar sådana beskrivningar.

5.4.2 Styrning, ledning och uppföljning

Det finns flera regionala handlingsplaner där det framkommer att regionen har ett stort engagemang och ger arbetet med tillgänglighet en hög prioritet på både politisk nivå, tjänstemannanivå och i verksamheterna. De visar en tydlig röd tråd från regionens övergripande mål och strategier beslutade av regionfullmäktige till beslut om verksamhetsplan eller budget som grund för handlingsplanen. Det förekommer exempel där en politiskt sammansatt grupp för dialog med verksamhets-, medborgar- och patientföreträdare om tillgänglighet. Ansvaret för den regionala handlingsplanen ligger oftast på hälso- och sjukvårdsförvaltningen och handlingsplanen är oftast beslutad av hälso- och sjukvårdsdirektören.

Ibland har planen även tydlig struktur med tydligt uttryckta mål med åtgärder för att nå målen, vilken verksamhet som är ansvarig för genomförandet av åtgärden och när arbetet ska rapporteras, oftast i ordinarie delårs- och helårsrapporter. Det finns också beskrivningar av regelbunden, ofta månadsvis, uppföljning av väntetidsläget i verksamheterna, på tjänstemannanivå och ibland i hälso- och sjukvårdsnämnden eller motsvarande. Även regelbunden uppföljning av andra målsättningar av betydelse för tillgänglighet som följsamhet till riktlinjer, måldatum och vårdförlopp förekommer. Utredningen bedömer att det är angeläget att arbetet med planen och läget avseende tillgänglighet regelbundet följs upp på alla nivåer.

Samtidigt som ovanstående tyder på ett stort engagemang för arbetet för bättre tillgänglighet, kan utredningen inte säga att de regioner som i sin regionala handlingsplan inte beskrivit regionens arbete med tillgänglighet, och den röda tråden från politik till verksamhet, saknar ett engagemang i arbetet för ökad tillgänglighet. Det

kan spegla att regionen har sitt tillgänglighetsarbete vid sidan om den handlingsplan som har lämnats till följd av en överenskommelse. Men utredningen menar att det är synd, en regional handlingsplan som ges prioritet och som tagits fram i samverkan mellan berörda aktörer i regionen med tydliga mål och åtgärder för att nå målen, med utpekat ansvar och uppföljning kan ge goda effekter på medarbetarengagemang i arbetet för ökad tillgänglighet i regionen.

Få redovisar tidplan för handlingsplanen och hur planen i sin helhet ska följas upp, men det förekommer.

Utredningen bedömer att flertalet handlingsplaner kan utvecklas med en tydligare struktur med beskrivning av hur arbetet styrs och leds, vilka som deltagit i framtagandet, samt beskrivning av tidplan för handlingsplanen. Att förändra tillgängligheten kräver medarbetarengagemang och utredningen anser att handlingsplanen ska vara så utformad att den kan göras känd bland medarbetarna i regionen och ansvaret för genomförandet preciserat så att medarbetarna vet vilken verksamhet som gör vad och vilka förväntningar som finns.

5.4.3 Regionala mål

Det är stor skillnad på de regionala handlingsplanerna när det gäller mål för ökad tillgänglighet. Det förkommer handlingsplaner som har regionens övergripande strategier och mål för utveckling av hälso- och sjukvården som utgångspunkt för arbetet med tillgänglighet, eller strategin för omställningen till en god och nära vård. Utredningen bedömer att en utgångspunkt i regionens övergripande strategier är positivt, det ger en röd tråd och ett helhetsperspektiv på arbetet med tillgänglighet. Handlingsplanen ska vara regionens handlingsplan för tillgänglighet det vill säga de mål regionen har i andra dokument ska överensstämma med handlingsplanen.

I många handlingsplaner uppges vårdgarantins gränser vara målen, men det förekommer handlingsplaner med flera målområden, från övergripande målsättningar från regionens övergripande strategier till målsättningar som är mer åtgärdsinriktade. Det förekommer mål för fler delar av vårdkedjan, akutvård, införande av vårdförlopp och effektivare flöden. Utredningen bedömer att målen i de regionala handlingsplanerna är relevanta för arbetet med ökad tillgänglighet.

De flesta som uttrycker mål gällande vårdgarantin har som målsättning att uppnå de nivåer som återges som krav i överenskommelsen mellan staten och SKR. Få uppger att de ska uppfylla lagens krav om att alla patienter ska ges vård inom vårdgarantins gränser, men det förekommer.

Utredningen har också uppmärksammat att regioner som valt att ha skarpare krav än de tidsgränser som anges för den lagstadgade vårdgarantin ofta har bättre resultat avseende tillgänglighet än de som inte har skarpare krav. Det kan möjligen tala för att den riktning man har för sitt arbete har betydelse för resultaten. Men alla som har regionala skarpare målsättningar än vårdgarantin har inte utgått från dem i sin regionala handlingsplan.

Få regioner har tidsatta mål. Det menar utredningen behöver utvecklas. Tidsatta mål på kort och längre sikt gör det lättare att följa upp planen och arbetet för ökad tillgänglighet och skapar också en förståelse för vart man ska till när. Utredningens bedömning är att regionerna behöver sätta tydliga mätbara och tidsatta mål.

Regionerna har också olika bredd i sitt arbete, en del är strikt knutna till väntetider och vårdgarantins gränser, andra har bredare angreppsätt och mål. Ett par regioner har enbart uppgett mål inom barn- och ungdomspsykiatrin. Det förekommer också planer med enbart övergripande mål, mer som en ambitionsbeskrivning, eller planer där mål saknas. Men de handlingsplaner som saknar mål eller har få mål innehåller åtgärder för ökad tillgänglighet och har även i sina nulägesbeskrivningar fler utmaningar än vad som återspeglas i de få målen.

Utredningens bedömning är att de mål som sätts måste utgå från de utmaningar som regionen har. Detta har varit en anledning till att handlingsplanen ska innehålla regionala mål istället för ett önskemål om gemensamma nationella mål. Efterlever regionen vårdgarantins gränser och har god tillgänglighet i övrigt kan det verka som att det saknas behov av mål och handlingsplan, men utredningen ser utifrån nulägesbeskrivningar i både nulägesrapport och beskrivningar i handlingsplanen att regionerna har utmaningar inom flera områden. Flera regioner kan behöva utveckla sitt arbete med mål utifrån beskrivna utmaningar. I nulägesrapporter lyfts ofta utmaningar som kompetensförsörjning och den ekonomiska situationen, men det är inte lika framträdande i handlingsplanerna.

5.4.4 Åtgärder för att nå målen

Regionerna har angelägna åtgärder inom flera områden som till exempel förbättrade flöden, digitalisering och produktions- och kapacitetsplanering. Även organisationsförändringar beskrivs som en åtgärd för att öka tillgängligheten.

Det finns exempel där handlingsplanen tydligt angett mål, vilken åtgärd som ska genomföras för att nå målet och vilken verksamhet som är ansvarig för åtgärden samt rapporteringsdatum. Det tydliggör förväntningarna för dem som ska genomföra åtgärden och det gör också planen mer levande. Det saknas dock i de flesta handlingsplaner. Utredningens bedömning är att regionala handlingsplaner kan tjäna på att ha en sådan tydlig struktur och uppföljning.

Regionerna lyfter fram arbetet för att hålla väntelistor aktuella, regelbunden uppföljning, ansvariga personer och rutiner för rapportering till SKR:s väntetidsdatabas. Samtidigt som regionerna beskriver arbetet med uppdaterade väntelistor är det få regioner, men det förekommer, som beskriver hur de hjälper patienter som väntat länge på vård, långväntarna. Utredningens bedömning är att regionerna behöver öka ansträngningarna att hjälpa de patienter som väntat längre än vårdgarantins gränser.

Andra åtgärder gäller införande av patientkontrakt, fast vårdkontakt, fast läkarkontakt, och implementering av personcentrerad vård. I några planer framgår samverkan med patientrepresentanter i vissa åtgärder.

Det är få handlingsplaner, men det förekommer, som har åtgärder för jämlik hälsa och åtgärder för att förebygga sjukdom. Att arbeta hälsofrämjande kan på sikt bidra till minskad belastning på hälso- och sjukvården. En region med utökat områdesansvar i primärvården beskriver att man ska skapa en bild av hur närområdet ser ut, områdesprofiler för hälsa, riskfaktorer och livsvillkor. Med det som grund ska riktat arbete genomföras i samverkan med kommun och andra aktörer som civilsamhället. Verksamheterna i hälso- och sjukvården har i uppdrag att identifiera, analysera och reducera eventuella skillnader utifrån jämlik vård och hälsa. Utredningens bedömning är att en sådan inriktning kan bidra till att på sikt minska inflöde av patienter till vården men också skapa goda förutsättningar för individanpassat bemötande vilket är en viktig tillgänglighetsfråga.

Några planer innehåller insatser för förbättrad kompetensförsörjning.

Andra exempel på åtgärder gäller tillgänglighetsveckor, förlängda öppettider, upphandling av vård från privata vårdgivare inom områden med långa väntetider, aktiv slussning av patienter genom vårdlots eller motsvarande funktion eller enhet.

Få planer innehåller åtgärder för att öka möjligheten att ge patienter tid i handen.

Få planer innehåller särskilda informationsinsatser för personal, patienter eller invånare. En plan innehåller informationsinsats om egenvård. Utredningen anser att informationsinsatser förutom om egenvård, skulle kunna innehålla information om vårdgarantin och patientens valmöjligheter.

Utredningens bedömning är att handlingsplanerna visar olika ambitionsnivåer, men sammantaget lyfts många viktiga insatser som kan korta väntetider och bidra till en bättre tillgänglighet. De utmaningar som lyfts fram i regionens nulägesrapport framträder inte alltid som mål eller åtgärder i handlingsplanen. Det kan bero på att utmaningarna ändrats sedan nulägesrapporten lämnades år 2019.

Åtgärder för tillgänglighet i omställningen till god och nära vård

I överenskommelsen mellan staten och SKR uppges inte något krav om att arbetet med regionala handlingsplaner ska innehålla tillgänglighet i omställningen till en god och nära vård. Ett skäl till det är att det finns en särskild överenskommelse avseende omställningen till nära vård som ställer krav om regionala redogörelser för den verksamhet som bedrivits för arbetet med omställningen. Utredningen har i arbetet med att analysera nulägesrapporter och handlingsplaner för ökad tillgänglighet dock uppmärksammat att flera regioner har lyft fram vikten av omställningen till en god och nära vård för arbetet med tillgänglighet, se kapitel 7. Det finns regionala handlingsplaner som tar sin utgångspunkt i arbetet med god och nära vård.

Vård och stöd för kroniskt sjuka och äldre

En region anger att produktions- och kapacitetsplanering ska ske för personer med kroniska sjukdomar. Arbetet för att kunna följa återbesök inom måldatum per diagnos vid kronisk sjukdom beskrivs.

I en annan plan finns åtgärden att utreda möjligheten att använda *Adjusted Clinical Groups-systemets*[8] definitioner av kroniskt sjuka personer kopplat till gemensamt vårdregister dit vårdkontakter rapporteras från alla vårdgivare som regionen har avtal med. Det förväntas ge ett standardiserat förfarande för att identifiera och följa upp personer med kroniska sjukdomar och tillstånd. Uppgifter i systemet skulle även kunna aggregeras och följas på befolkningsnivå. På sikt ska man även kunna följa väntetider för olika patientgrupper och följsamhet till åtgärder i respektive vårdprogram.

Flera handlingsplaner innehåller åtgärder för egenmonitorering. Det finns även exempel med dokumenterad överenskommelse om av vad patienten respektive vården ska göra.

En åtgärd som finns i flera planer gäller olika former av specialmottagningar. Särskilda mottagningar för äldre med komplexa behov, eller sjuksköterskemottagningar för astma – KOL och diabetes. Glesbygdsmottagning, levnadsvanemottagning och dialysmottagning är andra exempel. Det förekommer även utveckling av team runt patienter med kroniska sjukdomar, även mobila team. Förstärkt bedömningsstöd i primärvården, med målet att förhindra onödiga inläggningar, genom tidiga insatser av sjuksköterska och läkare och en väg in där hemtjänsten får ett särskilt telefonnummer till sjuksköterskan är exempel på ytterligare insatser.

Inom ramen för kunskapsstyrningsarbetet finns flera insatser som exempelvis införande av personcentrerade sammanhållna vårdförlopp och fortsatt arbete med standardiserade vårdförlopp inom cancerområdet. Uppföljning av ledtider uppges som en viktig del i arbetet med kroniskt sjuka patienter i flera handlingsplaner.

I några planer ingår samarbete mellan specialiserad vård, primärvård, psykiatri och kommunal hälso- och sjukvård. Exempel finns där personer med patienterfarenhet deltar i utvecklingsarbete, forskning och personcentrerad vård. Exempel finns också som gäller inte-

[8] Johns Hopkins ACG Case-Mix system är en statistiskt säker, diagnosbaserad metodologi som ger sjukvårdsföreträdarna möjlighet att beskriva och förutse en populations tidigare och framtida sjukvårdsutnyttjande samt deras kostnader.

grering av samordnad individuell plan (SIP), Min vårdplan cancer och rehabiliteringsplan i patientkontrakt.

En plan innehåller åtgärden patient- och närståendeutbildning enligt modellen *Lära och bemästra*. Ett exempel finns också om mottagaranpassad samhällsinformation för äldre om tjänster, vad man själv kan tänka på och planera för samt kontaktvägar.

Åtgärder inom psykisk ohälsa gäller hälsocentraler med kompetens att genomföra digitala behandlingar, internetbaserad kognitiv behandlingsterapi (iKBT), utvecklingsarbete för digitala ingångar och snabb kontakt för bedömning och rådgivning. En åtgärd som ett par handlingsplaner innehåller är införande av självvald inläggning inom psykiatrisk slutenvård.

Utredningens bedömning är att det finns ett fokus på tillgänglighet för kroniskt sjuka och äldre. Utvecklingen av produktions- och kapacitetsplanering, införande av personcentrerade vårdförlopp, införande av digital specialistkonsultation, självvald inläggning och bättre samverkan mellan olika aktörer liksom införande av fast vårdkontakt och digitaliseringens möjligheter tas till vara för att öka tillgängligheten för kroniskt sjuka.

Vård och stöd för barn och unga med psykisk ohälsa

Barn och ungdomspsykiatrin (BUP) beskrivs av flera regioner vara under omorganisation. Det beskrivs omorganisationer på olika nivåer, exempelvis ny organisation för styrning och ledning, sammanslagning av vårdverksamheter eller att gå från att erbjuda vården i egen regi till att upphandla delar av vården. I stort sett alla regioner nämner arbete med att skapa *en väg in* för barn och unga med psykisk ohälsa eller sjukdomstillstånd. Andra åtgärder och insatser är att skapa en för regionen gemensam remissbedömningsenhet för att prioritera och bedöma remisser mer likvärdigt och kunna erbjuda barn och unga vård på rätt vårdnivå snabbare.

Flera förändrar arbetssätten inom BUP genom att standardisera vårdflöden. Utredningen anser att det är viktigt att arbeta med hela vårdkedjan så att vården blir sömlös för barn och unga, från primärvårdens första linjevård för förebyggande av psykisk ohälsa och vård av lätta symtom, till den specialiserade vården inom BUP för svårare symtom. Utredningen anser även att det är av vikt att den speciali-

serade vårdens kompetenser kan stötta primärvården och elevhälsan så att primärvårdens och elevhälsans kunskap om psykisk ohälsa ökar. Därmed stärks förutsättningarna för ett gott omhändertagande av barn och unga med lätt psykisk ohälsa.

Flera regioner nämner också produktions- och kapacitetsstyrning som ett sätt att förändra sina arbetssätt och öka tillgängligheten inom BUP.

Bristen på kompetens och svårigheten att rekrytera är genomgående för BUP och regionerna har använt de statliga medlen till att antingen anställa eller upphandla mer vård för målgruppen. Det är framfört allt utredningar som nämns som föremål för upphandling inom BUP.

Utredningen bedömer att regionerna har flera insatser som kan ge positiva effekter på tillgängligheten, och det är bra att regionerna förbättrar sina arbetssätt. Utredningen noterar också att upphandling av utredning sällan åtföljs av upphandling av behandling, vilket kan innebära att barn och unga igen riskerar att få vänta alltför länge på vård och att vården upplevs fragmentiserad. Det innebär också en risk för bristande kontinuitet för barn och unga.

Produktions- och kapacitetsplanering sprids till fler områden

Många regionala handlingsplaner innehåller åtgärder för produktions- och kapacitetsplanering (PoK), ofta inom operationsverksamheten men det förekommer flera som planerar sprida PoK till fler områden inom specialiserad vård, primärvård, för kroniska sjukdomar och BUP. Även åtgärder inom PoK för regiongemensam och sjukvårdsregional samverkan förekommer. Arbetsdelning inom och mellan regioner lyfts fram.

Många planer har fokus på ökad digitalisering

Det snabba införandet och erfarenheterna av digitala vårdmöten och digitala tjänster under pandemin tas tillvara och fortsätter att utvecklas. Det är inte bara något som krävts för hantering av pandemin och utmaningarna inom tillgänglighet utan uppges även bygga på förväntningar från patienter och allmänhet.

Det finns nya digitala verktyg beskrivna i handlingsplanerna men inom detta område finns samverkan mellan regionerna sällan beskriven. Utredningens bedömning är att regionerna kan samverka mer om digitala lösningar för effektiv användning av resurser och mer jämlik vård.

Digitala tjänster som njurskola, artrosskola och formulärtjänster på 1177.se för bättre förberedda besök beskrivs. Nya vårdinformationsstöd, införande av E-remisser, digitalisering av arbetet med personcentrerade vårdförlopp, digitalisering av inrapportering till kvalitetsregister och utveckling av it-stödsystem för produktions- och kapacitetsplanering är andra exempel. En region har åtgärder för att kravställa digital kompetens hos vårdgivarna, anpassa ersättningsmodeller som stödjer digifysisk vård och webbplatsen jobbadigifysiskt.se för stöd till mer digifysiskt arbetssätt.

Digitala tjänster införs som webb-tidbokning eller ökning av tider i webb-tidbokningen, sms-påminnelse, distansmonitorering, digitala vård-appar, incheckning via mobil med ankomstregistrering och betalning vid vårdbesök.

I en regions handlingsplan beskrivs införande av konceptet digitala mottagningar som primärvården-online, ungdomsmottagning-online, barnmorskemottagning-online, barn- och familjehälsovårdspsykologer-online samt dietist-online.

Digitala konsultationer mellan primärvård och specialiserad vård utvecklas. Flera planer innehåller införande av digital specialistkonsultation i primärvården. Utredningen har i flera sammanhang lyft detta arbetssätt som gott exempel som i hög utsträckning kan minska antalet remisser till specialiserad vård. Väntetiden för första besök i specialistvården kan i bästa fall reduceras till noll dagar. Arbetssättet medför också att de patienter som behöver remitteras kommer snabbare till den specialiserade vården. Dessutom sker kunskapsöverföring mellan primärvården och den specialiserade vården under konsultationen.

Utredningens bedömning är att pandemin har medfört att vårdens digitalisering snabbt går framåt och många nya insatser redovisas i handlingsplanerna. Utredningen stöder att digital specialistkonsult införs för fler verksamhetsområden samtidigt som det är viktigt att uppföljning och utvärdering genomförs.

Åtgärder för tillgänglighet till följd av covid-19-pandemin

Flertalet regioner hade stora utmaningar när det gäller tillgänglighet även innan covid-19-pandemin. Pandemin har inneburit att läget försämrats. Men det finns regioner som menar att pandemin gett positiva erfarenheter som tas tillvara i arbetet med tillgänglighet och den uppskjutna vården. De flesta uppger att det snabba införandet av digitala vårdmöten under pandemin ska fortsätta och utvecklas.

Det finns också exempel där regionen uppger att de lärt sig mycket av att på kort tid ställa om verksamheten för att klara en kris. Den erfarenheten och kraften kan användas även i arbetet med ökad tillgänglighet. Det förekommer även regioner som menar att pandemin inte fått så stor påverkan som befarat, att man sedan hösten 2020 i hög utsträckning klarat att hålla den planerade vården igång och även betat av en del av den initialt uppskjutna vården såsom screeningverksamhet. Ett par regioner har ambitionen att de ska hantera uppskjuten vård inom ett år eller något längre tid. Störst utmaning med uppskjuten vård ses inom operationsverksamheten. Men flera menar att även primärvården blir hårt belastad på grund av arbetet med vaccinering. En region uppger att de skapat en särskild parallell organisation för arbetet med vaccination för att undvika belastningen på primärvården.

Planeringen för hantering av uppskjuten vård är i hög grad densamma som regionernas planering för ökad tillgänglighet generellt. Flera regioner beskriver arbete för en ökad produktion genom regionövergripande planering- och produktionsstyrning och nyttjande av befintliga avtal med andra vårdgivare samt även nya upphandlingar som en följd av särskilda ekonomiska medel från staten. Särskilda produktionsveckor och helg- och kvällsmottagningar planeras. Tillgängligheten förbättras för patienter med långtidseffekter av covid-19 med uppstart av postcovid-19-mottagning. Inom screeningverksamheten finns exempel på att HPV självtest ska ersätta de flesta fysiska screeningbesöken även efter pandemin.

Ökad sjukvårdregional samverkan planeras, till exempel samarbete kring fördelning av patienter, styrning av vård till olika enheter och samarbete om kompetensförsörjning har påbörjats. Utredningens bedömning är att det är en positiv utveckling som kan bidra i arbetet med ökad tillgänglighet och effektiv resursanvändning.

Utredningen uppfattar att regionerna i sina planer i hög utsträckning har samma åtgärder för hantering av uppskjuten vård som för hantering av de sedan tidigare långa väntetiderna.

Det är få regioner som lyfter särskilda åtgärder för att omhänderta långväntarna.

Totalt sett är det många åtgärder som planeras och som beskrivits här, men det ser olika ut för regionerna. Åtgärder som uppges i handlingsplanerna är relevanta för att öka tillgängligheten. Om de konsekvent genomförs bedömer utredningen att de kommer att korta väntetiderna.

Nyttjande av goda exempel och samverkan

De flesta regioner uppger att goda exempel sprids genom befintliga nätverk på nationell nivå, till exempel nätverket Vårdlotsar i samverkan, inom den nationella kunskapsstyrningsorganisationens programområden och nätverk på sjukvårdsregional eller regional nivå till exempel mellan tillgänglighetssamordnare. Men få uppger i sina planer vilka exempel de tagit tillvara för sin regions handlingsplan. En region uppger exemplet benchmarkingprojekt som hämtats som inspiration från en annan region.

I de flesta planer uppges också att nätverken har betydelse för samverkan i arbetet med tillgänglighet och för erfarenhetsutbyte.

5.5 Återkoppling till regioner

Utredningen har den 25 maj 2021 samlat alla kontaktpersoner i regionerna vid digitalt möte och givit information om övergripande iakttagelser vid analysen av de regionala handlingsplanerna. Vid mötet visades flera goda exempel från regionernas handlingsplaner. Utredningen redovisade de slutsatser som dragits av analysen och som redogörs för nedan under utredningens bedömning och förslag.

För varje region har, som tidigare beskrivits, ett kortare sammanfattande underlag gjorts av den regionala handlingsplanen med observationer, frågor och kommentarer från utredningen. Underlaget erhåller kontaktpersonerna inför den muntliga återkoppling som ges till respektive region vid ett digitalt möte under juni månad.

5.6 Utredningens bedömningar och förslag

De bedömningar och förslag som utredningen här lämnar, grundar sig på en samlad bild från utredningens arbete med att stödja regionerna vad gäller regionala handlingsplaner men även det samlade arbetet som beskrivs i kapitel 2.

5.6.1 Långsiktighet med årshjul

Bedömning: Regeringen och regionerna bör gemensamt planera för ett långsiktigt tillgänglighetsarbete. Arbetet bör omfatta årliga regionala handlingsplaner och årliga uppföljningar. Ett årshjul som i största möjliga mån tillfredsställer såväl statens som regioners behov av tidsmässig planeringscykel bör eftersträvas.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att det finns stort stöd bland vårdens professioner för ett långsiktigt strategiskt tillgänglighetsarbete omfattande fler tillgänglighetsaspekter än vårdgarantins gränser. Många har framfört till utredningen att benämningen *kömiljard* borde bytas mot *tillgänglighetsmiljard*. Begreppet kömiljard används alltjämt trots att namnet på överenskommelsen numer är *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*. Utredningen vill framhålla vikten av att vårdens professioner blir verkligt delaktiga i att komma tillrätta med bristerna i tillgängligheten. Då måste arbetet präglas av långsiktighet och samverkan mellan stat och regioner. Årliga överenskommelser med stora förändringar ger en ryckighet i arbetet som inte gynnar det långsiktiga tillgänglighetsarbetet. Tillfälliga ekonomiska satsningar riskerar att leda till prioriteringar som kanske inte är gynnsamma för det långsiktiga arbetet.

Med en långsiktighet i arbetet minskar risken att de regionala handlingsplanerna blir ett administrativt svar på en överenskommelse för att få tilldelning av medel. Planen kan istället bli regionens ordinarie tillgänglighetsplan, framtagen i dialog med verksamheterna, patient- och närståenderepresentanter och fackliga organisationer.

Med ett årshjul som följer regionernas ordinarie planeringsarbete går arbetet också hand i hand med regionens övergripande verksamhets- och budgetplanering. Utredningen menar att det ökar möjligheten att det tillgänglighetsarbete som stöds genom överenskom-

melser blir en del av ordinarie arbete med en tydlig struktur och förutsägbarhet som gynnar ett kontinuerligt arbete för ökad tillgänglighet och kortare väntetider. Genom att handlingsplanen kan vara långsiktig och uppdateras årligen minskas det administrativa arbete som vanligtvis följer av årliga överenskommelser.

5.6.2 Samordna tillgänglighetskrivningar

Bedömning: Alla överenskommelser mellan staten och SKR, där tillgänglighet i hälso- och sjukvården finns med, bör från och med år 2022 samordnas i sina delar om tillgänglighet med överenskommelsen som för år 2021 benämns *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen har uppmärksammat att handlingsplanerna för ökad tillgänglighet är olika, men har i hög utsträckning det gemensamt att vårdgarantin och väntetiderna som finns i den specialiserade vården är utgångspunkt, vilken beror på kopplingen till överenskommelsen Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020. Men tillgänglighet omfattar så mycket mer än vårdgaranti och väntetider. Idag finns tillgänglighetsaspekter även i andra överenskommelser, exempelvis överenskommelser om nära vård, cancer och psykisk hälsa samt en överenskommelse om sammanhållen, jämlik och säker vård innehållande bland annat personcentrerade vårdförlopp. För den enskilde medarbetaren är det svårt, för att inte säga omöjligt, att förstå vilka handlingsplaner som finns tillsammans med staten. För regionerna ger det merarbete att hantera ett flertal överenskommelser. Utredningen bedömer också att detta kan vara grunden till att en del regioner ser handlingsplanen som svar på en överenskommelse medan regionens egen handlingsplan är ett annat dokument framtagen i en annan process.

Utredningen har övervägt om tillgänglighet kan brytas ur helt ur andra överenskommelser och samlas i en tillgänglighetsöverenskommelse men funnit att nya stuprör då riskerar att skapas och att det är viktigt att tillgänglighet är en del av ett samlat kvalitetsarbete inom ett vårdområde. Däremot bör skrivningarna om tillgänglighet i andra överenskommelser samordnas med överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården så att det är likalydande innehåll.

Det ger förutsättning för en regional handlingsplan omfattande alla tillgänglighetsaspekter och minskar risken för dubbelarbete för regionerna och blir tydligare för medarbetarna. Det kan också leda till ett sammanhållet tillgänglighetsarbete med större helhetsperspektiv. Det finns bland årets regionala handlingsplaner exempel på handlingsplaner som tar ett större grepp, de ansluter också till regionens övergripande strategier.

5.6.3 Utformning av regional handlingsplan

Bedömning: Den regionala handlingsplanen för ökad tillgänglighet bör, genom statens överenskommelse med SKR, utvecklas till att vara varje enskild regions handlingsplan för tillgänglighet och utgå från mätbara och tidsatta mål med insatser för att nå målen och beskrivning av hur regionen avser att följa upp insatserna.

Skälen för utredningens bedömning: De regionala handlingsplaner som i mars 2021 inlämnats som en del i det strategiska arbetet i överenskommelsen Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 har olika utseende och innehåll. Utredningen har uppfattat att en del regioner ser handlingsplanen som ett svar på ingången överenskommelse mot erhållna medel. I regionens interna arbete utgår man troligtvis istället från andra dokument. Utredningen anser att den regionala handlingsplanen då blir en administrativ pålaga som inte blir förståelig och användbar för medarbetarna. Överenskommelser om handlingsplaner som sedan inte är regionens naturliga arbetsdokument kräver onödigt administrativt arbete.

Ett aktivt medarbetarengagemang är enligt utredningens bedömning en förutsättning för att komma tillrätta med tillgängligheten. En del i det engagemanget är att känna sig delaktig i regionens planerade arbete. För delaktighet krävs både att vara en del i det grundläggande tillgänglighetsarbetet och även att få ta del av och känna till övergripande planer i regionen. Utredningens referensgrupper har särskilt uttalat vikten av medarbetarnas engagemang och delaktighet i det strategiska tillgänglighetsarbetet.

Den regionala handlingsplanen bör utvecklas till att bli just regionens ordinarie handlingsplan för ökad tillgänglighet med brett

perspektiv, inte endast fokuserad på vårdgaranti och väntetider. De regionala målen bör vara tidsatta och mätbara och överensstämma med de mål som regionen internt fastlägger i olika styrdokument. Det kan vara en fördel att ha mål på både kort och lång sikt exempelvis ett och flera år. Insatser till följd av målen bör ingå och för det interna arbetet är det en fördel om ansvariga enheter preciseras. I handlingsplanen bör preciseras hur uppföljning ska ske. Handlingsplanen bör också kunna uppdateras årligen och följer den det årshjul som utredningen föreslår, som anpassats till regionernas ordinarie planeringscykel, så kan planen för ökad tillgänglighet bli en mer naturlig del i regionens ordinarie arbete utan alltför mycket administrativt arbete.

Det strategiska tillgänglighetsarbetet finns som en del i statens överenskommelser med SKR gällande tillgänglighet. I frågor som rör årshjul, regionala handlingsplaner och uppföljning är varje regions delaktighet en förutsättning för gemensam syn och långsiktighet.

5.6.4 Kommitté för tillgänglighetsdialog

Bedömning Statens uppföljning av det gemensamma strategiska tillgänglighetsarbetet, genom överenskommelse med SKR, bör bland annat bestå av en årlig rapport från regionen gällande om insatserna i den regionala handlingsplanen för tillgänglighet har genomförts och hur resultatet är i förhållande till regionens mål.

Förslag: Regeringen ska tillsätta en kommitté för regelbunden återkommande uppföljning och dialog med varje region kring regionens tillgänglighetsläge och resultat i förhållande till den regionala handlingsplanen. Dialogen ska ske vid platsbesök. Målet ska vara att genom dialogen stimulera utveckling och förändringsarbete för bättre tillgänglighet. Kommittén för tillgänglighetsdialog ska också vara en del av en utökad statlig uppföljning. Kommitténs ledamöter utses av regeringen efter samråd med regionerna.

Skälen för utredningens bedömning och förslag: Staten bör ta ett större ansvar för uppföljning, analys och utvärdering inom tillgänglighetsområdet. Utredningen föreslår därför att regeringen ska tillsätta en

kommitté för regelbunden återkommande uppföljning och dialog med varje region kring regionens tillgänglighetsläge och resultat i förhållande till den regionala handlingsplanen.

I dag genomför Socialstyrelsen uppföljning och analys av tillgänglighet och väntetider, liksom utvärdering av följsamhet till nationella riktlinjer. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys genomför uppföljning med utgångspunkt från patient-, brukar- och medborgarperspektivet. Utredningen menar att regeringens uppdrag till myndigheter gällande uppföljning av tillgänglighetsarbetet ska fortsätta.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys föreslog i sin rapport 2019:2 *Med örat mot marken, Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården* att den nationella uppföljningen borde förtydligas genom att ta fram en regelbunden, långsiktig och systematisk plan för när olika delar ska göras, till vilket syfte och vem som gör det. Delar som skulle kunna ingå utöver indikatorbaserad uppföljning och samråd mellan regeringen och regionerna var bland annat fördjupade tematiska analyser och uppföljning av enskilda satsningar och reformer.

Utredningen menar att tillgänglighetsområdet är ett område där en regelbunden, långsiktig och systematisk plan för uppföljningen bör finnas. Regeringen behöver stärka uppföljningen, analysen och utvärderingen av tillgänglighet samt genom tillgänglighetsdialog stödja regionernas arbete med genomförande av regionala handlingsplaner och stimulera till lärande och utveckling. En del i en långsiktig plan menar utredningen därför är att regeringen tillsätter en kommitté för tillgänglighetsdialog.

Myndigheten för vårdanalys (nuvarande Myndigheten för vård- och omsorgsanalys) föreslog i sin rapport *Stärkt dialog för ökad utvecklingskraft,* 2014:10, en utformning av en återkommande hälso- och sjukvårdsdialog mellan Socialdepartementet och dåvarande landstingen. Myndigheten konstaterar att staten, landstingen och kommunerna har trots de olika rollerna ett gemensamt ansvar för hälso- och sjukvårdens utveckling och flera av de stora utmaningarna behöver mötas med gemensamma initiativ. Utredningen menar att tillgänglighet är en utmaning som behöver omhändertas gemensamt. Den utformning som myndigheten föreslog kan användas för tillgänglighetsdialog. Tre faser kan identifieras:

- Förberedande fas
- Dialog i region
- Nationell dialog

I den första förberedande fasen tas fakta fram med hjälp av data från exempelvis SKR:s väntetidsdatabas, Socialstyrelsens patientregister (PAR), Nationella kvalitetsregister, Nationell patientenkät och andra enkäter med patienternas egna bedömningar. Även intervjuer kan vara en form av underlag. Regionernas årliga handlingsplaner och rapporter samt myndigheternas rapporter utgör också underlag.

I den andra och viktigaste fasen sker dialog på plats i enskild region för att skapa en gemensam bild av regionens läge, måluppfyllnad och utmaningar. Förbättringsområden identifieras i regionen och även för statens kommande arbete. Dialogen på plats ska vara upplagd på ett sätt som medför lärande och inspiration för fortsatt förändringsarbete. Patient- och närståendeföreträdare, bör förutom verksamhetsföreträdare delta i denna del som planeras och genomförs i samverkan med respektive region.

I den tredje fasen sker summerande nationell dialog om strategiska och övergripande prioriteringar för såväl staten som regionerna.

Kommitténs ledamöter ska utses av regeringen efter samråd med regionerna. I kommittén kan exempelvis ingå linjechef med erfarenhet av väntetidsarbete, kunnig på produktions- och kapacitetsplanering, kliniskt verksam representant med erfarenhet av arbete i nationellt programområde och kunnig i regional organisation, styrnings- och ledningsfrågor. Första arbetsuppgiften för kommittén bör vara att planera arbetsformerna.

Forskning visar att det är viktigt att uppföljningen utformas så att den skapar ökat intresse för lärande och starkare drivkrafter till förändring. Det är också viktigt att återkopplingen sker från en grupp som de som följs upp har förtroende för. Utifrån forskning och betydelsen av professionella drivkrafter rekommenderas även att uppföljningen inklusive jämförelser är transparenta, också gentemot befolkningen. Om möjligt ska ingå att följa upp patienters erfarenheter och upplevelser av vården ur ett tillgänglighetsperspektiv[9].

I kapitel 9 om utveckling av kömiljarden beskriver utredningen denna tillgänglighetsdialog som en kompletterande insats.

[9] Fritt från Vården är värd en bättre styrning, SNS 2020, Anders Anell.

6 Effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom information om patienters valmöjligheter

Detta kapitel inleds med utredningens uppdrag och arbetssätt, bestämmelser om vårdgaranti och valmöjligheter, regionernas införda vårdlotsar eller motsvarande funktioner samt information om väntetider och kvalitets- och patientnöjdhetsdata på 1177 Vårdguiden. Därefter följer avsnitt om information om vårdgarantin och patienters valmöjligheter samt en jämförelse av produktiviteten mellan länder och en beskrivning av den norska modellen för vårdgarantin. Kapitlet avslutas med utredningens beskrivning av problembilden följt av utredningens bedömningar och förslag.

6.1 Utredningens uppdrag

I utredningens direktiv konstateras att svensk hälso- och sjukvård håller hög medicinsk kvalitet, men har långa väntetider liksom bristande tillgänglighet i bred bemärkelse och att detta varit ett problem sedan lång tid tillbaka. Tillgänglighet handlar enligt direktivet om balansen mellan invånarnas behov av vård och vårdens kapacitet och resurser att möta dessa. En tillgänglig vård innebär att vården är lätt att komma i kontakt med och att insatser ges inom rimlig tid. Vidare anges att det ytterst är regionerna som ansvarar för vården och därmed för tillgängligheten och för att patienter får vård i rimlig tid. En central del i arbetet för att öka tillgängligheten är en väl utvecklad och fungerande samverkan mellan alla berörda aktörer. Skillnader i väntetid både inom och mellan regioner, samt mellan olika vårdgivare

inom samma specialistområde pekar, enligt utredningsdirektivet, på att det finns möjlighet att korta patientens väntetid om vårdgivarnas och regionernas samlade kapacitet används mer effektivt.

Mot denna bakgrund har utredningen givits i uppdrag att stödja ett effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider. Uppdraget innebär att

- informera berörda aktörer om patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare, både i hemregionen och i andra regioner,
- lämna förslag på åtgärder som, inom ramen för gällande lagstiftning och med hänsyn till regionernas behov av långsiktiga planeringsförutsättningar för att kunna säkra en stabilitet i vårdutbudet, kan underlätta för patienter att få vård hos någon annan vårdgivare med kortare väntetider, såväl inom den egna regionen som i andra regioner, i syfte att verka för ett mer effektivt utnyttjande av den samlade vårdkapaciteten,
- lämna förslag på insatser som stärker samarbetet mellan regionerna,
- följa och stödja arbetet med att tillgängliggöra information om väntetider och kvalitets- och patientnöjdhetsdata på 1177 Vårdguidens webbplats, och
- verka för att information och förslag på insatser görs tillgängliga för alla patientgrupper, oberoende av eventuell funktionsnedsättning.

Direktivet finns i sin helhet i bilaga 1.

6.2 Utredningens arbetssätt

Utredningen har under hösten 2020 och våren 2021 gjort en kartläggning av regelverk, information, initiativ och pågående utvecklingsarbete beträffande vårdgarantin och patienters valmöjligheter samt sammanställt information om arbetet med att hitta och jämföra vård.

Utredningen har också inhämtat underlag genom ett stort antal möten med olika berörda aktörer; utredningens kontaktpersoner i regionerna, myndigheter, organisationer, privata och offentliga verksamhetsledningar, SKR:s nationella nätverk med flera.

En enkätundersökning om vårdgarantin och patientens valmöjligheter har genomförts.

Mot bakgrund av resultatet av detta arbete har ett antal iakttagelser gjorts. Vissa av dessa iakttagelser har motiverat utredningen att lämna bedömningar och förslag.

6.3 Om författningsförslag inom detta deluppdrag

I detta delbetänkande redovisar utredningen bedömningar när det gäller åtgärder som kan underlätta för patienter att få vård hos annan vårdgivare med kortare väntetider, såväl inom den egna regionen som i andra regioner, i syfte att verka för ett mer effektivt utnyttjande av den samlade vårdkapaciteten. Dessa bedömningar aktualiserar behovet av författningsändringar. Dock, som framgått ska förslag på detta område enligt direktivet vara inom ramen för gällande lagstiftning. Denna formulering begränsar enligt utredningen möjligheterna att lämna ändamålsenliga och verkningsfulla förslag på området. Det finns visserligen andra uppdrag i utredningsdirektivet som inte givits motsvarande begränsning och som också tar sikte på att underlätta för patienter att få vård inom vårdgarantins gränser. Det är emellertid tveksamt om alla de författningsförslag som kan föranledas av utredningens bedömningar i detta kapitel kan lämnas med stöd av dessa andra uppdrag. Utredningen avser att lämna de författningsförslag som bedöms möjliga inom ramen för dessa uppdrag och i enlighet med vad utredningen bedömer som nödvändigt utifrån bedömningarna i detta kapitel.

6.4 Bestämmelser om vårdgaranti och valmöjligheter

Gällande bestämmelser om vårdgaranti och patienters valmöjligheter beskrivs i kapitel 3 *Gällande rätt*. Här görs en kort sammanfattning, som en introduktion till kapitlet och de bedömningar som utredningen lämnar.

6.4.1 Regionen är skyldig att erbjuda vårdgaranti

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska regionerna erbjuda vårdgaranti åt den som är bosatt inom regionen eller i övrigt omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 § HSL. Det föl-

jer av 9 kap. 1 § HSL. I 2 kap. 3 § patientlagen finns en hänvisning till denna bestämmelse. I hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF, anges tider för hur länge en patient som längst ska behöva vänta på vård och behandling inom ramen för de områden vårdgarantin omfattar. Enligt 6 kap. 1 § HSF ska den enskilde få

1. **kontakt med primärvården** samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården, (tillgänglighetsgaranti)
2. **en medicinsk bedömning** av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom tre dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt, (bedömningsgaranti inom primärvården)
3. **besöka den specialiserade vården** inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården, (besöksgaranti inom den specialiserade vården) och
4. **planerad vård inom 90 dagar** från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården, (behandlingsgaranti).

Vårdgarantin reglerar alltså inom vilka tidsgränser patienten ska erbjudas kontakt, bedömning, besök och planerad vård. Däremot reglerar den exempelvis inte om vård alls ska ges, vilken vård som i så fall ska ges eller hur lång tid som utredning, diagnostik och behandling av patienten får ta. Tidsgränserna omnämns ofta 0-3-90-90.

6.4.2 Vårdvalssystem är obligatoriskt inom primärvården

Enligt 7 kap. 3 § HSL ska regionen organisera primärvården så att alla som omfattas av regionernas ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänst samt få tillgång till att välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Inom annan hälso- och sjukvård än primärvård är det frivilligt för regionerna att införa vårdvalssystem.

År 2020 fanns totalt 40 valfrihetssystem inom primärvården och 65 valfrihetssystem inom öppen specialiserad vård och delar av slutenvården. Region Stockholm har störst antal valfrihetssystem, 39 införda vårdval, Region Uppsala och Region Skåne har vardera

11 vårdval. Fem regioner; Gotland, Blekinge, Dalarna, Gävleborg och Västerbotten har enbart infört valfrihetssystem inom det obligatoriska området primärvård.[1]

6.4.3 Patienter kan välja utförare av öppen vård i hela landet

Enligt 9 kap. 1 § patientlagen (2013:821) ska en patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård inom eller utom den egna regionen. Med öppen vård avses primärvård och specialiserad vård som inte kräver intagning på vårdinrättning (se 2 kap. 4 och 5 §§ HSL). Möjligheten att välja utförare är alltså begränsad till offentligt finansierad öppen vård. Det finns dock en rekommendation i *Riksavtalet för utomlänsvård* om att patienten ska erbjudas möjlighet att i andra landsting välja att få sin behandling i sluten vård vid sjukhus inom länssjukvården, efter det att behovet har fastställts i hemlandstinget.[2]

6.4.4 Hemregionen svarar för kostnaderna, förutsatt att hemregionens remisskrav följs

Om en patient är bosatt i en region eller om patienten är kvarskriven[3] där och stadigvarande vistas i regionen, är det den regionen, hemregionen, som ska svara för kostnaderna för den offentligt finansierade öppna vården som patienten får i en annan region, vårdregionen. Detta gäller dock inte om hemregionen ställer krav på remiss för vården och dessa remissregler inte följs. Det följer av 8 kap. 3 § andra stycket HSL.

[1] www.skr.se/download/18.438a2da8174729859c6b06e3/1600194793873/Beslutsl%C3%A4ge-v%C3%A5rdval-Regioner-juni-2020.pdf.
[2] SKL. 2014. *Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer, Sveriges kommuner och landsting*.
[3] Kvarskrivning fungerar i princip som ett skydd för bostadsadressen på så sätt att den verkliga bostadsadressen inte syns i folkbokföringen. Bestämmelser om kvarskrivning finns i 16–17 a §§ folkbokföringslagen (1991:481).

6.5 Vårdlotsar och andra stödfunktioner

I samtliga regioner finns i dag olika stödfunktioner. Det kan vara vårdlots, väntetidssamordnare, vårdvägvisare, vårdgarantiservice, vårdsluss eller motsvarande funktioner. De har olika uppdrag. Det kan vara att informera patienter om vårdgarantin och valmöjligheter, eller hjälpa patienter att få vård inom vårdgarantins tidsgränser och ibland även hjälpa vårdgivare med patienter som de inte kan ge vård inom vårdgarantins tidsgränser. Vårdlots eller motsvarande funktion används i dag i 10 regioner.

Det är enligt SKR:s uppdragsbeskrivning ofta regionens samordnande vårdlots eller motsvarande funktion som representerar sin region i SKR:s nätverk *Vårdlotsar i samverkan* (hädanefter benämnt *vårdlotsnätverket*). Enligt en uppdragsbeskrivning för vårdlotsnätverket ska regionerna och SKR i samverkan:

- Identifiera de viktigaste områden för samverkan och samarbete med syfte att minimera ”vårdskulden” och säkerställa att vårdgarantin kan upprätthållas.
- Ge förutsättningar för att dela och förmedla information om status för aktuellt läge i regionen för att ge underlag till en samlad nationell överblick.
- Samverka och beskriva regionernas behov och eventuell ledig kapacitet att erbjuda andra.
- Initiera informationsmaterial till patienter och vården.
- Ge förutsättningar för erfarenhetsutbyte för arbetssätt och insatser mellan regionerna.
- Stödja utvecklingen av system för såväl administration som teknik med syfte att ge en nationell överblick av regionernas behov och eventuell ledig kapacitet att ta emot patienter från andra regioner.[4]

[4] SKR. 2021. *Vårdlotsar i samverkan.*

6.5.1 Utredningens dialog och diskussion med vårdlotsnätverket

Utredningen har haft dialoger och diskussioner med vårdlotsnätverket. I diskussionen ställdes inledningsvis frågan om vårdlotsarna inom ramen för själva nätverket hjälper patienter eller patientgrupper att få vård inom vårdgarantins gränser. Så var inte fallet. Det finns dock exempel på sjukvårdsregional samverkan där man hjälper patienter.

En annan fråga gällde vad nätverket anser fungerar bra inom regionerna när det gäller att uppfylla vårdgarantins tidsgränser. Exempel gavs på vad de menar fungerar bra i arbetet i regionerna:

- inom regionen finns listor på alla som köar per verksamhetsområde och diagnos vilket underlättar vårdlotsens arbete,
- det finns flera exempel i regionerna där man har en central vårdlotsfunktion som hjälper patienter,
- regionala vårdlotsnätverk förekommer eller bildas inom några regioner,
- regionerna kan använda varandras avtal, och
- information lämnas via 1177 till patienter, anhöriga, beslutsfattare och verksamheterna.

På frågan om svårigheter och utmaningar lyftes:

- att det inte finns en samlad plats med information om vem som har avtal med vem och hur avtalen ser ut, vilket skulle kunnat nyttjas för att hjälpa patienten med vårdgarantin,
- information om ledig kapacitet på *vantetider.se* är inte uppdaterad och stämmer därför inte, och
- att alla regioner har en produktionsplanering utifrån sitt eget flöde.

Detta menar vårdlotsarna sammantaget försvårar möjligheterna att lotsa patienter i offentligt finansierad vård.

Det kan enligt nätverket finnas en risk att föra över för mycket produktion till privata vårdgivare som därmed kan växa och rekrytera personal från den offentliga vården. Enligt nätverket ska först

och främst den offentliga vårdens kapacitet användas. En utmaning som lyfts är att regionerna behöver vara attraktiva arbetsgivare.

De menar också att privata vårdgivare kan ha svårt att ta emot svårt sjuka patienter även om det gäller en enkel åtgärd. Ytterligare en utmaning gäller att de vårdgivare man slussat patienten till vill göra en egen bedömning och det är inte resurseffektivt. En annan svårighet som man ser framåt är att omhänderta uppskjuten vård med efter arbetet med covid-19-pandemin redan trött personal.

I diskussionen med vårdlotsnätverket lyftes också frågan om vilka förändringar de anser bör göras för att fler patienter ska bli hjälpta att få vård inom vårdgarantins gränser. Ett register med information om vårdgivare och avtalsvillkor togs upp som ett behov.

En enkätundersökning

Utredningens dialog och diskussion med vårdlotsnätverket i mötesform följdes upp med en enkätundersökning för att inhämta ytterligare uppgifter om hur regionerna arbetar med stöd till patienter i syfte att kunna erbjuda vård inom vårdgarantin, se *Bilaga 5*. Enkäten ställdes till regionernas deltagare i vårdlotsnätverket. Enkäten genomfördes första kvartalet 2021 och besvarades av 20 av regionernas deltagare i nätverket.

Ett antal frågor i enkäten rörde regionens rutiner när det gäller information till patienterna om vårdgarantin och om vårdval. Frågor rörde också regionens praktiska arbete med patienter som inte kan ges vård inom vårdgarantins gränser. Enkäten innehöll även ett antal mer öppna frågor om vilket stöd som regionerna skulle behöva samt om och i så fall vad regionen skulle önska ytterligare för att lösa sitt uppdrag.

Resultat av enkäten

När det gäller frågan om patienten själv tar kontakt för att åberopa vårdgarantin anger en majoritet av de svarande regionerna att så ofta är fallet och att patienten förväntas ta initiativ till kontakt. Samtidigt påpekas att kontakter i båda riktningar förekommer. Ett vanligt förfarande är att i en remissbekräftelse informera om vårdgarantin och om möjligheten för patienten att kontakta den aktuella mottag-

ningen, operationsplaneraren, regionens vårdlots eller motsvarande funktion om patienten vill ha hjälp med att få vård inom vårdgarantins gräns. Det förekommer också i flera regioner att verksamheter i samband med översyn av väntelistor kontaktar patienter med en förfrågan om de önskar flytta sin remiss, det vill säga välja en annan vårdgivare.

På frågan om till vem patienten ska vända sig, ger regionerna varierande svar. Det förekommer att patienter ska vända sig till vårdlotsar, vårdgarantienheter eller motsvarande funktioner, men huvudprincipen i de flesta regioner är att patienten i första hand uppmanas att vända sig direkt till den remitterande mottagningen eller enheten.

I enkäten preciseras en följdfråga om vem eller vilken funktion i regionen som tar kontakt med patienten när tiden för vårdgarantin riskerar att gå ut och vid vilken tidpunkt under garantiperioden som detta sker. Av enkätsvaren att döma saknar de flesta regioner en samordnad och enhetligt fastställd rutin för detta. Det varierar också ofta inom en region på så vis att vissa verksamheter och mottagningar har rutiner att kontakta patienten med information om att vårdgarantin inte kommer kunna hållas, medan det inom andra verksamheter i samma region är upp till patienten att ta kontakt och åberopa vårdgarantin. Flera svarande anger dock att de påbörjat ett arbete med enhetliga rutiner.

När det gäller allmän information om vårdgarantin och patientens rättigheter uppger en majoritet av de svarande att informationskanalerna är kallelser och remissbekräftelser, regionspecifika delar av 1177.se samt affischer och broschyrer på mottagningarna. Det är också möjligt för patienter att vända sig till vårdlotsar och motsvarande funktioner eller att muntlig information av vårdenhet ges.

Svaren på de mer öppet ställda frågorna om hur befintliga resurser bättre kan nyttjas och vad regionen saknar för att kunna lösa sitt uppdrag, indikerar ett behov av ett regiongemensamt och nationellt utvecklingsarbete. En nationell databas med samtliga vårdgivare/enheter, särskilt privata vårdgivare som har avtal med någon region är ett önskemål, uppdaterad information om tillgänglig kapacitet på vantetider.se är ett annat. Möjlighet att kunna se prognosticerade väntetider inom den egna regionen samt i andra regioner, liksom regiongemensam produktionsplanering lyfts som viktiga utvecklingsområden. Flera regioner pekar på behovet av samordning och enhet-

liga rutiner för samtliga verksamheter och mottagningar inom regionen, exempelvis beträffande remisshantering och väntelistor.

En sammanställning av vårdavtal

Vårdlotsnätverket har bistått utredningen med en sammanställning av gällande vårdavtal i regionerna. Utredningen formulerade följande tre frågor till nätverket:

- Inom vilka vårdområden i specialiserad vård har regionen upphandlat vård?
- Inom vilka vårdområden har upphandling gjorts enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, och hur många utförare finns inom varje vårdområde?
- Inom vilka vårdområden har upphandling gjorts enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, och hur många utförare finns inom varje vårdområde?

Resultatet av sammanställningen visar betydande variationer mellan regionerna när det gäller avtalsformer och vårdområden. Något entydigt mönster framträder inte. Vårdvalssystem (LOV) tillämpas, utöver för primärvård som är obligatoriskt, exempelvis för ögonsjukvård, vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, fysioterapi och medicinsk fotvård.

LOU-upphandlade vårdområden finns i princip inom alla medicinska specialiteter, men vanliga vårdområden där regionerna ingått avtal med privata vårdgivare är ortopedi, dagkirurgi, öron-, näsa- och halssjukdomar, urologi och gynekologi. Digitala vårdtjänster som distansgranskning av radiologiska undersökningar och telepsykiatri är andra exempel där privata vårdgivare upphandlats. LOU-upphandlingar är även vanligt förekommande för neuropsykiatriska undersökningar.

6.6 Väntetider och kvalitets- och patientnöjdhetsdata på 1177 Vårdguiden

Utredningen har i uppdrag att följa och stödja arbetet med information om väntetider och kvalitets- och patientnöjdhetsdata på 1177 Vårdguiden. Arbetet som drivs av SKR och Inera är ännu i sin linda. Utredningen har därför endast kunnat följa, och inte i någon egentlig mening stödja, arbetet genom medverkan i möten med SKR, Inera och Socialdepartementet samt genom dialog med tjänstemän på Socialdepartementet.

I överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso-och sjukvården 2020* mellan staten och SKR ingick att SKR och Inera skulle genomföra en förstudie gällande vilken information om väntetider och kvalitets- och patientnöjdhetsdata som skulle kunna tillgängliggöras på 1177.se. Syftet var att allmänheten och patienter ska kunna jämföra kvalitet, tillgänglighet och patientnöjdhet mellan olika vårdgivare. I förstudien skulle även redogöras för förutsättningar avseende långsiktig förvaltning, datakvalitet och ekonomiska förutsättningar för att utveckla den beskrivna tjänsten.[5] I enlighet med överenskommelsen redovisade SKR och Inera i september 2020 förstudierapporten *Hitta och jämför vård* på 1177.se.[6]

Inom ramen för förstudien har SKR och Inera genomfört intervjuer och på andra sätt inhämtat underlag och synpunkter från ett antal regioner. SKR och Inera konstaterar att patienter i dag är mer pålästa och samhällsmedvetna än tidigare och att detta ställer nya och högre krav på vården. Att inte känna till, eller kunna påverka, vilken väntetid som gäller för ens kontakter med vården kan enligt SKR och Inera vara en frustrerande och maktlös upplevelse. Vidare konstateras att flera utredningar från olika aktörer har belyst invånarnas behov av information för att fatta kvalificerade beslut. Behovet av att visa kvalitetsindikatorer för invånarna har ofta kopplats till vårdvalsfrågan, och invånarnas behov av information för att fatta beslut om val. Men för att patienter och invånare ska kunna tillgodogöra sig resultaten menar SKR och Inera att det krävs funktionella och tydliga kommunikationskanaler och presentationsformer, liksom förstärkt tolkning och analys av data. För att nå detta bör mer av den

[5] Regeringskansliet, Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Regioner. 2019. *Ökad tillgänglighet i hälso-och sjukvården 2020.*
[6] Sveriges Kommuner och Regioner. 2020. *Hitta och jämför vård på 1177.se.*

data om kvalitet, väntetider och patientnöjdhet som redan samlas in också tillgängliggöras på ett sätt som är lättare för invånare att ta del av.

SKR och Inera redovisar i bedömningen att det behövs en ny teknisk lösning för en ny jämförelsetjänst inom 1177 Vårdguiden och Hitta och Jämför Vård.

I förstudien beskrivs att den tidigare tjänsten Hitta och jämför Vård inte användes i den utsträckning som förväntades. Tjänstens placering på webbplatsen, att de indikatorer som redovisades inte upplevdes som intressanta av invånare och patienter samt kvalitetsbrister i delar av dåvarande datakällor kan enligt SKR och Inera ha spelat roll. I en målgruppsanalys som genomfördes år 2017 var slutsatsen att det fanns en osäkerhet om behovet av kvalitetsinformation och att en stor utmaning är att skapa en tydlig process för urval av indikatorer och tillhörande beskrivning eller presentation.

I förstudien konstateras det att den tjänst som avses kräver en långsiktig förvaltning och kontinuerlig utveckling som i sin tur kräver ett gemensamt beslut från regionerna att långsiktigt ansvara för utveckling och förvaltning. SKR och Inera uppskattade kostnaderna till 15–16 miljoner kronor som en engångsvis utvecklingskostnad och därefter drygt 3 miljoner kronor per år i driftskostnader.

Förstudien följdes i mars år 2021 upp av en ansökan från SKR till regeringen avseende ett uppdrag innehållande genomförande av en fördjupad behovsanalys och kravspecifikation. SKR ansökte om 5,2 miljoner kronor för den fördjupade behovsanalysen och kravspecifikationen och föreslog att arbetet skulle redovisas till Socialdepartementet senast den 31 augusti 2021. Regeringen fattade den 11 mars 2021 beslut om att bevilja ansökan.[7]

6.7 Information om vårdgarantin och patienters valmöjligheter

6.7.1 Information till invånare och patienter

Utredningen har kartlagt vilken information som invånare och patienter kan ta del av när det gäller vårdgarantin respektive valmöjligheter att välja vårdgivare. Vidare har information om regionala vårdgarantier granskats, liksom var information om vårdgarantin finns

[7] Regeringbeslut Dnr S2021/02255 *Ansökan om medel för en fördjupad behovsanalys och kravspecifikation för en jämförelsetjänst.*

för vårdpersonal. Utredningen har också kartlagt lagstiftningen inom området och eventuella överenskommelser, regionernas remissregler samt funktionen vårdlotsar eller motsvarande i regionerna.

Vid granskningen har utredningen använt den information som finns publicerad på nätet och då främst 1177.se, uppgifterna hämtades i februari 2021. Skälet till valet av 1177.se är att en webbplats är lätt att hålla aktuell och uppdaterad till skillnad från tryckt material och att det är regionerna som själva ansvarar för webbplatsen med information om vård och behandling samt att 1177.se är regionernas gemensamma informationsplats för invånarna. Utredningen är medveten om att det utöver denna information även informeras på andra sätt.

Via sökfunktionen på 1177.se är det möjligt att nå information om vårdgaranti under *Så fungerar vården/Lagar och bestämmelser/Vårdgaranti*. Utredningen kan dock konstatera att informationen om vårdgarantin inte finns lätt tillgänglig, till exempel på webbplatsens startsida. Det är inte heller lätt att hitta mer detaljerad information om hur regionen eller vårdenheten agerar för att hålla tiden eller hur patienten kan gå tillväga för att få hjälp med vårdgarantin. Det finns dessutom skillnader mellan regionerna. Även om det i den nationella informationen framgår att det är regionens ansvar att erbjuda vård hos annan vårdgivare, så uppges i regional information att patienten själv kan ta kontakt med den vårdgivare där hen står i kö. För invånare är det lättast att hitta informationen om vårdgarantin på 1177.se genom att använda sökfunktionen. Den som söker information behöver dock veta att det finns en vårdgaranti. När personen väl kommit till sidan med information om vårdgarantin så finns en nationell information med kompletterande regional information. I inledningen beskrivs att vårdgarantin anger hur länge en person som längst ska behöva vänta på att få kontakt med vården och hur länge patienten som längst ska behöva vänta på att få den vård som patienten behöver. Vidare anges:

> När du kontaktar vården görs en bedömning av vilket behov av vård som du har och hur du kan få hjälp. Utifrån bedömningen kan du erbjudas till exempel ett besök eller så kan du bli hänvisad till en annan sorts vårdmottagning, som passar bättre. Du kan också få råd om vad du kan göra själv.

Efter denna inledning följer fem rubriker, dessa är:

1. Vårdgarantin
2. Du kan få vård på en annan mottagning
3. Vårdgarantin gäller bara i din region
4. När gäller inte vårdgarantin?
5. Väntetider i vården

Nedan beskrivs vilken information som ges under respektive rubrik för dig som invånare och patient.

1. Vårdgarantin

Under fyra punktsatser beskrivs vad som gäller enligt vårdgarantin. Där får du följande information:

Kontakt med primärvården samma dag

Samma dag som du söker vård ska du få kontakt med till exempel en vårdcentral. Kontakten kan ske till exempel genom telefonsamtal, ett besök eller ett videosamtal.

Inom tre dagar ska du få en medicinsk bedömning av en legitimerad vårdpersonal

Du ska få en medicinsk bedömning av en läkare eller annan legitimerad sjukvårdspersonal i primärvården inom högst tre dagar. Det är den vårdpersonal som du först har kontakt med som avgör om den medicinska bedömningen ska göras av en läkare eller av till exempel en sjuksköterska, psykoterapeut eller fysioterapeut. Den medicinska bedömningen kan göras vid ett fysiskt besök eller genom till exempel ett videosamtal.

Besök på en specialistmottagning inom 90 dagar

Du ska få en tid för ett första besök på en specialistmottagning inom 90 dagar, om du har fått en remiss för det. Till vissa specialistmottagningar kan du söka själv, utan remiss från en läkare. Då gäller samma tidsgräns. Ibland kan specialistmottagningen i stället välja att hänvisa dig till någon annan vårdmottagning.

Behandling påbörjad inom 90 dagar

Du ska få tid för behandling inom 90 dagar, räknat från det att läkaren tillsammans med dig beslutade om behandling. En behandling kan till exempel vara en operation.

> Regionerna kan ha andra tidsgränser än vad som gäller enligt vårdgarantin. Tidsgränserna kan vara kortare men de kan inte vara längre.

Under respektive regions tillägg på 1177.se framgår om regionen har en kortare tidsgräns än vårdgarantins. Dessa tidsgränser är regionens målsättning snarare än en garanti.

2. Du kan få vård på en annan mottagning

Som besökare på webbplatsen ges du också information om möjligheterna att få vård på en annan mottagning:

> Om din mottagning inte kan ge dig vård inom tidsgränserna för vårdgarantin ska du erbjudas vård på en annan mottagning. Den nya mottagningen kan finnas i din egen region, eller i en annan. Du kan inte välja vilken mottagning du ska hänvisas till om du ska använda dig av vårdgarantin. Du kan tacka nej till erbjudande om vård på en annan mottagning. Då avstår du från vårdgarantin. Det kan göra att du får vänta längre på vård. Kontakta mottagningen där du väntar på vård om du ångrar dig och vill ha vård på en annan mottagning. Då börjar vårdgarantin räknas om på nytt från det datum du meddelade att du ändrade dig.
>
> Du kan få ersättning för de extra kostnader du kan få om du blir hänvisad till en annan mottagning. Det gäller till exempel vissa resor. Kontakta din region för att få veta vad som gäller för dig.

Är du patient ska du få information om vårdgarantin. Patienten uppmanas att fråga om vårdgarantin på mottagningen där hen väntar på att få vård.

> Du ska få information om hur vårdgarantin fungerar och vilka följder det kan bli för dig beroende på vilka val du gör. I vissa regioner finns det också ett väntetidskansli eller liknande som du kan kontakta.

3. Vårdgarantin gäller bara i din region

Du som besöker webbplatsen ges information om att vårdgarantin bara gäller i din region, men det uppges också att det finns undantag, här hänvisas du som patient att själv fråga vårdpersonalen om vad som gäller i din region.

> Vårdgarantin gäller bara i den region där du är folkbokförd. Du som väljer att söka vård i en annan region är inte garanterad att få vård inom någon bestämd tid. Det som avgör hur fort du ska få vård är ditt behov

av vård. Den person som har störst behov får vård först, oavsett var personen är folkbokförd. Några regioner har särskilda överenskommelser. Det gör att vårdgarantin kan gälla även i andra regioner än där du bor. Fråga vårdpersonalen för att få veta om det är så i din region.

4. När gäller inte vårdgarantin?

Du som besöker webbplatsen får också veta när vårdgarantin inte gäller. Att vårdgarantin inte gäller för exempelvis följande situationer:

- återbesök,
- om du av medicinska skäl bör vänta längre än garantins tidsgränser,
- medicinsk service, till exempel laboratorieundersökningar,
- utredningar och undersökningar som till exempel röntgen, provtagningar och tester, (undantag Region Halland där röntgen och provtagning omfattas av den regionala vårdgarantin),
- när du ska få ett hjälpmedel, med undantag för utprovning av hörapparater,
- om du väljer att söka vård hos en privat vårdgivare som inte finansieras med skattemedel eller som saknar avtal med en region.

Dessutom har Västra Götalandsregionen information om att vårdgarantin inte gäller för vaccinationer, intyg och hälsoundersökningar, besök på mödravårdscentral (MVC) och barnavårdscentral (BVC).

5. Väntetider i vården

I anslutning till information om vårdgarantin på webbplatsen 1177.se ges du som besöker webbplatsen också information om var det går att hitta information om väntetider samt uppföljning av vårdgarantin. Under rubriken *Väntetider i vården* hänvisas du till SKR:s webbplats om väntetider i vården.

Det finns en nationell webbplats för uppföljning av vårdgarantin och väntetider. På webbplatsen kan du se väntetider inom alla regioner i Sverige.

Remissregler

Under fliken om remisser informeras om att patienten kan behöva få vård på en annan mottagning än den som patienten först hade kontakt med. Då kan det behövas en remiss. Det är ett besked från mottagningen om att patienten behöver en mer specialiserad undersökning eller vård. Information finns också om att patienten i vissa situationer själv kan skriva en egenanmälan eller egen vårdbegäran. Därefter följer utförligare information om remiss, remiss till annan region, att det finns olika remissregler i olika delar av landet med mera. De remissregler som uppges visas i tabell 6.1.

Tabell 6.1 Remissregler i regionerna enligt den information invånare har tillgång till på 1177.se

Alla regioner kräver remiss för medicinsk service, det redovisas inte i tabellen

Region	Remissregler
Blekinge	-
Dalarna	Psykoterapi, neuropsykiatrisk utredning
Gotland	Barnmedicin för barn över två års ålder, neuropsykiatrisk utredning, kognitiv utredning
Gävleborg	Neuropsykiatrisk utredning
Halland	-
Jämtland	Smärtbehandling av specialistläkare
Härjedalen	-
Jönköpings län	Öppen specialiserad ögonsjukvård för personer över 18 år och äldre
Kalmar län	-
Kronoberg	-
Norrbotten	Neuropsykiatrisk utredning
Skåne	-
Stockholm	Logoped, obstetriskt ultraljud, medicinsk fotvård, huddiatermi, planerad specialiserad rehabilitering, specialistmottagning för ME/CFS, specialiserad hudsjukvård, specialiserad kirurgi i öppenvård, specialiserad öron-, näsa-, halssjukvård, besök på öron-, näsa-, halssjukvård på akuten KS Solna med undantag för omedelbar vård
Sörmland	Neuropsykiatrisk utredning
Uppsala	Psykoterapibehandling, neuropsykiatrisk utredning, kognitiv utredning
Värmland	-
Västerbotten	Barn- och ungdomspsykiatri, hudmottagning, besök på habiliteringscentrum

Region	Remissregler
Väster-norrland	Neuropsykiatrisk utredning
Västra Götaland	-
Örebro län	Neuropsykiatrisk utredning, utredning av könsdysfori, remiss från elevhälsan eller specialistläkare för skolbarn som ska besöka logoped för dyslexibedömning. Vid språkstörning och dyskalkyli krävs även psykologbedömning
Östergötland	-

Källa: 1177.se, februari år 2021.

Remissreglerna skiljer stort mellan regionerna, från de som inte har remissregler, utöver för medicinsk service som alla har, till den region som har flest med tio remisskrav. De som inte har remisskrav till specialiserad öppenvård tillämpar dock egenremiss eller vårdbegäran.

Egenanmälan eller vårdbegäran

Där det inte finns särskilda remisskrav kan enskilda mottagningar ha krav om egenanmälan. På 1177.se anges följande information om egenanmälan:

> I många regioner går det att beställa tid direkt hos en specialiserad läkare utan att ha en remiss. En del mottagningar vill då att du skriver en så kallad egenanmälan. Det kallas också vårdbegäran.

Vidare anges att vissa regioner har särskilda blanketter som ska fyllas i för en egenanmälan eller att det går att göra i inloggat läge på 1177.se (1177 Vårdguidens e-tjänster). I Region Stockholm finns ett tillägg på webbplatsen som ytterligare beskriver vad som bör ingå när man skriver en egenanmälan.

> Personen som tittar på din egenanmälan gör sedan en bedömning och du får en kallelse till mottagningen om hen tycker att du behöver det. En egenanmälan för vård i ett annan region kan du bara skriva om det inte finns krav på remiss vare sig där du vill få vård eller i din egen region.

Information om målsättning inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP)

Det saknas allmän information på 1177.se om målsättningen att inom 30 dagar få vård och utredning inom barn- och ungdomspsykiatrin. Under information om vårdgarantin upplyser tre regioner dock om förväntad maximal väntetid för barn och ungdomar vid psykisk ohälsa, det är Region Gävleborg, Region Kronoberg och Västra Götalandsregionen.

Ungdomsmottagningen på nätet – UMO

UMO är en ungdomsmottagning på nätet som fungerar som komplement till de traditionella ungdomsmottagningarna. Verksamheten vänder sig till unga mellan 13 och 25 år. Där finns texter, filmer, bildspel och annat material med information om sex, hälsa och relationer. Där finns även en anonym frågetjänst där ungdomar får svar inom en vecka. Webbplatsen UMO.se ger ingen information om vårdgaranti eller väntetider, men det finns information om vart man kan vända sig om man mår mycket dåligt. Den information som finns om psykisk ohälsa finns under fliken *Att må dåligt*. Där finns under huvudrubriken *Om du mår dåligt* information om att må dåligt, hur det kan kännas, att berätta för någon, tips samt sök hjälp om du mår mycket dåligt.

> Du ska söka hjälp om du mår dåligt länge eller om du mår mycket dåligt. Kontakta till exempel en ungdomsmottagning, en vårdcentral eller barn- och ungdomspsykiatrin (bup). Du kan få hjälp av skolsköterskan eller skolkuratorn om du går i skolan. Ring 112 eller kontakta en psykiatrisk akutmottagning om du eller någon annan mår väldigt dåligt och vill ha hjälp så fort som möjligt. Ring telefonnummer 1177 för att få veta var du ska söka hjälp. Be någon du känner att hjälpa dig att kontakta vården om du behöver.

Det finns också länkar till organisationer som kan ge stöd. Under fliken *Att ta hjälp* finns en länk med information om rättigheter och lagar. Information om tillgänglighet och vårdgarantin saknas.

Information om valmöjligheter

Utredningen har undersökt vilken information som regioner lämnar på 1177.se om vilka utförare som finns. När man går in på 1177.se finns en meny *Hitta vård* överst på sidan. Där kan invånaren hitta adresser och kontaktuppgifter till mottagningar. Det är möjligt att söka på plats, vårdtyp, namn och utbud. I ett första steg får invånaren en lista över mottagningar med kontaktuppgifter och om mottagningen har e-tjänster. I ett andra steg finns information om öppettider, prisinformation, information om verksamheten och relaterade mottagningar med mera. Under fliken *Om oss* ges information om mottagningen. Det kan till exempel ges information om vilka kompetenser som finns eller hur ett besök går till. Vilken information som ges om utförarna skiljer sig mellan utförare.

6.7.2 Information till vårdpersonal

I utredningens kontakter med regionerna om arbetet med regional handlingsplan framkommer att kunskapen om vårdgarantin och regionens hantering av vårdgarantin kan behöva öka i vården, bland annat mot bakgrund av personalomsättning. Även om regionen själv arbetar med det kan det behövas kunskapshöjande insatser, till exempel kortare webbutbildningar, även från andra aktörer. När vårdgarantin infördes genomfördes kommunikationsinsatser av dåvarande landstingen och SKL.

Utredningen har inte gjort någon heltäckande systematisk kartläggning av vilken information riktad till vården som finns i regionerna. Vid en enkel sökning efter nationell information riktad till vården om vårdgarantin har utredningen noterat att övergripande information för vårdpersonal om vårdgarantin finns i vårdhandboken[8] samt på SKR:s webbplats om väntetider[9]. På den senare finns information om vårdgarantin. Ledig kapacitet visar om det finns möjlighet att ta emot patienter från andra vårdgivare samt en preliminär uppskattning av hur lång tid patienten får vänta. Uppgifterna gäller för ett urval av åtgärder, och informationen ska inte

[8] www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/ansvar-och-regelverk/patientens-rattsliga-stallning/nationella-vardgarantin/.
[9] www.vantetider.se/veta-mer/vardgaranti/.

vara äldre än 6 veckor. Ofta saknas flera regioners uppgifter och över 13 veckors väntan preciseras inte.

6.8 Den norska modellen för vårdgaranti

De nordiska länderna har delvis olika modeller och principer för vårdgarantier och patienters valmöjligheter i vården. Utredningen har valt att i detta delbetänkande särskilt studera den modell som tillämpas i Norge, eftersom den avviker från övriga länder genom en reglerad tidsfrist för återkoppling till patienten och en mer flexibel garanti för när behandlingen ska inledas. Utredningen avser att till slutbetänkandet i utredningens uppdrag om att utreda en utökad vårdgaranti redovisa flera länders system.

6.8.1 Det norska sjukvårdssystemet

I början av 2000-talet genomfördes en omfattande sjukvårdsreform i Norge som bland annat innebar att staten övertog ägaransvaret för sjukhusen från den regionala nivån, *fylkena*. Reformen innebar också att statligt ägda och regionalt förlagda hälsoföretag inrättades, *helseforetak*, med ansvaret att erbjuda specialiserad vård till sina respektive invånare.[10]

Vidare infördes en fastläkarreform för primärvården som innebar ett kommunalt huvudmannaskap men med privatpraktiserande läkare. Kommunerna ersätts av staten för ordnandet av denna del av hälso- och sjukvården, men medlen är inte öronmärkta och därmed kan kommunerna i princip fritt fastställa sin egen budget för hälso- och sjukvården.[11]

6.8.2 Kommunerna tillhandahåller primärvård i Norge

Kommunerna tillhandahåller primärvård avtalsbaserat via allmänläkare som bedriver sin egen verksamhet, *fastleger*. Vanligtvis registrerar man sig hos en läkare och alla kan aktivt välja sin egen läkare.

[10] Vårdanalys. 2014. *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem Erfarenheter från Danmark, Norge, England och Nederländerna.*
[11] www.helsedirektoratet.no/tema/lover-og-forskrifter/, uttag 2021-05-03.

I Norge ska patienter erbjudas en första konsultation av sin fasta läkarkontakt inom fem arbetsdagar. När det gäller tillgänglighet via telefon ska 80 procent av alla samtal besvaras inom två minuter. Att få sitt behov av nödvändig hälsovård tillgodosett, är en individuell rättighet som den enskilde kan göra gällande mot kommunen.

Kommunernas åligganden som sjukvårdshuvudmän sanktioneras bland annat genom lagen om patienters rättigheter, även kallad *patienträttighetslagen*. Invånarna kan med stöd av denna lag få till stånd en prövning hos *Helsetilsynet* i fylket av husläkarens åtgärder; till exempel bristande uppföljning, medicinering eller diagnostiska åtgärder. Det kan också handla om problem med att få tid hos husläkaren, bristande telefontillgänglighet och service i allmänhet. Avgörande vid prövningen av klagomål är kommunhälsovårdslagens krav att patienten ska få nödvändig hälsovård i den kommun där han eller hon bor eller tillfälligt uppehåller sig.

Det centrala ordet är *nödvändig*. Häri ligger en rätt till rimlig standard, det vill säga den miniminivå som är medicinskt försvarbar. Tillsynsmyndigheten kan inte rikta krav på fullgörelse mot den enskilde läkaren eller annan vårdpersonal om man finner att patienten inte fått hälsovård till rimlig standard, utan det är kommunen som har uppfyllelseplikt. Helsetilsynet i fylket kan initiera ärende hos *Statens helsetilsyn* som har vissa påtryckningsmöjligheter, bland annat böter.[12]

6.8.3 Specialisthälsovården i Norge

Cirka 12–15 procent av patienterna som besöker sin fastläkare i kommunen har behov av bedömning och/eller behandling av *specialisthälsovården*.

År 2015 gjordes flera ändringar i bestämmelserna för att förenkla reglerna och stärka patienternas rättigheter. Tidsfristen för bedömning av remisser till specialisthälsovården förkortades till maximalt 10 arbetsdagar jämfört med de tidigare 30 arbetsdagarna. Krav infördes på att patienter ska få information om när bedömning eller behandling ska inledas. Specialisthälsovården är skyldig att meddela den nationella myndigheten *Helfo* om en tidsfristöverträdelse skett. En tidsfristöverträdelse bör meddelas så snart det är övervägande

[12] www.helsetilsynet.no/rettigheter-klagemuligheter/, uttag 2021-05-03.

troligt att den kommer att inträffa. Helfo ansvarar då för att hitta en annan vårdgivare till en patient vars ursprungliga vårdgivare överskridit tidsfristen. Den ursprungliga vårdgivaren är skyldig att betala för behandlingen. Tidsfristen innebär att patienter ska få en bedömning av sitt vårdbehov inom 10 dagar efter att remissen mottagits av specialisthälsovården samt tid till behandling om behov finns. Det norska systemet innebär således att vårdgivaren är skyldig att inom 10 arbetsdagar förbinda sig att påbörja behandling vid en viss angiven tidpunkt. Hur lång tid det får gå mellan den första vårdkontakten och behandlingens påbörjande är emellertid inte reglerat i lag.[13]

6.9 En jämförelse tyder på att produktiviteten är lägre i Sverige än i jämförbara länder

Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi har gett ut rapporten *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv* (2019:8)[14]. I rapporten ges en jämförelse av sjukhussektorn i ett antal västeuropeiska länder med likartad ekonomisk standard och likartade levnadsvillkor och hälsoläge. Gemensamt för samtliga ingående länder är en allmän tillgång till sjukvårdstjänster och en i huvudsak offentlig finansiering. Länderna spenderar ungefär lika mycket resurser inom hälso- och sjukvården. Sverige ligger nära genomsnittet, men det uppges att statistiken är ny och därför bör tolkas med försiktighet. I rapporten framgår att svensk sjukvård uppvisar medicinska resultat i världsklass och ligger långt fram när det gäller införandet av ny medicinsk teknologi, vilket visar på att det inte råder brist på resurser.

Tillgången på personal och utrustning uppges i rapporter vara god inom svensk sjukvård. Beträffande personal handlar behoven om ändamålsenlig specialisering och ett bättre utnyttjande av humankapitalet inom vården. Sverige har dock i internationell jämförelse en låg andel allmänläkare samtidigt som sjukhusläkarna nationellt utgör en stor och ökande andel av läkarkåren. Såväl arbetsproduktiviteten som sjukvårdens totalproduktivitet är lägre i Sverige än i

[13] Helsedirektoratett. 2017. *Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten.*
[14] Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi.2019. *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv*, professor Claes Rehnberg.

andra länder i de internationella jämförelsestudier som redovisats i rapporten.

De brister som kan ses inom svensk sjukhusvård är, enligt rapporten, låg produktivitet och långa väntetider för planerad icke-akut behandling. Den internationella trenden mot minskade antal vårdplatser inom sjukhusvården har gått längre i Sverige än i andra länder. Detta förklaras både av en medveten strävan mot behandlingar i öppenvård och kortare vårdtider, men även av problem med att rekrytera personal och därmed hålla planerade vårdplatser öppna. Den höga beläggningsgraden i Sverige indikerar ett större problem med bristande antal vårdplatser, vilket kan förorsaka problem för patientflöden, väntetider och behandlingsprocesser inom sjukhusen.

I rapporten lämnas bland annat rekommendationer om:

- en nationell kraftsamling för utveckling av ersättningssystem och incitamentsstruktur,
- att professionen involveras i direkta förhandlingar om ersättningssystemens utformning,
- att utbudet utvecklas genom alternativa vårdgivare i samverkan med akutsjukhusen,
- samordning och ett gemensamt informationssystem mellan akutsjukhus och primärvård,
- incitament till såväl vårdgivare som patienter så att kontinuitet prioriteras, speciellt för kroniker,
- att möjligheterna och incitamenten för läkare och annan personal verksamma utanför sjukhus att medverka i jour och planerad vård vid sjukhusen inom specialiteter med kapacitetsbrist och långa väntetider stärks, samt
- ett statligt ansvar för utveckling av styrinstrument och kontinuerlig uppföljning av effektivitet och fördelning av sjukvårdens resurser.

6.10 Problembild

Utredningen kan konstatera att problemanalyser, slutsatser och åtgärdsförslag har redovisats i ett flertal myndighetsrapporter, betänkanden från statliga utredningar och i rapporter från SKR under

senare år. Den problembild och de möjliga förbättringsområden som utredningen lyfter i detta avsnitt är därför sannolikt varken nya eller obekanta för berörda aktörer. De lyfter vissa frågor som utredningen bedömer som särskilt viktiga och har formulerats mot bakgrund av de kontakter, dialoger och kartläggningar som utredningen gjort under hösten 2020 och våren 2021.

6.10.1 Vårdgarantin ses som målsättning och inte som lagkrav

Som framgår av kapitel 3 om gällande rätt är bestämmelserna om vårdgaranti i hälso- och sjukvårdslagen, hälso- och sjukvårdsförordningen och patientlagen tydligt formulerade och lämnar i princip inte något utrymme för regionerna att inte uppfylla åtagandet att ge vård inom de tidsgränser som lagstiftningen anger. Samtidigt har regionerna i årtionden, långt innan vårdgarantin infördes, haft utmaningar med långa väntetider till vård. Covid-19-pandemin har ytterligare försvårat regionernas förutsättningar att erbjuda vård i tid, se kapitel 4.

Utredningens samlade bild är att regionerna ser och hanterar vårdgarantins tidsgränser som en målsättning och inte som det lagkrav som det formellt sett är. Det har möjligen även påverkats av överenskommelser mellan staten och SKR om ersättning vid nivåer där bara en viss andel av patienterna ska ha erbjudits vård inom vårdgarantins gränser för att regionen ska erhålla ersättning.

Vårdgarantin är en yttersta gräns för hur länge en patient ska behöva vänta på vård. Det finns samtidigt regioner som har skarpare tidsgränser än de lagstadgade. Detta är också regioner med förhållandevis god tillgänglighet och det är möjligt att regionens egna skarpare vårdgaranti kan ha bidragit till detta.

För arbetet med tillgänglighet har samtliga sex dimensioner av god vård som Socialstyrelsen formulerat betydelse. Dimensionerna är säker, individanpassad, kunskapsbaserad, jämlik, tillgänglig och effektiv vård.[15] Dimensionen tillgänglig innebär att hälso- och sjukvården ska verka för att vården är tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård som hen har behov av.

[15] Se exempelvis Socialstyrelsen. 2019. *Öppna jämförelser 2018. En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat.*

När det gäller dimensionen att ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård som hen har behov av så spelar vårdgarantins tidsgränser en stor roll. Tidsgränserna är tilltagna så att de ska vara den bortre gränsen för hur länge en patient som längst ska behöva vänta på vård. Att regionerna inte förmår att erbjuda alla patienter rätt vård i tid, det vill säga inom ramen för medicinsk indikation, nationella riktlinjer, vårdprogram och vårdförlopp men ytterst inom vårdgarantins gränser är ett komplext problem som dessutom under åren 2020 och 2021 ökat på grund av covid-19-pandemin.

Det finns enligt utredningen anledning att diskutera synen på vårdgarantins tidsgränser och hur den påverkar tidpunkten för när åtgärder vidtas och hur rutinerna vid patientkontakter ser ut. Det kan behövas en kulturförändring och nya arbetssätt i vården. Utredningen erfar att en relativt vanligt förekommande ordning är den som innebär att åtgärder vidtas först när en tidsgräns inom vårdgarantin är på väg att löpa ut eller har löpt ut. Att detta leder till längre väntetider än nödvändigt är uppenbart. Om regionerna agerar så snart de bedömer att en tidsgräns riskerar att överskridas, skulle patientens väntetid kunna bli kortare. Detta aktualiserar frågan om regionens respektive den enskilde patientens ansvar när det gäller att agera vid långa väntetider.

6.10.2 Otydlighet i kraven om regionernas ansvar

Utredningens enkätundersökning till regionernas vårdlotsar och motsvarande funktioner samt övriga dialoger med regionerna ger bilden av viss otydlighet avseende kraven när det gäller ansvaret för att vårdgarantins tidsgränser hålls och om så inte är fallet att åtgärder vidtas i tid. I nuvarande lagstiftning finns ett uttryckligt krav på att regionen ska se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare. Om regionen inte uppfyller besöksgarantin inom den specialiserade vården eller behandlingsgarantin ska regionen enligt 9 kap. 2 § HSL se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten. Bestämmelsen ställer inte något krav på patienten att påkalla detta, utan det är regionen som ska se till att skyldigheten uppfylls. Utredningens slutsats är att 9 kap. 2 § HSL alltså torde kräva ett förutseende från regionens sida, så att åtgärder kan vidtas i tid och patienten kan få sin vård inom vårdgarantins tidsgräns. Såvitt

utredningen erfar är det emellertid inte ovanligt att patienten själv förväntas initiera en sådan process. Patienten informeras i regel om vårdgarantin vid vårdmötet eller i samband med remissbekräftelsen och uppmanas att ta kontakt med vårdenheten vid önskemål om att välja en annan vårdgivare. Det kan diskuteras om denna rutin är i enlighet med lagstiftarens intention när det gäller kravet på regionen att ansvara för att initiera ett ärende om val av annan vårdgivare. Ett förtydligande i lagstiftningen om att det är regionen och inte patienten själv som har huvudansvaret skulle sannolikt leda till en ökad tillämpning av patienters valmöjligheter och därmed bidra till effektivare resursanvändning och kortare köer. Det kan sannolikt också innebära att regionen behöver ha en lång framförhållning i sin planering och schemaläggning för att i god tid kunna förutse om vårdgarantin kan hållas eller inte.

Regionen har det övergripande ansvaret för att organisera verksamheten så att kravet på fullgod information till patienten om vårdgarantin blir möjlig.[16] Erbjudandet kan avse såväl andra vårdgivare inom regionen, som vårdgivare utanför regionen.[17] Men nuvarande lydelse i HSL är enligt utredningens bedömning inte tillräckligt tydlig utan öppen för tolkningar. I formuleringen *Om regionen inte uppfyller besöksgarantin inom den specialiserade vården eller behandlingsgarantin ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare* kan orden *om regionen inte uppfyller besöksgarantin* tolkas som att det är först när regionen inte uppfyller vårdgarantin som åtgärder ska vidtas. Att kostnadsfrågan hanteras i samma mening som frågan om att erbjuda patienten vård hos en annan vårdgivare bidrar också till att meningen blir svårläst, bedömer utredningen.

6.10.3 Det behövs regiongemensamma begrepp för stödjande funktioner

Alla regioner har i dag någon form av stödjande funktion med uppdrag att hjälpa patienter och verksamheter med frågor kopplade till vårdgarantin och väntetider till vård men även avseende information om vårdval. I cirka hälften av regionerna benämns funktionen vårdlots eller liknande och är placerad på regionkontor eller sjukhus.

[16] Prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 50.
[17] Ibid, s. 52

Exempel på andra begrepp som förekommer är väntetidskoordinator och väntetidssamordnare, utredningen har uppfattat att de ofta är närmare verksamheterna. I flera regioner beskrivs funktionen mer i termer av en administrativ enhet, exempelvis vårdgarantikansli, hälsovalsenhet eller vårdgaranti- och valfrihetsservice. Med stöd av SKR finns i dag såväl ett vårdlotsnätverk som ett tillgänglighetsnätverk som samlar personer med nämnda funktioner i regionerna. Under hösten 2020 inrättades även en samordningsfunktion inom SKR för regionernas vårdlotsar eller motsvarande funktioner under namnet *Projekt Hänvisning*. Syftet med projektet är att säkerställa att vård kan ges till patienter som riskerar eller redan har väntat för länge på vård till följd av covid-19.[18]

Utredningen har övervägt om det vore motiverat att i lagstiftning reglera att det i varje region ska finnas en funktion, som benämns på samma sätt i samtliga regioner, för att ge patienter och verksamheter stöd i vårdgaranti-, vårdvals- och väntetidsfrågor. Att i princip samma funktioner inte har en rad olika benämningar skulle sannolikt underlätta för patienter som på eget initiativ vill söka vård i en annan region. Mot bakgrund av regionernas självstyre samt skiftande förutsättningar kan det emellertid diskuteras om en sådan nationell styrning av regionernas sätt att organisera sin verksamhet verkligen skulle gagna deras arbete för att öka tillgängligheten och korta vårdköerna. Dessutom bedömer utredningen att det redan finns författningsreglerade funktioner med uppgift att stödja patienten med samordningen av olika insatser. Här kan exempelvis fast vårdkontakt och fast läkarkontakt nämnas. Därtill kan läggas att utvecklingen för en mer nära vård på sikt kan innebära att regionerna ser behov av att arbetet med att stödja patienten i ärenden som rör vårdgarantin och tillgänglighet bör skötas av primärvården. Den kommunala självstyrelsen ger i detta avseende en möjlighet för regionerna att anpassa verksamheten till regionala och lokala förutsättningar, vilket sannolikt är resurseffektivt och bidrar till legitimitet hos regionens invånare. Det bör också i sammanhanget påpekas att målsättningen på sikt bör vara att tillgängligheten är så god att vårdlotsar och andra motsvarande funktioner inte behövs.

Utredningens samlade bedömning är mot denna bakgrund att det inte är lämpligt att i lag reglera hur de stödjande funktionerna för vårdgaranti och valfrihet ska benämnas, än mindre hur regionerna

[18] Information från SKR 2021-04-21.

väljer att organisera den aktuella verksamheten. Utifrån ett patientperspektiv bör dock påpekas att det vore önskvärt om den information som respektive region tillhandahåller om sina vårdlotsar, väntetidssamordnare eller motsvarande funktioner följer en gemensamt överenskommen struktur med samma benämningar så att alla patienter oavsett hemregion lätt kan förstå vilken funktion som hanterar frågorna i varje region för att hitta nödvändiga kontaktuppgifter med mera.

Avseende att underlätta för patienterna att välja vård i annan region, så har utredningen uppmärksammat de olika remissregler som finns i regionerna. Regionerna kan även undersöka möjligheten att ensa remissregler så det blir lättare för patienten att förstå vad som gäller när man söker vård i annan region. Utredningen menar att det ska vara lätt att vara patient.

6.10.4 Samlad information om gällande vårdavtal saknas

Regionerna har olika organisation för hantering av vårdgarantin. Utredningen har uppfattat att vårdlotsarna eller vårdgivaren i första hand undersöker möjligheten inom egna regionens verksamheter, i andra hand regionens egna avtal och i tredje hand undersöker de möjligheterna i andra regioner.

De som ska hjälpa patienten till alternativ vårdgivare (vårdlots eller motsvarande alternativt vårdgivaren) känner ofta till regionens egna avtal, men inte avtal i andra regioner. Det är vanligt att andra regioners vård i egen regi inte kan ta emot utomlänspatienter på grund av egna långa väntetider, då är hemregionen hänvisad till andra regioners avtal med privata vårdgivare. När det är aktuellt att hitta alternativ vårdgivare i andra regioner innebär arbetet att leta, googla och ringa runt, ibland har de arbetat upp en kontaktlista, ofta är det svårt att hitta alternativ till patienten. I hög utsträckning är arbetet personberoende, kunskapen om alternativ kan vara sådan vårdlotsar eller motsvarande funktion fått genom mun till mun-kunskap och det saknas ett sätt att få en samlad överblick över möjligheterna till alternativa vårdgivare som patienten kan erbjudas tid hos i andra regioner.

Regionerna ska utforma sina upphandlingar och avtal med privata vårdgivare så att patientlagens möjlighet att söka offentligt finansierad

öppen vård i hela landet uppfylls, vilket i princip innebär att avtalen bör vara öppna för att användas för vård av patienter från andra regioner. Det varierar dock i vilken mån detta uppfylls. Exempelvis förekommer äldre avtal som inte möjliggör vård av patienter från andra regioner.

Av de samtal som utredningen har haft med olika aktörer och i den enkätundersökning som utredningen har genomfört har det framkommit att regionerna har behov av aktuell information om gällande vårdavtal i andra regioner och kapacitet hos dessa vårdgivare. Den information som efterfrågas är bland annat information om vilka vårdgivare regionerna har avtal med och information om vårdutbudet hos dessa, villkoren för avtalens tillämpning, ledig kapacitet samt hur lång väntetiden är hos de olika vårdgivarna.

Utredningen bedömer att sådan information bland annat skulle kunna effektivisera regionernas arbete för att fullgöra sin skyldighet att erbjuda vård hos annan vårdgivare inom vårdgarantin när den inte kan uppfyllas inom regionen. Det har gjorts vissa försök från regionernas sida att åstadkomma en samlad information på detta område bland annat genom att hålla ett register uppdaterat, men det har visat sig vara svårt. Önskemålet om ett register och den nytta som ett register skulle kunna bidra till i arbetet med att hjälpa patienter till vård hos annan vårdgivare när vårdgarantin inte kan hållas, motiverar enligt utredningen nya initiativ.

6.10.5 Otillräcklig information om vårdgaranti och valmöjligheter

Det finns ett lagreglerat ansvar, enligt 3 kap. 2 § patientlagen, att bland annat informera patienterna om vårdgarantin och rådande valmöjligheter. Informationen ska, enligt 3 kap. 6 § patientlagen, anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Enligt 3 kap 7 § första stycket patientlagen ska den som ger informationen så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.

Nyttan av att vara välinformerad om valmöjligheter i vården är givetvis tydligast inför eller i samband med kontakter med hälso- och sjukvården, det vill säga när en person agerar i egenskap av patient. Det kan emellertid vara motiverat med bredare kunskaps-

höjande informationsinsatser som tar sikte på allmänheten i vid mening, oavsett om de som tar del av informationen för tillfället är patienter eller inte. I princip alla människor är vid enstaka tillfällen, eller återkommande, själva patienter eller nära anhöriga till patienter.

Utredningens kartläggning av den information som ges till allmänheten och patienter indikerar att det finns vissa hinder och utmaningar när det gäller allas möjligheter att lätt hitta relevant information på regionernas främsta informationskanal 1177.se. Det går att söka information om vårdgarantin och vilka rättigheter och möjligheter som finns att välja vårdgivare, men det förutsätter att den som söker informationen är bekant med själva begreppet vårdgaranti. Det är inte heller lätt att hitta mer detaljerad information om hur regionen eller vårdenheten agerar för att hålla tiden eller hur patienten kan gå tillväga för att få hjälp med vårdgarantin om inte patienten erbjudits tid inom vårdgarantins gränser. Dessutom finns stora variationer mellan regionerna när det gäller hur informationen presenteras samt viss otydlighet om ansvaret. När det gäller barn- och ungdomspsykiatrin saknas, med undantag för viss information om väntetider i några regioner, i princip helt information om målsättningen om 30 dagar för första besök, fördjupad utredning och behandling. Informationen saknas även på UMO och Youmo.

I den nationella informationen framgår att det är regionens ansvar att erbjuda vård hos annan vårdgivare, men i regional information uppges att patienten själv kan ta kontakt med den vårdgivare där patienten står i kö för att få hjälp med vårdgarantin.

Det är något lättare att hitta information när det gäller patientens valmöjligheter, men även där krävs vissa förkunskaper. Även om informationen delvis är tillgänglighetsanpassad är förutsättningarna att ta del av information generellt sett sämre för personer med kognitiva eller andra funktionsnedsättningar.

Andra målgrupper för riktade informationsinsatser är vårdens professioner, verksamhetsledningar och beslutsfattare. För vårdpersonal finns övergripande nationell information om vårdgarantin på SKR:s sida Väntetider i Sverige. Viss information ges också på vardhandboken.se.

Ökad kunskap om vilka rättigheter och möjligheter patienter har när det gäller att välja vårdgivare, kan bidra till ett förbättrat förhållningssätt och kultur i vården. Det kan bland annat handla om en successiv förflyttning från ett organisations- och produktions-

perspektiv som utgår från den egna regionens kapacitet, till ett perspektiv där det överordnade målet är att erbjuda patienten rätt vård i tid, oavsett om det sker inom eller utanför regionen.

Flera kontaktpersoner lyfter, i dialoger med utredningen, fram behovet av återkommande informationsinsatser till både allmänhet och vårdens aktörer. Kunskapsnivån behöver generellt höjas och det har framkommit att information kan behöva komma från flera aktörer och på olika sätt.

Även utredningens referensgrupper med patient- och närståendeorganisationer respektive professionsorganisationer har påtalat ett stort behov av riktade informationsinsatser och kunskapshöjande åtgärder för både olika patientgrupper och vårdprofessioner. Patient- och närståendeorganisationerna påtalar särskilt vikten av att informationen är anpassad för olika grupper.

Patientriksdagen[19], som samlar patientorganisationer, politiker och andra beslutsfattare till en årlig riksdag som styrs av patientföreträdare har resulterat i rekommendationer om bland annat en patientcentrerad patientutbildning där patientorganisationernas kunskap tas tillvara i partnerskap med vården. Utbildningarna ska öka förmågan att hantera sin sjukdom, bidra till bättre egenvård och öka den generella kunskapen om patientlagen, exempelvis om rätten att söka vård i annan region, enligt Patientriksdagens rapport år 2020.

Sammanfattningsvis är det utredningens bild att kunskapen om vårdgarantin och patientens valmöjligheter bör öka. Nuvarande information är otillräcklig och brister i flera avseenden och är sammantaget otillräcklig.

6.10.6 Viktigt att besked om tid inte dröjer

Utredningen har i kartläggningen av hur regionerna agerar uppmärksammat att enbart en region har en tydlig tidsfrist för hur länge en patient ska behöva vänta på besked om tid eller information om vårdgarantin. I andra regioner förekommer det att patienter får vänta länge på besked.

[19] Anordnas av Rådsgruppen för Patientriksdagen bestående av Astma- och Allergiförbundet, Blodcancerförbundet, Bröstcancerförbundet, Huvudvärksförbundet, Neuro, Psoriasisförbundet, Reumatikerförbundet och Riksförbundet HjärtLung i samarbete med Novartis. Den första patientriksdagen hölls 2019 och är årligt återkommande.

Det är utredningens samlade bedömning att erfarenheterna från framför allt Norge, när det gäller vårdgarantier och patienters valmöjligheter, bör tas tillvara i arbetet med att utveckla det svenska systemet för ökad tillgänglighet för patienterna. Särskilt i fråga om att lämna besked i den specialiserade vården senast inom 10 dagar avseende tid för nästa steg för patienten. Att lämna besked om tid inom 10 arbetsdagar kräver långsiktig planering och schemaläggning, det ger också längre tid för vården att hitta tid hos annan vårdgivare om vårdgarantins gränser inte kan hållas.

6.11 Bedömningar och förslag

6.11.1 Regionen bör agera i god tid

Bedömning: Det är angeläget att regionen inte inväntar tidpunkten då patientens vårdgaranti överskridits innan åtgärder vidtas, utan agerar så snart det finns skäl att misstänka att vårdgarantin inte kommer kunna uppfyllas. Det är också av stor vikt att regionens rutiner inte utgår från att patienten förväntas att själv initiera ett ärende om att söka annan vårdgivare om misstanke föreligger om att vårdgarantin inte kommer att kunna uppfyllas.

Bedömning: Utredningen bedömer att det finns behov av författningsändringar kring dessa frågor.

Skälen för utredningens bedömning: I dag regleras regionens skyldighet att se till att patienten får vård hos annan vårdgivare under vissa förutsättningar i 9 kap. 2 § HSL. Där anges att om regionen inte uppfyller besöksgarantin inom den specialiserade vården eller behandlingsgarantin, ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten. Utredningens kartläggning och analys av hur bestämmelsen tillämpas pekar på ett behov av att tydliggöra regionens ansvar när det gäller vårdgarantin.

För det första visar utredningens kartläggning att en majoritet av regionerna tillämpar en rutin som innebär att det är patienten själv som förväntas ta kontakt med ansvarig vårdenhet, vårdlots eller motsvarande för att efterfråga vård hos annan vårdgivare. Regionerna saknar ofta planerad tidpunkt för hantering av vårdgarantins skyl-

dighet att ordna vård hos annan vårdgivare, och det är inte ovanligt att det dröjer till vårdgarantins yttersta gräns innan regionen hjälper patienten till alternativ vårdgivare, vilket innebär att det är för sent för att ordna tid hos annan vårdgivare inom vårdgarantins gräns. Det kan således beskrivas som att regionen lägger huvudansvaret på patienten. Utifrån vad som framgår av förarbeten till bestämmelsen kan denna tolkning diskuteras. Utredningen bedömer att 9 kap. 2 § HSL kräver förutseende och tidigt agerande från regionens sida för att tillse att patienten får tid för besök och behandling inom tidsgränserna. Utredningen har övervägt om detta skulle behöva förtydligas i lagstiftningen och har kommit till slutsatsen att ett förtydligande vore önskvärt.

Ett vanligt förfarande är att patienten i samband med vårdbesöket eller remissbekräftelsen informeras om vad vårdgarantin innebär och vart patienten kan vända sig med eventuella frågor eller önskemål om att nyttja sin möjlighet att välja vårdgivare. En sådan ordning ger enligt utredningens uppfattning ett otillräckligt stöd till patienten som därmed inte ges förutsättningar att erhålla vård inom vårdgarantins gränser på det sätt som lagstiftaren avsett. Utredningen bedömer därför att det behöver framgå tydligare att det är regionens skyldighet att se till att patienten får vård inom vårdgarantins tidsgränser, även om vården behöver ges av vårdgivare i annan region. När regionen lägger ansvaret på patienten riskerar också vården att bli ojämlik. Det finns patienter som av olika skäl inte har förmågan att ta till sig informationen, inte förstår hur de kan agera eller saknar modet att göra det. Det kan till exempel handla om språksvårigheter, funktionsnedsättningar eller oförmåga till handling. En känsla av att inte vilja vara till besvär är ett skäl som kan påverka exempelvis äldre patienters agerande. Det leder till en ojämlik vård när bara de resursstarka individer som förstår och förmår att nyttja sina möjligheter, har nytta av vårdgarantin. Att regionen och inte patienten har ansvaret att initiera ett ärende om att välja annan vårdgivare har således ett egenvärde, oavsett hur det påverkar väntetider och resurseffektivitet i regionen eller nationellt.

För det andra är det utredningens bedömning att en ökad tillämpning av patienters möjligheter att välja vård i andra delar av regionen eller i en annan region innebär ett bättre kapacitetsutnyttjande som därmed ger positiva effekter på tillgänglighet och väntetider. Om ledig kapacitet i andra delar av regionen eller i andra regioner kan

nyttjas utan att andra patienters väntetider påverkas negativt, bör det ha en positiv effekt på väntetiderna totalt sett och därmed ge en mer tillgänglig vård.

Utredningen anser att det är viktigt att regioner förmår att ligga steget före och agera i god tid innan vårdgarantins tidsfrist går ut. Att tolka vårdgarantin så att patienten först får vänta exempelvis 90 dagar och först därefter kontaktas, kan inte anses vara i enlighet med lagstiftarens intention med bestämmelsen. Det är angeläget att regionen inte inväntar tidpunkten då patientens vårdgaranti överskridits innan åtgärder vidtas, utan agerar så snart det finns skäl att misstänka att vårdgarantin inte kommer kunna uppfyllas.

Det är också av stor vikt att regionens rutiner inte utgår från att patienten förväntas att själv initiera ett ärende om att söka annan vårdgivare om misstanke föreligger om att vårdgarantin inte kommer att kunna uppfyllas. Som framgått visar utredningens kartläggningar och dialoger att regionen genom de rutiner som tillämpas i praktiken lägger detta ansvar på patienten. Referensgruppen för patient- och närståendeorganisationer menar att det är bra att det finns exempelvis vårdlotsar som patienten kan vända sig till, men att ansvaret att erbjuda vård inom vårdgarantins gränser måste vila på vårdgivaren och regionen. Utredningen delar den bilden. Enligt kontaktpersoner i regionerna upplevs det också svårt för vårdgivare att släppa ifrån sig sina patienter till en annan vårdgivare. En anledning kan vara ekonomiska skäl, men organisationer och regionföreträdare som utredningen talat med menar att det behövs en kulturförändring och ny syn på tillgänglighet. Det är viktigt med geografisk och organisatorisk närhet men vård i tid är för många patienter viktigare. Utredningen delar den bilden och bedömer att regionens skyldighet att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare ska fullgöras inom vårdgarantins tidsgräns.

Sammanfattningsvis är det utredningens uppfattning att det är angeläget att regionen inte inväntar tidpunkten då patientens vårdgaranti överskridits innan åtgärder vidtas, utan agerar så snart det finns skäl att misstänka att vårdgarantin inte kommer kunna uppfyllas. Det är också av stor vikt att regionens rutiner inte utgår från att patienten förväntas att själv initiera ett ärende om att söka annan vårdgivare om misstanke föreligger om att vårdgarantin inte kommer att kunna uppfyllas. Det finns behov av författningsändringar kring dessa frågor.

6.11.2 Regionen bör utan längre dröjsmål erbjuda tid i dialog med patienten eller lämna besked om att vårdgarantin inte kan uppfyllas

Bedömning: Patienten bör erbjudas att vara delaktig vid tidsbokning. Ett erbjudande om tid bör i möjligaste mån ges med beaktande av patientens individuella förutsättningar, livssituation och andra aktuella omständigheter.

Bedömning: Ett erbjudande om tid eller ett besked om att vårdgarantin inte kan uppfyllas bör kunna ges till patienten utan längre dröjsmål. En tidsgräns på 14 dagar bör införas från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården. Tidsgränsen bör gälla såväl besöksgarantin som behandlingsgarantin.

Bedömning: Utredningen bedömer att det finns behov av författningsändringar kring dessa frågor.

Skälen för utredningens bedömning: En central aspekt av frågan om tillgänglighet handlar om hur snart efter en vårdkontakt eller ett remissutfärdande som patienten bör erbjudas tid, samt hur delaktig patienten har erbjudits att vara i valet av tid. I dag regleras inte i detalj på vilket sätt ett erbjudande om vård ska ges eller vad som konstituerar ett meddelande om att avstå från vård enligt 6 kap. 2 § HSF. Mot bakgrund av utredningens kartläggning samt dialoger med företrädare för bland annat regioner och patientorganisationer är det utredningens bedömning att en tidsgräns för erbjudande om tid bör övervägas.

Att kort efter att en remiss utfärdats få en återkoppling och ett besked om när första besök kommer att ske eller behandlingen kan påbörjas är av stort värde för patienten. Ovissheten om huruvida det kommer dröja dagar, veckor, månader eller till och med år innan en kallelse kommer, skapar för många stress och oro. Oavsett om det är lång väntetid till första besöket eller den aktuella behandlingen eller inte, är det rimligt att regionen utan onödigt dröjsmål kan erbjuda patienten en tid. Det förutsätter en lång framförhållning i produktions- och kapacitetsplanering och schemaläggning. Det handlar

också om att åstadkomma en stärkt ställning och respekt för patienten, och en personcentrerad vård.

Utredningens bild är att tidbokning sker på olika sätt i olika regioner. Regionerna skickar ofta en tid till patienten utan att patienten haft möjlighet att påverka tiden. Det förekommer också avbokningar som möjligen skulle kunnat undvikas om patienten varit mer delaktig i bokningen. I vissa regioner finns det inget utrymme för patienten att vara delaktig i beslutet om vilken tid som bokas för besöket eller den planerade vården. Utredningens bedömning är att rutinerna i detta avseende skulle behöva förändras så att tidbokning i normalfallet fungerar så att vården erbjuder patienten möjligheten att komma överens om tid så att patientens individuella förutsättningar, livssituation och de aktuella omständigheterna kan beaktas. Målsättningen bör vara att tidsbokningen så långt möjligt ses som en ömsesidig överenskommelse mellan vården och patienten, även om vårdens möjligheter att tillmötesgå patientens önskemål självfallet kan begränsas av olika skäl. Utgångspunkten bör dock vara patientens behov och önskemål.

Det finns exempel på verksamheter där patienterna erbjuds att själva boka tid. Ett sådant exempel som beskrivits för utredningen kommer från en mottagning där patienten erbjuds att boka tid i en digital tidbok, efter att inledningsvis ha besvarat ett antal frågor. Om en patient baserat på de inledande frågorna inte bedöms uppfylla alla kriterier för att få boka själv, skapas ett ärende hos en sjuksköterska som kontaktar patienten och bokar in en tid. Utredningen har också uppmärksammats på att webbtidboken på 1177.se i dag används i allt högre utsträckning.

Utredningen anser att en modell liknande den i Norge, som beskrivits ovan, med ett krav på vården att återkoppla till patienten kort efter det att remissen har utfärdats, skulle innebära en stor förbättring för patienterna och innebära att vården uppfattades som mer tillgänglig. Det skulle sannolikt också bidra till att regionen, om man har svårt att uppfylla vårdgarantin, blir mer aktiv i ett tidigare skede för att hitta andra vårdgivare. Det bör i sammanhanget påpekas att även ett snabbt besked om att vårdgarantin inte kommer kunna uppfyllas, är mer positivt för patienten än inget besked alls. Regionen bör kunna återkoppla till patienten utan längre dröjsmål. Vilken tidsfrist som är rimlig kan diskuteras, men de cirka två veckor som tillämpas i Norge förefaller vara en rimlig tidsperiod. Om det

ska uttryckas som 10 arbetsdagar eller 12–14 kalenderdagar har mindre betydelse. Med tanke på att vården bedrivs samtliga veckodagar har utredningen landat i att 14 dagar skulle kunna vara en lämplig tidsfrist. Det finns också exempel i Sverige där 14 dagar redan används. Region Halland lämnar svar i remissbekräftelse om tid eller att vårdgarantin inte kan hållas och vilka alternativ som patienten kan välja mellan, inom 14 dagar.

Utredningens bedömning är således sammanfattningsvis att ett erbjudande om tid eller ett besked om att vårdgarantin inte kan uppfyllas, bör kunna ges till patienten utan onödigt dröjsmål. En tidsgräns på 14 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården, bör införas. Tidsgränsen bör gälla såväl besöksgarantin som behandlingsgarantin. Utredningen bedömer att det finns behov av författningsändringar kring dessa frågor.

6.11.3 Utökat informationskrav om vårdgarantin

Bedömning: Regionen bör ha en skyldighet att informera patienten om vårdgarantins villkor i olika avseenden. Informationen bör bland annat omfatta villkor vid vård i annan region, vid av- eller ombokning och när patienten på eget initiativ bokar vård.

Bedömning: Utredningen bedömer att det finns behov av författningsändringar kring dessa frågor.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningens bild är att det kan vara svårt för patienter att fullt ut förstå innebörden av nuvarande bestämmelser om vårdgarantin, remisskrav och valmöjligheter. Det kan handla om huruvida vårdgarantin endast gäller i hemregionen eller även i annan region. Frågor kan uppkomma hos patienten om vårdgarantin gäller om patienten själv hittar alternativ vårdgivare när hemregionen talat om att vård inte kan ges inom vårdgarantins gräns, men även i en situation då vårdgivaren eller vårdlotsen uppmuntrar patienten att själv hitta alternativ. Omfattas patienten av regionens vårdgaranti om regionen ordnar tid i annan region, förlorar patienten sin plats i kön då och vilka regler gäller vid om- eller avbokning av erbjuden tid, är andra exempel på frågor som kan uppkomma hos

patienter. Andra frågor patienten kan ställa gäller remissregler, det är svårt att förstå vad som gäller när man söker vård i annan region, om det är hemregionens remissregler, vårdregionens remissregler eller både och.

Utredningens övergripande och principiella utgångspunkt är att det ska vara lätt att vara patient. Det kan diskuteras om regionens informationsplikt skulle behöva förtydligas avseende vårdgarantin. Mot den bakgrunden har utredningen övervägt om det vore lämpligt att förtydliga vad som avses med att ha utnyttjat sin möjlighet att välja vård i en annan region enligt 9 kap. 1 § patientlagen. Detta bland annat mot bakgrund av uppgifter om att det förekommer att regioner uppmuntrar patienter att söka vård i en annan region, enligt 9 kap. 1 § patientlagen, då vårdgarantin inte kan hållas. Då kan patienten uppfatta att det är svårt att förstå vad som gäller och om patienten omfattas av någon regions vårdgaranti. Det finns dock vissa svårigheter med detta. Regionen behöver fortsatt kunna informera om möjligheten för patienten att söka vård enligt 9 kap. 1 § patientlagen och det uppkommer vissa svårigheter när det gäller att skilja på uppmuntran eller liknande och information. Ett alternativ som åtminstone delvis skulle adressera problematiken skulle kunna vara att ställa ett mer ändamålsenligt krav på den information som vården ska ge patienten.

Utredningens sammanfattande bedömning är att det är svårt för patienten att förstå villkoren för vårdgaranti, remissregler och valmöjligheter. Vårdgivare ska redan i dag lämna patienten information om vårdgarantin, enligt 3 kap. 2 § patientlagen, men kravet är allmänt hållet och det är inte tydligt vilken typ av information som ska lämnas om vårdgarantin. Utredningen anser att det finns behov av att förstärka regionernas informationsskyldighet. Utredningen bedömer att det finns behov av författningsändringar kring dessa frågor.

6.11.4 Utred förutsättningarna för ett nationellt vårdsöksystem

Förslag: Regeringen ska tillsätta en utredning med uppdrag att utreda förutsättningarna för att skapa ett nationellt vårdsöksystem genom att komplettera, uppdatera och tillgängliggöra information som möjliggör för regionerna att i realtid söka ledig kapacitet i hela landet för vård till väntande patienter och få information om villkoren för nyttjande av den vården. Utredningen ska igenomförandet av uppdraget särskilt beakta pågående projekt och utvecklingsarbete på området. Uppdraget ska genomföras i nära samverkan med relevanta aktörer.

Skälen för utredningens förslag: I dag rapporteras olika uppgifter om vårdgivare, hälso- och sjukvårdens produktion och kapacitet löpande till bland annat SKR:s väntetidsdatabas, Inspektionen för vård och omsorgs (IVO:s) vårdgivarregister och Socialstyrelsens patientregister (PAR). När det gäller SKR:s och myndigheternas olika register finns problematiken med olika koder och system för inhämtning av information. Socialstyrelsens register innehåller inte heller prognoser utan enbart uppgifter om vad som är utfört, inte vad som kan utföras. Registrens ändamål är inte heller att vara en servicefunktion för regionerna i arbetet med att hitta alternativa vårdgivare. Behovet av en enhetlig nationell vårdgivardatabas så som regionerna efterfrågar för arbetet med att erbjuda vård inom vårdgarantins gränser har funnits länge. Enligt uppgifter till utredningen finns i det i dag förutsättningar att kunna få till stånd detta genom utveckling av IVO:s befintliga vårdgivarregister, som bland annat uppdateras dagligen mot Bolagsverket. Det skulle emellertid kräva författningsändringar, bland annat avseende registrets ändamål.

Ett annat utvecklingsarbete som rör förutsättningarna att nyttja befintlig information i tillgänglighetsarbetet är projektet *Gemensam informationsmodell för verksamhet och organisation* (GIMVO). E-hälsomyndigheten har initierat en förstudie om hantering av grundläggande gemensam information om verksamheter och organisationer inom vård, omsorg och apotek. Målet är att skapa en gemensam nationell förvaltning av en hållbar och harmoniserad beskrivning av organisation och verksamhet. Ett av syftena med projektet är att skapa förutsättningar för vårdgivare att hitta, hänvisa och remittera patienter till olika utförare av vård både inom den egna och andra

regioner. Utredningen kan konstatera att detta är en målsättning som i hög grad tangerar det som utredningen ser skulle behövas för att förbättra tillgänglighetsarbetet.

En annat område med viss anknytning till frågan om nationella databaser för vårdinformation är det som Myndigheten för digital förvaltning (DIGG) ansvarar för. Myndigheten har till uppgift att samordna och stödja den förvaltningsgemensamma digitaliseringen av offentlig förvaltning för att göra den mer ändamålsenlig och effektiv. DIGG leder bland annat ett arbete för att etablera en sektorsövergripande hållbar digital infrastruktur som ska möjliggöra ett effektivt och säkert utbyte av information inom och med det offentliga.

En information som i dag inte inhämtas på ett strukturerat och nationellt enhetligt sätt är villkoren för en region att nyttja vård från olika vårdgivare. Det gäller bland annat vårdavtal med privata vårdgivare, men även de villkor som fastställts för vårdgivare i egen regi. Vårdlotsarna och motsvarande funktioner, har framfört till utredningen att det finns ett stort behov av register över vilka avtal och villkor för nyttjande som finns, såväl inom den egna regionen som i andra regioner. De som ska hjälpa patienten till alternativ vårdgivare känner ofta till regionens egna avtal, men inte avtal i andra regioner. Det är vanligt att andra regioners vård i egen regi inte kan ta emot utomlänspatienter på grund av egna långa väntetider och då är hemregionen hänvisad till andra regioners avtal med privata vårdgivare. När det är aktuellt att hitta alternativ vårdgivare i andra regioner innebär arbetet att leta, googla och ringa runt. Ibland har de arbetat upp en kontaktlista, ofta är det svårt att hitta alternativ till patienten. I hög utsträckning är arbetet personberoende, kunskapen om alternativ kan vara sådan de fått genom informella kontakter och det saknas ett sätt att få en samlad överblick över möjligheterna till alternativa vårdgivare som patienten kan erbjudas tid hos i andra regioner i hela landet.

I utredningens kontakter med regionerna har många efterlyst en gemensam databas med alla regioners avtal för att underlätta sökningen av alternativa vårdgivare till patienter som hemregionen inte kan erbjuda vård inom vårdgarantins tidsgränser. Detta är information som kräver kontinuerlig uppdatering och kvalitetssäkring, eftersom vårdgivaravtal kan upphöra eller villkor förändras. Att föra ett register över gällande avtal är ett omfattande och resurskrävande

arbete för regionerna. Samtidigt är det avgörande för möjligheterna att söka vård att det finns aktuell kunskap om vilka vårdgivare som kan erbjuda vården. Utredningen bedömer att sådan information bland annat skulle kunna underlätta för regionerna att fullgöra sin skyldighet att erbjuda vård hos annan vårdgivare inom vårdgarantin enligt 9 kap. 2 § HSL, om regionen inte uppfyller besöksgarantin eller behandlingsgarantin inom den specialiserade vården. Det har gjorts vissa försök från regionernas sida att åstadkomma en samlad information på detta område, men det har visat sig vara svårt bland annat att hålla informationen uppdaterad.

Utredningens sammanfattande bedömning är att SKR:s väntetidsdatabas, 1177.se, IVO:s vårdgivarregister och Socialstyrelsens patientregister (PAR) i princip innehåller de nödvändiga grunddata som skulle behövas, eller som kan utvecklas med sådan data för att möjliggöra sökning av ledig vårdkapacitet i en eller flera regioner för en specifik behandling för en enskild patient. Skälen till att detta inte är möjligt i dag är dels att uppgifterna i vissa av databaserna uppdateras ofullständigt eller inte tillräckligt frekvent, dels att databaserna hanteras av olika aktörer och bygger på delvis olika kodverk. En ytterligare aspekt är att till exempel PAR i dag är begränsat till vad vården har utfört inte kan utföra. Databaserna har också andra syften och ändamål än att erbjuda sökbar information om ledig kapacitet. Förutsättningarna att uppdatera, kvalitetssäkra och tillgängliggöra informationen behöver förbättras. Det krävs sannolikt även författningsändringar på flera områden.

Mot denna bakgrund föreslår utredningen att regeringen tillsätter en utredning för att utreda förutsättningarna för att skapa ett nationellt vårdsöksystem som möjliggör för regionerna att i realtid söka ledig kapacitet för vård till väntande patienter i hela landet och samtidigt få information om de villkor som gäller för nyttjande av den vården. Uppdraget ska genomföras i nära samverkan med Socialstyrelsen, E-hälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, Myndigheten för digital förvaltning, Vårdföretagarna, regionerna, SKR samt Inera. Utredningsarbetet ska beakta pågående projekt på området, däribland Gemensam informationsmodell för verksamhet och organisation (GIMVO) samt SKR:s och Ineras arbete med information om väntetider och kvalitets- och kundnöjdhetsdata på 1177.se.

Fördelarna med att utveckla nya samt komplettera, uppdatera och tillgängliggöra befintliga databaser i syfte att möjliggöra sökning av

ledig vårdkapacitet i realtid och villkor för nyttjande av den vården, måste ställas mot de ökade kostnader och den ökade administration som detta skulle innebära för såväl staten som för regionerna. Utredningen kan konstatera att det arbete som regionerna förlitar sig på i dag inte är effektivt och tar onödiga resurser i anspråk, det innebär också att den lediga kapacitet som kan finnas inte används och väntan blir onödigt lång för patienten. Utredningens förslag bygger på antagandet att det i dag finns outnyttjad vårdkapacitet som mer effektivt skulle kunna tas tillvara om den var enkelt sökbar på nationell nivå. Om det blir enklare för regionerna att hitta ledig kapacitet kan fler patienter snabbare erbjudas vård, vilket kan bidra till kortare väntetider och mer jämlik vård. Förhållandet mellan utbud och efterfrågan av vård är dock inte statiskt, utan påverkas av vilka incitament som finns för olika aktörer att redovisa ledig kapacitet och vilken ledig kapacitet som faktiskt finns. Privata vårdgivare har sannolikt starkare incitament att redovisa ledig kapacitet än offentliga vårdgivare. För områden med LOV-avtal kan det också innebära att fler vårdenheter bildas inom områden med stor efterfrågan. Detta kan få systempåverkande dynamiska effekter. Att skicka patienter till en annan region kan medföra ökad administration och ökade kostnader för regionen jämfört med om regionens vårdenheter själva kan erbjuda vård inom vårdgarantin men är nödvändigt då vårdgarantin inte kan hållas. Så länge långa väntetider förekommer är sannolikt nyttan av ett nationellt söksystem stort men när regionen kan ge sina patienter vård inom vårdgarantin blir nyttan mindre. En sådan databas kan dock dessutom ge underlag för nationell överblick och analys av kapaciteten i landet.

Mot bakgrund av komplexiteten i att beräkna hur stor del av vårdens kapacitet som i dag är outnyttjad samt vilka dynamiska effekter på utbud och efterfrågan som ett nationellt vårdsöksystem skulle leda till, går det inte att med säkerhet slå fast att systemet skulle vara kostnadseffektivt för staten och regionerna, men det ska sättas i relation till det arbetssätt som används i dag som inte är effektivt. Därför bör en viktig initial uppgift för en kommande utredning på området vara att analysera och bedöma förutsättningarna att skapa ett nationellt vårdsöksystem baserat på nya, kompletterade och uppdaterade databaser utifrån aspekter som kostnader, patientnytta och effektivitetsvinster.

6.11.5 Information och andra kunskapshöjande insatser om patientens valmöjligheter

Förslag: Socialstyrelsen ska ges ett flerårigt uppdrag att ansvara för kontinuerliga kunskapshöjande insatser för invånare, olika patientgrupper, hälso- och sjukvårdens professioner och vårdens aktörer i övrigt. Målsättningen med insatserna ska vara att höja kunskapen om vårdgarantin och patientens valmöjligheter och på detta sätt stimulera en ökad tillämpning av nuvarande bestämmelser. Socialstyrelsen ska samverka med patient- och närståendeföreträdare, professionsföreträdare och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Förslag: Det bör övervägas om ansvaret för kunskapshöjande insatser om vårdgarantier och patientens valmöjligheter på sikt bör ingå i Socialstyrelsens instruktion.

Förslag: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska ges i uppdrag att återkommande utvärdera insatserna och följa upp kunskapen om vårdgarantin och patientens valmöjligheter genom kännedomsundersökningar hos befolkningen, patientgrupper och hälso- och sjukvårdens professioner, efter samråd med Socialstyrelsen.

Skälen för utredningens förslag: Regeringen skriver i utredningens direktiv att kunskapen om rådande valmöjligheter inte sällan är låg bland såväl verksamhetsledning och vårdpersonal som bland patienter. Det innebär enligt regeringen en ökad risk för att patienter väntar onödigt länge på vård. Med ökad kunskap om möjligheterna att välja vård kan tillämpningen av befintlig lagstiftning öka, vilket antas bidra till resurseffektivitet och kortare väntetider. Mot den bakgrunden har utredningen fått i uppdrag att informera berörda aktörer om patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare, både i hemregionen och i andra regioner.

Nyttan av att vara välinformerad om valmöjligheter i vården är givetvis tydligast inför eller i samband med kontakter med hälso- och sjukvården, det vill säga när en person agerar i egenskap av patient. Det kan emellertid vara motiverat att höja det allmänna kunskapsläget, oavsett om de som tar del av informationen för tillfället

är patienter eller inte. En anpassning till olika målgrupper måste göras för att kunskapshöjande insatser ska upplevas som relevanta och begripliga.

Utredningens kartläggning av den information som ges till såväl invånare som vårdens medarbetare indikerar att det finns vissa hinder och utmaningar när det gäller allas möjligheter att lätt hitta relevant information, se tidigare i detta kapitel.

Det är något lättare att hitta information när det gäller patientens valmöjligheter, men även där krävs vissa förkunskaper. Även om informationen delvis är tillgänglighetsanpassad är förutsättningarna att ta del av information generellt sett sämre för personer med kognitiva eller andra funktionsnedsättningar.

Andra målgrupper för riktade kunskapshöjande insatser är hälso- och sjukvårdens professioner och vårdens aktörer i övrigt. Ökad kunskap om vårdens skyldigheter avseende vårdgarantin och vilka rättigheter och möjligheter patienter har när det gäller att välja vårdgivare, kan bidra till ett förändrat förhållningssätt och en förändrad kultur i hälso- och sjukvården. Det kan bland annat handla om en successiv förflyttning från ett organisations- och produktionsperspektiv som utgår från den egna regionens kapacitet, till ett perspektiv där det överordnade målet är att erbjuda patienten rätt hälso- och sjukvård i tid, oavsett om det sker inom eller utanför regionen.

Flera kontaktpersoner lyfter i dialoger med utredningen fram behovet av återkommande informationsinsatser till både invånare och hälso- och sjukvårdens aktörer. Kunskapsnivån behöver generellt höjas genom informationsspridning men även behovet av kortare webbutbildningar lyfts fram.

Även utredningens referensgrupper med patient- och närståendeorganisationer respektive professionsorganisationer har påtalat ett stort behov av riktade informationsinsatser och kunskapshöjande åtgärder för både olika patientgrupper och hälso- och sjukvårdsprofessioner. Därtill har Patientriksdagen lyft fram rekommendationer om utbildning för patientgrupper om bland annat patientlagen.

Som framgår av avsnitt 6.10.5 i detta kapitel delar utredningen i allt väsentligt regeringens bedömning att kunskapen om patienters valmöjligheter, såväl bland allmänheten som bland hälso- och sjukvårdens medarbetare och ledningar, skulle behöva öka. Ökad kunskap om vilka möjligheter som finns att välja vårdgivare kan leda till fler aktiva val och därmed bidra till resurseffektivitet och kortare

väntetider. En kunskapshöjning är ett led i arbetet med kulturförändring, förbättringsarbete och personcentrering i vården.

Utredningen anser således att det finns behov av systematiska och långsiktiga nationella kunskapshöjande insatser i olika former och kanaler som kan komplettera samt underlätta tillgängligheten till befintlig information, däribland den som finns på 1177 Vårdguiden. Utredningens uppfattning är att de kunskapshöjande insatserna även kan inkludera information om fast läkarkontakt och fast vårdkontakt.

Det informationsuppdrag som utredningen givits i direktivet är så omfattande och resurskrävande att det inte är möjligt för en utredning med ett kort tidsbegränsat uppdrag att genomföra det på ett sätt som ger bestående positiva effekter. Information vid ett tillfälle ger begränsat värde eftersom förändringar gällande vårdgarantin och valmöjligheter kan komma framöver. För att insatser om att höja det allmänna kunskapsläget ska bli framgångsrika och få genomslag måste de bedrivas systematiskt och långsiktigt, vilket inte minst kräver betydande ekonomiska resurser. Vidare behöver insatserna utformas och utföras av en nationell aktör, lämpligen en statlig myndighet, med kompetens och erfarenhet av liknande arbete. Utredningen har övervägt vilken myndighet som skulle kunna vara lämpad för ett sådant uppdrag. Utredningen kan konstatera att Socialstyrelsen är den myndighet som har störst erfarenhet av att informera allmänheten i frågor inom vård och omsorg. Ett flerårigt informationsuppdrag inom fallprevention, ett uppdrag att informera i samband med ny reglering kring att klaga på vården och ett flerårigt uppdrag att genomföra en informationssatsning riktad till gravida och nyförlösta kvinnor är några exempel. Ett annat exempel är det uppdrag Socialstyrelsen fick år 2016 om att inrätta ett nationellt donationsfrämjande centrum. Nationellt Donationscentrum ansvarar för nationell samordning, ger stöd till hälso- och sjukvården, sprider kunskap om donations- och transplantationsområdet till både profession och allmänhet samt underlättar för fler att göra sin vilja till donation känd. Uppdraget ingår i Socialstyrelsens instruktion och är därmed en reguljär uppgift för myndigheten. Dessa exempel illustrerar enligt utredningen hur en permanent struktur och organisation för information och kunskapshöjande insatser om valmöjligheter och vårdgaranti till såväl allmänhet som profession och ledningsfunktioner skulle kunna se ut.

Med ökad tillämpning av nuvarande skyldigheter kan befintlig kapacitet nyttjas bättre och väntetiderna till hälso- och sjukvården kortas. Enligt utredningen är kunskap och kännedom om patienters valmöjligheter en förutsättning för att bestämmelserna ska kunna tillämpas på det sätt och i den omfattning som avsetts. Att patienter agerar baserat på kunskap om sina möjligheter, men också av att regionen ges ett aktivt stöd och uppmuntras att välja en annan vårdgivare, kan ha stor betydelse för vårdflöden och därmed väntetider. Välinformerade patienter och kunniga hälso- och sjukvårdsprofessioner och verksamhetschefer är en grundförutsättning för detta.

Utredningen föreslår mot denna bakgrund att Socialstyrelsen ges ett flerårigt uppdrag att ansvara för kontinuerliga kunskapshöjande insatser. Målsättningen med insatserna ska vara att höja kunskapen om patientens valmöjligheter och på detta sätt stimulera en ökad tillämpning av nuvarande bestämmelser. I uppdraget föreslås ingå att under ett antal år utveckla och genomföra, nämnda kunskapshöjande insatser. Uppdraget behöver inledas med analys- och strategiarbete. Eventuellt kan en undersökning om nuläget och målgruppernas behov behöva genomföras.

Myndigheten behöver ta fram information i relevanta format, anpassade för olika målgrupper såsom olika patientgrupper samt anpassade till olika funktionsnedsättningar.

Utredningens referensgrupp med patient- och närståendeorganisationer lyfter fram vikten av att sådana kunskapshöjande insatser är anpassade till olika patientgrupper. Referensgruppen menar att många av de som har svårt att ha kontakt med vården, har svårt att ta till sig information och komma ihåg den. Informationen ska vara enkel, tydlig och med bildstöd samt inte innehålla för många vidarehänvisningar.

Socialstyrelsen bör genomföra arbetet i samverkan med företrädare för patient- och närståendeorganisationer, tillsammans med kunskapsstyrningens nationella programområden och i samråd med Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Mot bakgrund av att detta inte är ett tillfälligt informationsbehov om en ny reform eller lagändring, utan snarare att betrakta som grundläggande systemkunskap, bör det på sikt övervägas om ansvaret för informationsinsatser om vårdgarantier och patientens valmöjligheter ska ingå i Socialstyrelsens instruktion och därmed vara en reguljär uppgift för myndigheten.

För att ta reda på om genomförda insatser ger avsedd effekt och för att justera och utveckla insatserna, behöver kontinuerliga mätningar genomföras. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör därför samtidigt ges i uppdrag att genomföra kännedomsundersökningar både bland allmänheten, patientgrupper och vårdens professioner och ledningar. En baslinjemätning bör göras som grund för att sedan följas med uppföljande mätningar vartannat eller vart tredje år. Uppdraget ska, utöverkännedomsundersökningarna, även avse att utvärdera befintliga insatser och lämna utvärdering av insatser och förbättringsförslag på området. Ett sådant uppdrag ligger väl i linje med myndighetens instruktionsenliga uppdrag att kontinuerligt utvärdera sådan information om vården och omsorgen som lämnas till den enskilde, i fråga om informationens innehåll, kvalitet, ändamålsenlighet och tillgänglighet, med tillägg för vårdens aktörer. Myndigheten bör genomföra uppdrag i samråd med Socialstyrelsen, representanter för patient- och närståendeorganisationer och professionsorganisationer.

6.11.6 Regiongemensam pilotverksamhet

Förslag: Regeringen ska under 5 år stimulera ett regiongemensamt utvecklings- och förbättringsarbete genom pilotverksamheter inom olika områden för ökad kapacitet och effektivitet i hälso- och sjukvården. Möjliga områden för regiongemensam pilotverksamhet kan vara produktions- och kapacitetsplanering och samordnade upphandlingar. Finansiering av samt övriga förutsättningar och villkor för pilotverksamheterna kan anges i en överenskommelse mellan staten och SKR eller genom att Socialstyrelsen ges i uppdrag att fördela medel.

Skälen för utredningen förslag: I några regioner bedrivs i dag regionspecifika eller regiongemensamma pilotprojekt inom områden med koppling till tillgänglighet, resurseffektivitet och kortare väntetider.

Att stimulera och driva ett utvecklings- och förbättringsarbete genom olika typer av pilotverksamheter kan vara ändamålsenligt och framgångsrikt om det görs på ett sätt som möjliggör att erfarenheter och kunskap tillvaratas och sprids till fler verksamheter. För att undvika att projektet bara blir en tillfällig ambitionshöjning eller prio-

ritering under några år krävs tydliga mål och strategier för hur resultat ska implementeras och få långsiktigt genomslag i den ordinarie verksamheten. Mot bakgrund av utredningens uppdrag att lämna förslag på insatser som stärker samarbetet mellan regionerna föreslår utredningen att regiongemensamma pilotverksamheter stimuleras. Pilotverksamheterna kan bedrivas gemensamt av två eller flera regioner, inom eller mellan sjukvårdsregioner som väljer att inleda ett samarbete. Pilotverksamheterna bör vara fleråriga, och ha tydliga strukturer för kunskaps- och erfarenhetsspridning.

Närmare villkor samt medel för pilotverksamheterna skulle kunna ingå som en del i en kommande överenskommelse mellan staten och SKR om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, i kapitel 9 beskrivs ett sådant upplägg. Ett alternativ kan vara att Socialstyrelsen ges i uppdrag att fördela medlen. Utredningen har valt att inte ta ställning till vilken modell som är lämpligast för att nå avsedda effekter. Oavsett vilken modell som regeringen väljer, är det dock angeläget att på lämpligt sätt knyta följeforskning till verksamheterna.

Nedan redovisas exempel på utvecklingsområden som utredningen vill lyfta fram som särskilt strategiskt intressanta för att förbättra tillgängligheten.

Gemensam produktions- och kapacitetsplanering

Frågan om hälso- och sjukvårdens produktivitet är central i diskussionen om tillgänglighet och väntetider. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO), publicerade år 2019 en rapport i ämnet, som tidigare redovisats.[20] Enligt rapporten har tidigare studier som analyserat relationen mellan resursinsats och prestationer, mätt som arbetsproduktivitet och sjukhusens totalproduktivitet, visat en klart lägre nivå för svensk sjukvård i allmänhet och sjukhusvården i synnerhet. Enligt rapporten kan en sannolik förklaring till problemet med köer och väntetider i Sverige vara den låga produktiviteten. En bidragande orsak kan vara den höga beläggningsgraden inom svensk sjukhusvård vilket indikerar en brist på antal vårdplatser. Detta kan i sin tur leda till problem med patientflöden och behandlingsprocesser inom sjukhusen.[21]

[20] Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi.2019. *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv*, professor Claes Rehnberg
[21] Ibid.

Det är bland annat mot den bakgrunden som frågan om regionernas produktions- och kapacitetstyrning (PKS) eller produktions- och kapacitetsplanering (PoK) är central. Kapacitet kan i detta sammanhang definieras som maximalt möjlig vårdproduktion under en given tidsperiod med en given resurs.

Konsekvenserna av bristande produktions- och kapacitetsplanering är främst en försämrad tillgänglighet och risker för patientsäkerheten, men innebär även en arbetssituation med hårdare arbetsbelastning och lite utrymme för utveckling. Detta kan göra arbetsplatser i vården mindre attraktiva och medföra kompetensförsörjningsproblem.

Utredningen menar att det i arbetet med PoK främst handlar om kulturförändring. Kapacitet är en funktion av bland annat våra resurser, arbetssätt, organisation, planering, attityder och ledarskap. I ett sådant arbete behöver man exempelvis ställa sig följande frågor:

- Hur arbetar vi med kulturen kring produktion och effektivitet?
- Har vi balans mellan inflöde och produktion?
- Har vi en plan att beta av våra väntelistor? Hur länge sträcker sig planen och när avser vi att uppnå våra mål?
- Vad har vi för tidshorisont på våra produktionsplaner?
- Har leveranssäkerheten, rätt vård i rätt tid för rätt patientgrupp, förbättrats?
- Vilka åtgärder och förändrade arbetssätt har vi tillämpat för att öka produktiviteten och effektiviteten?
- Vilka nya åtgärder vi har tillämpat för att styra schemat efter kärnverksamheten och produktionsplanen?[22]

Den typen av frågor kan även användas för resultatuppföljning. Utredningen har i arbetet med att stödja framtagandet av regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet noterat att flera regioner lyfter fram behov och åtgärder rörande PoK inom flera områden. En del regioner uppger att arbete med PoK pågått i flera år särskilt inom operationsverksamheten. Det finns en ambition att sprida arbetssättet till fler områden inom specialiserad vård och primärvård, det märks i de regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet som

[22] Myrna Palmgren, kontakt i maj 2021.

regionerna lämnat i mars 2021, se kapitel 5. Vikten av it-stöd som mäter olika parametrar och som därmed kan underlätta scheman framhålls. I dialoger med regionföreträdare har påtalats att införande av ett strukturerat arbete med PoK kan möta motstånd i den kliniska vardagen därför att det kan var svårt för medarbetare att se nyttan. Det är därför viktigt att utgå från kärnverksamheten, tydligt kvantifiera behoven och visa hur arbetet ger konkreta positiva effekter för patienter och medarbetare. Utgångspunkten bör vara att schemalägga utifrån patienternas behov och om personalen inte räcker till, möta upp med systematiskt innovations- och förbättringsarbete tillsammans med medarbetarna. Det är också viktigt att den högsta ledningen i regionen tydliggör syftet, stödjer arbetet och följer upp resultaten.

En central fråga när det gäller PoK är att analysera behoven i befolkningen och olika patientkategoriers vårdbehov och vårdkonsumtion. Arbetet med PoK måste därför alltid inkludera en behovsanalys. I huvudsak handlar det om att skapa balans mellan inflöde och utflöde. Utredningen har uppmärksammat några grundläggande frågor för arbetet med PoK som redovisas nedan, men för genomförande kan regionerna behöva både ett utvecklat metodstöd och stöd i implementering. I samtal med kontaktpersoner i regionerna och andra aktörer har några aspekter lyfts fram som särskilt viktiga i arbetet med PoK.

En annan aspekt handlar om vad som styr schemaläggningen i vården. I betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:02) konstateras att bemanningen inom hälso- och sjukvården i dag inte utgår från en planering av vad som ska göras, hur det ska göras och vem som ska göra det. Den vanliga beskrivningen är att den i stället utgår från tillgänglig personal och baseras på individuella önskemål. Det innebär att schemaläggningen kommer först, sedan ser man hur behoven av resurser kan mötas utifrån schemat, tillgängliga resurser styr vilken vård som tillhandahålls.[23]

Att tydligare än i dag utgå från kärnverksamheten och patienternas behov vid schemaläggning kan innebära ett perspektivskifte och en kulturförändring som kan vara väl motiverad. Samtidigt bör påpekas att personalen i hälso- och sjukvården är hårt ansträngd, i synnerhet under pandemiåren 2020 och 2021. En god arbetsmiljö och arbetsvillkor som innebär delaktighet och möjligheter att på-

[23] SOU 2016:02 *Effektiv vård.*

verka exempelvis schemaläggning, är helt centralt. Vid samtal med enheter som produktions- och kapacitetsplanerat framkommer att ett initialt ifrågasättande har efterhand ändrats till god arbetsmiljö där medarbetarna uppskattat att veta vad som förväntas av den enskilde varje dag och en hållbar långsiktig planering även för den enskilde.

Det har framförts till utredningen att det är viktigt att kärnverksamheten är utgångspunkten vid schemaläggningen. Med kärnverksamheten avses i det här sammanhanget vård och behandling. Nödvändig administration planeras samlat så att kärnverksamheten kan verka koncentrerat. För hantering av vårdgarantin och långa väntetider kan också en organisering som skiljer planerad vård från akut vård vara av stor betydelse.

I diskussion med regionerna framkommer att arbetet med PoK kommit igång och sker i olika utsträckning. En del regioner efterlyser metodstöd för arbetet och att det är särskilt viktigt att regionerna arbetar på samma eller kompatibla sätt med detta för att kunna samverka om PoK.

Utredningen bedömer att fortsatt utveckling av strukturerade arbetssätt med PoK behövs och att det kan ske i samverkan mellan regioner för att bidra till en bättre användning av befintliga resurser och en effektiv vård. Det kan inledningsvis genomföras som pilotverksamhet till exempel i några samverkansregioner eller genom andra regiongemensamma initiativ. Ett hinder för samverkan kan vara de IT-stöd som regionerna använder, medel bör därför även kunna användas för investeringar som kan underlätta samverkan om PoK.

Arbete med gemensam PoK bör följas av följeforskning som kan initieras av ingående regioner inom ramen för det stöd som ges.

Samordnade upphandlingar inom områden med långa väntetider

Utöver gemensam produktions- och kapacitetsplanering kan det enligt utredningen vara motiverat att främja ett samarbete inom vissa andra områden med strategisk betydelse för tillgänglighet och kortare väntetider. Ett sådant område är upphandlingar. Flera regioner vittnar om att det inom vissa medicinska områden kan vara svårt att hitta alternativa vårdgivare till patienter som regionen inte kan erbjuda vård inom vårdgarantins gränser. Förklaringen är ofta att det råder generell brist på en specifik medicinsk kompetens och kapa-

citet som inte enbart gäller en enskild region, utan flera regioner, delar av landet eller nationellt. Ett sätt att effektivisera administrationen och öka tillgängligheten inom dessa områden skulle kunna vara att samverka kring upphandlingar. Upphandlande regioner kan samordna upphandlingar med varandra för att till exempel dra nytta av varandras upphandlingsresurser och därigenom effektivisera inköpsarbetet. Upphandlande regioner kan också samverka med varandra för att genomföra tillfälliga gemensamma upphandlingar. Denna typ av samordning används vanligen när flera upphandlande organisationer har ett tillfälligt likartat behov som ska tillgodoses genom en offentlig upphandling. På så sätt kan de gemensamma resurserna användas på ett mer effektivt sätt.[24] Det skulle även kunna handla om samordnad upphandling i form av samarbeten mellan regioner vid traditionell upphandling enligt LOU. Även inrättande av gemensamma valfrihetssystem skulle kunna vara ett exempel på samarbetsformer som under vissa förutsättningar skulle kunna öka tillgängligheten.

[24] www.upphandlingsmyndigheten.se/regler-och-lagstiftning/samordning/samordnad-upphandling/, uttag 2021-04-28.

7 Stödja utvecklingen av en nära och tillgänglig vård

I kapitlet redovisas bakgrunden till och arbetet med hälso- och sjukvårdens omställning till en nära och tillgänglig vård tillsammans med exempel på insatser som utredningen anser stärker primärvården och ökar tillgängligheten, kontinuiteten och delaktigheten i vården.

7.1 Utredningens uppdrag

Enligt direktivet är utvecklingen av en mer nära vård med fokus på primärvården är en prioriterad fråga för regeringen. Med en tillgänglig primärvård, dit befolkningen vänder sig i första hand kan akutsjukvården och annan specialiserad vård avlastas vilket kan leda till en ökad tillgänglighet även i den specialiserade vården.

Utvecklingsarbetet med omställningen till en god och nära vård har påbörjats och pågår med olika omfattning i kommuner och regioner. Utbrottet av covid-19 har påverkat arbetets inriktning eftersom hälso- och sjukvården behövt anpassa verksamheter utifrån det mer akuta behov som uppstått. För att stärka utvecklingen av en god och nära vård har regeringen beslutat om årliga överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) för åren 2019, 2020 och 2021.

Regeringen har, enligt utredningens direktiv, för avsikt att fortsätta stödja utvecklingen av en mer nära vård för att arbetet ska kunna fortgå med kraft och intensitet utifrån regionala nulägesanalyser och handlingsplaner. Utvecklingen är beroende av beslut som stöder det lokala arbetet och av välfungerande samverkan mellan olika aktörer på alla nivåer.

Delegationens uppdrag enligt direktivet är att:

- följa arbetet i regioner och kommuner vad gäller utvecklingen av en mer nära vård, med fokus på primärvården,
- föreslå ändamålsenliga och kostnadseffektiva insatser för hur regeringen och statliga myndigheter kan fortsätta stödja utvecklingen av den nära vården, med fokus på primärvården, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Deluppdraget slutredovisas i huvudbetänkandet i maj 2022.

7.2 Omställningen till en god och nära vård

I följande avsnitt beskrivs bakgrund till den pågående omställningen i regioner och kommuner. Flera statliga utredningar, i huvudsak följande två, har lagt grunden för omställning till en god och nära vård:

- *En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården* (S 2013:14) och
- *Samordnad utveckling för god och nära vård* (S 2017:01).

Regeringen har överlämnat två propositioner[1], till följd av förslag från utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård*, med förslag till författningsändringar som riksdagen därefter fattat beslut om. Regioner och kommuner arbetar nu med att ställa om hälso- och sjukvården till en mer nära vård. Regeringen stödjer arbetet genom årliga överenskommelser med SKR där medel dedikerats till regioner och kommuner för omställningen och myndigheter har fått i uppdrag att stödja och följa upp omställningen.

[1] Prop. 2017/18:83. *Styrande principer för hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti i primärvården* och Prop. 2019/20:164. *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

7.2.1 Utredningen om Samordnad utveckling för god och nära vård och regeringens och riksdagens beslut

På uppdrag av regeringen tillsattes i mars 2017 en statlig utredning[2] i syfte att stödja landstingen (numera regionerna), berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården.

Uppdraget hade sitt ursprung i förslagen i slutbetänkandet, *Effektiv vård*[3]. Att hälso- och sjukvårdens resurser inte används tillräckligt effektivt och att en utbyggnad av primärvården är nödvändig för att möta nuvarande och kommande behov, bland annat utifrån ett demografiskt perspektiv, framhölls i slutbetänkandet. Utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* har under sin fyraåriga utredningsperiod fått tre tilläggsdirektiv[4] och överlämnat fem betänkanden, som beskrivs nedan, till regeringen. Sista betänkandet överlämnades i januari 2021.

Första delbetänkandet – En gemensam färdplan och målbild

Det första delbetänkandet[5] överlämnades i juni 2017 och innehöll förslag till nya styrande principer för hälso- och sjukvården. Här presenterades även första versionen av en målbild och en 10-årig färdplan för hälso- och sjukvårdens omställning till en god och nära vård. I detta delbetänkande föreslogs en förändrad vårdgaranti för regionernas primärvård.

Propositionen *Styrande principer för hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti i primärvården* (Prop. 2017/18:83) grundas på första delbetänkandet från utredningen. Propositionen antogs av riksdagen i januari 2018 och lagändringarna innebar att vården från och med den 1 januari 2019 ska ges nära befolkningen men i vissa fall får koncentreras geografiskt, enligt 7 kap. 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. I och med beslutet utvidgades den andra punkten i vårdgarantin (9 kap. 1 § 2 HSL) från att gälla för läkarbesök till att

[2] Dir. 2017:24 *Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården.*
[3] SOU 2016:2. *Effektiv vård.*
[4] Dir. 2017:97 *Samordnad utveckling för god och nära vård.*
Dir. 2018:90 *Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård.*
Dir. 2019:49 *Tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.*
[5] SOU 2017:53. *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild*

garantera den enskilde en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården (bedömningsgaranti inom primärvården). Regeringens avsikt med den lagändring som föreslogs var att skapa bättre förutsättningar för att patientens behov ska styra vilken yrkesgrupp hon eller han får träffa och att primärvårdens olika kompetenser ska användas för att på bästa sätt möta patienternas behov.

I samband med ovannämnda lagändring gjordes en ändring i 6 kap. 1 § 2 hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Enligt den ska en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården ges inom tre dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt.

Andra delbetänkandet – En primärvårdsreform

Det andra delbetänkandet[6] överlämnades i juni 2018. I detta delbetänkande presenterades en fördjupad målbild och färdplan för vårdens omställning med förslag på hur primärvårdens roll kan stärkas. Den personcentrerade vården betonas liksom vikten av att arbeta med hälsa och förebyggande arbete i hälso- och sjukvården.

Att inkludera kommunala verksamheter, samverka mellan olika vårdaktörer och öka patientens delaktighet i vården lyftes som avgörande för att kunna göra primärvården till navet. För att klara av framtidens utmaningar med ökat vårdbehov behövs en större kulturförändring inom hela hälso- och sjukvården med fokus på personcentrering och interprofessionella arbetssätt. För att tydliggöra primärvårdens uppdrag och skapa förutsättningar för en stärkt primärvård med en ökad närhet till patienten lämnade utredningen författningsförslag om definitionen av primärvårdens uppdrag. I delbetänkandet föreslogs ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om patientansvar för fast läkarkontakt i primärvården. I delbetänkandet lämnades bedömningar om hur omställningen regelbundet skulle kunna följas upp av myndigheter.

[6] SOU 2018:39. *God och nära vård – En primärvårdsreform.*

I propositionen *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (Prop. 2019/20:164) som grundas på utredningens andra delbetänkande, presenterar regeringen målbilden[7] för hälso- och sjukvårdens omställning:

> Hälso- och sjukvården bör ställa om så att primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Målet med omställningen av hälso-och sjukvården bör vara att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet bör också vara att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Ny bestämmelse om primärvårdens uppdrag

Till följd av utredningens förslag träder den 1 juli 2021 en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen i kraft om vad som ska ingå i primärvårdens grunduppdrag. Bestämmelsen innebär att regioner och kommuner inom verksamhet som utgör primärvård särskilt ska:

- tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
- se till att vården är lätt tillgänglig,
- tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
- samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, samt
- möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Avseende förslagen om fast läkarkontakt i primärvården har regeringen valt att ge i uppdrag till Socialstyrelsen att utforma ett nationellt stöd så att de patienter som har behov av en namngiven fast läkarkontakt i primärvården också kan få det. Ett nationellt stöd ska även tas fram för verksamhetschefer och vårdgivare för lämplig fördelning av patientansvar på funktionen fast läkarkontakt.[8]

[7] Prop. 2019/20:164. *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 32.
[8] Regeringsbeslut. S2020/03319/FS. *Insatser för att stödja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård.*

För den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården anser regeringen att uppföljningen av omställningen till en god och nära vård är viktig. Uppföljningen behöver likt omställningen ske långsiktigt, i flera steg och i samverkan mellan olika aktörer, med möjlighet till justeringar över tid. Regeringen gav år 2019 Socialstyrelsen i uppdrag att i nära samverkan med SKR, regioner och kommuner, följa utvecklingen av omställningen och utveckla uppföljningen över tid. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fick år 2020 i uppdrag att utvärdera omställningen ur ett system- och patientperspektiv. (Beskrivning av respektive myndighetsuppdrag finns i avsnitt 7.2.4 och 7.2.5). Regeringen har för avsikt att löpande samverka och samråda med olika aktörer och vid behov justera målbilden och färdplanen för omställningen till en god och nära vård.

Tredje delbetänkandet – Vård i samverkan

I juni 2019 tog regeringen emot utredningens tredje delbetänkande[9]. Detta innehöll analys och bakgrundstexter till de två tidigare betänkandena. I detta delbetänkande lämnades inga författningsförslag.

Huvudbetänkandet – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem

I april 2020 tog regeringen emot utredningens huvudbetänkande[10]. Betänkandet innehöll förslag på strukturella förändringar av hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet, med fokus på samverkan mellan region och kommun och förslag kring följande områden

- hur samverkan kan stödjas mellan huvudmännen, mellan utförare och utifrån den enskilde individen,
- stärkt stöd för patienten med individuell plan och patientkontrakt,
- hur utbildning i primärvården kan stärkas och bedömningar av hur forskningens roll kan främjas i primärvården,

[9] SOU 2019:29. *God och nära vård – Vård i samverkan.*
[10] SOU 2020:19. *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.*

– översyn av beskrivningssystemen (hur olika vårdkontakter ska beskrivas och rapporteras) i hälso- och sjukvården för att underlätta för omställningen till en god och nära vård, samt
– hur verksamheter som drivs enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (den så kallade nationella taxan) bättre kan integreras i framtidens hälso- och sjukvårdssystem.

Framgångsfaktorer och hinder för omställningen lyftes i betänkandet. Som framgångsfaktorer för omställningen lyftes:

- Personcentrering och involvering av invånare och patienter i hälso- och sjukvårdens utveckling
- Interprofessionellt lärande och arbetssätt
- Fungerande samverkan och samordning för ett sammanhängande hälso- och sjukvårdssystem
- Prehospital och mobil vård som en integrerad del i vårdkedjan
- Samordnad styrning av kompetensförsörjning
- Logistiklösningar och infrastruktur
- Forskning, utveckling och utbildning som stödjer omställningen
- Digitalisering utifrån patienternas och invånarnas behov
- Samverkan med aktörer utanför vård och omsorg

Identifierade hinder för omställningsarbetet är:

- Bristande uthållighet, helhetsperspektiv och systemkunskap
- Stor variation i uttolkning och implementering av befintliga regelverk
- Ekonomiska utmaningar för kommuner och regioner
- Bristande inkludering av medarbetarna, utmaningar med kompetensförsörjning och kompetensutveckling
- Investeringsbehov i vårdens byggnader och infrastruktur

- Bristande tillgång till kvalitetssäkrade data och kunskap om primärvårdsnivån
- Bristande arbete med ledarskapsfrågor samt regelverk och arbetssätt som utesluter de mest behövande

Betänkandet har remitterats, och förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Femte delbetänkandet – Rätt stöd till psykisk hälsa

I januari 2021 tog regeringen emot femte och sista betänkandet från utredningen[11]. Betänkandet innehåller bland annat ett förslag till ändring av 13 a kap. 1 § HSL, om primärvårdens grunduppdrag. Det föreslogs att det av 13 a kap. 1 § 1 HSL ska framgå att regioner och kommuner, inom ramen för verksamhet som utgör primärvård, särskilt ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande *fysiska och psykiska vårdbehov*. Betänkandet har remitterats och remissvaren ska inkomma till Regeringskansliet den 30 september 2021.

Årliga överenskommelser mellan staten och SKR

Som en följd av den statliga utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* har regeringen och SKR tecknat årliga överenskommelser för att stödja utvecklingen mot en mer nära och tillgänglig vård för åren 2019, 2020 och 2021. För dessa tre års överenskommelser har regeringen avsatt sammanlagt cirka 15 miljarder kronor för att stödja omställningen i regioner och kommuner.

7.2.2 Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga

I december 2019 fick en särskild utredare i uppdrag att utreda förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga och föreslå hur en sådan reform ska kunna genomföras.

[11] SOU 2021:6. *Samordnad utveckling för god och nära vård, God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa.*

Utredningen tog namnet *Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga* (S 2019:05). Syftet med uppdraget är att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet samt att genom insatser i den nära vården avlasta barn- och ungdomspsykiatrin (BUP).

I utredningens uppdrag ingår bland annat att bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas stöd i högre utsträckning än vad som görs i dag. Utredningen ska även föreslå hur en samlad uppföljning av barns och ungas fysiska och psykiska hälsa kan utformas. Uppföljningen ska stödja det hälsofrämjande arbetet för barn och unga både på individuell och nationell nivå. Enligt direktivet ska utredningen i dialog med företrädare för regioner och kommuner ta fram ett underlag som regeringen kan använda i utformningen av en överenskommelse som syftar till att uppnå målet om en köfri barn-och ungdomspsykiatri [12].

I delbetänkandet[13] som lämnades till regeringen den 4 maj 2021 föreslogs bland annat att hälso- och sjukvårdens ansvar för det hälsofrämjande arbetet ska förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen. Ett nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga ska tas fram och implementeras i hälso- och sjukvården. Hälsovårdsprogrammet ska bidra till att barn och ungas hälsa och utveckling kontinuerligt följs upp på ett likvärdigt sätt och med kvalitet under hela uppväxten. Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet ska vara i fokus och utgöra grunden för att tidigt upptäcka barns och ungas behov och för att kunna samordna insatser inom vård och omsorg.

Vidare föreslogs att lagstiftningen kring fast vårdkontakt till barn och unga ska skärpas. Förslag lämnades även på ett tydligare krav på samverkan mellan regionen och huvudmän inom skolväsendet. Utredningen lämnade också rekommendationer i form av sex steg som visar hur barn och unga med psykisk ohälsa kan få ett mer ändamålsenligt och tidigt stöd och hur de olika vårdnivåerna kan samspela för en mer effektiv vård. Med förslagen i delbetänkandet vill utredningen bidra till att minska fragmentiseringen och glappen i hälso- och sjukvården för barn och unga. Delbetänkandet har skickats på remiss. Utredningen ska slutredovisa sitt arbete den 1 oktober 2021.

[12] Dir. 2019:93 *En sammanhållen god och nära vård för barn och unga.*
[13] SOU 2021:34 *Börja med barnen! – En sammanhållen god och nära vård för barn och unga.*

7.2.3 Samsjuklighetsutredningen

I juni 2020 fattade regeringen beslut om att en särskild utredare skulle få i uppdrag att föreslå hur samordnade insatser kan säkerställas när det gäller vård, behandling och stöd för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd.[14] Enligt direktivet ska utredaren bland annat:

- analysera och lämna förslag på hur samverkan för personer med samsjuklighet kan förbättras mellan huvudmännen och mellan verksamheter med samma huvudman,
- se över ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och lämna förslag på hur ansvaret för personer med samsjuklighet kan samlas hos en huvudman,
- belysa frågor som rör samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst och andra aktörer vars uppdrag berör personer med samsjuklighet och
- analysera för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) eller lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård LPT.

Syftet med uppdraget är att skapa förutsättningar för att erbjuda personer med denna form av samsjuklighet en samordnad, behovsanpassad och patientcentrerad vård och omsorg samt tillgång till de medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser som den enskilde är i behov av. Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2021.

7.2.4 Socialstyrelsens uppdrag gällande omställningen till en nära vård

Socialstyrelsen arbetar med många insatser för att stödja omställningen till en god och nära vård.[15] I detta avsnitt presenteras de uppdrag som bedöms som mest relevanta för utredningens uppdrag om

[14] Dir. 2020:68 *Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd.*
[15] Socialstyrelsen. 2021. *Insatser under 2020 för att främja omställningen till en god och nära vård.*

att följa arbetet i regioner och kommuner vad det gäller utvecklingen av en mer nära vård med fokus på primärvårdens tillgänglighet.

I enlighet med en ändring i Socialstyrelsens regleringsbrev[16] i maj 2019 skulle myndigheten i november 2019 redovisa en *Strategisk plan för att stödja en god och nära vård*[17]. Socialstyrelsen skulle i uppdraget analysera vilka insatser myndigheten skulle kunna genomföra för att stödja landstingen och kommunerna i den långsiktiga omställningen med fokus på primärvården. Analysen skulle utgöra en grund för en strategisk flerårig plan för myndighetens arbete.

I juli 2019 fick Socialstyrelsen *Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård*[18]. Uppdraget bestod av tre delar, där den första avser nationell insamling av registeruppgifter från primärvården, den andra att på aggregerad nivå inhämta resultat för utvalda indikatorer i syfte att följa omställningen och den tredje avser uppföljning av regionernas och kommunernas omställningsarbete.

I april 2020 beslutade regeringen om ett nytt samlat uppdrag till Socialstyrelsen, *Uppdrag att genomföra insatser för att stödja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård*. Det nya uppdraget lades samman med och kompletterade uppdraget om att följa upp omställningen till god och nära vård från 2019[19]. Uppdraget ska fortsatt genomföras i enlighet med den strategiska plan som myndigheten har och stödja den målbild och den färdplan som presenterats av utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård*. Uppdraget ska delredovisas årligen 31 mars och slutredovisas i sin helhet till Socialdepartementet den 31 mars 2023. Utöver dessa redovisningspunkter finns särskilda tidpunkter för redovisning av de olika deluppdragen (se tabell 7.1 med sammanställning av redovisningar).

[16] Regeringsbeslut S2019/02110/FS. *Regleringsbrev för budgetåret 2019 avseende Socialstyrelsen.*
[17] Socialstyrelsen. 2019. *Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård.*
[18] Regeringsbeslut S2019/03056/FS. *Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård.*
[19] Regeringsbeslut S2019/03056/FS. *Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård* och Regeringsbeslut S2020/03319/FS. *Insatser för att stödja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård.*

Uppdragen angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård

Deluppdrag I – nationell insamling av registeruppgifter från primärvården

Deluppdraget handlade om att utreda möjligheter till nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Socialstyrelsen lämnade sin slutrapport i februari 2021[20]. Myndigheten har bland annat utrett de juridiska förutsättningarna för sådan insamling. Olika intressenters behov av information har tagits i beaktande där fokus har legat på nationella behov av uppföljning, analys- respektive statistikverksamhet. Socialstyrelsen föreslår att följande uppgifter från primärvården ska ingå i ett utvidgat nationellt patientregister:

- patientens personnummer, kön och födelseår
- folkbokföringsort
- födelseort
- datum och tid för primärvårdskontakt
- form av primärvårdskontakt
- planerad vårdkontakt
- remiss och remitterande vårdenhet
- utförande vårdenhet
- diagnos
- yttre orsak till sjukdom eller skada
- funktionstillstånd
- åtgärd
- läkemedel
- yrkeskategori.

[20] Socialstyrelsen. 2021. *Uppföljningen av primärvård och omställningen till en mer nära vård – Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården.*

Uppgiftsskyldigheten föreslås gälla personal som utför självständigt hälso- och sjukvårds- samt omsorgsarbete i primärvården för verksamheter i såväl offentlig som privat regi. Så väl fysiska som digitala vårdkontakter omfattas av förslaget.

Deluppdrag II – indikatorer för uppföljning av omställningen till en god och nära vård

Deluppdraget handlar om att analysera möjligheterna att inhämta resultat på aggregerad nivå från regioner och kommuner i syfte att följa omställningen samt att ge förslag på indikatorer anpassade för att kunna följa omställningen. I juni 2020[21] lämnade myndigheten en delredovisning av uppdraget. Den innehåller förslag på uppföljningsområden samt ett första förslag på indikatorer. Fyra uppföljningsområden föreslogs:

1. *Förutsättningar för god och nära vård*, som inkluderar exempelvis bemanning, kompetensutveckling, ekonomiska resurser och e-hälsa.
2. *Nära vård – var sker vården?* som inkluderar mått och indikatorer som belyser omfattningen och fördelningen av olika insatser inom hälso- och sjukvårdssystemet exempelvis andel vård som utförs av primärvården, vårdkonsumtion och läkemedelsförskrivning.
3. *God och nära vård – fokus på primärvård* är tänkt att spegla resultat för invånare och patienter och inkluderar exempelvis personcentrering, kontinuitet och medicinsk kvalitet.
4. *Systemeffekter* är tänkt att spegla hur vården fungerar som helhet och inkluderar exempelvis förtroende för hälso- och sjukvården, tillgänglighet i den specialiserade vården och omfattningen av påverkbar specialiserad vård.

Merparten av de föreslagna indikatorerna går att följa via befintliga och tillgängliga datakällor. Socialstyrelsen lyfter även i denna rapport att bristen på uppgifter från primärvården på nationell nivå innebär en begränsning vad det gäller möjligheten att följa effekterna av omställningen till en god och nära vård. Det saknas även förut-

[21] Socialstyrelsen. 2020. *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård – ett förslag på indikatorer* .

sättningar för att på ett tillfredställande sätt följa patientgruppers samlade vårdkonsumtion eller vårdförlopp.

Rapporten är tänkt att utgöra en utgångspunkt för det fortsatta arbetet med att utveckla indikatorer för uppföljning av omställningen till en god och nära vård i dialog med regioner, kommuner och företrädare för hälso- och sjukvårdens professioner och patienter. Deluppdraget redovisas den 30 augusti 2021 och den 30 augusti 2022.

Deluppdrag III – uppföljning av omställningen till en god och nära vård

Detta deluppdrag handlar om att följa upp och rapportera hur omställningen till en mer nära vård i regioner och kommuner utvecklas utifrån överenskommelserna mellan regeringen och SKR om *God och nära vård*.

I augusti 2020 lämnade Socialstyrelsen den första uppföljningsrapporten om det omställningsarbete som pågår i regioner och kommuner[22]. I rapporten framkom att samtliga regioner påbörjat arbetet med omställningen men att de prioriterade olika utvecklingsinsatser och arbetade på olika sätt. Alla regioner arbetade med att tydliggöra och konkretisera inriktningen. Såväl regioner som kommuner uttryckte att en mer nära vård är nödvändig för att hantera framtida demografiska och ekonomiska utmaningar i hälso- och sjukvården. Uppföljningen visade att nästan alla regioner under 2019 eller början av 2020 hade arbetat fram en målbild eller strategi för omställningen till en mer nära vård. Utveckling av digitala lösningar sågs som en av de viktigaste delarna för att klara framtida utmaningar i hälso- och sjukvården. Även kompetensförsörjningen lyftes som central i arbetet med omställningen. Regionerna arbetade med olika åtgärder för att förbättra tillgängligheten och för att uppfylla vårdgarantin i primärvården. För att öka attraktiviteten som arbetsgivare, förbättra arbetsmiljön och stärka ledarskapet vidtog regioner och kommuner olika åtgärder.

Regionerna var även i ett inledande arbete med att se över hur omställningen och åtgärder skulle kunna följas upp på ett strukturerat sätt lokalt. Flera regioner lyfte problematiken med att det saknas data för att kunna följa vårdflöden i den kommunala hälso- och sjukvården.

[22] Socialstyrelsen. 2020. *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård.*

Nästa redovisning av uppdraget är den 30 augusti 2021 och bygger på regionernas och kommunernas redovisningar av genomförda insatser i överenskommelsen om *God och nära vård* för 2020. Deluppdraget redovisas sedan den 30 augusti 2022 och slutredovisas den 30 augusti 2023. Socialstyrelsen redovisar detta deluppdrag tillsammans med deluppdrag II (beskrivet ovan).

Att stärka den kommunala hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen arbetar inom ramen för sitt stödjande uppdrag med att stärka den kommunala hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har bland annat:

- analyserat förutsättningarna för att ta fram kunskapsstöd för kommunal hälso- och sjukvård med stöd av nationella riktlinjer,
- arbetat för att förbättra uppföljningen av den kommunala hälso- och sjukvården, exempelvis utvecklat indikatorer för öppna jämförelser och regelbundet publicera öppna jämförelser för den kommunala hälso- och sjukvården
- analyserat förutsättningarna för att inhämta uppgifter från privata vårdgivare,
- stöttat i samordningen av vård och omsorg genom att exempelvis öka kunskapen i kommunerna om uppdraget som huvudman för hälso- och sjukvård, identifierat behov av stöd i kommunikationen mellan vårdgivare och påbörjat arbete med att ta fram ett sådant stöd.

Flera rapporter planeras under år 2021.

Uppföljning av och stöd till fast läkarkontakt

Inom ramen för uppdraget att följa omställningen till nära vård ska Socialstyrelsen följa och stödja regionernas arbete med fast läkarkontakt och föreslå hur utvecklingen av fast läkarkontakt till fler patienter kan följas upp på nationell nivå.

I december 2020 presenterades rapporten *Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt*. En kartläggning av hur regionerna arbetat med fast

läkarkontakt visade att både tolkningen av begreppet och arbetet med fast läkarkontakt var olika i regionerna. Det fanns en överlappning mellan fast läkarkontakt och fast vårdkontakt. Socialstyrelsen gjorde bedömningen att det finns ett behov av att informera om vad fast läkarkontakt i primärvården är och hur det förhåller sig till fast vårdkontakt.

I de flesta regioners system skulle det vara tekniskt möjligt att dokumentera listning på namngiven läkare, men uppgifterna bedömdes inte vara heltäckande och/eller av bristfällig kvalitet. Det konstaterades ett behov av informatikarbete för att möjliggöra enhetlig dokumentation av fast läkarkontakt och jämförbarhet vid uppföljning. Ett sådant arbete behöver beakta regionernas åtagande om att definiera uppdrag, ansvar och befogenheter för fast läkarkontakt utifrån lokala behov och förutsättningar enligt överenskommelsen om *God och nära vård* 2020. Socialstyrelsen lämnade förslag på hur myndigheten skulle kunna följa upp utvecklingen av antal och andel patienter med fast läkarkontakt utifrån de data som finns tillgängliga i dagsläget. Uppföljningen bedöms kunna utvecklas till fler regioner när de systemtekniska och begreppsmässiga förutsättningarna för dokumentation av fast läkarkontakt utvecklats. Registerbaserad uppföljning av fast läkarkontakt behöver enligt myndigheten analyseras tillsammans med andra uppgifter på området som exempelvis väntetider, fasta vårdkontakter, patientrapporterade, verksamhets- och professionsrapporterade uppgifter.

Myndigheten ska ta fram ett nationellt stöd så att de patienter som har behov av en namngiven fast läkarkontakt i primärvården också kan få det. Särskilt fokus ska ligga på patienter med omfattande och komplexa vårdbehov. Dessutom ingår det i uppdraget att ta fram ett nationellt stöd för verksamhetschefer och vårdgivare för lämplig fördelning av patientansvar på funktionen fast läkarkontakt. Uppdraget ska redovisas den 30 juni 2021.

7.2.5 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har uppdrag gällande system- och patientperspektiv

Myndigheten har fått *Uppdrag att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård*[23]. Myndigheten ska utvärdera omställningen till god och nära vård ur ett system- och patientperspektiv. Utvärderingen ska ha sin utgångspunkt i de mål som regeringen fastställt för omställningen: ökad tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. Hur den nära vården utvecklas och hur omställningen påverkar vården för olika grupper, med ett särskilt fokus på utvecklingen i glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden, ska belysas.

I en första delrapport från myndigheten lyfts att en majoritet av befolkningen uppger att de har en ordinarie vårdcentral, men bara en av tre svarande har en fast kontakt på sin vårdcentral. Det saknas fast kontakt trots att behov finns och andelen med fast kontakt skiljer sig mellan olika grupper i befolkningen. Personer med omfattande vårdbehov har oftare fast kontakt. Utifrån den nulägesbild av befolkningens erfarenheter och uppfattningar om fast vårdkontakt och fast läkarkontakt dras slutsatsen att fasta kontakter kan bidra till målen för vårdens omställning; högre tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet.[24]

En andra delrapport ska presenteras den 1 oktober 2021 med redovisning av patienters upplevelser av tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. Den 31 mars 2023 ska uppdraget slutrapporteras.

7.2.6 Överenskommelserna om God och nära vård mellan regeringen och SKR

Som en följd av den statliga utredningen om en samordnad utveckling för god och nära vård har regeringen och SKR tecknat årliga överenskommelser för åren 2019, 2020 och 2021. Regeringen har för dessa tre års överenskommelser avsatt sammanlagt cirka 15 miljarder kronor.

[23] Regeringsbeslut S2020/03220/FS. *Uppdrag att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård.*
[24] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. *Fast kontakt i primärvården.*

Överenskommelsen om God och nära vård 2019

För 2019 omfattade överenskommelsen[25] cirka 2,4 miljarder kronor och innehöll tre utvecklingsområden:

– omställning till en god och nära vård,
– förbättra och utveckla tillgängligheten till primärvården samt patientkontrakt och
– främja samordning, samverkan och ökad delaktighet.

Nulägesrapporter som lämnades av regionerna i oktober 2019 beskrev hur regionerna arbetat med omställningen och vilka möjligheter och utmaningar som identifierats. En sammanställning[26] av nulägesrapporterna har gjorts av Socialstyrelsen (sammanfattat i avsnitt 7.2.4).

Överenskommelsen om God och nära vård 2020

Överenskommelsen[27] för 2020 omfattade cirka 6,2 miljarder kronor och var en sammanslagning av tre tidigare överenskommelser mellan regeringen och SKR.[28] Överenskommelsen innehöll fyra övergripande områden:

– utveckling av den nära vården med fokus på primärvården,
– ökad tillgänglighet i barnhälsovården,
– goda förutsättningar för vårdens medarbetare, samt
– insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025.

För att regionerna skulle få ta del av medlen skulle regionerna fortsatt göra insatser som stödjer omställningen, vårdens relationsskapande och en ökad kontinuitet i vården samt göra insatser som

[25] Regeringsbeslut S2019/02858/FS. *Godkännande av överenskommelsen om God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården 2019.*
[26] Socialstyrelsen. 2020. *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård – Utvecklingen i regioner och kommuner och uppföljning av överenskommelsen En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare.*
[27] Regeringsbeslut S2020/00440/FS. *Bemyndigande att underteckna en överenskommelse om God och nära vård 2020 – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården.*
[28] De överenskommelser som lades samman var *God och nära vård en omställning av hälso-och sjukvården med fokus på primärvården*, *Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården* samt *En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare.*

stödjer en mer personcentrerad hälso- och sjukvård. En delredovisning av genomförda insatser skulle lämnats till Socialstyrelsen den 30 september 2020, men på grund av den pågående covid-19-pandemin beslutade regeringen i april 2020 att ändra datum för regionernas slutredovisning till den 31 mars 2021.

Socialstyrelsen ska följa upp och rapportera hur omställningen till en mer nära vård i regioner och kommuner utvecklas utifrån överenskommelsen och delredovisar uppdraget den 30 augusti 2021 (se avsnitt 7.2.4).

Överenskommelsen om God och nära vård 2021

För 2021 omfattar överenskommelsen[29] cirka 6,8 miljarder kronor, varav 1 miljard kronor riktas till kommunerna. Överenskommelsen innehåller fyra olika utvecklingsområden:

- utveckling av den nära vården med primärvården som nav,
- goda förutsättningar för vårdens medarbetare,
- insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025, samt
- en förstärkning av ambulanssjukvården.

Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav bygger huvudsakligen vidare på inriktningen i överenskommelsen för 2020. Regionerna ska arbeta inom de tre nationella målen för omställningen; stöd till att förbättra och utveckla *tillgänglighet* i primärvården, stöd till relationsskapande och *ökad kontinuitet* i vården samt *delaktighet och medskapande* i hälso- och sjukvården.

För att ta del av medlen ska regionerna redovisa vilka insatser som gjorts för att stärka såväl den digitala som fysiska tillgängligheten i primärvården samt utarbeta handlingsplaner för hur en större andel patienter ska få en fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i vården. Regionerna ska även fortsätta införandet av patientkontrakt och upprätta handlingsplaner för implementering, uppföljning och utvärdering av patientkontrakt. Samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården ska beskrivas i handlingsplanerna som lämnas till Socialstyrelsen den 1 september 2021. Därutöver ska regionerna läm-

[29] Regeringsbeslut S2021/00820/FS *Bemyndigande att underteckna en överenskommelse om God och nära vård 2021.*

na delredovisning för arbete inom hela överenskommelsen till Socialstyrelsen senast den 30 september 2021 och slutredovisning senast den 31 mars 2022.

SKR ska lämna en delrapport den 30 september 2021 om verksamheten som bedrivits första halvåret 2021, samt redogöra för eventuella hinder och utmaningar för att nå ambitionerna och målen med överenskommelsens insatser. En verksamhetsrapport som redogör för SKR:s genomförande år 2021 ska lämnas den 31 mars 2022.

7.2.7 SKR:s roll i att stödja regioners och kommuners omställning till en god och nära vård

SKR har en central roll i att stödja regionernas och kommunernas arbete i omställningen och ska utveckla stöd i nära samverkan med regioner och kommuner samt myndigheter. Stödet ska utgå från regionala och lokala behov och förutsättningar enligt överenskommelsen.

SKR har i sin stödjande roll bland annat arbetat med att sprida goda exempel, stödja införandet av patientkontrakt, utveckla kvalitetsdata i primärvården för lärande och förbättring, erbjuda ledarskapsstöd för politiker och tjänstepersoner och bygga upp en arena för samskapande av nya arbetssätt i en lärande miljö med ett experimenterande förhållningssätt.

SKR lyfte i sin rapport över arbetet 2020[30] pandemins effekter på omställningen till nära vård, där både kommuner och regioner menar att pandemin medfört att samverkan har förstärkts liksom utvecklingen av mobila vårdlösningar och digitala tjänster. De nya arbetssätten och förbättringarna, som ligger i linje med omställningen till en nära vård, måste enligt kommuner och regioner finnas kvar även efter pandemin som en del i att utnyttja resurserna mer effektivt. I slutet av 2020 präglades regionernas och kommunernas arbete av planering för vaccination mot covid-19. God samverkan och gemensam planering mellan regionerna och kommunerna lyftes som avgörande för att påbörja vaccineringen mot covid-19 och följa den nationella prioriteringsordningen.

[30] SKR. 2021. *Rapport av överenskommelsen, God och nära vård 2020 – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården.*

7.3 Utvecklingen av digitala läkarbesök

Digitaliseringen i vården har pågått länge och inom flera olika delar av vården. Svensk hälso- och sjukvård anses ligga långt framme jämfört med andra länder när det gäller användning av videobesök till läkare. Utvecklingen av digitala vårdtjänster, i stort, har skett och sker hos både offentliga och privata aktörer i vården. En aktör som erbjöd digitala läkarbesök, grundades år 2013. Till en början erbjöds framför allt recept online som en privatfinansierad tjänst. Efterhand utvecklades tjänsterna till digitala läkarbesök och flera aktörer tillkom.[31]

Patientlagen (2014:821) trädde i kraft den 1 januari 2015. Enligt 9 kap. 1 § har en patient som omfattas av en regions ansvar möjlighet att var som helst i landet välja utförare av offentligt finansierad primärvård och specialiserad öppen vård, som en region ansvarar för. Vårdgivare inom primärvårdens vårdval kunde därmed ta emot patienter från hela Sverige och de digitala läkarbesöken gjordes tillgängliga för hela befolkningen inom ramen för den offentligt finansierade vården.[32]

Utbredningen av digitala läkarbesök kan ses som ett resultat av att tillgängligheten till primärvården inte motsvarat befolkningens förväntningar på tillgänglighet tillsammans med ett regelverk som ger patienten rätt att fritt söka vårdgivare och primärvård i hela landet.[33]

Befolkningens kännedom om att kunna göra digitala läkarbesök hos de privata aktörer som erbjuder digitala vårdtjänster har ökat med tiden. År 2018 var 4,6 procent av alla läkarbesök i primärvården gjorda via privata digitala utomlänskontakter och regionernas sammanlagda kostnad för de cirka 500 000 digitala utomlänskontakterna uppgick till 263 miljoner kronor samma år. En digital läkarkontakt ersattes till en början med 2 000 kronor per besök i enlighet med *Riksavtalet för utomlänsvård*. Ersättningen för digitala vårdkontakter justerades av SKR år 2019 och en digital läkarkontakt ersätts nu med 500 kronor[34]. Att regionernas primärvårdsaktörer i egen regi utvecklats digitalt och i större utsträckning nu erbjuder videobesök och fler digitala vårdtjänster beskrivs delvis som en effekt av framväxten av

[31] SOU 2019:42. *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet.*
[32] Ibid.
[33] Anell, A och Studieförbundet Näringsliv och Samhälle (SNS). 2020. *Vården är värd en bättre styrning.*
[34] SKR. 2019. *Meddelande från styrelsen – Utvecklingen av digitala vårdtjänster.*

befolkningens nyttjande av de privata aktörernas digitala vårdtjänster, covid-19-pandemin och behovet av att ställa om till en mer nära vård.

Den snabba utvecklingen av digitala vårdtjänster har skapat debatt och diskussion om för- och nackdelar med digitala läkarbesök. Farhågor som lyfts med utvecklingen är att de digitala vårdbesöken inte skulle vara förenliga med riktlinjer för prioriteringar, att de skulle kunna strida mot läkaretiken och medföra en risk för att vårdens resurser inte går till patienterna med störst behov[35]. Fördelarna som lyfts med de digitala vårdkontakterna är att de kan

- öka tillgängligheten i primärvården,
- minska smittorisken som annars är påtaglig i ett väntrum,
- överbrygga hinder för kontakt med vården som exempelvis geografiska avstånd,
- underlätta för personer som har många kontakter med vården,
- vara vägen in för personer som annars inte hade velat söka vård[36].

Det behövs mer kunskap om när och hur digitala vårdbesök är lämpliga och effektiva. Det råder avsaknad av evidens om kostnadseffektivitet, nytta och risker med medicinska bedömningar och diagnostik via digitala vårdbesök jämfört med fysiska läkarbesök i primärvården[37]. Det saknas också kunskap om nätläkarvården avlastar den traditionella vården eller ej[38]. Motstridiga resultat finns gällande tesen att nätläkarverksamhetens utveckling skapar en ökad efterfrågan på vård[39]. För att kunna avgöra om det sker en överkonsumtion av vård eller inte i och med nätläkarverksamhetens utveckling behöver man veta och jämföra vilka som kontaktar vården och för vilka besvär. Data på området är begränsad. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys lyfter avsaknad av forskning på området, att det behöver tas fram en samlad nationell statistik över användningen av digitala

[35] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2020. *Tre perspektiv på digitala vårdbesök – befolkningens, patienternas och vårdpersonalens uppfattningar*
[36] Ibid.
[37] Region Örebro län. 2018. *Medicinsk bedömning och diagnostik av nytillkomna symtom via digitala vårdbesök Rapport 2018:13.*
[38] Anell, A och Studieförbundet näringsliv och samhälle (SNS). 2020. *Vården är värd en bättre styrning.*
[39] ESO-rapport 2018:6. *Operation digitalisering – en ESO-rapport om hälso- och sjukvården.*

vårdformer och att det behövs mer kunskap om hur patienter värderar eller uppfattar den digitala utvecklingen i vården.[40]

7.4 Utredningen följer utvecklingen av en nära och tillgänglig vård, med fokus på primärvården

I följande avsnitt beskrivs vad som framkommit i möten, i regionernas nulägesrapporter och regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet om omställningen till en god och nära vård. Det är angeläget att insatser från nationellt håll stödjer redan pågående utvecklingsarbete. Regeringens intention är att omställningen till en nära vård med en stärkt primärvård ska kunna bidra till följande tre centrala mål;

– tillgängligheten till primärvården ska öka,
– en mer delaktig patient och en personcentrerad vård samt,
– kontinuiteten i primärvården ska öka.[41]

Utredningen har försökt att identifiera nyckelområden i arbetet med att följa omställningen till en nära vård och förbättrad tillgänglighet i primärvården. För att identifiera nyckelområden har utredningen haft möten med och lyssnat på företrädare med både erfarenhet av och kunskap om primärvårdens arbete. Utredningen har utgått ifrån dessa möten samt regeringens intention med en stärkt primärvård och anser att tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet är nyckelområden att följa och lyfta insatser och goda exempel inom. Att patienten ska uppleva en hög tillgänglighet till vården, vara delaktig och få kontinuitet i sin vård innebär att vården behöver arbeta målmedvetet för en god samordning och samverkan mellan olika vårdgivare och huvudmän. Att vården arbetar ur ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv ser utredningen som nödvändigt för att på sikt förbättra hälsan i befolkningen och samtidigt minska belastningen på hälso- och sjukvårdsystemet och använda vårdens resurser mer effektivt.

Utredningen har för avsikt att följa omställningen, identifiera och sprida konkreta insatser inom nyckelområdena samt i slutbetänkan-

[40] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2020. *Tre perspektiv på digitala vårdbesök – befolkningens, patienternas och vårdpersonalens uppfattningar.*
[41] Prop. 2019/20:164. *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, s. 17.

det föreslå ändamålsenliga och kostnadseffektiva insatser för hur regeringen och statliga myndigheter kan fortsätta stödja utvecklingen av den nära vården, med fokus på primärvården.

7.4.1 Möten med berörda aktörer

Vid utredningens möten har utredningen efterfrågat vilka insatser som är viktiga för tillgängligheten i primärvården och omställningen till nära vård, om och hur de kan se att primärvården hittills påverkats eller stärkts av omställningen, vad utredningen skulle kunna göra för att stödja en förbättrad tillgänglighet i primärvården samt vilket statligt stöd som de ser behövs för att stärka primärvården.

Företrädare för primärvården och allmänmedicin

Utredningen har haft möten med företrädare för styrelsen för Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), företrädare för Nationella primärvårdsrådet samt verksamhetschefer eller annan företrädare från fyra vårdcentraler där man har god tillgänglighet och arbetat systematiskt med fast läkarkontakt.

Samarbetet mellan primärvården och den specialiserade vården upplevs och utrycktes som bättre nu än förr. Något av det viktigaste med omställningen till en nära vård är att frågan om primärvården som nav inte blir en primärvårdsfråga. Nära vård är en angelägenhet för hela vården. Primärvårdens medarbetare måste känna av satsningen i praktiken. Den specialiserade vården behöver exempelvis prioritera konsultativt stöd till primärvården och känna ett ansvar för att vara med och utveckla primärvården om primärvården ska stärkas. För att primärvården ska kunna göra så mycket som möjligt av patientens utredning och behandling behövs arbetssätt där primärvård och specialiserad vård arbetar tillsammans med patienten.

Kontinuitet i primärvården beskrivs som att patienten har någon i primärvården som tar ansvar och samordnar. Bristande kontinuitet i primärvården kopplas ofta samman med bristande resurser, men det handlar också om att primärvården inte har rätt arbetssätt.

Representanter från vårdcentraler som jobbar systematiskt med fast läkarkontakt och har en god tillgänglighet menar att förutsättningen för att primärvården ska kunna ge en god vård på rätt vård-

nivå utifrån patientens behov är att varje patient har en fast läkarkontakt. En fast läkarkontakt som tar helhetsansvar för både hälsa och sjukdom och tillsammans med patienten planerar och gör bedömningar av det vårdbehov som är bäst lämpat för patienten. För att kunna ta detta helhetsansvar måste primärvårdens kärnverksamhet prioriteras högre. Kärnverksamheten i primärvården är patientmötet och relationen med patienten enligt företrädarna. Med rätt kompetens och bemanning, där teamet på vårdcentralen lär känna patienterna kan primärvården vara den samordnande funktionen för patienten.

En förklaring till att fast läkarkontakt och fast vårdkontakt inte fått genomslag är att det saknas både en riktig målbild och en tydlig definition av vad det är. Eftersom uppdraget som fast vårdkontakt handlar om att samordna patientens alla behov så behöver en fast vårdkontakt ha reell sjukvårdskompetens och förstå det medicinska behovet.

Den digitala utvecklingen och de digitala arbetssätten uppfattas som positiva, men samtliga ser risker med att den digitala kontakten ersätter fysisk kontakt. Alla medicinska utredningar går inte att göra patientsäkra utan att träffa patienten fysiskt. När vården känner patienten väl, ansågs de digitala mötena kunna stödja kontinuiteten och göra tillgängligheten bättre.

De lyfter att omställningen behöver utvärderas och följas upp. Att utvärdering och forskning på omställningen görs med olika vetenskapliga logiker och inte bara utifrån den medicinska forskningens angreppsätt lyfts som positivt av Nationellt Primärvårdsråd.

En upplevelse är att det nationella utredningsarbetet gällande hälso- och sjukvård ofta är på en mycket hög abstraktionsnivå, där det lätt glöms bort att både patientkontrakt, vårdgaranti, tillgänglighet och delaktighet faller tillbaka till professionen och till patientmötet.

De upplever att de pengar som hittills satsats på omställningen till nära vård inte tydligt har nått enskilda vårdcentraler. Det behövs långsiktiga ekonomiska medel för rekrytering. Omställningsarbetet har också delvis avstannat i samband med covid-19-pandemin.

Delegationen, expertgruppen och referensgrupper

Delegationen menar att omställningen till nära vård är en förutsättning för att förbättra tillgängligheten. I samtliga grupper har diskuterats vad utredningen kan göra för att stödja omställningen. Grupperna konstaterar att omställningen pågår i regioner och kommuner, med uppdrag till SKR och statliga myndigheter och det påbörjade arbetet måste fullföljas. Att lyfta goda exempel på hur det går i regioner och kommuner med omställningen kan ses som ett stöd. Att ställa frågor som uppmuntrar till eftertänksamhet i regionerna om processer och hur olika aktiviteter hänger samman med varandra kan vara en del i att stödja.

De områden som lyfts 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,
- personcentrering för ökad delaktighet.

I utredningens referensgrupp med patient- och närståendeorganisationer uttrycks det att:

> Samordningen – det är det som gör att vården blir tillgänglig och nära. När vårdkontakterna minskar och man får vård ur ett helhetsperspektiv, då är det tillgängligt och nära.

För att lyckas med detta krävs ett bättre samspel och en utvecklad kommunikation mellan vården och patienten så att patienter (och närstående) kan få en bättre förståelse för både sjukdom och vård. Företrädare för patienter och närstående lyfter att vården behöver utbildningsinsatser för att förändra sitt synsätt på patienterna och börja arbeta mer personcentrerat.

Referensgruppen med professionsorganisationer är eniga om att omställningen till nära vård är en förutsättning för att kunna påverka tillgänglighet, kontinuitet och patienternas trygghet med vården. Gruppen anser att omställningen är pudelns kärna för att komma

tillrätta med tillgängligheten. Omställningen måste göras gemensamt och goda exempel som digital specialistkonsultation behöver spridas.

Ska primärvården vara navet, så räcker inte de allmänläkare som finns nu, utan referensgruppen menar att cirka 1 250 nya allmänläkare behövs i primärvårdens verksamheter. För att uppnå kontinuitet behövs en maxlistning per läkare tillsammans med att det finns ett team av olika professioner runt patienten.

Digitalisering går snabbt, och det finns behov av att utbilda personalen för att det ska bli säkert för patienten. Även att vårdpersonal behöver vara med i utvecklingen och framtagandet av nya digitala arbetssätt och verktyg för en ökad förståelse lyfts. Vikten av randomiserade studier påtalas av gruppen.

Medskick till utredningen i övriga möten

Att alla aktörer kommer behöva jobba brett och under lång tid för att genomföra omställningen till en nära vård är viktigt för att lyckas.

Det är viktigt att hålla i och implementera det som fungerar i hela Sverige.

I flera möten lyftes och diskuterades utvecklingen av nya digitala arbetssätt och verktyg inom välfärdssektorn som ett område i stort behov av utvärdering, uppföljning och forskningsstöd. Flertalet anser att det saknas forskning som belyser evidens, användbarheten ur patient- och medarbetarperspektiv, dess kostnadseffektivitet eller patientsäkerhet.

7.4.2 Nulägesrapporter och handlingsplaner inom ramen för överenskommelse för tillgänglighet

I de flesta regionala nulägesrapporter för tillgänglighet som lämnades i oktober 2019 fanns omställningen till en nära vård med. För vissa regioner beskrevs omställningen som förutsättningen för att kunna öka tillgängligheten i vården, för andra regioner beskrevs nära vård snarare som ett separat fokus eller arbetsområde, eller så nämndes inte omställningen till nära vård alls i nulägesrapporten. Detta kan förklaras av att regionerna för överenskommelsen om en God och nära vård 2019 lämnade specifika nulägesrapporter vid samma tidpunkt.

I stort sett alla regioner beskrev dock i sina nulägesrapporter för tillgänglighet konkreta åtgärder och insatser för att öka tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet i vården. Både planerade och pågående utvecklingsarbeten beskrevs. Exempel på insatser som beskrevs var:

- införande av fast vårdkontakt inom olika vårdområden så som hjärtsviktssköterska, flimmersköterska, njursviktskoordinator och samordnande sjuksköterska i primärvården,
- samverkan om vårdinsatser i patientens hem mellan kommun och region i så kallade mobila team, exempelvis mobil geriatrik för sköra äldre,
- inrättande och vidmakthållande av kommun- och regiongemensamma mottagningar, exempelvis integrerad mottagning för barn och ungas psykiska hälsa och ungdomsmottagning,
- utökade möjligheter att erbjuda kommunikation och stöd till patienter på distans så som exempelvis öppen webb-tidbokning,
- utökad användning av digitala arbetssätt för bättre samverkan och teamarbete mellan primärvården och den specialiserade vården,
- utökade öppettider på vårdcentraler (kvällar och helger),
- förflyttning av arbetsuppgifter, bland annat från läkare till sjuksköterska för att öka kapaciteten och tillgängligheten.

Nulägesrapporterna lämnades innan covid-19-pandemin drabbat samhället och hälso- och sjukvården.

I kapitel 5 om regionala handlingsplaner beskrivs insatser som regionerna angivit för att öka tillgängligheten i primärvården. I handlingsplanerna för tillgänglighet beskriver de flesta regionerna att omställningen till nära vård fått en ordentlig skjuts framåt i och med pandemin, någon region nämner dock att omställningsarbetet tappat fart i styrningen. Att vården behövde finnas tillgänglig på andra sätt än genom det traditionella fysiska mötet med patienten blev påtagligt i och med covid-19-pandemin. Regionerna beskriver att pandemin gav kraft till en snabb utveckling av flera olika digitala verktyg och arbetssätt inom både primärvård och specialiserad vård så som exempelvis distansmonitorering, egen provtagning och patientens möjlighet att själv boka eller omboka sin tid via webb-tidbokning.

Insatser för ökad personcentrering och införande av patientkontrakt beskrivs av flera regioner som en del i tillgänglighetsarbetet. För att förbättra tillgängligheten beskriver flera regioner projekt och insatser för att stärka samverkan mellan kommun och region. I möten med kontaktpersoner påtalar flera regioner att även samarbetet och samverkan med kommunerna blivit bättre i och med covid-19-pandemin.

7.5 Insatser för nyckelområden

I följande avsnitt beskrivs insatser och goda exempel som utredningen anser bidrar till tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet.

Det är viktigt att insatser och åtgärder som görs bidrar till de tre nyckelområdena och att det finns uppföljning eller utvärdering som visar om och hur insatsen eller åtgärden påverkat tillgängligheten, kontinuiteten och delaktigheten. För att kunna fatta välgrundade beslut om eventuell implementering av pilotprojekt eller utvecklingsarbeten behöver resurser avsättas för utvärdering och uppföljning.

Det pågår omfattande uppdrag hos Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys med att utveckla uppföljningen och att utvärdera omställningen till en nära vård (se avsnitt 7.2.4 och 7.2.5 om myndigheternas uppdrag). Eftersom omställningen delvis kräver nya arbetssätt i vården krävs även förändrade sätt att följa upp och utvärdera vården på för att kunna säga något om omställningens effekter.

Många insatser och åtgärder som exemplifieras har ännu inte utvärderats eller följts upp, delvis för att omställningen på flera områden är i sin linda delvis för att arbete med covid-19-pandemin har prioriterats hos berörda aktörer.

7.5.1 Patientkontrakt stärker delaktighet och personcentrering

En god samordning är av vikt för patienternas upplevelse av kontinuitet, delaktighet och tillgänglighet[42]. Kontinuitet i primärvården handlar om att patienten har någon i primärvården som tar ansvar och samordnar. När patienten vet och förstår sitt nästa steg i vård

[42] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2016. *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem.*

och behandling är det lättare att vara delaktig och påverka sin vård. Med en god samordning ökar förutsättningarna för en mer personcentrerad vård där patientens ställning stärks.[43] Genom att utgå från individens behov, preferenser och resurser i alla delar av patientens vårdprocess blir vården personcentrerad. Synsättet behöver finnas inför, under, mellan och efter ett möte eller en kontakt med vården. Det kan exempelvis handla om att använda enkla och anpassade vägar för kontakt med vården, att beslut om vård och behandling tas gemensamt mellan patient och vårdpersonal och att stöd ges till patientens egenvård. Personcentrering innebär även att i utformningen av hälso- och sjukvården tillvarata patienters och närståendes erfarenheter och kunskaper om vårdmötet.[44]

Patientkontrakt ska införas av regionerna. Patientkontraktet, som vården och patienten utformar tillsammans, ska ge en tydlig bild av vad som ska ske i vårdkontakterna, när det ska ske och vem patienten kan vända sig till. Patientkontrakt ska bidra till att:

- stärka den egna kraften hos patienter att nyttja sina egna resurser,
- skapa tillitsfulla och goda relationer mellan patient och vårdgivare,
- patienten vet sitt nästa steg och vart hen vänder sig när kontakt med vården behövs,
- säkerställa att samverkan och samordning kring planer och insatser hänger ihop och ge en gemensam överblick, som utgår från patientens berättelse och vad som är viktigt för patienten, och
- värna både patientens och vårdens tid.[45]

SKR stödjer regionernas arbete med att utveckla och införa patientkontrakt. Den 1 september 2021 ska regionerna upprättat handlingsplaner för implementering, uppföljning och utvärdering av patientkontrakt.

Utredningen anser att det är av stor vikt att vården samordnas så att patienten har en tydlig bild av vad som ska ske i vårdkontakterna, när det ska ske och vem patienten kan vända sig till. Utredningen

[43] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2018. *En beskrivning av olika dimensioner av personcentrering ur patientens perspektiv.*
[44] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2018. *Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård.*
[45] SKR:s hemsida https://skr.se/skr/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/patientkontrakt.28918.htm (uttag: 2021-04-30).

stödjer att patientkontrakt behöver vara mer konkret än ett handslag, det behöver finnas skriftligt och fungera som ett samordnande paraply för patientens utredning, behandling, rehabilitering, uppföljning och egenvård för en eller flera sjukdomar.

Min vårdplan i cancervården

Ett i dag befintligt och utvecklat arbete med patientens individuella vårdplan inom cancervården heter *Min vårdplan cancer*. Tillsammans med patienter utvecklades och fastställdes 2013 en mall för vad *Min vårdplan cancer* skulle innehålla. Regionala versioner av Min vårdplan har använts i varierande utsträckning. Från och med slutet av år 2020 finns nationella versioner av *Min vårdplan cancer* för olika diagnosgrupper. *Min vårdplan cancer* syftar till att skapa delaktighet, trygghet och förståelse hos patienter och närstående. Vårdplanen tas alltid fram tillsammans med patienten och ska göra vården överblickbar samt tydliggöra vem som gör vad för patienten.

Planen innehåller både fördjupad och individanpassad information om utredning, behandling, rehabilitering och uppföljning. Vårdplanen innehåller även patientens inbokade tider och kontaktuppgifter till bland annat läkare, kontaktsjuksköterska och andra viktiga stödfunktioner. Min vårdplan erbjuds analogt på papper eller i digital form via *1177 Vårdguiden*. I den digitala vårdplanen kan formulär besvaras och det finns även en meddelandefunktion där patienten kan skriva frågor direkt till kontaktsjuksköterskan.

Min vårdplan cancer kan ses som en grundläggande del i ett patientkontrakt för patienter med cancer. Den ger information och stöd till patienter och närstående baserat på deras förutsättningar och behov och är ett sätt att öka patientens delaktighet och trygghet i vården.

Samordnad individuell plan, SIP

En av de största utmaningarna för vården och omsorgen är att skapa en fungerande samordning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. En bristande samordning leder ofta till en försämrad upplevelse för den enskilde, uteblivna insatser och risk för sämre kvalitet

i vård och omsorg, något som i sin tur ger både sämre livskvalitet för den enskilde och ökade kostnader för vård och omsorg.[46]

När den enskilde har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska regionen, enligt 16 kap. 4 § HSL, tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan (en så kallad samordnad individuell planering, förkortad SIP). Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Motsvarande ansvar för SIP för socialtjänsten finns i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Det finns också bestämmelser om SIP i 4 kap. 1–3 §§ lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Bestämmelser om SIP infördes i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen år 2010. Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård trädde i kraft 2018.

Syftet med den samordnade individuella planen är dels att säkerställa samarbete mellan personal i kommun och region så att individens samlade behov av socialtjänst och hälso- och sjukvård tillgodoses, dels att den enskildes vård och omsorgsinsatser vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård samordnas. Planen ska fokusera på individens behov, upprättas tillsammans med den det berör, tydliggöra vem som gör vad och när och definiera vem som har det övergripande ansvaret för planen.[47]

Att vård- och omsorgsverksamheterna inte nöjer sig med att ha upprättat en plan, utan att den samordnade individuella planen ses som och används som ett verktyg för samarbete och samverkan av alla berörda parter är viktigt ur ett patient-, brukar- och närståendeperspektiv. För att SIP ska fungera optimalt för patienter, brukare och anhöriga behöver SIP erbjudas individen tidigt och inte när problemen blivit stora. Företrädare för patienter, brukare och närstående menar att:

> Det viktigaste är ju inte själva planen, utan det alla professionella gör för att huvudpersonen ska få sina behov tillgodosedda – det som sker mellan möten.

[46] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2016. *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem.*
[47] Prop. 2008/09:193. *Vissa psykiatrifrågor m.m.*, s. 23–24.

Det finns en stor variation mellan hur regioner arbetat och infört SIP[48]. Det är viktigt att följa upp arbetet med SIP, få fram uppgifter om hur många individer som har en SIP och framfört allt få reda på hur den samordnade individuella planen fungerar och upplevs för patienter, brukare och närstående. Det saknas i dag lagstöd för insamling av individbaserade data över verksamhets- och huvudmannaskapsgränser, vilket gör det svårt att på nationell nivå följa upp SIP-arbetets process och kvalitet. Olika system för huvudmännens uppföljning finns dock. Hälso- och sjukvården kan använda *Klassifikation av vårdåtgärd* (KVÅ) för att registrera antal upprättade samordnade individuella planer. I *Rutinkollen* kan både regionala och kommunala verksamheter följa upp sina rutiner för SIP. I *SIP-kollen*, en webbaserad enkät, kan individer som har en individuell samordnad plan anonymt ta ställning till olika påståenden om upplevelsen av att få en SIP. Det finns även olika former av utvärderingsrapporter som följt upp SIP-arbetet.[49]

Nationell punktmätning har genomförts hösten 2019 och hösten 2020 för att ta reda på hur patienterna upplevt vårdprocessen vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Knappt 800 personer telefonintervjuades veckan efter utskrivning från sjukhus. Av de intervjuade uppgav 30 procent att de hade en skriftlig vårdplan. Majoriteten upplevde att de varit delaktiga i planering av vården, att hänsyn tagits till deras egna önskemål och de kände sig trygga med sin vård och omsorg.[50]

7.5.2 Digitalisering kan stärka tillgänglighet och delaktighet

Enligt *Operation digitalisering – en ESO-rapport om hälso- och sjukvården* kommer innovativa lösningar och nya arbetssätt att behövas för att möta kraven på sjukvården från en växande och åldrande befolkning. Att ta till vara digitaliseringens möjligheter inom hälso- och sjukvården kommer att vara avgörande för att möta befolkningens och patienternas förväntningar på vården[51]. En ökad digitalisering

[48] Socialstyrelsen. 2019. *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018 Slutrapport.*
[49] SKR. 2020. *Att stärka samverkan med hjälp av SIP.*
[50] Webbkollens hemsida www.webkollen.com (uttag 2021-05-18) och SKR:s presentation om *Nationell punktmätning – Mätning hösten 2019 & 2020.*
[51] ESO-rapport 2018:6. *Operation digitalisering – en ESO-rapport om hälso- och sjukvården.*

ökar tillgängligheten och patientens ställning stärks. Vägen framåt för att öka tillgängligheten är att integrera digitala verktyg i den traditionella vården. Förväntningarna på att vården ska erbjuda såväl fysisk som digital tillgänglighet har funnits redan innan covid-19-pandemin[52]. Att behovet av digital tillgänglighet ökat under pandemin märks i hälso- och sjukvården precis som i övriga samhället.

Regionerna beskriver i sina handlingsplaner för ökad tillgänglighet olika utvecklingsinsatser exempelvis utveckling av olika former av distanskontakter så som video, chatt, webbformulär, sms och webbtidbokning. Antalet genomförda vårdkontakter via video och telefon har ökat liksom användandet av digitala stödprogram för vård och behandling.

Även en ökning i användandet av 1177 Vårdguidens e-tjänster syns. I oktober 2020 gjordes mer än 10 miljoner inloggningar, vilket är en ökning med nära 100 procent jämfört med samma tid året innan. Det är e-tjänsterna där invånarna kan göra sina egna vårdärenden som ökat mest.[53]

Utredningen bedömer att digitaliseringen i hälso- och sjukvården behöver fortsätta utvecklas för att öka tillgängligheten och stärka patientens ställning. Utredningen ser dock ett stort behov av att forskningen stärks på området för att värdera riskerna och samtidigt på bästa sätt ta vara på digitaliseringens goda effekter för patienter, vårdens medarbetare och hälso- och sjukvårdssystemet i stort.

7.5.3 Samverkan mellan primärvård och specialiserad vård stärker tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet

När den specialiserade vården medverkar i primärvården med kompetens och resurser ökar förutsättningarna för att primärvården blir mer tillgänglig och den vårdverksamhet som patienterna och befolkningen vänder sig till i första hand[54].Med god samverkan och högt förtroende mellan primärvården och den specialiserade vården kan tillgängligheten öka och patientens ställning stärkas. Insatser och utvecklingsarbeten pågår i regioner för att testa olika arbetsformer med specialistkonsultationer i primärvården.

[52] SOU 2019:42. *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet.*
[53] Ineras hemsida www.inera.se/nyheter/nyheter/covid-19-pandemin-okar-anvandandet-av-1177s-tjanster-pa-natet-med-100-procent/ (uttag 2021-05-21).
[54] SOU 2018:39. *God och nära vård – En primärvårdsreform.*

Utredningen anser att stora vinster finns att göra i såväl tillgänglighet som delaktighet och kontinuitet när samverkan mellan primärvård och specialiserad vård sker. Utredningen avser att fortsätta sprida goda exempel på detta.

Digital specialistkonsult mellan primärvård och ortopedklinik

Sedan våren 2020 pågår ett pilotprojekt i Region Kalmar län där primärvården och ortopedkliniker samverkar.

En specialist i ortopedi finns tillgänglig för konsultuppdrag via ett videokonferenssystem. Konsulten är hela tiden uppkopplad och finns tillgänglig för primärvårdsläkare måndag till torsdag klockan 09.00–16.00 och på fredagar klockan 09.00–14.00. Ingen tidsbokning krävs. När primärvårdsläkaren har behov av ortopedisk konsultation går primärvårdsläkaren och patienten till ett förberett undersökningsrum med videokonferensutrustning och kopplar upp sig till ortopedkonsulten som svarar direkt eller så snart hen blir ledig. Ett trepartssamtal mellan primärvårdsläkare, specialistkonsult och patient påbörjas. I samtalet kommer man överens om patientens fortsatta vård och behandling. Primärvårdsläkaren ansvarar för att verkställa överenskomna beslut och fortsätter att vara patientansvarig läkare och sköter även eventuellt behov av uppföljning. Dokumentation sker i både primärvården och på ortopedkliniken.

Deltagande i den första piloten var Oskarshamns ortopedklinik och Borgholms hälsocentral. Verksamheten har skalats upp och flera hälsocentraler är med i projektet. Ytterligare hälsocentraler arbetar med förberedelser för att implementera arbetssättet[55].

Ännu har ingen utvärdering eller uppföljning presenterats officiellt men en sammanställning har gjorts inom pilotprojektet. Sammanställningen visar att i 75 till 80 procent av de första 400 konsultationerna som gjorts har problemställningen lösts. I resterande konsultationer har en remiss till ortopedspecialistmottagning rekommenderats. Remissen har då varit väl underbyggd och kommit till rätt enhet.

I sammanställning från pilotprojektet beskrivs att arbetssättet innebär att den specialiserade vården både kommer nära patienten och stärker primärvården. Patientens ställning stärks genom en ökad del-

[55] Eriksson D. 2021. *Sammanställning Direktkonsult ortoped.*

aktighet i sin vård och vårdprocess. Patienten behöver inte vänta på en remiss eller en tid, inte heller resa till ortopeden för en bedömning. Eventuell behandling kan påbörjas på en gång. För primärvården ökar kunskapen om ortopediska besvär vilket leder till bättre remisser och därmed bättre nyttjande av den specialiserade vårdens resurser. Något som i sin tur också upplevs öka tillgängligheten till den specialiserade vården[56]. Pilotprojektet kommer att utvärderas hälsoekonomiskt av forskare från Uppsala universitet.

Teledermatoskopisk bedömning – mellan primärvård och hudsjukvård

Teledermatoskopisk bedömning i primärvården innebär att primärvården får stöd från hudspecialister med att bedöma hudförändringar och misstänkta hudtumörer hos patienter. Primärvårdsläkare fotograferar hudförändringen eller misstänkta hudtumören (vanligt foto samt dermatoskopifoto). Fotografierna skickas digitalt för bedömning av hudläkare. Förändringen bedöms som ofarlig eller så ges bedömningen att patienten bör remitteras till hudläkare för mer exakt bedömning eller till kirurg som kan operera.

Fördelarna med detta arbetssätt är att patienterna får snabbare återkoppling och slipper operation av ofarliga förändringar. Det skapas en större tilltro till primärvårdsläkarens bedömning när den görs tillsammans med hudspecialisternas konsultation[57]. Patienten behöver inte ett besök på specialistmottagning för en första bedömning. Primärvården kan med detta arbetssätt säkra diagnostiken. Många hudförändringar är ofarliga. Genom införande av teledermatoskopisk bedömning i primärvården remitteras färre men rätt patienter till hudkliniken, något som kan öka tillgängligheten. Teledermatoskopisk bedömning leder också till lärande eftersom primärvården får återkoppling på sina bedömningar. Hudkliniken får bättre remissunderlag med teledermatoskopisk bedömning, vilket möjliggör snabbare handläggning vid fall med stark misstanke om cancer. Arbetssättet innebär även ett minskat antal kirurgiska ingrepp och för patologin färre godartade vävnadsprover och bättre frågeställningar.

[56] Ibid.
[57] Regionala Cancercentrum i samverkan. 2018. *Tidig upptäckt av hudcancer med teledermatoskopi – Förslag till fortsatt utveckling.*

I stort sett alla regioner har beslutat om breddinförande av teledermatoskopisk bedömning av hudförändringar i primärvården. Hur regionerna arbetar med breddinförandet skiljer sig åt liksom hur långt de kommit[58].

Virtuella hälsorum i glesbygd i norr

I ett *Virtuellt hälsorum* kan patienter via videolänk koppla upp sig mot en läkare eller annan vårdpersonal. Enklare provtagning som blodtryck och blodvärden kan utföras på plats. I de rum som är bemannade viss tid finns även möjlighet för omläggningar, suturtagning samt venösa blodprover. Första hälsorummet invigdes 2013 i Västerbotten och ytterligare rum har upprättats i Västerbotten, Jämtland-Härjedalen och Norrbotten. Numera har hälsorummen döpts om till *Samhällsrum* eftersom även andra, till exempel kommunerna använder dem för kommunikation med medborgarna. För att stödja patienterna som känt sig osäkra har mentorer fått utbildning för att hjälpa till med tekniken, och även hemtjänstpersonal har funnits som en resurs. De virtuella samhällsrummen utgör en viktig konkret resurs för befolkningen och vården i glest befolkade områden. Förebyggande och hälsofrämjande vårdinsatser och omsorg kan underlättas med hjälp av fjärrteknik och distanslösningar i samverkan mellan hälso- och sjukvården inom regionerna och kommunerna.

Eftersom det inte funnits tillräckliga patientvolymer har det inte gjorts några studier med slutsatser kring arbetssättet. En intressant första iakttagelse är att det verkar som att patienter som använt digital vård i hälsorum upplever sig ha större kontroll över sin egen hälsa än en jämförelsegrupp. Slutsatsen bör värderas med försiktighet utifrån att patientgruppen är begränsad.

Det finns en ambition att installera mer avancerad teknik i samhällsrummen för att kunna göra mer diagnostik och det finns samarbete med universitet för att utveckla ny teknik så att patienter själva kan klara mer av provtagning på distans.

[58] Regionala Cancercentrum i samverkan. 2021. *Teledermatoskopi i Sverige – En inventering av beslut att införa, pilotstudier och breddinförande i landets 21 regioner*.

7.5.4 Samverkan mellan kommunal och regional vård stärker tillgänglighet och kontinuitet

Personer med en komplex sjukdomsbild och behov av insatser från flera aktörer möter ofta en splittrad vård och omsorg. Varje aktör arbetar för sig själv och saknar fullständig information om patientens hälsotillstånd, behov och tidigare behandlingar. Detta leder till risk för brister och misstag och till otrygghet hos både patient och vård- och omsorgspersonal. Bristerna kan handla om felaktig läkemedelsanvändning, onödiga akuta besök på sjukhus och undvikbara slutenvårdstillfällen.[59]

Hälso- och sjukvård är ett delat ansvar mellan regioner och kommuner. Det delade ansvaret innebär också delat ansvar för att beskriva och samordna hälso- och sjukvårdssystemet på ett tydligt sätt för både patienter och medarbetare. Samverkan mellan olika vårdgivare och huvudmän är en förutsättning för att kunna erbjuda en sammanhållen, samordnad och personcentrerad vård.[60]

Att samverkan sker på olika nivåer ser utredningen som viktigt för att patienter och brukare som har behov av både regionens och kommunens vård och omsorg ska erbjudas en trygg och kvalitativ vård som utgår från individens sjukdomar, symptom samt vård- och omsorgsbehov. Det är också viktigt för att skapa goda arbetsmiljöer.

Södra Älvsborgs Närsjukvårdsteam vid Borås Sjukhus – mobil närvård för äldre patienter med flera sjukdomar

För att säkerställa samordnade insatser och ta ett gemensamt ansvar över huvudmannagränserna finns i Västra Götalandsregionen sex vårdsamverkansområden med representanter från kommunen, regionala primärvården och sjukhusvården. I regionen pågår ett omfattande utvecklingsarbete och breddinförande av *Mobil närvård*, där kommunen ansvarar för basverksamheten och dygnet-runt funktionen och regionen finns nära till hands med specialistteam och hemsjukvårdsläkare. Vården utgår alltid från patientens behov och ges i hemmet. Målgruppen för den mobila närvården är äldre patienter

[59] SOU 2016:2. *Effektiv vård.*
[60] SOU 2018:39. *God och nära vård – En primärvårdsreform.*

med flera sjukdomar som befinner sig i ett instabilt skede med upprepade vårdkontakter.[61]

Närsjukvårdsteamet vid Borås sjukhus utgår från lokaler på sjukhuset men utför alla vårdinsatser hemma hos patienten i samverkan med den kommunala hemsjukvården. I dag har teamet cirka 20 medarbetare med olika kompetenser, så som läkare, sjuksköterskor, kurator, dietist och apotekare. Teamet har ungefär 50 till 60 patienter inskrivna samtidigt.

För vård av teamet krävs remiss från legitimerad person. Många gånger är det sjuksköterska i kommunens hemsjukvård som skickar en remiss till närsjukvårdsteamet när de gör bedömningen att personen befinner sig i ett instabilt skede och har ett utökat behov av vård och behandling. Hemsjukvårdens sjuksköterskor känner oftast patienten väl och kan göra en välgrundad bedömning av individens sjukdomstillstånd, mående och vårdbehov. Patienter som är bosatta i vård- och omsorgsboende kan dock inte remitteras till närsjukvårdsteamet. När patienten skrivs in till närsjukvårdsteamet tar teamet över det medicinska ansvaret och det finns därmed en för patienten självklar läkarkontakt som ansvarar för den övergripande vården och ett team som samverkar kring en gemensam vårdplan.

Arbetet tillsammans med patienten, närstående och kommunens vård och omsorg är intensivt i början. Det handlar framför allt om att genom hembesök lära känna patienten för att förstå problematiken samt samordna vården för patienten hos olika vårdgivare och mottagningar utifrån patientens vilja och livssituation för att skapa ökad trygghet och livskvalitet. Därutöver går teamet igenom läkemedelslistor, upprättar vård- och behandlingsplaner, genomför planerade och akuta hembesök, finns tillgängliga för telefonrådgivning och löser tillsammans med hemsjukvården olika sociala och medicinska problem. Med teamets kännedom om patienten kan avancerad vård ges via telefon när hemsjukvården är på plats i patientens hem. Om patienten skulle behöva akut vård på sjukhuset har närsjukvårdsteamet inläggningsrätt och kan kontakta vårdplatskoordinatorn på sjukhusets avdelning direkt i stället för att patienten ska behöva besöka akuten först.

Patientgruppen som skrivs in till närsjukvårdsteamet är multisjuka äldre över 75 år, med en komplex sjukdomsbild och behov av omfat-

[61] Norén D. 2019. *Att samverka med närsjukvårdsteam – Kartläggning av frågeställningar och praktiska tillämpningar för att utveckla samverkan.*

tande vård- och omsorg. Patienterna är inskrivna hos teamet i genomsnitt 4 till 6 månader. När patienten ska skrivas ut från teamet görs det på ett möte tillsammans med patienten, närstående samt läkare och sjuksköterskor från både vårdcentralen och närsjukvårdsteamet. 50–60 procent av patienterna som skrivs in i närsjukvårdsteamet dör under tiden de är inskrivna i teamet.

Patienter som är inskrivna i närsjukvårdsteam uppger att de får den vård som de behöver i hemmet, att de får vara med och bestämma om vården och att de får tillräckligt med information. De känner sig även trygga med att få vård i hemmet och de upplever att läkare och sjuksköterskor samarbetar bra. Många av patienterna menar att om de inte hade fått hembesök av närsjukvårdsteamen så hade de förmodligen åkt till sjukhuset. För patienterna suddas gränserna mellan sjukhusvård och vård i hemmet ut.[62]

I samtal som utredningen haft med representanter för närsjukvårdsteamet vid Södra Älvsborgs sjukhus så beskrivs att samverkan med kommunen fungerar mycket bra eftersom det finns ett ömsesidigt förtroende för varandras uppdrag och kompetenser där alla ser varandra som lika mycket värda. En tradition av god samverkan mellan kommunerna och regionen i Södra Älvsborg förklaras som en anledning till att det varit lätt med samverkan för närsjukvårdsteamet redan från start. De utredningen pratat med beskriver även att vården har blivit mer effektiv tack vare enklare kommunikationsvägar och närhet mellan olika professioner. Med en ökad samordning och kontinuitet skapas framfört allt en bättre förståelse för patientens verkliga behov. Även ökade förutsättningar för snabbare hantering av frågor och problem lyfts som positiva effekter av att arbeta med närsjukvårdsteam liksom att kunna arbeta mer förebyggande och proaktivt med patienten. För de patientfall som man kunnat hämta ut data för, verkar det som att patienterna klarat sig bra efter sin tid i teamet. Patienterna behövde inte lika mycket vård från andra vårdinstanser som innan sin tid i närsjukvårdsteamet.

Att vårdkonsumtionen minskat för patienter som varit inskrivna i närsjukvårdsteam stöds av den utvärdering som gjorts av närsjukvårdsteamen. Vid en jämförelse av vårdkonsumtion av specialistvård 6 månader före och 6 månader efter inskrivning i mobilt hemsjukvårdsteam sågs en minskning med 50 procent. Trots svårigheter att

[62] Norén D och Segerberg A. 2019. *Mobil närvård Västra Götaland – Följeutvärderingen. Slutrapport april 2019.*

mäta vårdkonsumtion för denna patientgrupp som helhet går det att se denna, relativt sett nya, vårdforms potential att effektivisera hälso- och sjukvårdens resursanvändning.[63] En kostnadsberäkning som gjorts på cirka 90 patienter i målgruppen kroniskt sviktande visar att arbetet inom närsjukvårdsteamet innebär en minskad vårdkonsumtion för akutmottagningsbesök och slutenvårdsdygn som motsvarar cirka 16–24 miljoner kronor årligen.[64]

7.5.5 Utvecklingsprojekt tillsammans med patienterna stärker delaktighet

När patienter, närstående och befolkningen är med och påverkar hur vården utformas skapas en vård som är bättre anpassad efter det behov och den målgrupp den är till för. Att ta vara på patienternas erfarenheter och behov för att utveckla vården ökar förutsättningarna för en bättre personcentreringen i vården och med det stärks också patientens ställning.[65]

SKR har tillsammans med Experio Lab[66] Sverige, Karlstads Universitet, Linköpings Universitet och Helsingborgs stad tagit initiativ till en arena för lärande och experimenterande, *Hälsolabb*. Arenan ska stödja regioner och kommuner i omställningen till nära vård med utgångspunkt i invånares, patienters och brukares behov. Här används tjänstedesign som metod, vilket kan beskrivas som ett arbetssätt för medskapande där användaren ses som expert på sina egna erfarenheter. Patienter, närstående och medarbetare behöver involveras i hela processen från utforskande och idé till testandet av nya lösningar. [67]

Utredningen anser att det är viktigt att på alla sätt involvera patienter och närstående i utvecklingen av den nära vården. Det stärker patienternas delaktighet och ansvarstagande för sin egen vård och kan därmed på sikt frigöra resurser som kan användas till att öka tillgängligheten generellt i vården.

---

[63] Ibid.
[64] Power-pointpresentation. *Närsjukvårdsteam vid Södra Älvsborgs sjukhus – Exempel med kostnadsberäkningar. Nära vård – nya sätt att mäta ändamålsenlighet och systemeffekter.*
[65] SBU. 2017. *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården En sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet.*
[66] Experio Lab Sverige är en samverkan mellan olika regioner som vill utveckla sin förmåga till användardriven utveckling med tjänstedesign som metod och förhållningssätt.
[67] Westling K. 2020. *Hälsolabb – en arena för lärande och experimenterande i omställningen till Nära vård – En lägesrapport*.

Hurmårdu.nu ett utvecklingsprojekt med tjänstedesign

För barn och unga med lätt till medelsvår psykisk ohälsa är det många gånger svårt att hitta rätt vårdnivå. För att bättre möta upp behovet av stöd vid lätt till medelsvår psykisk ohälsa utvecklades i Region Värmland *Första linjen unga.* Genom att möta de tidiga behoven vill man förebygga att barn och unga utvecklar en allvarligare sjukdomsbild.[68]

För att underlätta för unga att ta kontakt med första linjen unga i ett tidigt skede utvecklade Region Värmland i samarbete med Experiolab webbtjänsten *Hurmårdu.nu.* Webbtjänsten har tagits fram i en medskapande process mellan unga och medarbetare i första linjen i Karlstadsområdet. Utvecklingsprojektet startade våren 2015 för att svara upp mot ungas behov av tidiga, förebyggande insatser och för att öka kunskap om psykisk ohälsa och sänka trösklarna till att söka hjälp i ett tidigt skede. Under arbetets gång framkom det att vården behövde möta unga på ett annat sätt och ta vara på de digitala verktygen. Webbtjänsten har testats i mindre skala. Den riktade sig i början till unga i Karlstadsområdet men har sedan vidareutvecklats tillsammans med unga och medarbetare i regionen.

Från och med hösten 2021 kan webbtjänsten användas av alla unga som bor i Region Värmland för att kontakta vården och uttrycka sitt mående vid lättare psykisk ohälsa. Den som besöker webbsidan får besvara några frågor som hjälper att beskriva mående och vad den unga vill ta upp med vården. I slutet av frågorna kan den svarande välja om svaren ska skickas till vården eller ej. Om svaren skickas in så kontaktar *Första linjen unga* den unga så fort de kan, oftast nästa arbetsdag.

Det finns ännu ingen utvärdering eller uppföljning av webbtjänstens resultat eller effekter men i samtal med representant för *Hurmårdu.nu* framgår att tjänsten upplevs ha ett stort värde för de unga. Den gör det lättare och tryggare att ta en första kontakt och medarbetarna på *Första linjen unga* ser webbtjänsten som en värdefull samtalsguide som hjälper till att i mötet fokusera på det som är värdefullt för individen. Majoriteten av de som söker via webbtjänsten söker för lättare psykisk ohälsa så som oro, ångest och nedstämdhet och till viss del stress och sömn. De som söker vård via *Hurmårdu.nu* får cirka 5–7 besök på primärvårdsnivå hos *Första linjen unga.* Cirka 17 procent av de som söker *Första linjen unga* är i

[68] Region Värmland. 2018. *Slutrapport – Hurmårdu.nu – pilot.*

behov av specialiserad vård. I samtalet framgår att både Barn och ungdomspsykiatrin (BUP) och skolans elevhälsa upplever att de fått en mindre belastning, men det saknas data eller uppföljning på detta. Representanten uppger dock att de kan se att en större andel barn och unga söker själva till *Första linjen unga*, utan att gå via andra så som exempelvis Elevhälsan, BUP, förälder eller närstående.

7.6 Fortsatt behov av samordning

I följande avsnitt beskrivs fortsatt samordningsbehov av arbetet som görs inom ramen för omställningen till nära vård.

Vikten av att regeringen och myndigheterna samordnar sig och sina insatser riktade till regioner och kommuner lyfts i flera olika möten som utredningen haft. Det upplevs inte alltid lätt att veta vilka myndigheter som har vilket uppdrag eller när olika redovisningar kommer presenteras. Under åren 2021, 2022 och 2023 ska olika rapporter och redovisningar som berör omställningen till nära vård lämnas in till regeringen och Socialstyrelsen, (presenteras i tabell 7.1).

Att ställa om hälso- och sjukvården till en mer nära vård där primärvården är navet kommer att ta tid. I en stor förändringsresa som denna är det viktigt att det finns en samsyn mellan olika berörda aktörer kring mål och färdplan, som håller över tid. Ska regioners och kommuners liksom statliga myndigheters samlade arbete för en mer nära och tillgänglig vård kunna ge effekter på tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet är det viktigt med kunskap och förståelse om varandras olika uppdrag och hur de hänger samman. Med en nationell samordning av uppdrag och arbete, som tydligt kan beskriva hur de olika uppdragen förhåller sig till varandra och som tydliggör vilka resultat, erfarenheter och slutsatser som uppdragen genererat, menar utredningen att möjligheten ökar för att regeringen ska kunna fortsätta stödja omställningen så att den går i en gemensam riktning mot en mer nära och tillgänglig vård. Nedan redovisas en ögonblicksbild av de uppdrag som för närvarande pågår.

Tabell 7.1 Kommande redovisningar om omställningen till nära vård

Datum	Uppdrag som redovisas	Redovisande organisation
2021-06-30	Delbetänkande	Utredningen om Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården
2021-06-30	Stöd för arbetet med fast läkarkontakt	Socialstyrelsen
2021-08-30	Uppföljning av omställningen till god och nära vård i kommuner och regioner inkl. utveckling av indikatorer för att följa omställningen	Socialstyrelsen
2021-09-01	Handlingsplan för hur målen om fast vårdkontakt och fast läkarkontakt ska uppnås	Regionerna
2021-09-30	Delredovisning inom ramen för överenskommelsen om god och nära vård 2021	Regionerna och kommunerna via Regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS)
2021-09-30	Delrapport för överenskommelsen om en God och nära vård 2021	SKR
2021-10-01	Slutbetänkande	Utredningen om en Sammanhållen god och nära vård för barn och unga
2021-10-01	Delredovisning av uppdrag att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
2021-10-15	Nulägesrapporter inom ramen för överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021	Regionerna
2021-11-30	Slutbetänkande	Samsjuklighetsutredningen
2022-03-31	Delredovisning av det samlade uppdraget att främja omställningen till en god och nära vård	Socialstyrelsen
2022-03-31	Slutredovisning inom ramen för överenskommelsen om en god och nära vård 2021	Regionerna
2022-03-31	Verksamhetsrapport för överenskommelsen om en god och nära vård 2021	SKR
2022-05-15	Slutbetänkande	Utredningen om Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården
2022-08-30	Delredovisning av uppföljning av omställningen till god och nära vård i kommuner och regioner	Socialstyrelsen
2022-08-30	Slutredovisning av uppdrag om indikatorer för att följa omställningen till god och nära vård	Socialstyrelsen

Datum	Uppdrag som redovisas	Redovisande organisation
2023-03-31	Slutredovisning av det samlade uppdraget att främja omställningen till en god och nära vård	Socialstyrelsen
2023-03-31	Slutredovisning av uppdrag att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
2023-08-30	Slutredovisning av uppföljning av omställningen till god och nära vård i kommuner och regioner	Socialstyrelsen

Källa: Utredningens kartläggning 2021-06-01

7.7 Behov av utvärdering och forskning

I följande avsnitt beskrivs områden där utredningen ser att det finns behov av utvärdering och forskning.

Insatser och åtgärder som exemplifieras har ännu inte hunnit utvärderas eller följas upp på lokal nivå, delvis för att de är nyligen påbörjade och delvis för att arbete med covid-19-pandemin har haft högre prioritet i regioner och kommuner. Det är angeläget att regioner och kommuner framöver kan prioritera resurser och tid för egen uppföljning och utvärdering av de insatser och åtgärder som pågår inom ramen för omställningen. Forskningen bör utvärdera om vårdens resurser används på bästa sätt för att möta patienters behov av vård och omsorg. Forskningen behöver belysa omställningens effekter på tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet.

Utvecklingen av digitala vårdtjänster, verktyg och arbetssätt sker snabbt under omställningen till en mer nära vård. Utredningen anser att det finns ett stort behov av att forska, utvärdera och följa upp konsekvenser av hälso- och sjukvårdens pågående digitalisering och den välfärdstekniska utvecklingen. Detta för att kunna säkerställa en patientsäker hälso- och sjukvård med fortsatt hög medicinsk kvalitet.

Uppföljningen på nationell nivå behöver ske långsiktigt, i flera steg och i samverkan mellan olika aktörer. Socialstyrelsens och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppdrag att följa upp, utveckla uppföljningen och utvärdera omställningen till en nära vård kommer att vara viktigt för att visa på effekter, brister och problem som behöver åtgärdas.

7.8 Utredningens fortsatta arbete

Av direktivet framgår att utredningen ska följa utvecklingen av en mer nära vård och föreslå insatser för hur regeringen och statliga myndigheter kan fortsätta stödja utvecklingen regionalt och lokalt. Det är angeläget att insatser från nationellt håll stödjer redan pågående utvecklingsarbete. Utredningen har i detta delbetänkande beskrivit en nulägesbild och gjort en sammanställning av kommande redovisningar av uppdrag och arbeten som berör den nära vården.

Utredningen kommer att fortsätta följa omställningen till en nära vård och sprida goda exempel på insatser för tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet som stödjer omställningen. I slutbetänkandet kommer utredningen föreslå ändamålsenliga och kostnadseffektiva insatser för hur regeringen och statliga myndigheter kan fortsätta stödja utvecklingen av den nära vården, med fokus på primärvården.

8 En nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning

I det här kapitlet redogörs för utredningens deluppdrag om en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning genom 1177 Vårdguiden. Kapitlet inleds med en beskrivning av uppdraget och hur det har genomförts. Därefter redovisas resultat från utredningens kartläggning av 1177 Vårdguiden. Sedan följer utredningens analys av utmaningar och hinder och därmed en problembild. Därefter följer utredningens analys av värdet med ökad samordning och vad som skulle behövas för att åstadkomma en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning. I nästa del redogörs för olika alternativ som utredningen har övervägt för att utforma och reglera en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning, och slutligen finns utredningens förslag och bedömningar.

8.1 Utredningens uppdrag

I utredningens direktiv beskriver regeringen att det sedan snart 20 år tillbaka finns en nationell sjukvårdsrådgivning via 1177 Vårdguiden som erbjuder tjänster via telefonnumret 1177 och genom en webbplats, 1177.se. Regionernas och kommunernas bolag Inera AB (Inera) hanterar tekniken och nationella texter när det gäller webben medan regionerna hanterar regional tilläggsinformation och val av webbtjänster utifrån regionala behov och önskemål. För invånarna innebär det att man ringer ett telefonnummer och blir kopplad vidare till en regional organisation för sjukvårdsrådgivning. Även den gemensamma webbplatsen har regionala variationer. Det gör att sjukvårdsrådgivningen genom 1177 Vårdguiden varierar över landet, exempelvis när det gäller vilken information som ges och vilka webbtjänster som erbjuds.

I samband med utbrottet av covid-19 under våren år 2020 uppmärksammades behovet av en tillgänglig sjukvårdsrådgivning tydligt. Många kontaktade 1177 Vårdguiden på telefon, vilket medförde en kraftigt ökad belastning på tjänsten med långa väntetider i flera delar av landet.

Under åren 2019–2021 har regeringen avsatt 263 miljoner kronor till utvecklingsarbete mot en målbild för första linjens vård och 1177 Vårdguidens roll. Regeringen anser det vara viktigt att beakta regionernas utvecklingskraft för att möjliggöra införandet av exempelvis nya e-tjänster som kan effektivisera verksamheter, såsom ökade möjligheter till självservice för patienter samt artificiell intelligens och beslutsstöd för medarbetarna.

Det är mot denna bakgrund som tillgänglighetsdelegationen enligt direktivet ska

- utreda och lämna förslag, om så anses lämpligt, på hur en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning genom 1177 Vårdguiden bör utformas och regleras för att kunna möta behov och förväntningar kopplade till utvecklingen av den nära vården,
- analysera möjligheter, om så anses lämpligt, att via en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning tillhandahålla nya typer av digitala tjänster eller funktioner när det gäller till exempel självservice eller artificiell intelligens,
- utreda och lämna förslag, om så anses lämpligt, på hur en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning ska kunna upprätthållas vid kraftigt ökade behov av sjukvårdsrådgivning på grund av större kriser eller samhällsstörningar, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

8.2 Utredningens arbetssätt

Utredningen har som en grund för arbetet med förslag inom detta deluppdrag gjort en kartläggning av 1177 Vårdguiden. Den beskriver vad 1177 Vårdguiden är och hur det fungerar i dag, bland annat avseende vilka tjänster som erbjuds, hur mycket tjänsterna används, pågående utvecklingsarbete, organisering och finansiering. Kartläggningen grundar sig i huvudsak på tillgänglig information på webben (särskilt 1177.se och inera.se), dokument såsom målbilder, uppfölj-

ningar och programbeskrivningar från Inera, övergripande statistik från Inera och Region Stockholm, information som inhämtats i samband med dialog med Inera och andra aktörer, genom skriftliga frågor till regionala 1177 Vårdguiden på telefon samt genomgång av regionala sidor på 1177.se. För delfrågan om att upprätthålla en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning vid kris eller samhällsstörning har utredningen sammanställt relevanta bestämmelser (vilka återfinns i kapitel 3).

Under arbetets gång har utredningen haft diskussioner med en rad aktörer för informationsinhämtning, kvalitetssäkring, omvärldsbevakning och förankring. Bland annat har utredningen haft en omfattande dialog med Inera samt möten med bland annat Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), regionala verksamheter för 1177 Vårdguiden på telefon, E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Myndigheten för digital förvaltning, andra offentliga utredningar och andra aktörer såsom *Vision e-hälsa* och SOS Alarm.

Resultaten från kartläggningen och de möten som skett med olika aktörer har i kombination med diskussioner i delegationen, expertgruppen och referensgrupperna lett fram till de förslag som läggs.

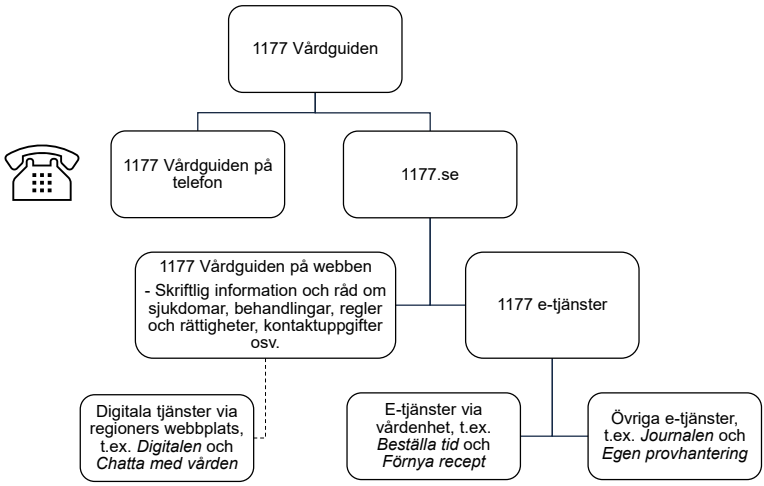
8.3 Introduktion till 1177 Vårdguiden

8.3.1 1177 Vårdguiden består av flera delar och många tjänster

1177 Vårdguiden är ett varumärke, ett samlingsbegrepp och en samlad ingång till information och digitala tjänster inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. 1177 Vårdguiden kan också beskrivas som regionernas kanal för information och råd om vård och hälsa, för kommunikation samt för tillhandahållande av e-tjänster till invånarna. Det övergripande syftet med 1177 Vårdguiden är att främja hälsa, öka allmänhetens kunskap om vård och hälsa, stärka patientens ställning och förenkla patientens kontakt och dialog med vården. 1177 Vårdguiden förvaltas nationellt av Inera. Inera är ett aktiebolag som ägs av regioner, kommuner och SKR Företag.

1177 Vårdguiden kan delas in och beskrivas på olika sätt. Utredningen har valt att sammanfatta det nuvarande upplägget som två huvudsakliga delar; *1177 på telefon* och *1177.se* (se figur 8.1).

Figur 8.1 Översiktlig beskrivning av delar som ingår i 1177 Vårdguiden



Källa: Utredningens sammanställning baserad på information från Inera och inera.se.

1177 Vårdguiden på telefon

Tjänsten är öppen dygnet runt, bemannas av sjuksköterskor och nås på telefonnummer 1177 i hela landet. Huvuduppgiften är att, utifrån den inringandes symtombeskrivning och allmäntillstånd, bedöma om det finns behov av hälso- och sjukvård. Därefter ges strukturerad rådgivning, exempelvis egenvårdsråd, och vid behov hänvisning till lämplig vårdnivå. Sjuksköterskorna bistår också med hälso- och sjukvårdsinformation, det vill säga råd och information som inte är att betrakta som individuell medicinsk rådgivning. Det kan exempelvis handla om att beskriva var information kan hittas eller inkubationstid för olika smittor.

1177.se

Denna del innehåller i sin tur många olika tjänster. För utredningens ändamål kan de delas in i huvudsakligen två olika typer av tjänster:

- *1177 Vårdguiden på webben* är en samlingsplats för information och råd om hälsa och vård. Här finns fakta och råd under olika teman, information om sjukdomar, besvär, behandlingar, undersökningar, regler och rättigheter, information om vart man kan

vända sig för att söka vård med mera. Den skriftliga informationen består av nationellt framtagen text som tillhandahålls i samtliga regioner samt av regional tilläggsinformation.

1177 Vårdguiden på webben innehåller också information och länkar till vissa regionala digitala tjänster och e-tjänster som ligger på regionernas webbplatser. Dessa tjänster är åtminstone i dagsläget inte en del av 1177 Vårdguidens utbud, utan det är enskilda regioner som har utvecklat eller tillhandahåller dem. Det är också den aktuella regionen som ansvarar för kvalitetssäkringen av dem.

- *1177 Vårdguidens e-tjänster* där invånarna med inloggning bland annat kan läsa personlig vårdinformation, utföra ärenden via självtjänster eller kontakta vården. En del e-tjänster möjliggör kommunikation med en specifik vårdenhet där invånarna kan få exempelvis allmän rådgivning, beställa en journalkopia eller förnya ett recept (dessa kallar utredningen e-tjänster via vårdenhet). Andra e-tjänster ligger i stället på regional eller nationell nivå och innebär inte kontakter med en specifik vårdenhet (dessa kallar utredningen övriga e-tjänster). De innebär i huvudsak möjlighet för invånarna att själva ta del av information och att utföra ärenden. Exempel på den här typen av e-tjänster är att invånaren kan se var den är listad, själv genom åtkomst till ett webbtidsbokningssystem kan boka eller om- och avboka tid på en vårdenhet samt se delar av sin journal på webben. Utbudet av e-tjänster varierar mellan regionerna och även mellan vårdenheterna inom samma region.

8.3.2 Fokus på hälso- och sjukvårdsrådgivande tjänster

Direktivet efterfrågar en nationellt samordnad *sjukvårdsrådgivning*. Utredningen föreslår att den i fortsättningen benämns *hälso- och sjukvårdsrådgivning*. Syftet är att uppdatera benämningen i enlighet med utvecklingen mot mer förebyggande och hälsofrämjande perspektiv, på samma sätt som att sjukvården numer benämns hälso- och sjukvård. Detta går också i linje med omställningen till den nära vården som ska ge bättre förutsättningar att arbeta förebyggande och hälsofrämjande. För arbetet inom 1177 Vårdguiden innebär det inga förändringar i sak i dagsläget. Redan i dag ges råd via 1177 Vårdguidens olika kanaler som är av mer hälsofrämjande och förebygg-

ande karaktär, och som därmed står för den vidgade benämningen *hälso- och sjukvårdsrådgivning.*

I Socialstyrelsens termbank finns ingen definition av hälso- och sjukvårdsrådgivning eller sjukvårdsrådgivning. Rådgivning finns, och definieras som *insats i form av information och kunskap från en expert i en specifik fråga och som ges vid enstaka tillfällen*.[1] På samma sätt menar utredningen att hälso- och sjukvårdsrådgivning är en tjänst som ges till en individ vid enstaka tillfällen.

Med hälso- och sjukvårdsrådgivande tjänster menar utredningen tjänster

– för enskilda som syftar till att vid enstaka tillfällen hjälpa till att bedöma behovet av hälso- och sjukvård, ge råd och information om åtgärder som personen själv kan vidta, och vid behov ge vägledning eller hänvisning för vidare kontakt med hälso- och sjukvården.
– som är framtagna eller kvalitetssäkrade av hälso-och sjukvårdspersonal, alternativt utförs av hälso- och sjukvårdspersonal.

Hälso- och sjukvårdsrådgivande tjänster kan tillhandahållas på olika sätt, vanligast muntligt och skriftligt. Hälso- och sjukvårdsrådgivning kan ske på basen av individuella symtom eller vara av mer allmän karaktär.

Mer omfattande eller kontinuerliga vårdmöten och tjänster som innebär inslag av behandling omfattas alltså inte av utredningens benämning av hälso- och sjukvårdsrådgivning. Utredningen inkluderar inte heller mer administrativa tjänster som exempelvis tidsbokning, hantering av intyg etcetera i termen hälso- och sjukvårdsrådgivning.

Resonemanget ovan innebär att alla tjänster inom 1177 Vårdguiden inte är hälso- och sjukvårdsrådgivning. Det är också viktigt att notera att hälso- och sjukvårdsrådgivning inte uteslutande görs

[1] Socialstyrelsens hemsida, *Socialstyrelsens termbank*, https://termbank.socialstyrelsen.se/, uttag 2021-05-06.

av 1177 Vårdguiden utan även utförs i olika delar av övrig offentlig och privat hälso- och sjukvård.

Med grund i ovanstående bedömer utredningen att följande tjänster som i dagsläget finns inom 1177 Vårdguiden åtminstone delvis är hälso- och sjukvårdsrådgivande:

- 1177 Vårdguiden på telefon
- 1177 Vårdguiden på webben (1177.se)
- Några av 1177 Vårdguidens e-tjänster: *Rådgivning* och *Fråga sjuksköterska* som vissa vårdenheter har, samt *Skriftlig sjukvårdsrådgivning* och *Fråga om beroende, psykisk ohälsa eller funktionshinder* som finns i ett par regioner.

Dessutom finns regionala tjänster som inte tillhör 1177 Vårdguiden men som länkas via 1177.se. Exempelvis finns ett skattningstest för att bedöma vårdbehovet vid symtom på covid-19 samt tjänsterna *Digitalen*, *Chatta med vården* och *Coronamottagning* som är tjänster för digital rådgivning med möjlighet till personlig kommunikation för råd och eventuell vägledning till vård.

8.3.3 1177 Vårdguiden på telefon – så fungerar det

Inera står för det tekniska stödet genom att utveckla och förvalta de gemensamma system som används av 1177 Vårdguiden på telefon. Men varje region har sin egen organisation, och i princip en egen samtalskö, för 1177 Vårdguiden på telefon. Regionerna samverkar i olika utsträckning och på olika sätt med varandra för att hjälpas åt att besvara samtalen.

Varje region har sin hälso- och sjukvårdsrådgivning

Varje region ansvarar för sin egen hälso- och sjukvårdsrådgivning och har en egen organisation för 1177 Vårdguiden på telefon. I 13 av 21 regioner är den organiserad som en del av primärvården. Den kan drivas i egen regi, eller genom en upphandlad leverantör. I dagsläget bedriver majoriteten av regionerna tjänsten i egen regi. Region Värmland och Region Sörmland övergick från upphandlad till egen regi under slutet av år 2019. Därefter var det endast Region Stock-

holm och Region Gotland som hade tjänsten upphandlad. Region Gotland övergick till egen regi i maj år 2021[2].

Var man än befinner sig i landet kan man ringa numret 1177. De inkommande samtalen styrs till olika köer beroende på var inringaren befinner sig. I 95 procent av samtalen sker detta genom information från teleoperatörerna. I andra hand används riktnummer som samtalet rings från om det finns ett sådant, och annars ombeds den som ringer att knappa in riktnumret för den region där inringaren befinner sig.

I grunden har således varje region sin egen kö som utgörs av samtal från personer som befinner sig i regionen. Men genom det tekniska stöd som Inera tillhandahåller finns det också möjlighet för regionerna att samverka kring att besvara samtal. Denna möjlighet nyttjas i viss utsträckning, utredningen återkommer till det senare i avsnittet.

I alla regioner är 1177 Vårdguiden på telefon tillgänglig på svenska och engelska. Tolkningsmöjligheter på andra språk finns för närvarande i tre regioner; Region Skåne, Region Stockholm och Västra Götalandsregionen.

Inera utvecklar och förvaltar nationella stöd för rådgivningen

Kärnan i det tekniska stödet som Inera tillhandahåller består av ett rådgivningsstöd med integrerat kontaktcenter. Regionerna har också utvecklat en samtalsmetodik för 1177 Vårdguiden på telefon.

Rådgivningsstöd med integrerat kontaktcenter

Förutom medicinska beslutsstöd består rådgivningsstödet av ett stöd för journalföring, en katalog där det regionala vårdutbudet är inlagt, hänvisningsstöd och ett bildverktyg.

Hänvisningsstödet underlättar hänvisning till rätt vårdinstans. Det baseras bland annat på tid, geografiskt läge, brådskandegrad och kontaktorsak. Det finns också möjlighet till intern kommunikation och information såväl regionalt som nationellt.

[2] Region Gotland. 2021. *Protokoll Hälso- och sjukvårdsnämnden 16 mars 2021*, https://gotland.se/110295, uttag 2021-05-06.

Rådgivningsstödet innehåller ungefär 180 symtom- och situationsbaserade medicinska beslutsunderlag och drygt 200 fördjupande texter i form av faktablad, egenvårdsråd och läkemedelstexter. Sjuksköterskan söker på symtom, kroppsdel eller händelse och får träffar på beslutsunderlag relaterade till sökningen. I flertalet regioner finns numer även möjlighet att, på sjuksköterskans initiativ, skicka in en bild till sjuksköterskan under ett pågående samtal. Det kan exempelvis vara aktuellt när kontaktorsaken är utslag, sår eller brännskador. Utifrån symtombeskrivningen ger sjuksköterskan rådgivning utifrån olika brådskandegrader.

Det medicinska innehållet i rådgivningsstödet baseras på Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer*, *Nationellt kliniskt kunskapsstöd* samt på material från bland annat Läkemedelsverket och Folkhälsomyndigheten. Texterna tas fram av en redaktion på Inera bestående av sjuksköterskor, läkare och farmaceut och granskas av en extern faktagranskningsgrupp med läkare och sjuksköterskor. Texterna revideras kontinuerligt, bland annat utifrån synpunkter från användare av rådgivningsstödet. De ska vara samstämmiga med informationen som finns på 1177 Vårdguiden på webben. Texterna på 1177 Vårdguiden på webben och i rådgivningsstödet tas fram på olika sätt, men synkas vid revideringar av texterna.

Rådgivningsstödet har även ett integrerat gemensamt kontaktcenter. Kontaktcentret är ett telefonisystem som möjliggör samverkan mellan regionerna genom att de bland annat kan besvara varandras samtal och skapa gemensamma och regionala köer. Det innebär att de regioner som använder sig av det integrerade kontaktcentret kan hjälpas åt att besvara samtal som rings från utlandet, från personer vars geografiska position inte har identifierats och från personer som använder sig av Post- och telestyrelsens tjänster för texttelefoni och bildtelefoni[3]. De som använder sig av det gemensamma kontaktcentret kan även hjälpas åt att besvara varandras samtal när behov uppstår, exempelvis vid regionala driftstörningar och krissituationer, eller när önskemål finns.

[3] Texttelefoni och bildtelefoni är tjänster som gör det möjligt att ringa för personer som har nedsatt hörsel, dövhet, dövblindhet eller har svårt att tala i telefon.

Ett par regioner använder inte systemet fullt ut

Region Stockholm använder en webbaserad version av rådgivningsstödet som innehåller samma medicinska beslutsunderlag, men inte övriga delar som rådgivningsstödet med det integrerade kontaktcentret innehåller. Region Stockholm har i stället ett eget hänvisningsstöd, och journalföringen sker i det system som underleverantören av tjänsten använder. Region Stockholm ingår inte heller i det gemensamma kontaktcentret, utan har ett eget separat kontaktcenter. Det innebär att Region Stockholm, med drygt 20 procent av Sveriges invånare, inte kan samverka med de andra regionerna genom att exempelvis besvara andra regioners samtal.

Region Gävleborg planerar att lämna det gemensamma rådgivningsstödet med det gemensamma integrerade kontaktcentret under början av år 2022. Regionen har i stället upphandlat en digital plattform för vårdtjänster som även tillhandahåller ett medicinskt rådgivningsstöd.

Samtalsprocess och arbetsmetodik

Regionerna använder också en liknande samtalsprocess och arbetsmetodik i rådgivningssamtalen. Den samtalsprocess som Inera utbildar i är uppdelad i fem olika faser:

1. Öppna samtalet
2. Lyssna på patienten utan att avbryta och sammanfatta patientberättelsen
3. Analysera med stöd av beslutsstöd och ställ frågor om patientens symtom samt sammanfatta
4. Presentera, förklara och motivera bedömningen
5. Informera patienten vad patienten ska vara uppmärksam på efter samtalet samt avsluta samtalet i samförstånd med patienten.[4]

Samtalsprocessen syftar till att strukturera och metodiskt hantera samtalen och främja gott bemötande och en säker bedömning av vårdbehovet. Genom Inera finns utbildningar till regionala utbildare.

[4] Inera. 2020-11-06. 1177 *Vårdguiden på telefon – Sjuksköterskans arbete*, Youtube, www.youtube.com/watch?v=aMSZZdQZsEA, uttag 2021-05-07.

Respektive region har regionala utbildare för kontinuerlig utbildning inom verksamheten. Inera har också nätverk för bland annat verksamhetschefer och regionala utbildare.

Samtalen med 1177 Vårdguiden på telefon spelas in ur kvalitetsuppföljningssyfte och omfattas av sekretess.

Samtalen journalförs

De samtal till 1177 Vårdguiden på telefon som innehåller bedömning av vårdbehov och medicinsk rådgivning journalförs i enlighet med patientdatalagen (2008:355). I de flesta regioner görs det i rådgivningsstödet, och är separat från regionens övriga journalsystem. Som ovan angivit sker journalföring i Region Stockholm i det system som underleverantören av tjänsten använder. Region Värmland journalför i stället direkt i regionens journalsystem, vilket innebär att informationen blir synlig i patientens vårdflöde. Även Västra Götalandsregionen och Region Gävleborg planerar att övergå till att journalföra samtalen till 1177 Vårdguiden på telefon i regionens journalsystem.

Journalen från rådgivningen lagras av den region som hanterat samtalet oavsett var patienten är folkbokförd. Om den inringande får sitt samtal besvarat i en annan region än den där personen är folkbokförd, kan journalanteckningen också kopieras till hemregionen efter samtycke.

I alla regioner finns möjlighet för 1177 Vårdguiden på telefon att dela journalinformationen med andra vårdenheter, i regionen och andra regioner, via Nationell patientöversikt (NPÖ)[5]. Det finns också möjlighet för 1177 Vårdguiden på telefon att se delad information från andra journaler via NPÖ, men det används i olika omfattning av regionerna. För att få åtkomst till journalinformation via NPÖ krävs en vårdrelation med patienten och patientens samtycke.

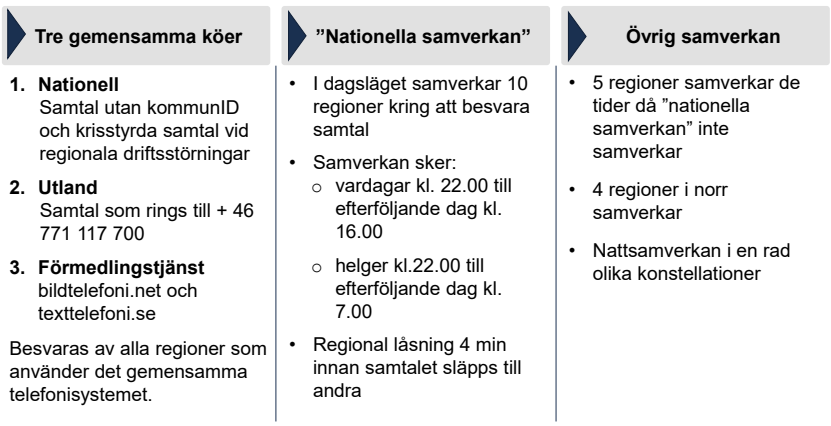
Regional samverkan kring att besvara samtal

Det integrerade kontaktcentret möjliggör för regionerna att skapa gemensamma eller separata köer samt att fördela samtal mellan regionerna. I dagsläget finns i huvudsak två typer av samverkan i att

[5] Region Stockholm ansluter som sista region under 2021. En förutsättning för att dela information med andra vårdgivare via NPÖ är också att den andra vårdgivaren är ansluten till NPÖ.

besvara samtal: gemensamma nationella köer och samverkan utifrån egna önskemål – se figur 8.2.

Figur 8.2 Sammanfattning av olika typer av regional samverkan i att besvara samtal



Källa: Utredningens sammanställning baserat på information från Inera.

Samverkan kring att besvara samtal utifrån egna önskemål

Tanken om att regionerna skulle samverka kring att besvara varandras samtal har funnits länge. Sedan det gemensamma telefonnumret 1177 infördes och ett permanent nationellt nätverk upprättades runt år 2004 har det pågått olika piloter och samverkan i olika kluster[6].

Under 2016 genomfördes en större pilot med ambitionen att alla regioner skulle medverka till att besvara alla samtal, oavsett varifrån de ringdes. 16 av de 17 landsting (nuvarande regioner) som vid den tidpunkten använde sig av det gemensamma telefonisystemet deltog i piloten. Uppföljningen visade att kötiderna utjämnades mellan regionerna, att antalet överbelastningssamtal i princip försvann och att antalet samtal med längre kötid minskade betydligt. Exempelvis minskade kötiden vid den 75:e percentilen med 17–18 procent på dagtid och de längsta väntetiderna minskade med omkring 70 procent, från över en timma till under 20 minuter. Beräkningar visade att regionerna skulle behöva 20–40 procent färre sjuksköterskor för att uppnå samma servicenivå som utan samverkan. Samtidigt innebar samverkan att kötiden ökade i vissa regioner eftersom kötiderna

[6] Inera. 2016. *Nationell samverkan 1177 Vårdguiden på telefon, Slutrapport*, daterad 2016-09-01.

utjämnades mellan alla regioner. Sjuksköterskorna upplevde i vissa fall ökad arbetsbelastning och svårigheter att ge svar på vissa frågor från personer som ringde från andra regioner.[7]

Som en följd av och fortsättning på piloten infördes den så kallade *Nationella samverkan* i juni år 2017. Nio regioner valde initialt att ansluta sig och under år 2018 anslöt sig ytterligare två, se tabell 8.1. En anledning till att övriga regioner valde att stå utanför samverkan var att de inte ville riskera att få längre kötider. I början av år 2021 lämnade Västra Götalandsregionen samverkan. Även Region Gävleborg kommer att lämna den när de lämnar Ineras plattform, vilket planeras ske under början av år 2022. Därefter kommer nio regioner ingå i den *Nationella samverkan*. Även under tiderna för samverkan är samtalen låsta till egen region i fyra minuter innan samtalen styrs över till de andra regionerna.

Den *Nationella samverkan* sker inte hela dygnet: inte på vardagar klockan 16.00–22.00 och på helger klockan 7.00–22.00. Det beror på att sjuksköterskorna under vissa tider på dygnet utför uppgifter som är svåra att sköta från en annan region. Det gäller främst bokning av jourtider där det finns svårigheter för sjuksköterskorna att få tillgång till andra regioners bokningssystem. Även under nätterna sker en del av dessa uppgifter, men antalet tillfällen då de behöver utföras på nätterna är få, varför man trots det valt att samverka på nätterna.

Samverkan mellan regionerna sker även i andra former, se tabell 8.1. Fem regioner, som ingår i *Nationella samverkan*, samverkar även under de tidsperioder då den *Nationella samverkan* inte äger rum.

I norra Sverige samverkar de fyra regionerna Jämtland Härjedalen, Norrbotten, Västerbotten och Västernorrland vissa delar av dygnet. Samverkan sker vardagar klockan 22.00 till efterföljande dag klockan 7.00 samt dygnet runt på helger. Dessa regioner är inte anslutna till den *Nationella samverkan*.

Dessutom förekommer ytterligare nattsamverkan. Regionerna Uppsala, Dalarna och Gävleborg samverkar genom att de turas om att ta nattsamtalen. Även regionerna Blekinge, Halland, Kalmar län och Kronoberg samverkar genom att Region Halland ansvarar för samtalen på nätterna. Även regionerna Jönköpings län, Örebro län och Östergötland samverkar, där Region Östergötland ansvarar för samtalen på nätterna. Dessutom samverkar regionerna Sörmland och

[7] Ibid.

Västmanland på nätterna. Dessa två regioner besvarar även Region Gotlands samtal nattetid. I gengäld besvarar Region Gotland samtal från regionerna Sörmland och Västmanland vissa tider dagtid.

Tabell 8.1 Regionernas samverkan kring att besvara samtal till 1177

Region	”Nationella samverkan”[1]	Samverkan 24/7	Samverkan mellan fyra regioner i norr[2]	Övrig samverkan nattetid i olika kluster
Blekinge				✓
Dalarna	✓	✓		✓
Gotland				✓
Gävleborg	✓*			✓*
Halland	✓	✓		✓
Jämtland Härjedalen			✓	
Jönköpings län	✓	✓		✓
Kalmar län	✓	✓		✓
Kronoberg				✓
Norrbotten			✓	
Skåne	✓			
Stockholm				
Sörmland				✓
Uppsala	✓			✓
Värmland				
Västerbotten			✓	
Västernorrland			✓	
Västmanland	✓			✓
Västra Götaland	**			
Örebro län	✓			✓
Östergötland	✓	✓		✓

* Region Gävleborg planerar att lämna det gemensamma telefonisystemet och därmed även samverkan kring att besvara andra regioners samtal under 2022.

** Västra Götalandsregionen lämnade i januari 2021 men deltog dessförinnan.

1. Den nationella samverkan äger rum vardagar klockan 22.00 till efterföljande dag klockan 16.00 samt på helger klockan 22.00 till efterföljande dag klockan 7.00.

2. Sker vardagar klockan 22.00 till efterföljande dag klockan 7.00 samt dygnet runt på helger.

Källa: Utredningens sammanställning av information från Inera och regionala 1177 Vårdguiden på telefon.

Diskussioner om att utveckla gemensam tolkningstjänst

Möjligheterna att erbjuda hälso- och sjukvårdsrådgivning på andra språk har diskuterats sedan början av uppbyggnaden av det nationella systemet. År 2013 genomförde Inera en förstudie för att kartlägga vad som skulle krävas för att utveckla en nationell språktjänst. Förstudien byggde på en pilot med en gemensam tolkningstjänst som hade genomförts året före i regionerna Skåne, Stockholm och Västra Götaland. Men förstudien togs inte vidare till teknisk utredning. Därefter har frågan återkommit för diskussion och initiativ i omgångar, men arbetet har av olika skäl prioriterats ner.[8]

Ett formellt gemensamt uppdrag saknas

År 2015 formulerades ett basuppdrag[9] för 1177 Vårdguiden på telefon. Basuppdraget togs fram och var överenskommet av sjukvårdsrådgivningarnas verksamhetschefer. Det huvudsakliga innehållet i basuppdraget var:

- Ett nationellt telefonnummer (1177) för sjukvårdsrådgivning används
- Tjänsten är öppen dygnet runt, året om
- Alla samtal besvaras av legitimerade sjuksköterskor
- Sjukvårdsrådgivning ges utifrån ett gemensamt medicinskt evidensbaserat och kvalitetssäkrat rådgivningsstödssystem
- 1177 Vårdguiden på telefon har en gemensam samtals- och arbetsmetodik, gemensamt utarbetade rutiner och riktlinjer och verktyg för kvalitetsuppföljning
- All medicinsk rådgivning och bedömning journalförs
- Alla samtal spelas in i kvalitetsuppföljningssyfte
- Sjuksköterskorna gör en medicinsk bedömning utifrån den inringandes symtombeskrivning och allmäntillstånd, därefter ges

[8] Inera. 2017. *Nationell språktjänst 1177 Vårdguiden på telefon, Förstudierapport kravställning*, daterad 2017-12-14.
[9] Inera. 2015. *Basuppdrag, 1177 Vårdguiden på telefon*, daterad 2015-09-16.

metodisk och strukturerad rådgivning och vid behov hänvisning till lämplig vårdnivå

- Sjukvårdsrådgivningen bistår också med hälso- och sjukvårdsinformation

Flera av punkterna berörs också i en bilaga till kundavtalet för 1177 Vårdguiden på telefon som innehåller tjänstespecifika villkor. I dokumentet beskrivs vilka krav och villkor som användarna förbinder sig att följa. Bland annat framgår att kunder som använder rådgivningsstödet med det integrerade kontaktcentret förbinder sig att följa de medicinska beslutsunderlagen, uppdatera hälso- och sjukvårdsinformation i rådgivningsstödets katalog och besvara och finansiera telefonsamtal från nationella köer. Verksamheten ska också följa gällande riktlinjer för varumärkesanvändning av 1177 Vårdguiden och leva upp till de legala krav som ställs vid hantering av patientdata. Det ställs också krav på den lokala IT-miljön.[10] För Region Stockholm som inte använder rådgivningsstödet med det integrerade kontaktcentret gäller inte alla villkor.

Utifrån basuppdraget från 2015, beskrivningen av tjänstespecifika villkor och dialoger med Inera och regionala verksamheter för 1177 Vårdguiden på telefon uppfattar utredningen att de uppgifter samtliga sjuksköterskor vid 1177 Vårdguiden på telefon har är att:

– ge stöd och bedöma behovet av hälso- och sjukvård utifrån den inringandes symtombeskrivning och allmäntillstånd,
– ge strukturerad rådgivning, exempelvis egenvårdsråd,
– ge hänvisning till lämplig vårdnivå vid behov,
– bistå med hälso- och sjukvårdsinformation, det vill säga att ge råd och information som inte är att betrakta som individuell medicinsk rådgivning.

Av basuppdraget som formulerades 2015 framgår att det beskriver de minsta gemensamma nämnarna för regionernas sjukvårdsrådgivningar, men att det utöver basuppdraget kan förekomma lokala uppdrag i olika regioner[11]. Vid förfrågan till de regionala verksam-

[10] Inera. 2021. *1177 Vårdguiden på telefon, Beskrivning och tjänstespecifika villkor*, daterad 2021-04-08.
[11] Inera. 2015. *Basuppdrag, 1177 Vårdguiden på telefon*, daterad 2015-09-16.

heterna för 1177 Vårdguiden på telefon har 18 regioner svarat att de har ytterligare uppdrag utöver de som beskrivs i stycket ovan. Regionerna har angivit en stor mängd olika tilläggsuppdrag. Ett av de vanligaste är tidsbokning till jourmottagningar. Några andra exempel är att fungera som stöd till hemtjänst, polis, ambulans, förmedla uppdrag till kommunsjuksköterska, boka sjukresor och smittspårningsarbete. Region Värmland arbetar med vårdkoordinering och har bokningsbara tider till regionens samtliga vårdcentraler och jourcentraler.

8.3.4 1177 Vårdguiden på webben – så fungerar det

Alla regioner använder 1177 Vårdguiden på webben för information om hälso- och sjukvård riktad till invånarna. 1177 Vårdguiden på webben består av nationella texter, men även av regional tilläggsinformation. Ungefär hälften av informationen är framtagen på nationell nivå och är densamma i hela landet, men det görs också regionala tillägg och anpassningar. I regionerna är organiseringen av 1177 Vårdguiden på webben ofta inom kommunikationsavdelningar, IT- eller digitaliseringsavdelningar, ofta tillsammans med 1177 Vårdguidens e-tjänster. Däremot är det ovanligt att webben och e-tjänsterna är organisatoriskt placerade tillsammans med 1177 Vårdguiden på telefon.

Framtagande av nationella texter

En nationell redaktion på Inera ansvarar för att ta fram det nationella innehållet. Redaktionen består bland annat av journalister, sjuksköterskor, läkare och farmaceuter. Enligt 1177 Vårdguidens språkriktlinjer ska texterna vara inkluderande, stärkande, normkritiska och skrivna ur användarens perspektiv samt vara lättlästa, konkreta och tydliga. Texterna kompletteras med illustrationer, foton och film.

Vid framtagandet av en ny text granskar en eller två externa faktagranskare med relevant sakkunskap fakta i innehållet. Totalt finns 350 faktagranskare knutna till arbetet. Innehållet granskas slutligen också av Ineras redaktionsråd.

Medicinska fakta och vårdhänvisningar ska vara samstämmiga med övrig information på 1177.se och med informationen i råd-

givningsstödet som ligger till grund för hälso- och sjukvårdsrådgivningen via 1177 Vårdguiden på telefon. Dessutom ska informationen vara samstämmig med andra kunskapsstöd såsom *Nationellt kliniskt kunskapsstöd*.

Den nationella redaktionen ser över de nationella texterna regelbundet för att hålla dem aktuella. Revidering av texter kan också ske utifrån omvärldsbevakning och efter synpunkter från allmänheten eller professionen. Revideringsarbetet utgör merparten av redaktionens arbete. Även i revideringsarbetet är externa faktagranskare inkopplade.

Regional anpassning och tillägg i texterna på webben

Information på 1177 Vårdguiden på webben anpassas efter i vilken region besökaren befinner sig och ger nyheter, information och länkar till de tjänster som är aktuella i regionen. Det finns också möjlighet att själv välja från vilken region som den regionala informationen ska visas, eller om den nationella informationen utan regionala anpassningar ska visas.

De nationellt framtagna texterna visas i alla regioner. Regionerna kan anpassa de nationella texterna genom tillägg av regional information. Däremot kan inte text strykas eller flyttas i de nationella texterna. De regionala redaktionerna kan också komplettera med fristående artiklar. Exempel på regionala anpassningar är tilläggsinformation om vart man ska vända sig när man söker vård i den aktuella regionen eller hur en undersökning går till. Regionen kan också anpassa genom att ändra strukturen på webbplatsen. Det innebär att de nationella texterna kan återfinnas på olika ställen beroende på region.

Översättning av texterna till andra språk

Ett urval av texterna på 1177 Vårdguiden på webben finns översatta till ett 20-tal andra språk, bland annat till Sveriges minoritetsspråk och arabiska, engelska, somaliska och tigrinska. Utöver översättningarna till andra språk finns texter skrivna på lätt svenska, några informationsfilmer på teckenspråk samt möjlighet att få innehållet på webbplatsen uppläst.

Översättningen kan göras på nationell nivå av nationella texter, eller på regional nivå. Översättningar sker ibland genom punktinsatser, varför det finns en spretighet i vilka texter som är översatta. De regionala översättningarna kan röra regional information, men också vara översättningar av nationell text som regionen prioriterar att översätta.

För översättningar som görs på regional nivå ansvarar regionen för kvalitetssäkringen av översättningen. Eftersom regionernas kvalitetssäkringsprocess inte nödvändigtvis följer den nationella kvalitetssäkringsprocessen förs inte regionala översättningar av nationella texter automatiskt över till det nationella utbudet av översatta texter.

Vid översättning av nationella texter skrivs texterna först om till lätt svenska. Därefter översätts texten av en översättare och kontrolleras sedan av ytterligare en översättare. Det gör att arbetet med översättningar blir resurskrävande, särskilt eftersom texterna behöver revideras regelbundet.

Totalt finns omkring 50 olika artiklar översatta på nationell nivå, totalt drygt 250 översättningar (inklusive lätt svenska). Texter om regler och rättigheter är den vanligaste typen av texter som har översatts. Det finns också några översatta texter om exempelvis graviditet, sjukdomar och besvär och om egenvård av barn. Flest texter är översatta till engelska, omkring 40 texter. Därefter följer arabiska, somaliska och finska med omkring 30 översatta texter vardera.[12]

Därtill finns drygt 100 olika texter översatta på regional nivå, totalt omkring 400 översättningar. En del av dem kan finnas i flera regioner. Även här är engelska det vanligaste språket att översätta till. Därefter följer arabiska, somaliska, lätt svenska och tigrinska.[13]

Symtomguiden

På 1177 Vårdguiden på webben finns tjänsten *Symtomguiden* i alla regioner. Det är en tjänst för att bedöma vårdbehovet utifrån symtom och kan användas vid ett tjugotal vanliga symtom såsom halsont, feber, ryggont och yrsel. Vid användning av *Symtomguiden* väljs inledningsvis ålder och aktuellt symtom följt av den beskrivning

[12] Denna information har utredningen sammanställt efter genomgång av översättningar på 1177.se i januari/februari 2021. Översättningarna kan förändras över tid.
[13] Denna information har utredningen sammanställt efter genomgång av översättningar på 1177.se i januari/februari 2021. Översättningarna kan förändras över tid.

som passar bäst. Därefter ges skriftliga egenvårdsråd, eller en uppmaning om att ringa 1177 för hälso- och sjukvårdsrådgivning, alternativt uppmaning om att kontakta vårdcentral eller akutmottagning. *Symtomguiden* har tagits fram tillsammans med Region Skåne. Innehållet bygger på information från rådgivningsstödet för 1177 Vårdguiden på telefon. *Symtomguidens* hänvisningar är samstämmiga och kvalitetssäkrade enligt Ineras redaktionella riktlinjer.

8.3.5 1177 Vårdguidens e-tjänster – så fungerar det

Alla regioner är anslutna till 1177 Vårdguidens e-tjänster, men vilka tjänster som finns i respektive region varierar. Vilka e-tjänster som erbjuds kan variera även mellan vårdenheterna i samma region.

Inloggning görs med BankID alternativt med Freja eID Plus. För barn under 13 år kan barnets vårdnadshavare använda sin egen inloggning och på så sätt utföra barnets vårdärenden. När barnet fyllt 13 år behöver barnet däremot logga in själv.

E-tjänster via vårdenhet

Alla vårdenheter som finansieras av en region kan låta regionens invånare utföra vårdärenden i 1177 Vårdguidens e-tjänster. För att en vårdenhet ska återfinnas på 1177.se måste vårdenheten vara ansluten till den elektroniska katalogtjänsten HSA, som innehåller kvalitetssäkrade uppgifter om personer, funktioner och enheter i kommuner, regioner och hos privata vårdgivare.

Vilka e-tjänster som de anslutna vårdenheterna erbjuder varierar. En del regioner har avtalat att alla mottagningar som använder e-tjänsterna ska erbjuda invånare ett basutbud av e-tjänster, medan det i andra regioner är helt upp till mottagningarna att själva bestämma vilka e-tjänster de vill använda.

Inera har tagit fram och kvalitetssäkrat tio nationella ärendetyper, det vill säga formulär som anslutna vårdenheter kan aktivera och tillgängliggöra för invånare som e-tjänster. De handlar bland annat om formulär för att få allmän rådgivning, beställa en journalkopia eller förnya ett recept. Exempelvis innebär formuläret *Fråga sjuksköterska* att invånaren får fylla i ett formulär med sin fråga. Vårdenheten skickar sedan ett svar som kan läsas på personens konto på

1177.se. Ibland innehåller svaret en rekommendation om att ringa 1177 i stället för ett skriftligt svar på frågan.

Vårdenheter kan ändra både namn och innehåll i de nationella ärendetyperna efter behov. Dessutom kan en vårdenhet skapa egna ärendetyper eller formulär. Vårdenheten kan också skapa mallar för att initiera kontakt med invånare, det kan exempelvis gälla mallar för provsvar och digitala kallelser.

Övriga e-tjänster via 1177.se

Vilka övriga e-tjänster och funktioner som invånarna kan använda skiljer sig åt mellan regionerna. En del funktioner ingår i grundfinansieringen av 1177 Vårdguidens e-tjänster och kan aktiveras av de regioner som vill erbjuda dem till invånarna. De flesta av dessa tjänster rör inte hälso- och sjukvårdsrådgivning utan gäller vård och behandling eller är administrativa tjänster. Andra e-tjänster beställs separat av regionen.

Regionerna kan också skapa egna e-tjänster genom formulär (ärendehantering). Ett exempel på en sådan tjänst är *Skriftlig sjukvårdsrådgivning* som tillhandahålls i Region Jönköpings län och Region Stockholm. Tjänsten kan ses som ett alternativ till att ringa 1177. Invånaren skriver en fråga som besvaras av sjuksköterskorna som arbetar med 1177 Vårdguiden på telefon.

I Region Stockholm finns också möjlighet att fråga om beroende, psykisk ohälsa eller allmänna frågor om funktionshinder. Beroende på typ av fråga besvaras de av läkare, psykologer, sjuksköterskor, psykiatrisjuksköterskor eller socionomer.

Även E-hälsomyndighetens tjänster om läkemedelshantering är tillgängliga via 1177 Vårdguidens e-tjänster. Regionerna kan också göra sina externa regionala tjänster tillgängliga via 1177 Vårdguidens e-tjänster. Det innebär att regionerna kan samla e-tjänsterna på ett ställe och att invånarna slipper logga in flera gånger i olika system.

8.3.6 Ineras uppdrag

Det som i dag är Inera har sedan det bildades 1999 haft flera olika ägare men landsting eller regioner har alltid ingått. Namnet Inera har funnits sedan 2010. Sedan 2017 ägs Inera av SKR Företag AB (51 pro-

cent), kommuner (286 stycken, totalt 46 procent av aktierna) och regioner (21 stycken, totalt 3 procent av aktierna)[14].

Ineras uppdrag har utvecklats och breddats över tid. Idag är uppdraget att skapa förutsättningar för att digitalisera välfärden, genom att förse kommuner och regioner med gemensam digital infrastruktur och arkitektur[15]. I sitt arbete använder sig Inera både av lösningar och produkter som marknaden tar fram, och av lösningar som de själva arbetar fram.

Ett 40-tal tjänster erbjuds

Inera erbjuder en rad olika tjänster till regioner och kommuner. Totalt listas 40 olika tjänster på Ineras webbsida. Tre av dem är 1177 Vårdguiden på telefon, webben respektive e-tjänster. Men flera av de andra tjänsterna relaterar också till 1177 Vårdguiden på olika sätt. Det handlar exempelvis om e-tjänsterna *Mina intyg*, *Journalen* och *Stöd och behandling* som nås via inloggning på 1177.se. Andra tjänster, som den webbaserade versionen av rådgivningsstödet, nationell patientöversikt och HSA-katalogen, är sådana som används inom 1177 Vårdguiden. Rikshandboken i barnhälsovård, Vårdhandboken och identifieringstjänsten SITHS, som är en elektronisk identitetshandling för säker identifiering av personer och system, är andra exempel på tjänster.

Inera erbjuder och förvaltar därutöver *UMO (umo.se)* och *Youmo (youmo.se)*, det vill säga ungdomsmottagning på nätet på svenska och andra språk.

Underliggande infrastruktur och arkitektur

Inera arbetar också med underliggande infrastruktur och arkitektur som skapar förutsättningar för samverkan och informationsutbyte mellan aktörer inom regioner och kommuner. Det omfattar bland annat lösningar för att hantera säker digital kommunikation, identitetsfederation, behörighetsstyrning, loggning, samtycke, spärrar och autentisering. *Nationella tjänsteplattformen* är en del av den

[14] Inera. 2020. *Årsredovisning och koncernredovisning för räkenskapsåret 2019*, daterad 2020-03-30.
[15] Ineras hemsida, Ineras uppdrag, www.inera.se/om-inera/inera-uppdrag/, uttag 2021-05-18.

underliggande infrastrukturen. Det är en teknisk plattform som förenklar, säkrar och effektiviserar informationsutbytet mellan olika it-system inom vård och omsorg. Genom att ansluta sina verksamhetssystem till Nationella tjänsteplattformen kan regioner, kommuner och privata vårdgivare utbyta information med varandra utan att behöva upprätta direkta kopplingar mellan sina system.[16]

Omsätter omkring en miljard kronor

År 2020 omsatte Inera 974 miljoner kronor[17], varav en mindre andel gäller 1177 Vårdguiden. Inera räknar med ökade kostnader de kommande åren, till närmare 1,5 miljarder år 2025. Kostnaderna handlar till stor del om basförvaltning, men också om utveckling.[18]

Inera har hittills finansierats främst genom årliga ramar från regionerna, samt en mindre projektram för nya satsningar[19]. I övrigt prissätts de olika tjänsterna som Inera erbjuder.

Beroende på vilka tjänster regionen använder betalar regionen en summa till Inera. Regionerna står för merparten av Ineras intäkter. År 2021 beräknas regionerna betala omkring 700 miljoner kronor för de tjänster de använder. 45 miljoner kronor avser en utvecklingsram. Drygt 200 miljoner (31 procent) avser 1177 Vårdguiden (webb, telefon och e-tjänster).[20]

Inera har också intäkter från kommuner, statliga myndigheter, privata vårdgivare, underleverantörer till offentlig sektor och hjälpmedelsleverantörer som använder Ineras tjänster.[21] Därutöver kommer bidrag från staten och SKR för vissa särskilda insatser.

Inera uttrycker svårigheter med att få till en långsiktig finansiering, eftersom de är beroende av främst årliga överenskommelser med regioner, kommuner och i vissa fall staten. Inera kan inte heller på egen hand bestämma vilka satsningar som ska göras. För att skapa bättre förutsättningar uttrycker de en strävan mot att framöver

[16] Inera. 2021. Årsrapport 2020. Ineras hemsida, *Infrastrukturtjänster*, www.inera.se/tjanster/infrastrukturtjanster/, uttag 2021-05-18.
[17] Inera. 2021. Årsrapport 2020.
[18] Inera. u.d. *Vårt digitala bidrag, Ineras strategi 2020–2025.*
[19] Ibid.
[20] Ineras hemsida. *Sammanställning av regionernas nuvarande inköp och kostnader för respektive region*, www.inera.se/tjanster/priser-for-ineras-tjanster/kundgrupper/regioner/, uttag 2021-05-18.
[21] Ineras hemsida. *Priser för Ineras tjänster*, www.inera.se/tjanster/priser-for-ineras-tjanster/, uttag 2021-05-18.

arbeta med ett system som bygger på femåriga långtidsplaner med ägarna och om möjligt med stöd av staten.[22]

8.4 Första linjens digitala vård – ett pågående utvecklingsarbete

För närvarande pågår ett utvecklingsarbete av 1177 Vårdguiden. Arbetet kallas *Första linjens digitala vård* och utgår från en gemensam målbild som Inera, SKR och regionerna tog fram 2018. En viktig del av målbilden handlar om 1177 Vårdguidens roll i första linjens vård. Utvecklingsarbetet innebär bland annat att automatiserad symtombedömning ska införas i hälso- och sjukvårdsrådgivningen, att fler sätt än telefon för att kommunicera med den bemannade hälso- och sjukvårdsrådgivningen ska införas och att fler självservicetjänster (e-tjänster) ska utvecklas och införas. Utvecklingen pågår, och vissa delar har införts i en del regioner, andra är under införande och ytterligare andra planeras.

Arbetet med målbilden ingår som en insats inom Vision e-hälsa som är en gemensam vision mellan regeringen och SKR för e-hälsoarbetet fram till 2025. Inom Vision e-hälsa ingår totalt ett tjugotal insatser som identifierats som särskilt prioriterade och av nationell angelägenhet.

Med utgångspunkt i målbilden har SKR ansökt om, och fått, medel från regeringen för en särskild satsning för att nå målbilden. För åren 2019–2021 har projektet erhållit 263 miljoner kronor från regeringen.

8.4.1 Bakgrund till målbilden för första linjens vård

Bakgrunden till målbilden för första linjens vård var bland annat att tillgängligheten till 1177 Vårdguiden på telefon upplevdes bristfällig med långa kötider i delar av landet, samtidigt som regionerna och privata vårdgivare tillhandahåller allt fler digitala tjänster för invånarna. Ineras styrelse efterfrågade därför en målbild för 1177 Vårdguiden på telefon.[23]

[22] Inera. u.d. *Vårt digitala bidrag, Ineras strategi 2020–2025.*
[23] Inera. 2018. *Målbild för första linjens vård och för 1177 Vårdguidens roll, Gemensam målbild för kommuner, landsting, regioner, SKL och Inera*, daterad 2018-06-27.

En rapport till Ineras styrelse i december 2017 visade på möjligheter att effektivisera verksamheten genom att öka graden av automatisering med stöd av robotar och artificiell intelligens. Samtidigt fastslogs att nyttan med att enbart använda ny teknik för 1177 Vårdguiden på telefon inte är så stor, utan att en betydligt större nytta skulle kunna erhållas genom att hantera första linjens vård som en helhet, där 1177 Vårdguiden skulle vara en del. Exempelvis framhölls effektiviseringsvinster av att invånarna i samma ärende skulle få en digital bedömning av läkare när det är relevant.[24]

8.4.2 Målbilden för första linjens vård

Det övergripande målet är att förbättra tillgängligheten till första linjens vård samt att effektivisera användningen av vårdens resurser. Målbilden[25] kan sammanfattas med följande punkter:

- Invånaren ska vara huvudaktören i sitt eget ärende och ska kunna utföra så mycket som möjligt själv. Det kan exempelvis gälla att söka information, lämna uppgifter om sin hälsa, boka tid etcetera.
- Invånarna ska kunna få svar på sina hälsofrågor dygnet runt. I första hand digitalt, men även möjlighet till fysisk kontakt ska finnas vid behov.
- Invånarna ska kunna ta kontakt med hälso- och sjukvården genom flera olika digitala kanaler.
- En hög tillgänglighet ska erbjudas genom att delar av ärendeflödet automatiseras och att andra delar effektiviseras genom stöd av artificiell intelligens.
- Invånaren ska själv bidra med information om exempelvis aktuella symtom. Informationen ska följa med i ärendet till relevant vårdpersonal och ska inte behöva lämnas mer än en gång.
- Målet är att invånarna styrs till rätt vårdnivå med rätt vårdkompetens efter behov. Flera personalkategorier inom vården ska vara tillgängliga digitalt eller fysiskt om det behövs.

[24] Ibid.
[25] Ibid.

8.4.3 1177 Vårdguidens roll i första linjens vård

1177 Vårdguiden har en betydande roll i målbilden genom att erbjuda invånarna en väg in i vården. 1177 Vårdguiden ska vara en samlingsplats och ge överblick över hälso-, vård- och omsorgsärenden samt personlig hälsoinformation från olika vårdgivare och olika system. Detta ska kunna ske genom olika digitala kanaler och oavsett organisation och vilka vårdaktörer som ingår i processen. Målet är att processen ska fungera i ett mer sammanhängande ärendeflöde oavsett vilka vårdgivare som blir involverade i ett ärende.[26]

1177 Vårdguiden ska också erbjuda invånarna kvalitetssäkrat innehåll i olika digitala kanaler med förhoppningen att invånarna själva ska kunna hitta svar på sina frågor och själva lösa sina ärenden genom självservice. Invånarna ska själva kunna göra en bedömning av aktuella symtom på 1177.se och automatiskt få stöd att hitta fördjupad information, egenvårdsråd eller en rekommendation om att söka vård.[27]

I de fall det är aktuellt att söka vård ska invånaren utifrån parametrar som symtom, allvarlighetsgrad, tid på dygnet och geografisk placering få en hänvisning till lämplig vårdnivå. Invånaren ska också efter bedömning av vårdbehovet själv kunna boka tider till både digitala och fysiska vårdmöten hos flera aktörer, främst inom primärvården.[28]

8.4.4 Utvecklingsprogram för 1177 Vårdguiden

Utvecklingsprogrammet för 1177 Vårdguiden inom Första linjens digitala vård är omfattande och planeras att pågå under flera år. Arbetet är indelat i tre huvudområden:

- Effektivare sjukvårdsrådgivning
- Fler och smartare självservicetjänster
- Infrastruktur – stödtjänster

[26] Inera. 2020. *Programmet Första linjens digitala vård*, *Programplan Första linjens digitala vård*, version 4.0, daterad 2020-04-21.
[27] Ibid.
[28] Ibid.

Det är särskilt den första delen, effektivare sjukvårdsrådgivning, som är aktuell för denna utredning, men nedan beskrivs samtliga delar.

Effektivare sjukvårdsrådgivning

Målbilden är att invånarens första digitala kontakt i första hand ske via en plattform för automatiserad symtombedömning. Plattformen ska alltså bygga på ett regiongemensamt kunskapsstöd och invånarens symtombeskrivning ska följa med i vårdprocessen.

Efter den automatiska symtombedömningen ska invånaren automatiskt bli hänvisad till råd om åtgärder som kan vidtas på egen hand, kontakt med den bemannade hälso- och sjukvårdsrådgivningen eller till annan lämplig vårdnivå. Sjuksköterskorna ska ta emot invånarens digitala symtombeskrivning och kunna kommunicera via flera digitala kanaler än i dag, till exempel telefon, bild, video och chatt. Sjuksköterskorna ska också vid behov kunna lotsa invånare vidare till direkt digital läkarkontakt i samma ärende.

Utvecklingen pågår successivt. Utvecklingsarbetet inom programmet Första linjens digitala vård, och även generellt inom 1177 Vårdguiden, går övergripande till så att det identifieras ett behov och en inriktning för vad regionerna behöver och vill utveckla. Inera driver sedan utvecklingen och en bit på väg får regionerna lämna intresseanmälan för det som är under utveckling, utan att anmälan är bindande eller innebär någon ekonomisk insats. Först senare när utvecklingen kommit längre får regionerna lämna in en avsiktsförklaring som också innebär att de förbinder sig ekonomiskt.

Under åren 2020–2021 pågår arbete med en upphandling av en plattform för automatiserad symtombedömning. I maj år 2021 hade tio regioner tackat ja och lämnat en avsiktsförklaring för plattformen för automatiserad symtombedömning, medan tio regioner tackat nej och en region var oklar.

Det pågår också arbete med en utbyggd och förbättrad infrastruktur för vårdutbud och hänvisning. Dessutom införs fler kanaler för att kommunicera med sjuksköterskorna på 1177 Vårdguiden successivt. De flesta regioner hade i början av år 2021 möjlighet att be den inringande personen att skicka in en bild om det anses vara till hjälp. Möjlighet till video börjar införas under år 2021 i de regio-

ner som har visat intresse för det. Chatt upphandlas tillsammans med plattformen för symtombedömning.

Fler och smartare självservicetjänster

Invånarna ska få tillgång till fler effektiva och kvalitetssäkrade självservicetjänster. Detta ska ske både genom att 1177 Vårdguiden tillhandahåller självservicetjänster, och genom att digitala tjänster hos regioner och andra offentligt finansierade vårdaktörer kan integreras. En del av tjänsterna har införts, andra är under utveckling och vissa finns på plats men kräver att regionerna ansluter sig för att de ska få genomslag. Bland självservicetjänsterna ingår en:

- tjänst för att invånarna ska kunna uppdatera sina kontaktuppgifter och närståendes uppgifter,
- tjänst som förbättrar möjligheterna att spåra sin remiss,
- förbättrad tjänst för att förnya recept,
- ombudstjänst som gör att en invånare kan agera ombud och ta del av sina barns information eller för en person som invånaren är legal ställföreträdare för,
- tjänst för egen provhantering där invånaren kan beställa prover för hemtest eller boka tid för provtagning samt få provsvar,
- tjänst för tidsbokning och för att visa invånarens bokade tider. Tidsbokningssystemet ska också vidareutvecklas och kopplas till tiageringsmotorn, hänvisnings- och utbudstjänster samt integreras med regionernas tidsbokningssystem, och
- vidareutveckling av tjänsten där kallelser skickas digitalt via 1177 Vårdguidens e-tjänster så att invånarna i vissa fall kan om- och avboka tider via kallelsen. Det ska också bli möjligt för alla vårdgivare att skicka kallelser digitalt oavsett vårdinformationssystem.

Infrastruktur – stödtjänster

Ett tredje centralt område inom utvecklingsprogrammet är att stimulera och samordna vidareutvecklingen av den gemensamma nationella infrastrukturen så att en stor mängd digitala tjänster kan fungera

tillsammans. Om information ska kunna följa med invånaren över vårdgivargränser krävs en gemensam infrastruktur. Exempelvis blir information i dagsläget ofta inlåst i appar och andra tjänster för att integrationer mellan system inte har upprättats.

Under åren 2019–2020 togs ett kodverk fram som en viktig del i framtagandet av en ny utbudstjänst. Förberedelse sker även för att kunna ansluta regionala tjänster såsom appar och portaler. I detta arbete ska även riktlinjer kring användandet av varumärket 1177 Vårdguiden tas fram. Det sker också arbete med att generellt stabilisera befintliga tjänster och arbete med informationssäkerhet.

8.5 Översikt av användningen av och förtroende för 1177 Vårdguiden

8.5.1 Runt sju miljoner samtal till 1177 per år

År 2019 ringdes totalt omkring sju miljoner samtal till 1177. Det motsvarar omkring 19 200 samtal per dag (figur 8.3).

Alla samtal som rings kommer inte fram till samtalskön. En del personer lägger på direkt under det nationella talsvaret, exempelvis till följd av att någon information ges som gör att personen inte längre behöver prata med någon eller till följd av en felringning (ljusblå fält i figur 8.3).

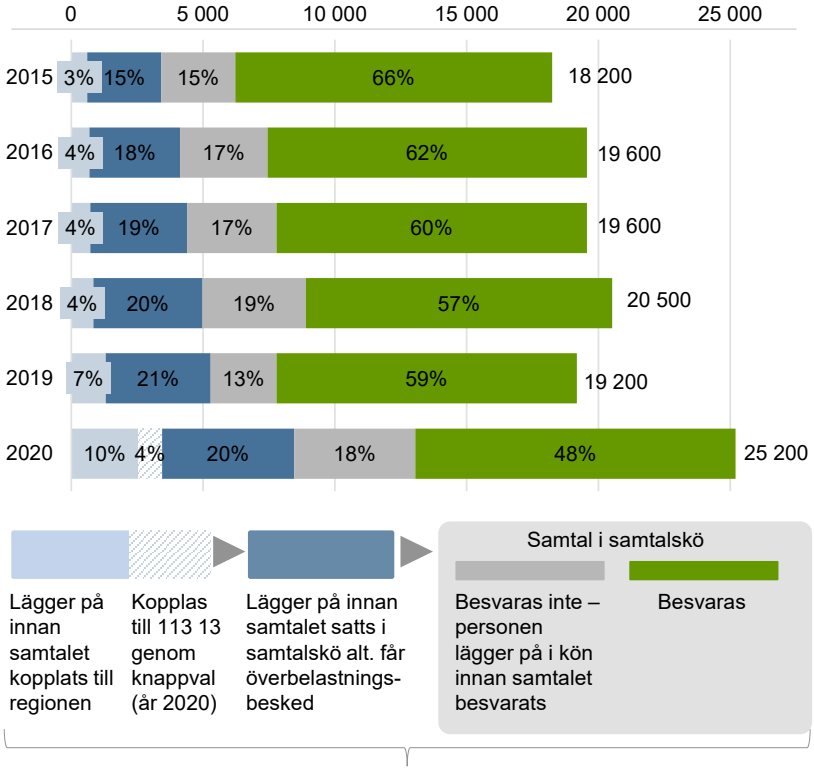
En del personer lägger också på i nästa steg, under det regionala talsvaret, exempelvis för att någon information ges här som gör att samtalet inte längre behövs eller för att den uppskattade kötiden anges och personen läger på till följd av det (mörkblå fält i figur 8.3). I det här skedet kan personen också mötas av ett överbelastningsbesked och ombes att ringa igen senare, för att kötiden bedöms vara för lång för tillfället. År 2019 var det drygt 70 procent av samtalen som sattes i samtalskö, vilket motsvarar runt fem miljoner samtal.

För riket som helhet är det 20–30 procent av samtalen som sätts i kö som inte besvaras på grund av att personen som ringer lägger på innan samtalet kopplats fram till en sjuksköterska, men andelen varierar mellan regionerna. Andelen ökade succesivt från omkring 19 procent år 2015 till 25 procent år 2018, men minskade till 18 procent år 2019. De personer som har lagt på under tiden de står i samtalskö lägger på förhållandevis snabbt. År 2019 var det exempelvis

38 procent som la på inom en minut och drygt 70 procent som la på inom fem minuter.[29]

Figur 8.3 Ungefärligt antal samtal till 1177 i genomsnitt per dag, åren 2015–2020

Samtal där den som ringer lägger på innan samtalet placerats i samtalskö samt besvarade och inte besvarade samtal



Not: Resultaten bygger på avrundade siffror från Inera, vilket kan påverka fördelningen något. För regionerna Värmland, Sörmland och Norrbotten saknas information om hur samtalen fördelar sig mellan de tre högra delarna (dvs. lägger på innan samtalet satts i samtalskö, ej besvarade och besvarade samtal) för de år då regionerna använt ett annat telefonisystem än Ineras (dvs. före mars 2018 för Region Norrbotten, och före 2020 för Region Värmland och Region Sörmland). I dessa fall används samma fördelning som Region Stockholm redovisat.

Källa: Inera för alla regioner utom Stockholm. Region Stockholm för Stockholms siffror.

[29] Denna information om när personer lägger på avser alla regioner utom Stockholm. Region Värmland och Region Sörmland ingår endast för november och december. Statistik för Region Stockholm kommer från en annan källa och där framgår inte när personerna har lagt på.

Antalet samtal som rings till 1177 har varit förhållandevis stabilt mellan åren 2015–2019 (figur 8.3). År 2019 sågs en viss minskning jämfört med föregående år, och det var särskilt antalet ej besvarade samtal som minskade. År 2020 ökade antalet samtal, vilket sannolikt är en direkt följd av den pågående pandemin. År 2020 ringdes över 2 miljoner fler samtal än under år 2019, en ökning med omkring 30 procent. Antalet samtal som sattes i samtalskö (besvarade och ej besvarade samtal) ökade med omkring 20 procent.

Längden på de samtal som kopplas fram till en sjuksköterska är oftast kortare än tio minuter. Samtalslängden var 6 minuter vid 50:e percentilen och runt 9 minuter vid 75:e percentilen år 2019, något längre under år 2020. Samtalen rings under hela dygnet. År 2019 ringdes omkring 14 procent av samtalen klockan 22–07. Det var 20 procent som ringdes klockan 18–22 och majoriteten, omkring 66 procent, ringdes mellan klockan 07–18.[30]

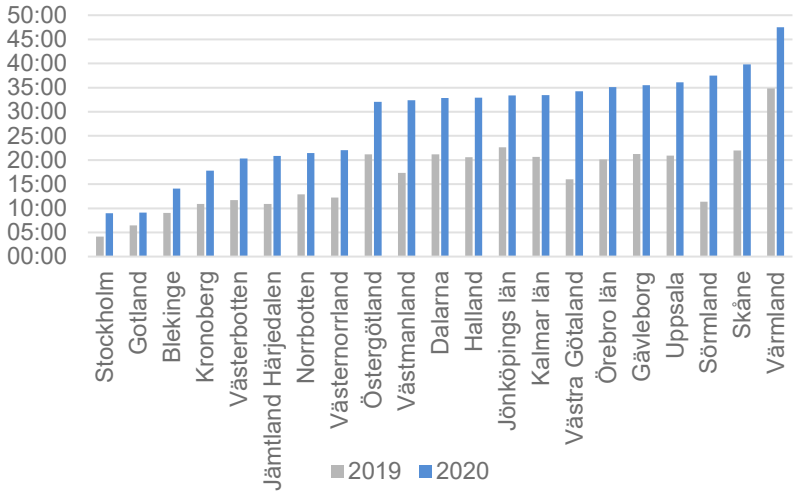
8.5.2 Regionala skillnader i kötid

Figur 8.4 visar kötid för 75:e percentilen för de olika regionerna åren 2019 och 2020. År 2019 varierade kötiden för att komma i kontakt med en sjuksköterska mellan 4 och runt 22–23 minuter i flera regioner, till 35 minuter i en region. 75 procent av samtalen kom alltså i kontakt med en sjuksköterska inom denna tid, räknat från att talsvaret avslutats, men 25 procent fick vänta längre i kön.

Mellan åren 2015–2018 ökade kötiderna successivt, men år 2019 bröts den trenden. År 2019 var kötiderna kortare än år 2018. År 2020 var kötiden längre i alla regioner jämfört med 2019. Kötiden vid den 75:e percentilen varierade år 2020 från omkring 9 minuter i Region Stockholm och Region Gotland, till runt 30–35 minuter i flera regioner och som längst till 47 minuter i Region Värmland.

[30] Dessa siffror för när samtalen rings avser alla regioner förutom Stockholm. Eftersom Region Stockholm inte använder samma telefonisystem som övriga regioner kommer deras statistik från en annan källa och utredningen har inte begärt in uppgifter om när på dygnet samtalen ringdes därifrån. Siffror från Region Värmland och Region Sörmland ingår endast för november och december.

Figur 8.4 **Kötid (min:sek) vid 75:e percentilen för samtal till 1177 som besvarades, 2019 och 2020, per region**



Not: Region Värmlands och Region Sörmlands kötid för 2019 baseras endast på november och december. Dessförinnan finns inte siffrorna i Ineras statistik eftersom regionerna då hade ett annat telefonisystem.

Källa: inera.se för alla regioner utom Stockholm. Region Stockholm för Stockholms siffror.

Mål om kötid

Ungefär hälften av regionerna har uppgett att de har särskilda mål om kötiden. Ambitionerna varierar från en medelsvarstid på högst 3 minuter dagtid och 4 minuter nattetid till en medelsvarstid på max 10 minuter. I samband med att den nationella samverkan infördes sattes först ett nationellt mål om att 75 procent av samtalen skulle besvaras inom 5 minuter, vilket efter verksamheternas inspel reviderades till 9 minuter[31]. Senare har det nationella målet övergetts helt. Figur 8.4 visar att dessa nivåer är långt bort i flertalet regioner.

[31] Inera. 2017. *Nationell samverkan 1177 Vårdguiden på telefon, Del 2 Beslutsunderlag och Del 3 Införande, Slutrapport*, daterad 2017-09-01.

8.5.3 Vanligast att hänvisas till primärvård eller få egenvårdsråd

Det finns en stor spridning i vilken typ av problem eller symtom som samtalen till 1177 Vårdguiden på telefon handlar om. En stor majoritet av samtalen handlar om olika former av fysiska symtom. År 2019 registrerades fysiska symtom som kontaktorsak för 82 procent av samtalen. I gruppen fysiska symtom har utredningen identifierat 165 olika kontaktorsaker. De vanligaste enskilda kontaktorsakerna inom denna grupp var feber hos barn, buksmärta hos vuxen, halsont, bröstsmärta, ryggbesvär hos vuxen, utslag hos barn och urinvägsbesvär hos kvinnor. Omkring 18 procent av de besvarade samtalen handlade om något av dessa problem.

Sex procent av samtalen handlade om en administrativ åtgärd, exempelvis att boka tid på en mottagning eller kontaktuppgifter. Läkemedelsfrågor, allmän medicinsk information och kontaktorsaker som direkt berör tandhälsa förekom också i viss utsträckning.

Det kan vara svårt att dra en stark skiljelinje mellan fysiska och psykiska problem baserat på symtom. Men det var förhållandevis få samtal som mer uttalat och direkt berörde psykiska problem, knappt två procent. Oro eller ångest var den klart vanligaste enskilda kontaktorsaken i denna grupp. Därefter kom nedstämdhet, sömnbesvär hos vuxen och förvirring.

Folkhälsomyndigheten har analyserat behovet av en nationell stödlinje som riktar sig till personer med psykisk ohälsa och föreslagit att det ska byggas upp en verksamhet som erbjuder professionellt och anonymt samtalsstöd via chatt, telefon och andra digitala kanaler. Samtalsstödet ska bland annat nås via webbplatsen *Fokus psykisk hälsa*. Folkhälsomyndigheten föreslår att verksamheten byggs upp av en av Folkhälsomyndigheten utsedd aktör och i samarbete med myndigheten. För att säkerställa en smidig övergång till hälso- och sjukvårdsinsatser, när sådana behov finns, föreslår Folkhälsomyndigheten att uppbyggnaden ska ske i samverkan med regioner, 1177 Vårdguiden och SKR. I rapporten lyfter Folkhälsomyndigheten också att det finns behov av fortsatt utveckling av 1177 Vårdguidens kompetens och kapacitet att bedriva sjukvårdsrådgivning inom området psykisk ohälsa och suicidalitet.[32]

[32] Folkhälsomyndigheten. 2021. *Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag, Uppdrag att analysera behovet av en nationell stödlinje som riktar sig till personer med psykisk ohälsa och suicidalitet samt anhöriga och närstående*.

När det gäller vart de som ringer 1177 blir hänvisade skiljer sig statistikredovisningen för de regioner som ingår i Ineras data och Region Stockholm, varför utredningen har separerat Region Stockholm från övriga. Sammantaget var det omkring 30 procent av samtalen som resulterade i råd om egenvård år 2019, både i Region Stockholm och i övriga regioner samlat (tabell 8.2). I Region Stockholm hänvisades 30 procent till primärvården och 30 procent ytterligare till akutverksamhet eller närakut. I övriga regioner finns inte kategorierna akutverksamhet och närakut. Patienterna hänvisades i övriga regioner till 40 procent till primärvården och 21 procent till specialiserad vård, vilket inkluderar akutmottagningar. 3–4 procent hänvisades till ambulans.

Tabell 8.2 Hänvisning av samtal som besvarades av 1177 Vårdguiden på telefon 2019 till olika typer av vård (procent)

Hänvisning till …	Alla regioner förutom Stockholm	Region Stockholm
Primärvård	40	30
Egenvård	32	29
Akutverksamhet	---	16
Närakut	---	15
Specialiserad vård	21	3
Ambulans	4	3
Tandvård	1	1
Annan hänvisning	2	3
Summa	**100**	**100**

Not: För Region Värmland och Region Sörmland ingår endast information från november och december 2019. Dessförinnan finns inte siffrorna i Ineras statistik eftersom regionerna då hade ett annat telefonisystem. Statistiken är uppdelad på Stockholm och övriga regioner eftersom hänvisningskategorierna skiljer sig i den inhämtade statistiken på ett sätt som gör det svårt att sammanfoga. Annan hänvisning inkluderar bland annat giftinformation, övrig hälso- och sjukvård och kommunal verksamhet.

Källa: Inera för alla regioner utom Stockholm. Region Stockholm för Stockholms siffror.

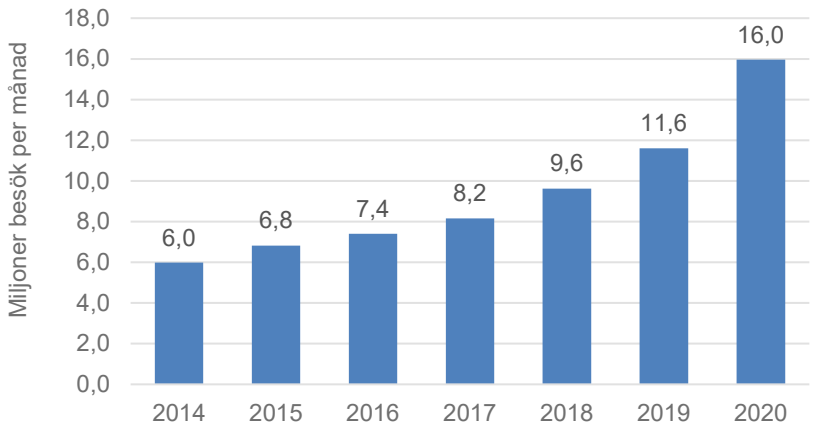
När det gäller bedömning av brådskandegrad på de ärenden som inkommer till 1177 Vårdguiden på telefon är det vanligaste rådet att avvakta, 32 procent av de besvarade samtalen där brådskandegrad finns angiven. 30 procent fick rådet att göra något omgående eller skyndsamt. En fjärdedel fick rådet att göra något inom det närmaste

dygnet och de återstående, omkring 14 procent, att göra något en vardag den närmaste tiden.

8.5.4 Användningen av 1177.se – webben och e-tjänster

Antalet besök på 1177 Vårdguiden på webben har ökat stadigt sedan år 2014. År 2019 gjordes omkring 11,6 miljoner besök per månad, vilket var nästan dubbelt så många besök som år 2014 och en ökning med i genomsnitt 14 procent per år (figur 8.5). År 2020 ses en större ökning, med 38 procent, till 16 miljoner besök per månad. Det är en indikation på att 1177.se har spelat en viktig roll under covid-19-pandemin. Flest besök gjordes i mars, oktober, november och december år 2020, vilket också återspeglar intensiva perioder i pandemin.

Figur 8.5 Antal besök på 1177.se, genomsnitt per månad, 2014–2020



Källa: inera.se.

Det finns en viss variation över året i antalet besök på 1177.se, med färre besök under sommaren, omkring maj till augusti. En majoritet av besöken på 1177.se görs via en sökmotor, 86 procent år 2019 och 79 procent år 2020, medan omkring en tiondel av besöken görs genom att direkt knappa in 1177.se i webbläsaren, 9 procent år 2019 och 13 procent år 2020.

För att kunna använda e-tjänsterna krävs ett konto, vilket skapas automatiskt när man loggar in med sitt bank-id eller Freja eID Plus.

Över tid har antalet konton ökat stadigt. I slutet av år 2019 fanns det omkring 6,5 miljoner konton, vilket motsvarade 63 procent av befolkningen. Under år 2020 fortsatte ökningen, och i december år 2020 fanns det drygt 8 miljoner konton, vilket motsvarade 79 procent av den svenska befolkningen.

Mellan åren 2016–2019 ökade antalet inloggningar från 15 till 51 miljoner, vilket i genomsnitt motsvarar 41 000 respektive 140 000 inloggningar per dag.

8.5.5 Förtroendet för 1177 Vårdguiden

Hälso- och sjukvårdsbarometern är en årlig enkätundersökning bland Sveriges vuxna befolkning, 18 år och äldre, med syftet att fånga befolkningens syn på svensk hälso- och sjukvård. Alla regioner deltar i undersökningen som samordnas av SKR.

I hälso- och sjukvårdsbarometern ställs bland annat frågor om förtroendet för olika delar av hälso- och sjukvården. Figur 8.6 redovisar svaren för de frågor som handlar om 1177 Vårdguiden – på telefon, webben respektive e-tjänster. Svarsskalan varierar mellan 1 och 5 där 1 betyder att förtroendet är mycket litet, 2 ganska litet, 3 varken eller, 4 ganska stort och 5 mycket stort.

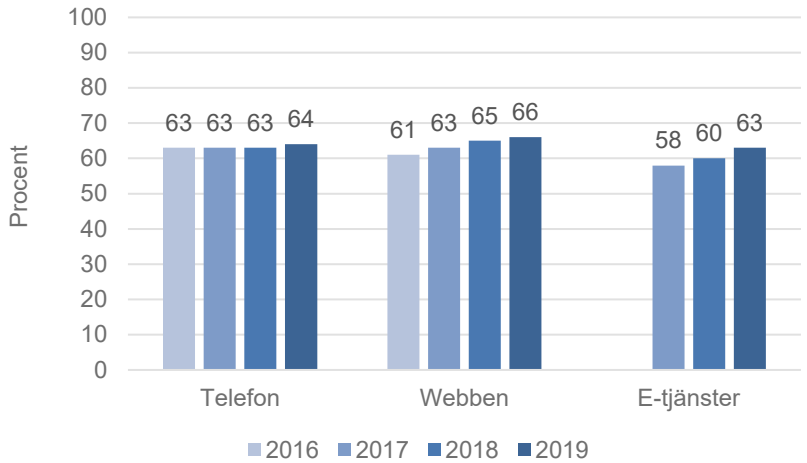
År 2019 angav runt 65 procent av dem som besvarat frågorna och angett en nivå av förtroende, ett ganska eller mycket stort förtroende för 1177 Vårdguidens olika delar. Omkring 35 procent angav alltså svarsalternativen 1–3.[33] Resultatet har varit stabilt sedan år 2016 då frågorna började ställas. För webben och e-tjänster ses en viss ökning över tid.[34,35,36,37]

Utöver de som angett ett svar med en bedömning av sitt förtroende för tjänsterna var det också en del som svarade *vet ej*. År 2019 var det 22 procent som svarade *vet ej* på frågan om 1177 Vårdguiden på telefon, 31 procent för frågan om webben och 40 procent

[33] Sveriges Kommuner och Regioner. 2019. *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2019, Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården*.
[34] Ibid.
[35] Sveriges Kommuner och Regioner. 2018. *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2018, Befolkningens attityder till, förväntningar på och erfarenheter av hälso- och sjukvården*.
[36] Sveriges Kommuner och Regioner. 2017. *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2017, Befolkningens attityder till, förväntningar på och erfarenheter av hälso- och sjukvården*.
[37] Sveriges Kommuner och Regioner. 2016. *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2016, Befolkningens attityder till kunskaper om och erfarenheter av hälso- och sjukvården*.

för frågan om e-tjänsterna[38]. För alla delar har andelen som svarar *vet ej* minskat sedan 2016 eller 2017[39,40], vilket möjligen kan antyda att fler har skaffat sig en uppfattning om 1177 Vårdguidens olika tjänster.

Figur 8.6 **Andel (procent) som angett att de har ett stort eller mycket stort förtroende för 1177 Vårdguiden**



Not: Frågan som ställdes var: Hur stort eller litet förtroende har du för 1177 Vårdguidens råd och hjälp om hälsa och vård via telefon? / information och råd om hälsa via webben? / e-tjänster? De redovisade siffrorna är andel av de som besvarade frågan med en bedömning av sitt förtroende, det vill säga exklusive de som svarade ”vet ej”. I 2020 års undersökning ställdes inte dessa frågor.
Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern respektive år (SKR).

Resultaten för förtroendet för 1177 Vårdguiden låg på ungefär samma nivå som andra delar av hälso- och sjukvården i samma undersökning. För riket som helhet angav 60 procent att de har ett stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården som helhet i sin region. 69 procent hade det för sjukhusen och 59 procent för hälso- och vårdcentraler. Men det var en betydligt lägre andel

[38] Sveriges Kommuner och Regioner. 2019. *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2019, Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården.*
[39] Sveriges Kommuner och Regioner. 2016. *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2016, Befolkningens attityder till kunskaper om och erfarenheter av hälso- och sjukvården.*
[40] Sveriges Kommuner och Regioner. 2017. *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2017, Befolkningens attityder till, förväntningar på och erfarenheter av hälso- och sjukvården.*

som angav *vet ej* för dessa andra delar av hälso- och sjukvården än för 1177 Vårdguiden på telefon.[41]

Andelen som angav ett stort eller mycket stort förtroende för 1177 Vårdguiden varierar mellan olika regioner, från omkring 57 till 75 procent år 2019. Det gällde både telefon, webben och e-tjänsterna. De regionala skillnaderna är ungefär desamma även för hälso- och sjukvården i bredare bemärkelse i samma undersökning.[42]

8.6 1177 Vårdguiden på telefon under covid-19-pandemin

När covid-19-pandemin slog till i Sverige i mars år 2020 ökade trycket på 1177 Vårdguiden på telefon markant. Liksom i vanliga fall fanns det samtal som inte ställdes i samtalskö för att personerna la på dessförinnan eller möttes av ett överbelastningsbesked på grund av för lång beräknad kötid och ombads att ringa senare igen. Men under pandemins inledning var det dessutom samtal som inte ens kom fram till det första talsvaret på grund av för hög belastning.

8.6.1 Pandemins inledning

Den 2 mars år 2020 gjorde Folkhälsomyndigheten bedömningen att risken för nya fall av smitta i Sverige ansågs vara mycket hög och risken för allmän smittspridning måttlig. Den 10 mars rapporterade myndigheten att det fanns tecken på samhällsspridning i Region Stockholm och Västra Götalandsregionen, men inte i övriga landet. Dagen efter, den 11 mars, förklarade WHO att covid-19 var en pandemi och Region Stockholm fick det första bekräftade svenska dödsfallet i sjukdomen. Den 13 mars bedömde Folkhälsomyndigheten att risken för samhällssmitta var mycket hög och publicerade rådet att alla som var sjuka i förkylning eller influensaliknande symtom skulle vara hemma för att inte riskera att sprida smitta vidare till andra, detta gällde inte minst personal inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg.[43]

[41] Sveriges Kommuner och Regioner. 2019. *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2019, Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården*.
[42] Ibid.
[43] SOU 2020:80, *Äldreomsorgen under pandemin.*

8.6.2 Stor ökning i samtal till 1177

Siffror från Inera visar att det var en mycket stor ökning av antalet samtal till 1177 i mars år 2020, i samband med inledningen av pandemin. Den 9–18 mars var trycket särskilt stort. Då ökade det totala antalet ringda samtal från omkring 20–30 000 samtal per dag till 60–70 000 samtal flera dagar, och en toppnotering på nära 160 000 samtal den 12 mars.

Ökningen av ringda samtal gick hand i hand med ett ökande antal samtal som inte ens kom fram till första talsvaret och fick möjlighet att ställa sig i kö eller få ett överbelastningsbesked. Information om dessa samtal kommer från teleoperatören. Inera har inte information om varifrån i landet de har ringts. Den 12 mars, när antalet samtal till 1177 var som flest, var det ytterligare drygt 86 000 samtal som inte alls kom fram. Totalt var det drygt 210 000 samtal som inte alls kom fram under perioden 9–18 mars år 2020. Under denna period var också kötiden för de samtal som sattes i kö lång. Totalt för alla regioner utom Stockholm var kötiden vid den 75:e percentilen omkring 59 minuter i mars år 2020, jämfört med 18 minuter i mars år 2019. I Region Stockholm var motsvarande kötid drygt 20 minuter i mars år 2020, jämfört med drygt fem minuter i mars år 2019.

8.6.3 Åtgärder för att möta ökningen av samtal

Som en följd av det markant ökade antalet samtal vidtogs en rad åtgärder av Inera och regionerna. Bland annat utökades den tekniska kapaciteten, med ett normalt behov av 300 telefonlinjer, från 960 till 2 760 telefonlinjer, vilket avhjälpte problemet med att samtal inte ens kom fram till systemet. Rådgivningsstöden har också uppdaterats kontinuerligt i samverkan med expertmyndigheter och medicinskt sakkunniga.

Den 12 mars år 2020 infördes ett separat knappval för frågor om just corona. Sjuksköterskor snabbutbildades för att kunna bedöma covid-19-symtom och sedan bemanna linjen. Personer som ringde 1177 kunde ange att de hade corona-relaterade frågor genom knappval, och i nästa steg ange om det handlade om allmän information eller sjukvårdsrådgivning. De som angav behov av sjukvårdsrådgivning angående covid-19 hamnade hos sjuksköterskor inom 1177 Vårdguiden, medan de som angav att de efterfrågade allmän informa-

tion angående covid-19 kopplades vidare till det nationella informationsnumret 113 13 i stället.

Den 12–18 mars år 2020 inkom mellan 18–34 000 samtal till coronalinjen inom 1177 Vårdguiden varje dag (inklusive Region Stockholm). Omkring 15 procent av samtalen kunde slussas vidare till 113 13 för allmän information. Efter den 19 mars minskade antalet samtal med knappval för corona-relaterade frågor och i maj ringdes omkring 20 000 samtal i veckan, jämfört med närmare 120 000 samtal när trycket var som högst.

Alla regioner, utom Stockholm, har samverkat kring att besvara samtalen med corona-relaterade frågor som separerades från övriga samtal genom knappvalet. Här har alltså i princip alla samtal hanterats i en gemensam kö – men på regionernas önskemål låstes samtalen först i 45 minuter till regionen där personen ringde från. Det var alltså först efter 45 minuters kötid som samtalet släpptes för att kunna besvaras av en sjuksköterska från en annan region. Region Stockholm har haft sin egen kö med corona-relaterade frågor eftersom de inte använder samma tekniska lösning som övriga regioner. I maj år 2021 slutade Region Stockholm med knappvalet för corona-relaterade frågor.

I juni år 2020 lämnade de fyra norra regionerna, Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland och Jämtland-Härjedalen, coronalinjen inom 1177 Vårdguiden. Även Region Sörmland har lämnat. I maj år 2021 var det därmed 15 regioner kvar i samverkan, fortfarande med 45 minuters regional låsning innan samtalen släpps för att kunna besvaras av sjuksköterska från annan region.

8.7 Analys av utmaningar och hinder – problembild

Utredningens slutsats efter den kartläggning och analys som genomförts inom ramen för uppdraget är att 1177 Vårdguiden som den ser ut och fungerar i dag är en bra grund att bygga en hälso- och sjukvårdsrådgivning på. 1177 Vårdguiden är ett väletablerat och för befolkningen känt forum för hälso- och sjukvårdsrådgivning. Förtroendet för 1177 Vårdguiden är i stort på samma nivå som för övrig hälso- och sjukvård.

Med en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning menar utredningen att tjänsten är likartad över hela landet, utan allt-

för stora regionala skillnader ur befolkningens perspektiv, och att regionerna arbetar samordnat med innehåll, utveckling och utförande av tjänsten. Med denna utgångspunkt drar utredningen slutsatsen att hälso- och sjukvårdsrådgivningen genom 1177 Vårdguiden i dag är delvis nationellt samordnad, men att det också finns betydande regionala inslag. Vissa konsekvenser av de regionala inslagen har gjort sig påminda även under pandemin. Sammantaget ser utredningen att det just nu och de senaste åren har blivit större regional splittring och att det finns vissa svårigheter i att samverka och samordna sig mellan regionerna.

Utredningen bedömer också att det för en överskådlig tid framöver behöver finnas möjlighet att komma i kontakt med hälso- och sjukvårdsrådgivningen på telefon, även om det under utredningens gång har förts en diskussion om att vårdcentralerna skulle kunna fylla den rollen i linje med utvecklingen av nära vård.

8.7.1 1177 Vårdguiden skapar förutsättningar för en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning

I hela landet används telefonnumret 1177, och varumärket 1177 Vårdguiden är känt och används i hela landet för telefoni, webben och e-tjänster. Utredningen uppfattar att 1177.se är en viktig kanal för information gentemot befolkningen i alla regioner, men även regionernas egna webbsidor används i olika utsträckning.

Genom Inera finns möjligheter till nationell samordning. När det gäller webben tillhandahålls en webbsida med samma webbadress i hela landet och det finns en nationell redaktion som tillhandahåller texter som finns på alla regioners sidor inom 1177.se.

När det gäller telefonin tillhandahålls bland annat en teknisk plattform som möjliggör samverkan kring att besvara samtal och ett medicinskt beslutsstöd som gör att rådgivningen baseras på samma grunder oavsett varifrån i landet personen ringer. Utredningen menar att detta är två särskilt centrala komponenter för att förbättra förutsättningarna att kunna upprätthålla möjligheter för befolkningen att komma i kontakt med 1177 Vårdguiden per telefon även under kris och för att uppnå en jämlik, säker och samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning. Därtill erbjuds utbildning i rådgivningsstödet och det finns en gemensamt utarbetad samtalsmetodik.

När det gäller e-tjänster erbjuder Inera en mängd olika tjänster som regioner och vårdenheter kan välja att använda. Många av dem är inte direkt hälso- och sjukvårdsrådgivande, men det finns några.

8.7.2 Betydande regionala skillnader bakom det gemensamma varumärket

Bakom det som är nationellt gemensamt och det nationella utbudet av tjänster och erbjudande finns också betydande regionala skillnader. Det handlar främst om att regionerna inte fullt ut nyttjar de möjligheter till samordning som finns inom 1177 Vårdguiden.

När det gäller webben har det under utredningens arbete bland annat visat sig att information om vad som gäller kring den nationella vårdgarantin och möjligheter att söka öppen vård i andra regioner skiljer sig åt (se kapitel 6). Utredningen har också observerat att översättningar till andra språk ofta görs regionalt, trots att det bör finnas en stor vinning i att samarbeta kring det nationellt. Vidare har det under den pågående pandemin funnits exempel på när information kommer ut olika snabbt och med olika skrivningar i olika regioner, det vill säga regionalt framtagen information även om sådant som varit nationellt gällande.

När det gäller telefonin är det i stor utsträckning en regional tjänst i bemärkelsen att varje region har sin egen organisation och bemanning för 1177 Vårdguiden på telefon. Kötiderna skiljer sig därmed också åt mellan regionerna. Det har funnits en ambition från Inera och regionerna att skapa en nationell samverkan där alla regioner samordnar sig och medverkar till att besvara alla samtal delar av dygnet. Samverkan finns i dag, men skiljer sig åt avseende omfattning och deltagande.

Utredningen ser en tendens till mindre samverkan de senaste åren och framöver. En region, men sannolikt snart två, har inte möjlighet att samverka med övriga regioner kring att besvara samtal för att de inte använder samma tekniska system. De regionerna kan alltså inte få hjälp av andra regioner att besvara samtal, och kan inte hjälpa andra regioner med det, när behov uppstår. Hälften av regionerna hade i maj 2021 tackat nej till att ta del av den nya tekniska plattform som är under upphandling inom ramen för *Första linjens digitala vård* – ett program med en målbild som är framtagen av alla regioner gemensamt.

Det finns i dagsläget inte något formellt uppdrag eller beskrivning av vilka uppgifter 1177 Vårdguiden på telefon ska utföra. Det finns ett basuppdrag som togs fram och var överenskommet av sjukvårdsrådgivningarnas verksamhetschefer, men det har inte uppdaterats sedan år 2015 och dess status är oklar. I flera regioner är det ändå de uppgifter som finns i basuppdraget som huvudsakligen utförs. Men utöver dessa uppgifter utför sjuksköterskorna på 1177 Vårdguiden på telefon även andra uppgifter i flertalet regioner. Den här typen av regionala tilläggsuppdrag och att regionerna använder olika system i övriga hälso- och sjukvården, med separata tidbokningssystem och journaler, försvårar samverkan mellan regionerna. Tre regioner erbjuder tolkning till andra språk än engelska, men övriga gör det inte.

När det gäller e-tjänsterna finns det ett nationellt utbud eller erbjudande från Inera, men det är varje region eller vårdenhet som bestämmer vilka av dem som används. Samtidigt som regionerna jobbar gemensamt med e-tjänster och digitala tjänster via Inera pågår det parallellt i flertalet regioner utveckling av olika digitala tjänster som angränsar till hälso- och sjukvårdsrådgivningen. Det handlar bland annat om lösningar och verktyg för att genomföra digital sjukvårdsrådgivning och digitala vårdmöten.

8.7.3 Vårdcentralerna kan bidra

Det pågår en omställning mot en god och nära vård. Omställningen innebär bland annat att vårdcentralerna ska få en mer framträdande roll, att vården ska upplevas som lättillgänglig och nära befolkningen. Invånarna ska ha en fast läkar- eller vårdkontakt som ska vara den naturliga första ingången när hälso- eller sjukvård behövs och stå för kontinuitet.

I en sådan god och nära vård kan det vara naturligt att vårdcentralerna också har en mer framträdande roll när det gäller individuell hälso- och sjukvårdsrådgivning, och att befolkningen naturligen vänder sig till sin fasta vårdkontakt på vårdcentralen i de fall de är i behov av stöd och vägledning, i stället för att ringa 1177. På så vis kan en fullt ut genomförd omställning till en nära vård tänkas minska behovet av att ringa 1177. I linje med detta resonemang framhöll den tidigare utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård i

sitt delbetänkande *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39) att det är naturligt att primärvården fullgör en omfattande del av hälso- och sjukvårdens rådgivande och stödjande uppgifter[44]. Under utredningens gång har det framförts att det som i dag utförs av 1177 Vårdguiden på telefon borde utföras av vårdcentralerna i stället för i en separat organisation. Hälso- och sjukvårdsrådgivningen genom webb och e-tjänster skulle däremot vara en viktig ingång och källa till initial information även i en sådan situation.

Omkring 40 procent av dem som ringer 1177 blir i dag hänvisade till en vårdcentral eller annan primärvård. Om dessa personer får kontakt med vårdcentralen direkt i stället besparas både patienterna och regionerna ett samtal, och många skulle kunna få hjälp utan att behöva slussas runt först. Det är en fråga som också berördes i *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet* (SOU 2019:42). Där anges att en central ingång via ett gemensamt telefonnummer eller det gemensamma domännamnet borde kunna förenas med möjlighet att automatiskt kopplas vidare exempelvis till sin vårdcentral.[45]

Utredningen menar att det i dagsläget inte är möjligt att organisera det som i dag utförs av 1177 Vårdguiden på telefon genom vårdcentralerna, dels på grund av begränsade öppettider, dels därför att kontakt med vårdcentralen inte alltid är snabb utan oftast sker med återuppringning senare under dagen. Långsiktigt kan det vara en möjlighet, men för att ta ställning till om en sådan omorganisering av tjänsten vore lämpligt behöver en rad frågor i så fall först utredas vidare. Det handlar exempelvis om hur samtal till ett gemensamt telefonnummer skulle slussas till rätt vårdcentral, vilken vårdcentral vilka samtal skulle slussas till och hur tjänsten skulle vara tillgänglig på tider då vårdcentralen är stängd.

Utredningens sammantagna bedömning är att det även fortsättningsvis behöver finnas möjlighet att komma i kontakt med hälso- och sjukvårdsrådgivning (i dagsläget 1177 Vårdguiden på telefon) – som är öppen dygnet runt och alla dagar. Det behövs dels för ärenden av mer brådskande karaktär där vårdcentralerna som det ser ut i dag inte alltid är ett alternativ att vända sig till när någon behöver hjälp att bedöma om akutvård behöver sökas eller inte, dels behövs

[44] SOU 2018:39, *God och nära vård – En primärvårdsreform*.
[45] SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*.

det för tider då vårdcentralerna inte är tillgängliga. Utredningen menar också att möjligheten att nå hälso- och sjukvårdsrådgivning via vårdcentralen eller 1177 ska ses tillsammans med befolkningens ökande användning av privata digitala vårdgivare.

Utredningen menar att det inte behöver finnas någon konflikt mellan ett utökat ansvar för vårdcentralerna i omställningen mot en nära vård och att behålla möjligheten för befolkningen att ringa 1177. Däremot kan omfattningen och vilka typer av frågor som den personliga kontakten med 1177 Vårdguiden främst hanterar komma att ändras om vårdcentralerna utökar sin tillgänglighet och hjälper befolkningen med råd och vägledning i större utsträckning än i dag. Med bättre tillgänglighet till vårdcentralerna kan behovet av att ringa 1177 minska.

8.7.4 Den gemensamma utvecklingen tar lång tid

I dagsläget sker mycket av den gemensamma utvecklingen inom 1177 Vårdguiden genom *Första linjens digitala vård*, se avsnitt 8.4. Utredningen har inte gjort någon bedömning av nyttan och genomförbarheten av Första linjens digitala vård utan menar att staten och regionerna redan har gjort den bedömningen genom att utvecklingsprojektet är en del av Vision e-hälsa. Det är därmed en satsning, som regeringen och regionerna gemensamt har identifierat som särskilt prioriterad och av nationell angelägenhet för att visionen att Sverige år 2025 ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och hälsans möjligheter, ska förverkligas. Av överenskommelsen mellan regeringen och SKR för God och nära vård 2021 framgår vidare att både regeringen och regionerna ser att 1177 Vårdguiden har potential att fungera som en första linjens digitala vård[46]. Utredningen har inte sett någon anledning att ompröva dessa bedömningar.

Utredningen har observerat några allmänna förutsättningar och hinder för utveckling och möjlighet att införa nya digitala tjänster. Från dialoger med olika aktörer har utredningen förstått att en anledning till att regionerna ibland går före utvecklingen som sker inom 1177 Vårdguiden är att utvecklingen tar för lång tid. Det finns

[46] Regeringskansliet. 2021. *Bemyndigande att underteckna en överenskommelse om God och nära vård 2021*, S2021/00820.

en önskan om att utvecklingen ska gå snabbare. I vissa fall hinner privata aktörer före och regionerna vill hänga med i utvecklingen.

Det kan finnas flera anledningar till att utvecklingen inom arbetet med 1177 Vårdguiden tar tid. Utredningen har identifierat tre faktorer:

- Finansiering
- Samsyn och prioriteringar
- Tekniska svårigheter

Ineras arbete med 1177 Vårdguiden finansieras till stor del genom avgifter som regionerna betalar för tjänsterna som de ansluter sig till. Avgifterna täcker övergripande förvaltningen och tillhandahållandet av tjänsterna. Därtill finns det en fastlagd utvecklingsram som regionerna har betalat till Inera, 45 miljoner kronor för 2021 avsett för Ineras samtliga verksamheter. Staten bidrar också i stor utsträckning med ekonomiska medel för utveckling av 1177 Vårdguiden, 263 miljoner kronor för åren 2019–2021.

En annan förklaring till att den gemensamma utvecklingen tar tid kan vara att det krävs ett visst mått av samsyn mellan regionerna om vilken utveckling som ska ske och hur. När det gäller Första linjens digitala vård finns en gemensam målbild som Inera, SKR och regionerna tog fram under 2018, men trots det sker arbetet genom att regionerna längs vägen ska lämna in *intresseanmälningar* för det som är under utveckling. En intresseanmälan är inte bindande och innebär inte någon ekonomisk insats. Exempelvis anmälde 19 regioner under våren år 2021 intresse för plattformen för automatiserad symtombedömning och hänvisning som ingår i Första linjens digitala vård. Vid *avsiktsförklaringen*, som innebär ett skarpare ställningstagande, anmälde sig enbart 10 regioner några månader senare.

Det finns även andra exempel på att regionernas olika prioriteringar gör att utvecklingen inom 1177 Vårdguiden går långsamt eller helt avskrivs. Ett exempel är utvecklingen av en tolkningstjänst, där en pilot och ett arbete gjordes, men där det hittills inte resulterat i någon gemensam lösning. I vissa fall kan det även handla om verksamheters vilja att använda tjänsterna. Detta gäller exempelvis möjligheten för invånare att boka tid direkt på webben där det finns en tjänst, men där verksamheterna endast i begränsad utsträckning lägger in sina tider där.

En ytterligare försvårande omständighet för det gemensamma utvecklingsarbetet av nya digitala tjänster inom 1177 Vårdguiden är att utvecklingen kan vara mer komplex för att den tekniska lösningen ska passa och fungera för alla regioner som exempelvis har olika journal- och it-system. Det kan vara enklare och därmed snabbare att skapa en lösning som fungerar för ett system eller en regions system, men ett mer omfattande arbete att skapa en lösning som fungerar för många olika system och flera regioner. Dessutom ska de lösningar som tas fram genom Inera vara kompatibla med övriga tjänster som Inera levererar till regionerna och med andra externa tjänster som de också kan vara beroende av. Detta mer omfattande utvecklingsarbete som kan behövas för att alla regioner ska kunna använda sig av samma digitala lösning som utvecklas gemensamt kan också vara kostnadsdrivande.

8.7.5 En gemensam nationell infrastruktur är central

Ett centralt område inom Första linjens digitala vård handlar om att stimulera och samordna vidareutvecklingen av den gemensamma nationella infrastrukturen så att en stor mängd olika digitala tjänster ska kunna fungera tillsammans. En gemensam infrastruktur krävs också för att informationen ska kunna följa med invånaren över vårdgivargränser. I dagsläget blir informationen ofta inlåst i tjänster för att integrationer mellan system inte har upprättats. Vikten av att prioritera utvecklingen av den nationella infrastrukturen för att kunna åstadkomma mer sammanhållna flöden är också något som lyfts i Vision e-hälsa.

Utredningen delar uppfattningen att en gemensam digital infrastruktur är en central komponent för att underlätta gemensam utveckling och införande av nya digitala tjänster med nationell samordning. Konsekvenserna av att de tekniska systemen inte är kompatibla med varandra är en fråga som har återkommit vid flera tillfällen i utredningen, och utredningen uppfattar att det är en fråga som berör långt mer än hälso- och sjukvårdsrådgivningen och utvecklingen av digitala tjänster inom 1177 Vårdguiden. Utredningen menar också att det är svårt att se att vem som har huvudansvaret för att driva utvecklingen mot en gemensam digital infrastruktur. Inera är kanske den aktör som främst och mest konkret arbetar med frågan

för regionernas räkning genom att söka lösningar som gör att det splittrade tekniska systemet sys ihop.

8.8 Analys av innebörden av en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning

8.8.1 Värde i ökad samordning

Genom utvecklingen av e-tjänster inom 1177 Vårdguiden erbjuds hälso- och sjukvården möjligheter till ökad digitalisering, befolkningen får större möjligheter att ta del av sin information och patienter får möjlighet att vara mer delaktiga i sina vårdförlopp. Den utveckling som har skett sedan slutet av 1990-talet har varit positiv och bidragit till en mer samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning (och andra e-tjänster). Samtidigt kvarstår betydande regionala inslag och utredningen uppfattar att finns svårigheter att samverka och samordna sig mellan regionerna, att det nu finns tendenser till mindre samverkan och att det pågår parallella utvecklingsarbeten som berör hälso- och sjukvårdsrådgivning i flera regioner.

Sammantaget bedömer utredningen att det finns ett värde i att öka den nationella samordningen och åstadkomma gemensam utveckling snarare än parallell, både för invånarna och hälso- och sjukvården.

Även tidigare utredningar har uttryckt ett behov av en hälso- och sjukvårdsrådgivningstjänst och ökad samordning i den. Utredningen *Styrning för en mer jämlik vård* diskuterar den framtida funktionen för sjukvårdsrådgivningen och framhåller bland annat att systemet behöver bli mer nationellt.[47] I betänkandet *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39) framhölls att befolkningens behov av rådgivning sannolikt kommer att öka i framtiden och att det för att möjliggöra en effektiv användning av hälso- och sjukvårdens resurser är centralt att befolkningen ännu lättare kan få tillgång till råd och stöd under alla tider på dygnet. Utredningen bedömde att 1177 Vårdguiden, via webb, telefon och e-tjänster kan möta befolkningens behov av rådgivning när vårdcentralen normalt är stängd. Utredningen påtalade också vikten av att få till nödvändig samordning mellan SKL (nuvarande SKR), Inera, huvudmännen och

[47] SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet.*

staten för att snabbt säkerställa att en utveckling av de tjänster som erbjuds via 1177 Vårdguiden kommer till stånd. Utredningen lyfte också behovet av att tydligare informera befolkningen om de tjänster som erbjuds via 1177 Vårdguiden.[48]

8.8.2 Ett samordnat regionalt basuppdrag för hälso- och sjukvårdsrådgivningen

Utredningen har specificerat en rad punkter som utredningen bedömer är centrala att alla regioner lever upp till för att uppnå en nationellt samordnad tjänst och utveckling inom hälso- och sjukvårdsrådgivning, se figur 8.7 och 8.8. Utredningen kallar dessa punkter sammantaget för ett *samordnat regionalt basuppdrag* för hälso- och sjukvårdsrådgivningen och menar att alla regioner bör följa det. Det berör hälso- och sjukvårdsrådgivning både inom det som i dag utförs per telefon, via webben och genom e-tjänster. Där ingår bland annat att det ska finnas möjlighet till personlig kontakt dygnet runt per telefon, men framöver också genom andra kanaler. Det ska vara möjligt att få hälso- och sjukvårdsrådgivning även på andra språk än svenska och engelska. Rådgivningen ska utgå från samma medicinska beslutsstöd i hela landet. I figurerna nedan redovisar utredningen delarna i det samordnade regionala basuppdraget med jämförelse av vad som finns i dag.

[48] SOU 2018:39, *God och nära vård – En primärvårdsreform*.

Figur 8.7 Samordnat regionalt basuppdrag för hälso- och sjukvårdsrådgivning – *personlig kontakt*

Centrala delar som alla regioner bör följa för att uppnå en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning

Uppgift	Nuläge
Möjlighet till kontakt per telefon dygnet runt på ett telefonnummer som är detsamma i hela landet, på sikt även chatt och video.	Alla regioner har möjlighet till kontakt per telefon. Införande av chatt och video planeras i vissa regioner.
Utgår från ett medicinskt evidensbaserat och kvalitetssäkrat beslutsstöd som är detsamma i hela landet.	Uppfylls idag.
Möjlighet att dela information från journalföringen med andra regioner och vårdenheter, och att ta del av information från journalföring av andra, om personen samtycker till det.	Möjlighet finns idag, men skulle kunna nyttjas mer.
Baseras på en strukturerad samtals- och arbetsmetodik, utarbetade rutiner och riktlinjer, samt verktyg för kvalitetsuppföljning, som är desamma i hela landet.	Uppfylls idag, åtminstone liknande samtals- och arbetsmetodik.
Personalen har utbildning inom det medicinska beslutstödet, samtals- och arbetsmetodiken, rutiner, riktlinjer och verktyg för kvalitetsuppföljning som används i arbetet.	Uppfylls idag, utbildningar finns.
Möjlighet att få hälso- och sjukvårdsrådgivning på andra språk än svenska.	Engelska i alla regioner. Ytterligare språk i tre regioner.
Tekniska system och verksamhetsstöd som gör det möjligt att samverka med övriga regioner i att besvara varandras samtal.	20 regioner (inte Region Stockholm, Region Gävleborg planerar att lämna).

Figur 8.8 Samordnat regionalt basuppdrag för hälso- och sjukvårdsrådgivning – *information på webben och e-tjänster*

Centrala delar som alla regioner bör följa för att uppnå en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning

Information på webben	
Uppgift	**Nuläge**
En nationell redaktion tar fram och reviderar kvalitetssäkrade nationella texter, som är samstämmiga med andra kunskapsstöd (bl.a. informationen i beslutsstödet som används i den personliga kontakten med hälso- och sjukvårdsrådgivningen och det nationella kliniska kunskapsstödet).	Görs idag men det har framkommit vissa frågetecken kring samstämmigheten med andra kunskapsstöd.
Nationellt framtagna texterna är tillgängliga för invånarna i alla regioner och låsta för revidering. Komplettering med regionalt underlag markeras tydligt.	Uppfylls idag.
Texter översatta till andra språk.	Vissa texter finns översatta till andra språk men utredningen menar att det är i begränsad omfattning.
E-tjänster	
Uppgift	**Nuläge**
Ett visst utbud av e-tjänster finns tillgängligt för invånarna i alla regioner.	Många e-tjänster skulle kunna vara tillgängliga i samma utsträckning i hela landet, men det är upp till regioner och vårdenheter att bestämma om de ska användas.

8.8.3 Förutsättningar för upprätthållande vid kris

Utredningen menar att de punkter som specificeras i figur 8.7 och 8.8 också bidrar till bättre förutsättningar för hälso- och sjukvårdsrådgivningen att upprätthållas vid större samhällsstörningar. Det gäller inte minst punkten om att det ska finnas möjlighet att samverka med andra regioner i att besvara samtal. Men utöver ett regionalt samordnat basuppdrag ser utredningen även behov av att vissa

ytterligare förutsättningar finns på plats för att förbättra beredskapen inför krissituationer där hälso- och sjukvårdsrådgivningen är en viktig aktör. Det handlar om att säkerställa en effektiv informationsspridning och att säkerställa beredskap för ökad bemanning. Sammantaget bedömer utredningen att följande punkter skulle stärka förutsättningarna för hälso- och sjukvårdsrådgivningen att upprätthållas i kris:

- Tydlig, kvalitetssäkrad och enhetlig information på webben och ett utvecklat utbud av digitala tjänster.
- En redaktion som snabbt kan kallas in för att tillhandahålla uppdaterad nationell information på webben som sprids samtidigt i alla regioner.
- Regionerna hjälps åt med att besvara samtal.
- Beredskap för ökad bemanning och teknisk kapacitet.
- Hälso- och sjukvårdsrådgivningen ingår med andra relevanta aktörer i samverkansforum och beredskapsforum för att bland annat säkerställa enhetlig informationsspridning.

I likhet med det samordnade regionala basuppdraget som utredningen har specificerat (se figur 8.7 och 8.8) är delar av insatserna för att säkerställa beredskap i hälso- och sjukvårdsrådgivningen i händelse av kris sådant som redan finns eller fungerar i dag. Alla delar ska således inte ses som nya, utan de bygger vidare på den struktur som finns i dag.

Bra information kan avlasta hälso- och sjukvårdsrådgivningen

Vid alla händelser av kris och samhällsstörningar – lokala, regionala och nationella, såväl större som mindre – kan befolkningen antas vara i stort behov av information. Behovet av information varierar mellan invånarna.

Som ett led i att stärka förutsättningarna för hälso- och sjukvårdsrådgivning under kris eller större samhällsstörningar menar utredningen att det är centralt att skilja på behovet av information och behovet av att kunna komma i personlig kontakt med en bemannad hälso- och sjukvårdsrådgivning. Om så många som möj-

ligt kan få sitt informationsbehov tillfredsställt på andra sätt än personlig kontakt ges hälso- och sjukvårdsrådgivningen större möjligheter att hjälpa dem som är i behov av individualiserade råd. Möjligheten att slussas vidare till 113 13 efter att ha ringt 1177 är ett exempel på hur en sådan separation mellan behov av allmän information och behov av hälso- och sjukvårdsrådgivning har gjorts under nuvarande pandemi.

För att sortera behovet av mer allmän information från behovet av att ta personlig kontakt med hälso- och sjukvårdsrådgivningen behövs lättillgänglig och tydlig information som befolkningen kan hitta och ta till sig, även under situationer när det råder stora osäkerheter. Kvalitetssäkrad information som ger svar på invånarnas frågor behöver tas fram och formuleras snabbt, och tillhandahållas på välkända webbplatser där invånarna finns, i dagsläget bland annat på 1177.se och krisinformation.se. Utredningen menar därför att det behöver finnas en möjlighet att kalla in den nationella redaktionen för omedelbart arbete i en krissituation. Redaktionen kan bestå av den ordinarie personalen, men behöver kunna kallas in snabbt och den behöver ha mandat att förmedla information i hela landet.

Det finns också behov av att informationen tillhandahålls i olika former – exempelvis skriftligt, via ljud och bild. Informationen som ges i olika kanaler, på olika platser och av olika myndigheter och regioner behöver vara samstämmig. Det behövs samverkan mellan centrala aktörer såsom expertmyndigheter och regioner, inklusive representanter för hälso- och sjukvårdsrådgivningen. Forum för sådan samverkan används under nuvarande pandemi.

Utredningen menar att bra informationsspridning bör leda till möjligheter att minska invånarnas behov av personlig kontakt för att efterfråga information. Utredningen har inte utvärderat hur samverkan mellan centrala aktörer eller informationen till invånarna har fungerat under covid-19-pandemin, men menar ändå överlag att det finns anledning att utvärdera och diskutera det och se vad som kan göras bättre till nästa kris. Direktivet till *Coronakommissionen* berör sådana frågor[49].

[49] Dir. 2020:74, *Utvärdering av åtgärderna för att hantera utbrottet av det virus som orsakar sjukdomen covid-19*.

Beredskap för snabbt utökad bemanning

Även med bra och lättillgänglig webb-information som tillhandahålls i en krissituation, behöver hälso- och sjukvårdsrådgivningen ha beredskap för utökad bemanning till följd av fler samtal (via telefon eller andra kommunikationskanaler).

Utredningen menar att möjligheter att samverka regionalt kring de personliga kontakterna som tas med hälso- och sjukvårdsrådgivningen är en nödvändig förutsättning i händelse av en nationell kris. Då finns det möjligheter att hjälpas åt och nyttja den samlade bemanningen mer effektivt. Även vid en mer regional kris kan det vara av stort värde om erfaren personal från andra delar av landet kan bidra. Dessutom, om vårdcentralerna i sin rådgivning använder sig av samma medicinska beslutsstöd som hälso- och sjukvårdsrådgivningen och har samma utbildning i det finns tillgång till personal som delvis är förberedd att bistå hälso- och sjukvårdsrådgivningen vid särskilda behov. Samtidigt skulle det bidra till jämlikhet genom att samma medicinska beslutsstöd ligger till grund för råd som ges i olika delar av hälso- och sjukvården.

8.9 Syftet med utredningens förslag

Med utgångspunkt i de resonemang som förs ovan lägger utredningen en rad förslag för att öka den nationella samordningen i hälso- och sjukvårdsrådgivningen. Syftet med förslagen är att:

- göra hälso- och sjukvårdsrådgivningen mer nationellt likartad. Invånarna ska veta vad hälso- och sjukvårdsrådgivningen står för och att det står för samma sak i hela landet,
- säkra det som fungerar bra inom hälso- och sjukvårdsrådgivningen i dag,
- främja gemensam utveckling av tjänsterna inom hälso- och sjukvårdsrådgivningen och undvika att den nationella samordning som åstadkommits hittills tar ett steg tillbaka genom att regionerna utvecklar innehållet åt olika håll, parallellt och separat, och
- skapa förutsättningar för en bättre beredskap till nästa kris eller stora samhällsstörning som ställer höga krav på information och hälso- och sjukvårdsrådgivning.

8.10 Utredningen har övervägt olika alternativ

För att styra mot det samordnade regionala basuppdraget för hälso- och sjukvårdsrådgivningen och de syften som beskrivs i föregående avsnitt har utredningen övervägt olika alternativ. Utredningen har bland annat övervägt att lämna författningsförslag som ställer vissa krav på regionerna men också att föreslå att staten tar initiativ till en överenskommelse med SKR, alternativt med respektive region. Utredningen har också övervägt möjligheten att lämna statlig finansiering direkt till Inera och till statligt delägarskap i Inera. Vidare har utredningen övervägt alternativ som innebär att en aktör utför hälso- och sjukvårdsrådgivning för hela landet.

De olika alternativen har olika för- och nackdelar. Sammantaget konstaterar utredningen att det är svårt att genom ett enskilt alternativ fullt ut åstadkomma det utredningen menar skulle behövas för att realisera en mer nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning med ökad krisberedskap. I det här avsnittet beskrivs vilka alternativ som utredningen har utrett och övervägt, och vilka för- och nackdelar utredningen ser med dem.

8.10.1 Författningsreglering

Direktivet är utformat på så sätt att utredningen, om så anses lämpligt, ska lämna förslag på hur en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning genom 1177 Vårdguiden bör utformas och regleras. Utredningen konstaterar dock att 1177 Vårdguiden är ett varumärke som ägs av Inera och utredningen ser begränsade möjligheter att peka ut ett sådant varumärke i författningsreglering. I den mån författningsreglering är aktuellt blir regleringen därför mer generell.

Utredningen har som ett alternativ för att åstadkomma en styrning mot en mer nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning övervägt att föreslå vissa författningskrav. Genom författningsreglering ställs samma krav på samtliga regioner, vilket bidrar till nationell likvärdighet och ett säkerställande av att hela landets invånare får del av hälso- och sjukvårdsrådgivning. Utredningens bild är också att författningsreglering har den fördelen, jämfört med överenskommelser, att det borgar för en annan typ av långsiktighet kring det som regleras.

8.10.2 Överenskommelse mellan staten och SKR

En överenskommelse kan i korthet beskrivas som en uppgörelse mellan staten och SKR om att tillsammans åstadkomma något inom hälso- och sjukvården. Överenskommelser av olika slag har använts i den statliga styrningen under lång tid, och har också tidigare använts för att specifikt styra mer mot en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning, bland annat genom *Dagmaröverenskommelsen* 2008. I dagsläget ingår utvecklingen av *Första linjens digitala vård* i överenskommelsen om en *God och nära vård* år 2021.

En överenskommelse skulle kunna användas på två principiellt olika sätt för att styra i riktning mot det samordnade regionala basuppdraget och därmed en mer nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning. Dels skulle en överenskommelse kunna användas fristående för innehållet i det samordnade regionala basuppdraget och för att säkerställa en utveckling av tjänster som erbjuds via 1177 Vårdguiden. Dels skulle en överenskommelse kunna tillämpas för att komplettera en mer övergripande författningsreglering, där överenskommelsen innehåller delar som inte författningsregleras. Den skulle då exempelvis kunna hantera delar som handlar om att säkerställa utveckling av digitala tjänster.

Det finns både för- och nackdelar med styrformen överenskommelser. Överenskommelser är ett relativt välanvänt styrmedel som ger staten möjlighet att styra i frågor utan att ingripa i den kommunala självstyrelsen. En överenskommelse kan exempelvis peka ut 1177 Vårdguiden, specificera vad regionerna ska samverka kring och ha ett mål om maximal kötid. Eftersom en överenskommelse inte omfattas av samma krav på beredningsprocess som författningsreglering går det också ofta snabbare att få till en överenskommelse än en författningsreglering.

Till skillnad från författningsreglering ställer överenskommelser inte rättsligt bindande krav på regionerna, utan kan snarare ses som erbjudanden för regionerna. Det innebär i praktiken en viss risk att en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning inte uppnås med bara en överenskommelse, då regionerna kan välja att inte delta. Riksrevisionen menar dock att det generellt är svårt för regionerna och SKR att stå utanför en överenskommelse eftersom överenskommelserna innehåller ekonomiska medel och eftersom det kan

uppfattas som att regionerna går emot sin egen organisation SKR om de inte deltar[50].

En annan nackdel med överenskommelser jämfört med författningsreglering är att de är mindre långsiktiga. Det finns en risk att överenskommelser leder till enkla och kortsiktiga lösningar och att arbetet läggs ner när överenskommelsen upphör.[51,52,53]

8.10.3 Överenskommelse mellan staten och respektive region

Ett annat alternativ som har övervägts är att staten ingår en överenskommelse med respektive region som förpliktigar regionen att, mot ersättning från statens sida, vidta vissa åtgärder som bidrar till att det som utredningen bedömt som viktigt för en samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning uppnås.

Även om sådana överenskommelser skulle kunna bli bindande för regionerna och staten på ett annat sätt än en överenskommelse mellan staten och SKR, ser utredningen inte detta som ett relevant alternativ i sammanhanget. Eftersom ett sådant upplägg förutsätter en ömsesidig överenskommelse om villkoren mellan parterna skulle upplägget innebära att förhandlingar förs mellan staten och respektive region. Dessa förhandlingar skulle sannolikt leda till ett flertal oliklydande överenskommelser, vilket inte skulle vara förenligt med syftet med det nationella uppdraget där målet är ökad nationell samordning.

Det skulle också krävas betydligt mer resurser om överenskommelser ska förhandlas fram och ingås mellan staten och respektive region jämfört med en gemensam överenskommelse mellan staten och SKR. Utredningen bedömer också att det behövs ytterligare överväganden av om det är lämpligt och önskvärt att staten styr regionerna via bindande överenskommelser i dessa frågor, där bland annat frågan om hur meningsskiljaktigheter skulle kunna lösas på ett ändamålsenligt sätt är relevant. Vidare är även sådana överens-

[50] Riksrevisionen. 2014. *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej*, RiR 2014:20.
[51] Ibid.
[52] Riksrevisionen. 2016. *Statens styrning genom riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården*, RiR 2016:29.
[53] Riksrevisionen. 2017. Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet, RiR 2017:3.

kommelser med respektive region förenade med en risk att överenskommelserna inte leder till långsiktighet.

8.10.4 Statligt delägarskap i Inera AB

Ett annat alternativ som utredningen har övervägt för att uppnå en mer nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning är ett statligt delägarskap i Inera. Syftet skulle vara att genom ägarskapet påverka arbetet med 1177 Vårdguiden och försöka påverka utvecklingen av tjänsterna och regionernas gemensamma arbete kring dem. Exempelvis skulle staten då genom ägarpolicy och ett aktivt delägarskap kunna framföra sin syn på vilka värden som är viktiga, till exempel att tjänsten är tillgänglig i hela landet på telefon dygnet runt och att samma rådgivningsstöd används i hela landet. Utredningen bedömer dock att ett sådant upplägg inte skulle vara ändamålsenligt, eftersom det skulle begränsa möjligheterna för Ineras ägare att köpa tjänster från företaget på det sätt som sker i dag.

Regioner och kommuner köper i dag tjänster från Inera utan konkurrensutsättning, efter en bedömning som de gjort av undantagsmöjligheter från lagen om offentlig upphandling (2016:1145), LOU. Det handlar om undantag för interna upphandlingar (även kallad *Teckal-* eller *in-house-undantaget*). Bestämmelser om sådana undantag finns i 3 kap. 12–16 §§ LOU. För att tillämpa undantaget krävs att två kriterier är uppfyllda, det så kallade kontrollkriteriet och verksamhetskriteriet. I korthet finns möjligheten att tillämpa undantag för interna upphandlingar bland annat om den upphandlande myndigheten, själv eller tillsammans med andra upphandlande myndigheter, utövar kontroll över motparten i en utsträckning som motsvarar kontrollen över deras egna förvaltningar och om motparten utför minst 80 procent av sin verksamhet för den kontrollerande myndighetens, eller de kontrollerande myndigheternas, räkning. Statligt inflytande i samt finansiering av Inera, åtminstone i någon större omfattning, riskerar påverka bedömningen när det gäller möjligheten för kommuner och regioner att använda detta undantag från LOU.

Det är tveksamt om ett begränsat statligt ägarskap skulle ge staten tillräckligt stort inflytande för att i önskvärd omfattning styra mot en mer nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning.

Även andra frågor kan aktualiseras när det gäller statligt delägarskap i Inera, exempelvis frågor kopplade till reglerna om statsstöd.

8.10.5 Statlig finansiering av Inera AB

Utredningen har också övervägt om statlig styrning av Inera, genom statlig finansiering direkt till bolaget som förenas med vissa villkor, skulle kunna möjliggöra en mer samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning. Olika sätt att genomföra sådan finansiering skulle kunna tänkas, exempelvis någon form av förfarande där villkoren för medelsanvändningen regleras i ett avtal mellan staten och Inera.

Ett avtal mellan staten och Inera har vissa paralleller till statens styrning av SOS Alarm Sverige AB, ett företag som ägs av staten och SKR Företag med 50 procent vardera. Mellan SOS Alarm och staten finns ett alarmeringsavtal som reglerar 112-tjänsten, det nationella informationsnumret 113 13 och tjänsten för *viktigt meddelande till allmänheten* (VMA). Av avtalet framgår bland annat SOS Alarms åtaganden, verksamhetskrav och kompetenskrav när det gäller dessa tjänster. Avtalet säger också att SOS Alarm ska ha god förmåga att fullgöra sina åtaganden enligt avtalet även vid kriser, extraordinära händelser i fredstid och under höjd beredskap. Utredningen har övervägt om det vore möjligt att upprätta ett liknande avtal för hälso- och sjukvårdsrådgivning.

Åtagandet för SOS Alarm gentemot staten är att ta emot och besvara samtal, identifiera vad som har inträffat och bedöma om det finns behov av omedelbara insatser av samhällets hjälporgan, exempelvis ambulans eller räddningstjänst. Men sedan är det regionerna och kommunerna som ansvarar för själva omhändertagandet av larmet. 112-tjänsten är således i första hand en operatörstjänst som förmedlar samtalet vidare. SOS Alarm ska också erbjuda samhällets hjälporgan att ingå avtal om efterföljande larmbehandling, men olika regioner använder olika modeller för hur larmet sedan hanteras. Exempelvis har 18 regioner avtal med SOS Alarm om ambulansdirigering, men övriga sköter det på annat sätt. I vissa regioner kopplas alltid en sjuksköterska in när samtalet gäller hälso- och sjukvård, men andra regioner har inte ett sådant krav.

Utredningen kan alltså konstatera att det också i 112-tjänsten finns regionala skillnader i själva larmbehandlingen, och att alla

regioner inte har samma avtal eller upplägg. En viktig skillnad mellan hur 112-tjänsten och 1177 fungerar är dessutom att 112-tjänsten endast är en alarmeringstjänst, och det är denna som regleras i avtalet med staten. Därefter slussas samtalet vidare till rätt hjälporgan efter upprättade avtal mellan SOS Alarm och regionerna. 1177 fungerar inte på det sättet. Här hanteras samtalet direkt av den som svarar, utan att någon nästa instans påkallas. Av dessa skäl menar utredningen att alarmeringsavtalet mellan staten och SOS Alarm inte är ett upplägg som skulle styra mot en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning.

Ett avtal mellan staten och Inera med villkor som ställer krav på Inera att tillhandahålla tjänster till regionerna som möjliggör hälso- och sjukvårdsrådgivning enligt det samordnade regionala basuppdraget skulle kunna övervägas. Men för att uppnå nationell samordning i hälso- och sjukvårdsrådgivningen krävs att alla regioner följer uppdraget. Det är inte tillräckligt att Inera tillhandahåller möjligheten. Eftersom ett avtal mellan staten och Inera inte binder regionerna skulle avtalsvillkoren i så fall sannolikt behöva innebära krav på Inera, som förvisso ägs av bland annat regionerna, att i sin tur förbinda regionerna att följa de punkter som ingår i det samordnade regionala basuppdraget. I stället för en situation där staten försöker enas med respektive region på det sätt som nämns ovan, skulle ett sådant här upplägg alltså ställa krav på Inera att samordna regionerna. Ett sådant upplägg förefaller komplicerat, samtidigt som det inte är självklart vilka fördelar det skulle innebära i förhållande till de ovannämnda alternativen.

Dessutom har det vid en övergripande utredning av alternativet identifierats ett antal frågor kopplat till reglerna om offentlig upphandling, statsstöd och konkurrens. Inför eventuell tillämpning av ett sådant upplägg skulle en mer djupgående analys utifrån dessa perspektiv behöva göras, där det exempelvis skulle kunna vara relevant att beakta utrymmet för staten att lämna medel till Inera för vissa tjänster till självkostnadspris och att då nyttja det så kallade *Hamburgundantaget* enligt 3 kap. 17–18 §§ LOU.

8.10.6 En aktör utför hälso- och sjukvårdsrådgivning för hela landet

Ett annat alternativ för att uppnå en mer nationell samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning är att den utförs nationellt, det vill säga att den här typen av hälso- och sjukvårdsrådgivning tillhandahålls av en aktör i hela landet. Ett nationellt utförande skulle sannolikt leda till en tydligt nationellt samordnad och jämlik hälso- och sjukvårdsrådgivning över hela landet. Det skulle också kunna vara kostnadsbesparande på grund av effektiviseringar genom exempelvis en gemensam bemanning. Men ett sådant upplägg skulle vara en stor förändring och insats, och skulle innebära ett större ingrepp i den kommunala självstyrelsen än att använda alternativ som styr mot en nationell samordning på andra sätt och med bibehållet regionalt ansvar.

I våra dialoger med bland annat de regionala verksamheterna för 1177 Vårdguiden på telefon har lokal kännedom och förankring lyfts fram som viktigt vid hälso- och sjukvårdsrådgivning, bland annat när det gäller hänvisning till vårdenhet. Lokal kännedom kan också vara viktigt för verksamhetens förtroende. Med en nationell aktör för hela landet skulle den lokala kännedomen och förankringen gå förlorad. Det finns också en risk att andra regionala lösningar skulle tillskapas som komplement till en nationellt utförd hälso- och sjukvårdsrådgivning. Det skulle exempelvis kunna vara för att ta hand om de ytterligare uppgifter och tilläggsuppdrag som många regionala verksamheter för 1177 Vårdguiden på telefon utför i dagsläget, men som en nationell tjänst inte skulle göra. Det skulle också kunna innebära svårigheter för patienterna om flera olika telefonnummer blir aktuella.

En fortsatt regional organisering skulle dessutom fortfarande ge visst utrymme för att anpassa tjänsten efter regionala behov. Med en regional organisering av hälso- och sjukvårdsrådgivningen kombinerat med att punkterna i det samordnade regionala uppdraget efterlevs kan regionen fortfarande själv styra över upplägget av verksamheten. Exempelvis skulle en region kunna låta vårdcentralerna ta hand om hälso- och sjukvårdsrådgivningen via personlig kontakt på dagtid.

8.11 Utredningens bedömningar och förslag

Bedömning: Utredningen bedömer att det behövs vissa författningsändringar samtidigt som staten och SKR bör komma överens om vissa delar som utredningen har bedömt som viktiga för att uppnå en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen har specificerat ett samordnat regionalt basuppdrag för hälso- och sjukvårdsrådgivningen för att stärka förutsättningarna för att den hälso- och sjukvårdsrådgivning som byggts upp kvarstår och utvecklas gemensamt. Det samordnade basuppdraget ska också skapa förutsättningar för en bättre beredskap vid större kriser eller samhällsstörningar som ställer höga krav på information och hälso- och sjukvårdsrådgivning. Basuppdraget består av ett antal komponenter som utredningen har bedömt är centrala för en nationellt samordnad tjänst och utveckling, och som alla regioner bör följa för att uppnå samordning. Det berör hälso- och sjukvårdsrådgivning både inom det som i dag utförs per telefon, via webben och genom e-tjänster. Bland annat ingår att det ska finnas möjlighet till personlig kontakt per telefon dygnet runt, men framöver också genom andra kanaler.

Utredningens förslag syftar till att styra mot att det som ingår i det samordnade regionala basuppdraget görs i alla regioner. Utredningen bedömer att en del av det som ingår bör författningsregleras för att på så sätt långsiktigt säkra tillgången till hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans dygnet runt för invånarna i hela landet. Genom författningsreglering ställs samma krav på samtliga regioner, vilket bidrar till nationell likvärdighet.

Andra delar av basuppdraget är mindre lämpliga att författningsreglera. Det rör bland annat utveckling av nya digitala tjänster och kommunikationskanaler samt att arbeta med samstämmighet mellan det medicinska rådgivnings- och hänvisningsstödet och andra kunskapsstöd. Sådana delar föreslås i stället bli föremål för en överenskommelse mellan staten och SKR.

Nedan redogörs för utredningens författningsförslag. Därtill beskrivs vilka delar som bör bli föremål för en överenskommelse.

8.11.1 Krav på hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och information på webbplats

Förslag: Det införs en ny paragraf i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 7 kap. 6 a §, som innebär att regionen ska organisera hälso- och sjukvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård och som dessutom vistas i regionen kan få hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans när som helst på dygnet. Genom sådan rådgivning ska råd ges om åtgärder som den enskilde själv kan vidta med anledning av sina symtom. Det ska även bedömas om den enskilde har behov av ytterligare hälso- och sjukvård och den enskilde ska, vid behov, hänvisas till en vårdenhet. Råden, bedömningen och hänvisningen ska utgå från ett rådgivnings- och hänvisningsstöd.

I paragrafen anges också att regionen ska lämna information om hälso- och sjukvård, som så långt som möjligt motsvarar sådan information som lämnas vid hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans, på en webbplats som är allmänt känd.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om sådan hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och information om hälso- och sjukvård som regleras i den föreslagna paragrafen.

Skälen för utredningens förslag: I dagsläget saknas reglering som innebär en skyldighet för regionerna att tillhandahålla hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans liksom allmän information på en webbplats som så långt det är möjligt motsvarar sådan information som kan fås genom hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans.

Utredningen bedömer att det är viktigt att säkra att det även fortsättningsvis kommer att finnas möjlighet till hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans dygnet runt, varför det föreslås en lagreglering som säkerställer det.

Genom hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans ska, enligt den föreslagna bestämmelsen, råd ges om åtgärder som den enskilde själv kan vidta med anledning av sina symtom och den enskilde ska ges hjälp att bedöma om det finns behov av ytterligare hälso- och sjukvård. Vid behov ska den enskilde hänvisas för vidare kontakt med hälso- och sjukvården. Rådgivningen, bedömningen och hänvisningen ska utgå från ett rådgivnings- och hänvisningsstöd. En viktig

uppgift handlar alltså om att hjälpa till att bedöma om det finns ett behov av ytterligare kontakt med hälso- och sjukvården för att där få en medicinsk bedömning, men den nu föreslagna bestämmelsen tar inte sikte på en medicinsk bedömning i sig.

Utredningen menar att invånare ska ha tillgång till hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans dygnet runt. Det finns situationer då enskilda snabbt behöver hjälp och stöd att bedöma om vård utöver hälso- och sjukvårdsrådgivning behöver uppsökas, hur bråttom det är att söka vården, vilken typ av vård som bör uppsökas eller vilka åtgärder som kan vidtas för att lindra besvären utan att uppsöka vård eller i väntan på vård. Det finns också situationer där personer inte vet vart de ska vända sig och då behöver hjälp att hitta rätt i hälso- och sjukvården. För sådana situationer fyller hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans en viktig funktion. Den kan bidra till att personer i större utsträckning söker vård vid rätt tillfällen och vänder sig till rätt del av hälso- och sjukvården, vilket besparar både hälso- och sjukvården och enskilda resurser. För invånarna kan det också innebära en trygghet att ha någonstans att vända sig när oro eller osäkerhet uppstår, men då det inte känns nödvändigt att direkt uppsöka akut vård. I en del fall kan hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans bedöma att det i alla fall initialt är tillräckligt med rådgivning om åtgärder som den enskilde själv kan vidta med anledning av de symtom som beskrivs, vilket kan leda till avlastning av annan hälso- och sjukvård.

Symtom som kan föranleda ett vårdbehov kan uppstå under hela dygnet. En del ärenden är av mer brådskande karaktär där vårdcentralerna som det ser ut i dag inte alltid är ett alternativ att vända sig till vid behov av att snabbt få hjälp med att bedöma om det finns anledning att söka vård utöver hälso- och sjukvårdsrådgivning och hur brådskande det i så fall är, exempelvis om akutvård behöver sökas eller inte.

Tillgänglighet på distans och dygnet runt behövs också för tider då vårdcentralerna eller andra vårdenheter inte är tillgängliga, framför allt sena kvällar och nätter. Under dessa tider kan hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans också hjälpa enskilda att bedöma om de kan avvakta att söka ytterligare hälso- och sjukvård tills dagen efter, i stället för att uppsöka jourverksamhet eller akutmottagning.

Utredningen menar att det är lämpligare att ställa ett krav på att regionerna ska organisera hälso- och sjukvården så att hälso- och

sjukvårdsrådgivning på distans tillhandahålls dygnet runt snarare än att ställa krav som innebär att vårdcentralerna eller liknande ska vara tillgängliga dygnet runt för hälso- och sjukvårdsrådgivning av detta slag. I många fall finns det sannolikt effektivitetsvinster i att hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans samordnas i stället för att alla vårdcentraler håller bemanning dygnet runt.

En del menar att behovet av hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans bör tillgodoses av vårdcentralerna som en del av den goda och nära vården särskilt på dagtid. Även utredningen anser att det kan vara naturligt att vårdcentralerna har en mer framträdande roll när det gäller sådana uppgifter som ingår i hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och att invånarna naturligen vänder sig till sin vårdcentral i de fall de är i behov av stöd och vägledning. Det stärker kontinuiteten för personer som har kontakt med vården ofta. Förslaget som utredningen lägger fram hindrar inte regionerna att organisera hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans på andra sätt än i dag, exempelvis via vårdcentralerna. Utredningen menar dock att många vårdcentraler i dagsläget behöver ändra sina arbetssätt och förbättra tillgängligheten betydligt för att kunna fylla det behov som hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans avser att bemöta.

Den föreslagna bestämmelsen innebär inte något hinder för regionerna att utföra hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans gemensamt eller att samverka kring att besvara inkommande samtal. Varje region är dock enligt förslaget ytterst ansvarig för att organisera hälso- och sjukvården så att de som omfattas av regionens ansvar och dessutom vistas i regionen kan få hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans. Det betyder till exempel att varje region måste ta hänsyn till hur många som vanligtvis vistas i regionen vid planering och dimensionering av rådgivningen. Utredningen vill i sammanhanget framhålla att det är viktigt att regionen ställer krav som säkerställer att författningskraven upprätthålls även om regionen sluter avtal med någon annan om att utföra hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans.

Utredningen bedömer att personer som *vistas* i en region (även om personen inte bor där) bör omfattas av den regionens ansvar att organisera hälso- och sjukvården så att hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans tillhandahålls. För att veta varifrån ett telefonsamtal rings, i de fallen hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans tillhandahålls via telefon, kan information från teleoperatörerna nyttjas.

Alternativt kan den som kontaktar hälso- och sjukvården ange var den befinner sig.

Vidare anser utredningen att hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans bör utgå från ett rådgivnings- och hänvisningsstöd. Syftet är att uppnå en likvärdig och jämlik bedömning, rådgivning och hänvisning oavsett vem som besvarar invånaren. Att på distans bedöma om det finns ett vårdbehov utifrån en persons symtom och veta vilken vårdenhet som är lämplig att hänvisa till är inte en lätt uppgift, varför ett rådgivnings- och hänvisningsstöd är ett viktigt arbetsredskap för att underlätta för de personer som arbetar med att ge hälso- och sjukvårdsrådgivning, samtidigt som det kan bidra till ökad kvalitet och patientsäkerhet. I rådgivnings- och hänvisningsstödet bör det finnas information bland annat om hur brådskande behovet är utifrån olika symtom, vilka frågor som bör ställas till personen, och vilka åtgärder som kan vidtas av den enskilde. Det bör också finnas information om vilken del av hälso- och sjukvården som är lämplig att uppsöka om ett vårdbehov föreligger och vilka vårdenheter som finns i regionen. Genom att använda ett rådgivnings- och hänvisningsstöd ökar förutsättningarna att bedömningarna görs systematiskt och på likvärdiga grunder. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav, enligt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Det innebär att rådgivnings- och hänvisningsstödet måste bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Lagförslaget innebär inget krav på att hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans ska utföras av en viss yrkeskategori. Utredningen bedömer att det är tillräckligt med de befintliga kraven i 5 kap. 1 och 2 §§ HSL om god vård och att det ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Det innebär att det endast är möjligt att använda sådana verktyg, kanaler, personal med mera för hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans som säkerställer att god vård kan ges.

Utredningen bedömer att utvecklingen framöver behöver gå åt att hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans i större utsträckning sker digitalt, exempelvis via webben och andra digitala tjänster.

Att lämna allmän information om hälso- och sjukvård som så långt som möjligt motsvarar sådan information som lämnas genom hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans på en webbplats som är

allmänt känd är en viktig förutsättning för att invånarna ska kunna ta ett stort ansvar för sin vård och hälsa. Då bör också behovet av hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans via personlig kontakt, såsom telefon, succesivt minska med tiden. Utredningen menar också att det finns ett stort värde i att säkerställa att det finns en pålitlig och väl känd källa till allmän information om hälso- och sjukvård. I dag använder samtliga regioner 1177.se för att lämna information om hälso- och sjukvård. Utredningen ser det som en lämplig plats att även fortsättningsvis lämna informationen på för att uppfylla det föreslagna kravet om information på en webbplats som är allmänt känd.

Med tanke på att såväl den tekniska utvecklingen och utvecklingen inom hälso- och sjukvården går snabbt bedömer utredningen att det är lämpligt med ett bemyndigande som innebär att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans och information om hälso- och sjukvård på en allmänt känd webbplats. På lägre författningsnivå kan bestämmelser av mer preciserande karaktär ingå. Det kan exempelvis handla om att precisera krav på vilka kanaler som hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans ska tillhandahållas på. Utredningen föreslår vissa bestämmelser på förordningsnivå, vilket redovisas nedan. Genom det föreslagna bemyndigandet kan regeringen också bemyndiga en myndighet att meddela föreskrifter på området.

Den föreslagna paragrafen berör således dels hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans (första stycket), dels information om hälso- och sjukvård på en webbplats som så långt som möjligt motsvarar sådan information som lämnas genom hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans (andra stycket). Utredningen ser att dessa två delar är nära sammankopplade och kompletterar varandra. Tillsammans ingår de i det mer allmänt hållna samlingsbegreppet hälso- och sjukvårdsrådgivning i den fortsatta texten.

8.11.2 Särskild bestämmelse om samverkan

Förslag: Det införs en ny paragraf i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 7 kap. 8 a §, som innebär att regionerna ska samverka med varandra i frågor om sådan hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och information om hälso- och sjukvård på en webbplats som föreslås enligt föregående avsnitt. Kravet gäller generellt, men samverkan ska särskilt avse sådant rådgivnings- och hänvisningsstöd som ska ligga till grund för hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen tolkar en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning som att tjänsten är likartad över hela landet. Det innebär att det inte finns alltför stora regionala skillnader ur invånarnas perspektiv och att regionerna arbetar samordnat med innehåll, utveckling och utförande. Samordning i utförande av tjänsten kan bland annat innebära att regionerna hjälps åt med att besvara samtal oavsett varifrån i landet de rings och att regionerna har gemensamma språktjänster. Utredningen menar att det är viktigt att invånarna vet vad hälso- och sjukvårdsrådgivningen kan erbjuda och att grunderna i tjänsten och kvaliteten är relativt likvärdig i hela landet. Det är viktigt bland annat ur perspektivet jämlik vård.

För att uppnå en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning, givet fortsatt regionalt ansvar, krävs att regionerna samverkar med varandra. Utredningen uppfattar att det finns svårigheter med att samverka och samordna arbetet mellan regionerna, att det finns tendenser till mindre samverkan och att det pågår parallella utvecklingsarbeten som berör hälso- och sjukvårdsrådgivning i flera regioner. Utredningen föreslår därför ett generellt krav på regionen att samverka kring hälso- och sjukvårdsrådgivningen. Kravet är generellt och gäller således alla delar av hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och information om hälso- och sjukvård som lämnas på en webbplats.

Kravet på samverkan gäller såväl vid allvarlig händelse som när det inte råder sådan. Utredningens bedömning är att fortsatt samarbete kring exempelvis gemensamt telefonnummer för hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans via telefon, gemensamt domännamn för information om hälso- och sjukvård med mera är högst relevant.

Exempel på andra frågor som kan vara relevanta att samverka kring är arbetssätt, kvalitetsuppföljning, tekniska lösningar och språktjänster.

Utredningen anser att det är av särskild vikt att regionerna samverkar kring det rådgivnings- och hänvisningsstöd som hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans ska utgå ifrån. Utredningen menar att det finns ett värde i att bedömningarna, om det finns behov av att söka hälso- och sjukvård utöver hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans, utgår från samma medicinska rådgivningsstöd oavsett var i landet man bor och oavsett vem som utför rådgivningen för att säkerställa jämlik vård. Det bör också ligga i linje med utvecklingen inom kunskapsstyrningsorganisationen, där utvecklingen går mot mer samordning och samarbete kring kunskapsstöd.

Det finns många aspekter av hälso- och sjukvården som med fördel anpassas till de regionala och lokala förhållandena. Det handlar exempelvis om sådana aspekter som har med geografiska förhållanden och demografi att göra, som hur stora och hur många enheter av en viss verksamhet som behövs. I sådana avseenden ska regionerna förstås göra olika. Men i andra avseenden finns det inte sådana starka argument för att regionerna behöver göra olika. Ett medicinskt rådgivnings- och hänvisningsstöd är ett sådant exempel. Med kravet på att regionerna ska samverka med varandra förtydligas en inriktning att regionerna ska samordna sig mer och i möjligaste mån komma överens om sådana aspekter som inte kräver regional anpassning.

Regionerna omfattas redan i dag av krav på samverkan i flera bestämmelser. Här kan exempelvis 7 kap. 7 och 8 §§ HSL och 8 § förvaltningslagen (2017:900) nämnas. Utredningens bedömning är dock att det finns behov av en särskild bestämmelse som tydligt avser samverkan mellan regionerna i fråga om hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och information om hälso- och sjukvård på en webbplats. Det finns flera skäl till detta. Bestämmelsen i 7 kap. 7 § HSL avser samverkan i fråga om planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården, men den samverkan som utredningen föreslår reglera handlar om samverkan i en bredare bemärkelse. Samverkan enligt den föreslagna bestämmelsen ska exempelvis ske även i det löpande arbetet och inte begränsat till planeringen och utvecklingen. 7 kap. 7 § HSL pekar heller inte ut regioners samverkan med varandra på ett tydligt sätt, även om regioner skulle kunna anses inbegripas i exempelvis *samhällsorgan* och *vårdgivare*. Med tanke på

att 7 kap. 8 § HSL i första hand tillkom för att säkerställa att planeringen av den då så kallade regionsjukvården skedde i samverkan mellan de berörda huvudmännen, menar utredningen att det inte är tillräckligt tydligt att samverkan i fråga om hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och information om hälso- och sjukvård på en webbplats ingår i detta. Vidare lämpar det sig varken i 7 kap. 7 eller 8 §§ HSL att peka ut att samverkan särskilt ska avse rådgivnings- och hänvisningsstödet på det sätt som utredningen föreslår, eftersom detaljeringsgraden blir alltför hög i förhållande till vad som redan regleras i de paragraferna vilket kan leda till otydlighet. Av skäl som angetts ovan är utredningens bild att det finns anledning att i lagen särskilt peka ut samverkan i fråga om rådgivnings- och hänvisningsstödet. Med den föreslagna formuleringen av 7 kap. 8 a § HSL är det dessutom tydligt att samverkan ska ske i fråga om såväl hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans som information på en webbplats.

8.11.3 Hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans ska vara tillgänglig på telefon

Förslag: Det införs en ny paragraf i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), 7 kap. 3 §, som innebär att regionerna ska tillhandahålla hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans via telefon. Rådgivningen via telefon ska vara anpassad till personer med nedsatt tal och hörsel.

Skälen för utredningens förslag: Även om hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans behöver utvecklas så att den i större utsträckning sker digitalt, och att behovet av telefoni kan tänkas minska i takt med utvecklingen, bedömer utredningen att det fortsatt åtminstone under överskådlig framtid kommer att kvarstå behov av hälso- och sjukvårdsrådgivning via telefon. Hälso- och sjukvårdsrådgivningen ska vara tillgänglig för alla, även för dem som inte använder sig av internet av olika anledningar. Detta är också något som påtalats tydligt av såväl utredningens rådgivande delegation som referensgrupper för patient- och närståendeföreträdare.

Utredningens förslag innebär dock inte något hinder för att hälso- och sjukvårdsrådgivningen även tillhandahålls via andra kanaler, såsom chatt eller video. Sedan 2018 pågår ett utvecklingsarbete

inom 1177 Vårdguiden som bland annat omfattar utveckling av digitala tjänster såsom automatiserad symtombedömning och införande av chatt och video. Staten har bidragit med medel för denna utveckling. Utredningen är generellt positiv till en sådan utveckling, men ser också ett behov av att följa upp och utvärdera hur nya kanaler fungerar.

I nuläget bedömer utredningen att telefon fortfarande är den kanal som är viktigast att säkra tillgången till för att göra tjänsten tillgänglig för hela befolkningen, varför utredningen föreslår att ett krav på att tillhandahålla hälso- och sjukvårdsrådgivning via telefon regleras i författning. Genom det bemyndigande som utredningen föreslår är det möjligt för regeringen att i förordning ställa krav på tillhandahållande via andra kanaler, när tiden är mogen för det.

Vidare bedömer utredningen att det är av särskild vikt att sådan hälso- och sjukvårdsrådgivning som avses i den föreslagna 7 kap. 6 a § första stycket HSL via telefon är anpassad till personer med nedsatt hörsel och tal. I dagsläget finns möjlighet för dessa personer att använda sig av tjänsterna text- och bildtelefoni för att få hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans. Tjänsterna gör det möjligt att ringa för personer som har nedsatt hörsel, dövhet, dövblindhet eller har svårt att tala i telefon. Utredningen bedömer, inte minst utifrån målet om en vård på lika villkor, att det är viktigt att sådana eller motsvarande möjligheter säkerställs även framöver, varför reglering om detta föreslås. Alla ska ha möjlighet att ta kontakt med hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans, oavsett nedsatt hörsel eller tal.

Även bland personer med nedsatt hörsel eller tal kan det finnas personer som inte använder sig av internet av olika anledningar och därför inte kan använda den typen av alternativa kommunikationskanaler. Den föreslagna bestämmelsen säkerställer därmed möjligheten att även denna grupp kan få hjälp av hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans. På så vis kan tryggheten för denna grupp öka och risken att även personer med nedsatt tal och hörsel inte söker vård vid rätt tillfälle och vid lämplig vårdenhet minskar.

Utredningen bedömer att det är särskilt viktigt att precisera krav på sådan anpassning för hälso- och sjukvårdsrådgivning som ges via telefon, även om det redan i dag finns krav i 3 kap. 6 § patientlagen (2014:821) på att hälso- och sjukvårdens information ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Detta eftersom anpassning av

telefonitjänsten till personer med nedsatt tal och hörsel kräver vissa andra typer av åtgärder än anpassning av information vid ett inbokat fysiskt möte, och det är viktigt att det är tydligt att sådana anpassningar ska göras. Det handlar alltså om anpassningar i en bred bemärkelse, där anpassningar av tekniska lösningar ingår.

Utredningen bedömer också att det är viktigt att sådan information som utredningen föreslår ska lämnas på en allmänt känd webbplats är anpassad till ovannämnda grupper. Någon särskild reglering om detta föreslås dock inte då utredningen bedömer att detta säkerställs genom de krav på tillgänglighet till digital offentlig service som finns i lagen (2018:1937) och förordningen (2018:1938) om tillgänglighet till digital offentlig service samt föreskrifter i anslutning till dessa.

8.11.4 Krav på flera språk

Förslag: Det införs en ny paragraf i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), 7 kap. 4 §, som anger att hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans, förutom på svenska, ska erbjudas på de språk som är motiverade utifrån befolkningens behov. Det anges också att information om hälso- och sjukvård på en webbplats, förutom på svenska, ska erbjudas på andra språk om det med hänsyn till informationens art, befolkningens behov och omständigheterna i övrigt framstår som lämpligt. Vidare anges att hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och information om hälso- och sjukvård på en webbplats ska erbjudas på andra språk i den mån det är särskilt föreskrivet.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen bedömer att hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans samt den hälso- och sjukvårdsinformation som ska tillhandahållas på en allmänt känd webbsida som utgångspunkt ska erbjudas på fler språk än svenska. Utredningen menar att tjänsterna så långt som möjligt ska vara tillgängliga för alla invånare, det vill säga även för de som inte kan kommunicera via telefon eller ta del av information på en webbplats på svenska. I dagsläget är hälso- och sjukvårdsrådgivning via telefon tillgänglig även på engelska i samtliga regioner, och på några andra språk i tre

regioner. Ett urval av texterna på 1177 Vårdguiden på webben är översatta till ett 20-tal andra språk.

Utredningen menar att det är av särskild vikt att hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans finns tillgänglig även för personer som inte kan kommunicera via telefon på det svenska språket, eftersom tjänsten fyller en viktig funktion som första ingång till hälso- och sjukvården. För dem som inte kan svenska kan det vara svårare att själv hitta tillförlitlig och obunden information som är anpassad till det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. I vissa fall kan invånare som inte kan svenska också ha en mindre erfarenhet och kunskap om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, vilket kan medföra ytterligare svårigheter för den enskilda att exempelvis själv bedöma var man ska söka vård utöver hälso- och sjukvårdsrådgivning. Utredningen ser risker med att inte tillgängliggöra hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans även för de som inte kan svenska. Utredningen menar att avsaknad av hälso- och sjukvårdsinformation och hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans på andra språk än svenska kan leda till att den enskilda drar sig för att söka vård i tid eller leda till onödiga vårdbesök.

Att språket i organ som fullgör uppgifter i offentlig verksamhet är svenska och att det ska vara vårdat, enkelt och begripligt följer redan av 10 och 11 § språklagen (2009:600). Därför innebär utredningens förslag inget nytt krav i det avseendet. Utredningen anser dock att det är lämpligt att i bestämmelsen påminna om kravet på svenska i samband med att uttryckliga krav om att erbjuda rådgivning och information på andra språk införs.

Det finns få uttryckliga krav på att erbjuda hälso- och sjukvård på andra språk än svenska eller använda tolk. Sådana finns bland annat när det gäller hälso- och sjukvård som omfattas av förvaltningslagen under vissa förutsättningar, till exempel i fråga om tvångsvård. Däremot finns mer övergripande bestämmelser om vård på lika villkor i 3 kap. 1 § HSL och krav på att anpassa information till en patients språkliga bakgrund i 3 kap. 6 § patientlagen. Bestämmelserna är öppet skrivna men kan sägas stödja att erbjuda vård på andra språk än svenska under vissa förutsättningar. Att göra andra anpassningar till en persons språkliga bakgrund än att kommunicera på ett annat språk, är enligt utredningens bedömning betydligt svårare vid kontakt via distans än vid ett fysiskt möte. Det är sällan ändamålsenligt, utan kan i stället leda till att den enskilde inte fullt ut kan dra nytta

av rådgivningen på distans. För att undanröja tolkningsutrymme i fråga om vilka typer av anpassningar till språklig bakgrund som ska göras vid hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans, bedömer utredningen att det är motiverat att införa ett tydligt krav på att erbjuda hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans på andra språk än svenska i den mån det är motiverat utifrån invånarnas behov.

Utredningen bedömer att det även fortsättningsvis kommer vara viktigt att erbjuda rådgivning på engelska, eftersom det är ett språk som talas av många och kan leda till att många personer kan använda sig av hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans. Därutöver kan det vara motiverat att erbjuda hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans på andra språk. Hur många eller vilka de språken är beror dock på befolkningens sammansättning och kan variera över tid. Genom ett krav på att erbjuda hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans på de språk, förutom svenska, som är motiverade utifrån befolkningens behov, förpliktigas regionen följa de behov som finns och säkerställa att dessa möts.

När det gäller information om hälso- och sjukvård på en webbplats resonerar utredningen på liknande sätt som i fråga om hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans, det vill säga att det är viktigt att informationen är tillgänglig för så många som möjligt, oavsett språkkunskaper. Samtidigt är det ett stort och omfattande arbete att tillgängliggöra fullständig skriftlig information på en webbplats på flera olika språk. Utredningen har gjort bedömningen att det är proportionerligt att ställa krav på att information om hälso- och sjukvård på en webbplats enligt den föreslagna 7 kap. 6 a § andra stycket HSL ska erbjudas på andra språk än svenska om det med hänsyn till informationens art, befolkningens behov och omständigheterna i övrigt framstår som lämpligt. Det innebär exempelvis att all information som finns på svenska inte behöver erbjudas även på andra språk, utan att det bland annat är informationens art och befolkningens behov som påverkar vilken information som ska erbjudas på andra språk samt vilka andra språk som blir aktuella.

Utöver svenska och andra språk enligt ovan, bedömer utredningen att det är lämpligt att i den föreslagna bestämmelsen med krav på språk erinra om att det finns särskilda krav i viss annan författning. I dag finns vissa bestämmelser som behöver beaktas exempelvis i lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk.

8.11.5 Särskilt om överföring av samtal vid allvarlig händelse

Förslag: Det införs en ny paragraf i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), 7 kap. 5 §, som innebär att den som bedriver hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans, om behov finns, vid allvarlig händelse, ska besvara samtal från enskilda som vistas i andra regioner och överföra samtal till de som bedriver sådan verksamhet i andra regioner. I paragrafen anges att regionen ska säkerställa att den som bedriver sådan verksamhet har en teknisk lösning som möjliggör detta.

Med allvarlig händelse avses händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurserna måste organiseras, ledas och användas på särskilt sätt.

Skälen för utredningens förslag: En av utredningens delfrågor inom uppdraget om en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning handlar om att utreda och lämna förslag, om så anses lämpligt, på hur en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning ska kunna upprätthållas vid kraftigt ökade behov av sjukvårdsrådgivning på grund av större kriser eller samhällsstörningar.

Det ökade behovet av hälso- och sjukvårdsrådgivning blev tydligt i samband med utbrottet av covid-19 under våren 2020. I mars 2020 ökade trycket på 1177 Vårdguiden på telefon markant. Enligt uppgifter från Inera var trycket särskilt stort den 9–18 mars, då antalet inkommande samtal ökade från omkring 20–30 000 samtal per dag till 60–70 000 samtal flera dagar, och en toppnotering på nära 160 000 samtal den 12 mars. Denna kraftigt ökade belastning medförde långa kötider och att en betydande del av samtalen möttes av överbelastningsbesked eller inte kom fram. Flera åtgärder vidtogs för att försöka bemöta det ökade söktrycket. Bland annat införskaffades teknisk utrustning för fler telefonlinjer, bemanningen utökades och viss samverkan mellan regionerna kring att besvara samtal inleddes.

Utredningen menar att ett antal åtgärder bör vidtas för att se till att så många som möjligt, både vid kris och när det inte råder kris, kan få sitt informationsbehov tillfredsställt på andra sätt än genom att ta personlig kontakt med hälso- och sjukvårdsrådgivningen, så att en bemannad hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans i första hand kan hjälpa dem som är i behov av individualiserade råd. Men även om

förbättrad och lättillgänglig hälso- och sjukvårdsinformation och digitala självservicetjänster tillhandahålls behövs beredskap för utökad bemanning till följd av ökat behov av hälso- och sjukvårdsrådgivning via telefon eller andra kanaler när det råder kris.

Ett sätt att öka förutsättningarna att det finns tillräcklig bemanning för att kunna upprätthålla hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans i tider av kris är att säkerställa att det finns möjligheter att nyttja bemanningen på ett så effektivt sätt som möjligt. Utredningen föreslår därför att den som bedriver verksamhet för hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans, om behov finns vid allvarlig händelse, ska besvara samtal från enskilda som vistas i andra regioner och överföra samtal till de som bedriver sådan verksamhet i andra regioner.

Den definition av allvarlig händelse som finns i förslaget motsvarar definitionen av allvarlig händelse i 2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

Huruvida ett behov av sådant samarbete som föreskrivs i bestämmelsen föreligger behöver avgöras i varje enskilt fall. Aspekter som kan vara relevanta att beakta inom ramen för bedömningen av om ett behov föreligger är exempelvis vilken typ av allvarlig händelse det är fråga om, vilket geografiskt område och hur många som berörs samt det förväntade sökmönstret till hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans.

Utredningen ser också ett behov av att särskilt tydligt understryka regionens ansvar för att säkerställa att sådan teknisk lösning används som möjliggör för ovan beskrivet samarbete. Ytterst är det regionens ansvar att organisera hälso- och sjukvården så att tjänsten kan tillhandahållas på ett sådant sätt att samtliga krav uppfylls. Anledningen till att utredningen bedömer det motiverat att särskilt lyfta fram att förutsättningar genom tekniska lösningar säkerställs av regionen är att utredningen ser en tendens till minskad samverkan kring tekniska lösningar vilket vid en allvarlig händelse skulle kunna medföra att samtal inte kan överföras eller tas emot. I bestämmelsen anges dock inte att samma tekniska lösning behöver användas i samtliga regioner eller vilka lösningar det är fråga om. Det relevanta är att de möjliggör sådan överföring av samtal som föreslås regleras.

I dagsläget finns möjlighet för majoriteten av regionerna att samverka kring att besvara samtal. Det innebär att de kan hjälpa varandra att besvara varandras samtal i händelse av kris, vid behov eller

önskan. Utredningen menar att denna möjlighet är en viktig förutsättning för att säkra tillgången till hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans även under tider av kris, men för att det ska finnas någon verklig nytta med att möjligheten finns krävs att regionerna också använder möjligheten.

Tidigare uppföljningar har visat att den totala bemanningen nyttjas mer effektivt när inkommande samtal fördelas utifrån ledig kapacitet snarare än regiontillhörighet. Det har särskilt varit de riktigt långa kötiderna som har minskat. Därtill har antalet överbelastningssamtal, det vill säga sådana samtal som inte får möjlighet att ställas i kö på grund av att kötiden bedöms vara för lång, nästintill försvunnit helt. Dessa analyser har inte gjorts i kris eller när söktrycket har varit exceptionellt högt, men utredningen menar att det generella resultatet, att det är mer effektivt att samverka, sannolikt gäller även i sådana situationer.

Att ge hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans är inte en lätt uppgift och den kräver utbildning och erfarenhet. Utredningen menar att det är en fördel att i första hand använda den personal som har erfarenhet av rådgivning på distans med den teknik och utifrån det rådgivnings- och hänvisningsstöd som används i arbetet på ett så effektivt sätt som möjligt. Det är möjligt att ytterligare bemanning ändå behöver kallas in. Men en kris som medför stora behov av hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans innebär sannolikt att även andra delar av hälso- och sjukvården behöver förstärkas, vilket medför att det finns begränsat med personal med rätt kompetens att tillgå. Detta talar också för att bemanningen behöver nyttjas på bästa möjliga sätt.

Utredningen menar att det är en fördel om regionerna kan hjälpas åt att besvara samtal både vid en nationell kris, som covid-19-pandemin, och vid en kris som i första hand drabbar en eller ett antal regioner. Vid en mer regional kris vore det av stort värde för befolkningen i den eller de drabbade regionerna om erfaren personal från andra delar av landet kunde bidra till att besvara samtal.

Fördelen med att regionerna kan hjälpas åt att besvara de inkommande samtalen gäller inte enbart telefonin, utan även andra kommunikationskanaler om eller när det blir vanligare, exempelvis chatt eller video. Förslaget hindrar inte regionerna att hjälpas åt också i sådana fall, men av tidigare angivna skäl bedömer utredningen att det i dagsläget är viktigast att säkra hälso- och sjukvårdsrådgivning via

telefon för att säkerställa att tjänsten är tillgänglig för så många som möjligt.

Förslaget hindrar inte heller regionerna att hjälpas åt att besvara samtal och kontakter som tas via andra kommunikationskanaler även i andra situationer än när det råder kris. Men utredningen menar att det är särskilt viktigt att det sker vid allvarlig händelse, när det uppstår ett stort behov av hälso- och sjukvårdsrådgivning. Även i tider utan kris finns det fördelar med att regionerna kan hjälpas åt, men utredningen har också uppfattat att det är viktigt med regional förankring och lokalkännedom och att regionerna upplever vissa svårigheter med att alltid hjälpas åt med samtalen. Utredningens samlade bedömning är därför att krav på att hjälpas åt är rimligt att ställa åtminstone i kris, då fördelarna kan vara särskilt stora och av särskilt nationellt intresse. Däremot väljer utredningen att lämna beslutet om att genomföra samarbete kring samtalen när det inte råder kris till regionerna.

Utredningen har övervägt olika typer av bestämmelser för att åstadkomma att de som bedriver hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans vid allvarliga händelser kan besvara samtal från personer som befinner sig i andra regioner. Bland annat har det övervägts att ställa detaljerade krav på tekniska lösningar och funktioner. Sådana typer av krav har dock inte varit möjliga att utforma inom ramen för utredningens uppdrag.

Även om den föreslagna bestämmelsen i 7 kap. 5 § HSF inte fullt ut motsvarar vad som sägs i den föreslagna bestämmelsen i 7 kap. 6 a § HSL, när det gäller att tillhandahålla rådgivningen till den som vistas i regionen respektive i en annan region, är utredningens bedömning att bestämmelsen i vart fall täcks av bemyndigandet i 6 kap. 2 § 3 HSL.

8.11.6 Överenskommelse mellan staten och SKR för gemensam utveckling av hälso- och sjukvårdsrådgivningen

Förslag: Regeringen tar initiativ till en flerårig överenskommelse mellan staten och SKR om vissa av de delar som utredningen har bedömt som viktiga för att uppnå en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen bedömer att det finns delar i det samordnade regionala basuppdraget som utredningen specificerat som inte lämpar sig för författningsreglering, till exempel delar som kräver en hög grad av flexibilitet och anpassning till en snabb teknikutveckling. Utredningen föreslår därför att författningsregleringen kompletteras med en överenskommelse mellan staten och SKR. Författningsregleringen och överenskommelsen skulle alltså beröra olika saker. Med en sådan kombination skulle tillgången till och samverkan kring hälso- och sjukvårdsrådgivning säkras långsiktigt genom författningsreglering medan andra delar som behöver mindre långsiktighet och mer flexibilitet skulle hanteras genom överenskommelsen. Sammantaget skulle då en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning, med större möjligheter till utveckling av nya digitala tjänster och verktyg, kunna uppnås. Staten skulle bidra med ekonomiska medel för att främja utvecklingen av gemensamma tjänster och lösningar för hälso- och sjukvårdsrådgivningen, givet att regionerna åtar sig att medverka i de nationellt gemensamma lösningarna.

Innehållet i överenskommelsen mellan staten och SKR behöver tas fram och formuleras av parterna. Men i enlighet med det samordnade regionala basuppdrag som utredningen har specificerat föreslår utredningen att följande områden ingår:

- Insatser för att säkerställa och utveckla arbetet med att den information som tas fram och tillhandahålls av den nationella redaktionen inom 1177 Vårdguiden är samstämmigt med övriga kunskapsstöd.
- Insatser för att öka den nationellt gemensamma informationen som publiceras på 1177.se. Det kan exempelvis handla om att göra en översyn av vilka regionala tillägg som görs och utifrån det analysera vilka insatser som kan göras från den nationella redaktionen inom 1177 Vårdguiden för att minska behovet av regionala tillägg.
- Regiongemensam utveckling och användning av nya typer av tjänster, exempelvis chatt och video inom hälso- och sjukvårdsrådgivningen.

- Insatser för att regionerna kommer överens om ett urval av e-tjänster och självtjänster som ska tillhandahållas till befolkningen i hela landet. Här bör även e-tjänster som inte är direkt hälso- och sjukvårdsrådgivande ingå, det vill säga sådana tjänster som syftar till att öka invånarnas tillgång till information och öka möjligheterna för patienterna att ta del av och bli delaktig i sin egen vårdprocess.
- Uppföljning och analys av effekterna av nya digitala kommunikationssätt inom hälso- och sjukvårdsrådgivningen.

Utredningen bedömer att överenskommelsen behöver vara flerårig. Särskilt utveckling av nya typer av tjänster kräver längre tid och flerårig finansiering för att kunna genomföras på ett bra sätt.

Utredningen rekommenderar att parterna så långt som möjligt utformar överenskommelsen på ett sådant sätt som säkerställer att samtliga regioner bidrar till samordningen och använder de nationellt gemensamma tjänsterna som tillhandahålls och arbetas fram gemensamt.

8.11.7 Generellt goda förutsättningar för krisberedskap

Bedömning: Utredningen bedömer att kvalitetssäkrad, enhetlig och snabb information från en nationell redaktion inom hälso- och sjukvårdsrådgivningen är angeläget vid kris. Beredskap för utökad bemanning är en central aspekt för upprätthållande av en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning vid kris. Dessutom bör hälso- och sjukvårdsrådgivningen ingå i relevanta samverkansforum vid kris. Utredningen bedömer att förutsättningarna för att uppnå detta är goda, utifrån den reglering som finns i dag och de förslag som utredningen lämnar.

Skälen för utredningens bedömning: Vid alla händelser av kris och samhällsstörningar kan befolkningen antas vara i stort behov av information. För att stärka förutsättningarna att hälso- och sjukvårdsrådgivningen kan upprätthållas i större kriser eller samhällsstörningar som föranleder kraftigt ökade behov av hälso- och sjukvårdsrådgivning bedömer utredningen därför att tillhandahållande av

tydlig och kvalitetssäkrad allmän information om hälso- och sjukvård är centralt. Om så många som möjligt kan få sitt informationsbehov tillfredsställt på andra sätt än att ta personlig kontakt med hälso- och sjukvårdsrådgivningen kan en bemannad hälso- och sjukvårdsrådgivning i första hand hjälpa dem som är i behov av individualiserade råd.

Kvalitetssäkrad och enhetlig information om olika aspekter av krisen, bland annat hälso- och sjukvård, behöver ges till befolkningen, och den behöver nå befolkningen snabbt. Informationsspridningen bör ske i samverkan mellan relevanta aktörer, vilket innebär att regioner bör samverka med varandra men även med exempelvis kommuner, statliga myndigheter och organisationer när det är relevant. Informationen behöver ges enhetligt och samstämmigt via olika kanaler som befolkningen använder. I dagsläget är 1177.se en sådan viktig kanal. Det är en viktig källa till information och kunskap som befolkningen känner väl till och använder sig av. Att lättillgänglig, kvalitetssäkrad och enhetlig information snabbt finns där är därför viktigt. Ett sätt att möjliggöra det är att säkerställa att det finns en nationell redaktion som kan kallas in för omedelbart arbete och tillhandahålla uppdaterad information på webben som sprids samtidigt i alla regioner när det gäller nationella angelägenheter. Redaktionen kan bestå av den ordinarie personalen, men behöver kunna kallas in snabbt och den behöver ha mandat att förmedla information i hela landet.

Hälso- och sjukvårdsrådgivningen är en central funktion när det gäller att lämna information till invånarna, men också en viktig källa till information om vilken typ av frågor som finns bland invånarna. Erfarenheterna från hälso- och sjukvårdsrådgivningen bör tas tillvara när informationen till invånarna utformas. Då kan informationen anpassas efter invånarnas behov av information, och medföra att den bemannade hälso- och sjukvårdsrådgivningen avlastas.

Eftersom hälso- och sjukvårdsrådgivningen spelar en viktig roll vid kris bör den också ingå i relevanta samverkansforum och beredskapsforum.

Även om bra och lättillgänglig information tillhandahålls och informationsflödet skulle förbättras, behöver hälso- och sjukvårdsrådgivningen också ha beredskap för ett ökat behov av bemanning till följd av fler samtal (eller andra kontakter).

De förslag till författningsreglering som presenterats ovan bör bidra till bättre förutsättningar för att hälso- och sjukvårdsrådgivningen ska upprätthållas vid större kriser eller samhällsstörningar. Förslagen säkerställer att det finns möjlighet till hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans dygnet runt och att information om hälso- och sjukvård finns på en allmänt känd webbplats samt att regionerna samverkar om detta. Även förslaget till krav om att ta emot och överföra samtal syftar till att regionerna ska hjälpa varandra att besvara varandras samtal i samband med kris.

Utredningen föreslår också en överenskommelse mellan staten och SKR för att komplettera förslagen om författningsreglering. Här föreslår utredningen att fortsatt nationellt gemensamt arbete med att utveckla flera digitala tjänster bör ingå. Sådana tjänster bör också kunna avlasta behovet av en bemannad hälso- och sjukvårdsrådgivning.

I övrigt konstaterar utredningen, utifrån vad som framgår av den övergripande redogörelsen i kapitel 3 att regionerna i dag omfattas av krav på att planera inför kriser och allvarliga händelser av olika slag. Samverkan är också en central del av krisberedskapsarbetet och reglerna om det. I regionernas planeringsansvar ingår bland annat att planera för samverkan vid allvarlig händelse, hur nödvändiga funktioner ska bemannas och hur behovet av information ska tillgodoses. När det gäller informationsförsörjning framgår det särskilt att informationsinsatserna ska samordnas dels i den egna organisationen, dels vid behov med myndigheter och organisationer på lokal, regional och nationell nivå. Det följer av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2013:22) om katastrofmedicinsk beredskap.

Utöver skyldigheten att planera för samverkan enligt de föreskrifterna omfattas samtliga regioner av samverkanskrav enligt 8 § förvaltningslagen och 7 kap. 7 och 8 §§ HSL. Därutöver föreslår utredningen ett tydligt krav om samverkan som särskilt tar sikte på hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans. Regioner kan få skälig ersättning för att lämna varandra hjälp vid en extraordinär händelse i fredstid, enligt 4 kap. 1 § krisberedskapsförordningen.

Utredningen noterar att det finns andra aktörer med uppdrag att lämna allmän information till allmänheten om kriser. Det gäller exempelvis den information som ges via telefonnumret 113 13 och på krisinformation.se. I detta avseende vill utredningen särskilt

erinra om regionernas och statliga myndigheters skyldighet att samverka med varandra.

Det finns alltså flera krav på att regionerna ska planera inför kris och allvarliga händelser och på att de inför och vid sådana situationer ska samverka med varandra (och med andra aktörer) på ett sådant sätt som utredningen bedömer är nödvändigt. Statliga myndigheter, såsom länsstyrelserna och Socialstyrelsen, ska också stödja regionernas krisberedskapsarbete, samverkan och samordning, utifrån myndigheternas geografiska områdesansvar respektive sektorsansvar.

8.11.8 Utredning om nationell digital infrastruktur

Förslag: Regeringen tillsätter en utredning med uppdrag att lämna förslag på hur en nationell digital infrastruktur inom hälso- och sjukvården kan utformas och regleras.

Skälen för utredningens förslag: I utredningens deluppdrag om en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning ingår att analysera möjligheter att tillhandahålla nya typer av digitala tjänster eller funktioner när det gäller till exempel självservice eller artificiell intelligens. Utredningens sammantagna bild är att det behövs förbättrade förutsättningar för en nationell digital infrastruktur inom hälso- och sjukvården för att det ska vara möjligt att tillhandahålla sådana nya typer av tjänster och funktioner på ett ändamålsenligt sätt. I utredningens arbete har det framkommit att förbättrade förutsättningar för en nationell digital infrastruktur också behövs av andra skäl, exempelvis för att främja arbetet med gemensam produktionsplanering och för att säkerställa att det finns möjlighet att samarbeta kring besvarande av samtal inom ramen för hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans. Utredningen menar att det finns behov av en nationell digital infrastruktur där olika system som används i olika delar av landet och i olika delar av hälso- och sjukvården är kompatibla med varandra och kan kommunicera med varandra.

Utredningen har uppfattat att nationellt utvecklingsarbete av nya gemensamma digitala tjänster, exempelvis inom 1177 Vårdguiden, är mer komplex än vid utveckling i en enskild region. Detta eftersom regionerna använder olika journalsystem, olika vårdadministrativa

system och olika standarder och begrepp som gemensamma digitala tjänster måste anpassas till. Dessutom ska de lösningar som tas fram genom Inera vara kompatibla med övriga tjänster som Inera levererar till regionerna och även med andra externa tjänster som de också kan vara beroende av. Detta mer komplexa utvecklingsarbete kan både vara tidskrävande och kostnadsdrivande, vilket i sin tur kan leda till att regioner utvecklar egna lösningar.

Den digitala infrastrukturen inom hälso- och sjukvården har berörts av flera tidigare utredningar. Ett exempel är E-hälsokommittén som bland annat föreslog att en ny nämnd skulle inrättas, *Samverkansnämnden*, som enligt förslaget skulle besluta om krav på interoperabilitet vid behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården med stöd av en ny förordning. Enligt förslaget skulle bland annat vårdgivare bli skyldiga att följa nämndens beslut.[54] Ett annat exempel är utredningen *Styrning för en mer jämlik vård* som bland annat föreslog en utredning med uppdrag att utreda om det är ändamålsenligt att staten tar över ansvaret för infrastrukturen när det gäller information i hälso- och sjukvård och socialtjänst. De menade att även om informations- och it-frågor utretts tidigare har frågan om att utbyta patientinformation mellan huvudmän och verksamheter i samband med utomlänsvård inte behandlats tillräckligt. I sammanhanget menade de också att det kunde ifrågasättas om det är rimligt och kostnadseffektivt med 21 olika sätt att organisera it-infrastruktur i regionerna (och fler med kommunerna).[55]

Det pågår också flera arbeten för att förbättra den digitala infrastrukturen inom hälso- och sjukvården, bland annat inom *Första linjens digitala vård* som drivs av Inera. Flera myndigheter arbetar också med frågor relaterade till en digital infrastruktur, däribland Myndigheten för digital förvaltning (DIGG), E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsen. E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsen arbetar på olika sätt med att exempelvis skapa standarder, kodverk och specifikationer som bidrar till mer nationell enhetlighet när de används.

DIGG leder på uppdrag av regeringen ett arbete med att etablera en förvaltningsgemensam digital infrastruktur för informationsutbyte. Sverige saknar flera av de förvaltningsgemensamma lösningar för informationsutbyte som finns i jämförbara länder. Bristen på en

[54] SOU 2015:32, *Nästa fas i e-hälsoarbetet*.
[55] SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*.

nationell digital infrastruktur och avsaknaden av styrning och samordning har lett till många olika myndighets- och sektorsspecifika lösningar, som skiljer sig från varandra. Genom att säkerställa att det finns en infrastruktur som alla myndigheter, kommuner, regioner och privata utförare kan använda sig av förbättras flera av de övergripande förmågor som förvaltningen behöver för att kunna leverera effektiv, säker och innovativ digital service.[56,57] DIGG:s arbete fokuserar i stor utsträckning på att utveckla sektorgemensamma lösningar, det vill säga en digital infrastruktur som fungerar inom exempelvis både hälso- och sjukvården, för kommuner och inom skolområdet.

Både Första linjens digitala vård och DIGG:s uppdrag som nämns ovan ingår som prioriterade satsningar i Vision e-hälsa. I genomförandeplanen för Vision e-hälsa ingår därutöver målsättningar och aktiviteter som berör enhetligare begreppsanvändning och standarder. Bland annat anges att målsättningen för arbetet inom visionen under åren 2020–2022 är att öka takten i införande av gemensamma begrepp, termer och klassifikationer i verksamheternas it-stöd. Arbetet ska också bestå i att fortsätta arbeta utifrån ett gemensamt ramverk av standarder för interoperabilitet.[58]

Utredningen har inte haft möjlighet att göra några omfattande analyser av situationen med den nationella digitala infrastrukturen inom ramen för det befintliga direktivet, men kan konstatera att det är en central aspekt i många olika frågor och en aspekt som ofta lyfts fram som ett problem. Även om det pågår flera utvecklingsarbeten anser utredningen att det är svårt att se vem som har huvudansvaret för att driva utvecklingen mot en gemensam nationell digital infrastruktur inom hälso- och sjukvården.

Utredningen uppfattar att den befintliga beslutsstrukturen leder till att olika regioner och andra vårdgivare, och även statliga myndigheter, alla har möjlighet att fatta beslut om vilka tekniska lösningar de ska använda (inom ramen för gällande lagstiftning). Det ser utredningen som ett hinder för att åstadkomma en nationell digital infrastruktur. Samtidigt har en nationell digital infrastruktur åter-

[56] Regeringsbeslut I2019/03306/DF, *Uppdrag att etablera en förvaltningsgemensam digital infrastruktur för informationsutbyte*.
[57] Myndigheten för digital förvaltning (DIGG). 2021. *Etablera en förvaltningsgemensam digital infrastruktur för informationsutbyte*, www.digg.se/utveckling-av-digital-forvaltning/digital-infrastruktur, uttag 2021-05-20.
[58] Vision e-hälsa. 2020. *Genomförandeplan 2020–2022*, version november 2020.

kommit flera gånger som ett önskemål i utredningens breda kontakter. Utredningen föreslår därför att regeringen tillsätter en utredning med uppdrag att lämna förslag på hur en nationell digital infrastruktur inom hälso- och sjukvården kan utformas och regleras.

9 Vidareutveckling av överenskommelsen om ökad tillgänglighet

I detta kapitel ges först en introduktion till utredningens uppdrag kring hur överenskommelsen om kömiljarden kan vidareutvecklas, följt av en beskrivning av hur deluppdraget genomförts. Därefter ges en kort bakgrund till statlig styrning via överenskommelser och en beskrivning av kömiljardens upplägg 2009–2014 respektive den nya, uppdaterade kömiljarden för åren 2019–2021. Efter det följer utredningens bedömningar och förslag kring vidareutveckling av överenskommelsen inklusive modell för uppföljning och prestationsersättning för kortare väntetider. Slutligen följer ett avsnitt om för- och nackdelar med regionala och samverkansregionala överenskommelser.

Utredningen lämnar i detta kapitel förslag på överenskommelsens innehåll i enlighet med direktivets formuleringar. Det är dock överenskommelsens parter, det vill säga staten och SKR, som slutligen formulerar innehållet.

9.1 Utredningens uppdrag

Av utredningens direktiv framgår att staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) i juni 2019 ingick en överenskommelse om en ny, uppdaterad kömiljard. Därefter har fortsatta överenskommelser slutits för åren 2020 och 2021.

Överenskommelserna består av två block. Det första blocket innefattar prestationskrav kopplade till regionens väntetider och uppfyllnadsgrad av vårdgarantin. Det andra blocket handlar om att regionerna ska bedriva ett strategiskt tillgänglighetsarbete och förbättra sin väntetidsstatistik.

Överenskommelserna har utvecklats jämfört med den kömiljard som fanns 2009–2014, men behöver enligt direktivet fortsätta att utvecklas för att bli så ändamålsenliga och kostnadseffektiva som möjligt. Prestationskraven ska successivt utvecklas och bli mer omfattande, liksom att fler delar av vårdkedjan ska inkluderas. Arbetet bör i ökad utsträckning utgå från regionala behov, förutsättningar och utmaningar för att ge kommuner och regioner bättre planeringsförutsättningar. Samtidigt behöver överenskommelsen vara enkel att kommunicera, transparent för berörda parter och möjliggöra effektiv uppföljning och utvärdering. Utredningen ska därför:

– med särskild hänsyn till behoven hos personer med kroniska sjukdomar, lämna förslag på hur överenskommelsen om kömiljarden kan vidareutvecklas för att bli så ändamålsenlig och kostnadseffektiv som möjligt,
– lämna förslag på huvudsakligt innehåll, utformning av prestationskrav, modell för fördelning av medel, hur fler delar av vårdkedjan kan inkluderas samt hur krav på inrapportering och uppföljning av data bör formuleras,
– redogöra för möjliga styreffekter, till exempel risken för eventuella undanträngningseffekter, samt potentiella för- och nackdelar när det gäller förslagen om kömiljardens vidareutveckling,
– med hänsyn till befintliga strukturer, till exempel överenskommelser mellan staten och SKR samt tidigare gjorda utvärderingar och granskningar av överenskommelser som styrmedel, analysera för- och nackdelar med regionala och samverkansregionala överenskommelser mellan staten och regionerna, och
– lämna nödvändiga författningsförslag.

Utifrån direktivets formulering tolkar utredningen det som att det inte finns något utrymme att överväga om överenskommelsen ska innehålla prestationskrav med ersättning utifrån väntetidsresultat eller inte. Direktivet är i stället formulerat som att det handlar om hur modellen för prestationskrav med ersättning ska utvecklas ytterligare.

9.2 Utredningens arbetssätt

När det gäller de delar av överenskommelsen som handlar om den prestationsbundna ersättningsmodellen och förbättrad väntetidsstatistik har utredningen tagit utgångspunkt i:

- de överenskommelser om kömiljarden och ökad tillgänglighet som slutits under perioden 2009–2014 och 2019–2021,
- myndigheternas uppföljningar av vårdgarantin och kömiljarden, samt
- Riksrevisionens och Statskontorets granskningar av överenskommelser som statliga styrmedel inom hälso- och sjukvården.

Detta sammanfattas i de första avsnitten i kapitlet och har i kombination med diskussioner i delegationen, expertgruppen och referensgrupperna lett fram till de förslag som läggs. Även statistik från SKR:s väntetidsdatabas om hur situationen ser ut i nuläget och resultat från andra deluppdrag inom utredningen har bidragit.

Resultaten av utredningens uppdrag att stödja regionerna i arbetet med regionala handlingsplaner som beskrivs i kapitel 5, har också lett till en del av utvecklingen av överenskommelsen.

9.3 Statlig styrning med överenskommelser

9.3.1 Riksrevisionens granskningar

Överenskommelser med SKR är ett styrmedel som regeringen använder för att få genomslag för den nationella inriktningen på politiken. Riksrevisionen beskriver i rapporten *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej* från 2014 att en överenskommelse i korthet kan sägas innebära en uppgörelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL, nuvarande SKR) om att tillsammans åstadkomma något inom hälso- och sjukvården. Riksrevisionen konstaterar att de är frivilliga, icke bindande erbjudanden till landstingen (nuvarande regioner), men att det samtidigt är svårt för både SKL och landstingen att stå utanför. Den viktigaste orsaken till att det är svårt för landstingen att avstå från att delta i en överenskommelse uppges vara att överenskommelserna innehåller ekono-

miska medel. En annan förklaring som ges är att det kan uppfattas som att landstingen går emot sin egen organisation om de inte deltar, eftersom det är SKL som ingår överenskommelserna med regeringen.[1]

Överenskommelser av olika slag har använts i den statliga styrningen en längre tid. Den så kallade Dagmaröverenskommelsen, från år 1985 var länge den dominerande överenskommelsen[2]. Dagmaröverenskommelsen ersatte landstingen för vissa överenskomna kostnader eller uppgifter. Den innehöll inte prestationsbaserad ersättning.[3]

I rapporten beskrivs år 2007 som en startpunkt för den form av överenskommelser som finns i dag. Då infördes Sjukskrivningsmiljarden som var den första överenskommelsen inom Socialdepartementets område som innehöll någon form av prestationsbaserad ersättning. Därefter kom Rehabiliteringsgarantin år 2008, och sedan kömiljarden med start år 2009.[4]

Riksrevisionen konstaterar att det under perioden 2007–2014 fanns en utveckling mot allt mer prestationsersättning i överenskommelserna och att de innehöll en mängd detaljerade krav på landstingen. I Riksrevisionens rapport framgår bland annat följande:[5]

- Mängden överenskommelser som pågår samtidigt, och det stora antal krav som de innebär sammantaget, gör det komplicerat för landstingen. Överenskommelserna upplevs inte vara samordnade.
- Det finns en risk att överenskommelserna tränger undan landstingens egen styrning av vården. Det finns också en risk att vissa patientgrupper, som inte är i fokus i överenskommelserna trängs undan.
- Det finns en risk att viljan att uppnå kraven i överenskommelserna leder till alltför enkla och kortsiktiga lösningar på komplexa problem, och att arbetet upphör när överenskommelsen avslutas.
- Myndigheternas uppföljningar av överenskommelserna visar ofta både positiva och negativa aspekter. En positiv aspekt som i princip alltid framkommer är att överenskommelserna innebär ett

[1] Riksrevisionen. 2014. *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej*, RiR 2014:20.
[2] Riksrevisionen. 2017. *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet*, RiR 2017:3.
[3] Riksrevisionen. 2014. *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej*, RiR 2014:20.
[4] Ibid.
[5] Ibid.

ökat fokus på den aktuella frågan. Negativa aspekter som framkommer är exempelvis att överenskommelserna blir starkt styrande för landstingen, att verksamheter kan lämna felaktiga uppgifter för att nå målen, och att kortsiktigheten med årliga överenskommelser gör det svårt att hinna förändra de underliggande orsakerna till problemen.

- Landstingens förutsättningar att planera arbetet inom överenskommelserna är dåliga, bland annat för att överenskommelserna inte kommer vid rätt tidpunkt i förhållande till regionernas budgetarbete. Överenskommelser beslutas ofta i december, då landstingens budget och planer för kommande år redan är fastlagda. I vilken utsträckning och efter vilken princip medlen fördelas vidare ut till verksamheter är upp till varje landsting att bestämma, och detta varierar mellan landstingen. Det kan också finnas svårigheter för landstingen att dela ut ersättningen till verksamheterna av redovisningstekniska skäl, till följd av att ersättningen kommer så sent på året.

Utifrån granskningen riktar Riksrevisionen följande rekommendationer till regeringen i syfte att förbättra överenskommelsernas utformning och roll i hälso- och sjukvården:[6]

- Minska antalet överenskommelser så att landstingen klarar att ta emot dem.
- Ge landstingen större handlingsutrymme och rimliga förutsättningar att planera.
- Var restriktiv med prestationsersättning i överenskommelserna.
- Om prestationsersättning ska användas i fortsättningen bör regeringen utreda och förtydliga hur landstingen ska redovisa ersättningen.

Det är ett antal år sedan Riksrevisionens granskning genomfördes, och utredningen har inte funnit någon senare eller uppdaterad kartläggning eller granskning av regeringens överenskommelser med ett sådant samlat grepp. Det är däremot vanligt att enskilda överenskommelser följs upp. Det är möjligt att en liknande omfattande

[6] Ibid.

granskning skulle ge andra resultat om den gjordes i dag. Utredningen har inte gjort någon sådan granskning, men kan konstatera att flera av Riksrevisionens resultat från år 2014 har belysts även i utredningens dialoger med regionernas kontaktpersoner för de regionala handlingsplanerna. Det handlar exempelvis om mängden olika överenskommelser, en upplevd brist på samordning mellan de olika överenskommelserna, och att det vore önskvärt med mer långsiktighet och längre tidshorisonter för att möjliggöra bättre planering av arbetet i regionerna. Men de lyfter även fram att det positiva med överenskommelser är att de sätter fokus på en fråga.

I rapporten *Statens styrning genom riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården*[7] från 2016 belyser Riksrevisionen ytterligare försvårande faktorer med riktade statsbidrag. Bland annat tar man upp svårigheten för regeringen att i förväg förutse vilka effekter riktade statsbidrag kommer att leda till, då det finns en rad faktorer inom landstingen som regeringen inte kan styra över som påverkar utfallet. Landstingens storlek, organisering och inre styrning är exempel på sådana faktorer som lyfts. Riksrevisionen lyfter också att det ofta är svårt att i efterhand ta reda på vilka effekter som statsbidragen haft, bland annat till följd av otydliga mål och brist på data, att det inte går att följa upp hur medlen har använts, att det är svårt att isolera effekten av enskilda insatser samt att det kan finnas samverkande satsningar. Angående samverkande insatser lyfts särskilt de parallella satsningarna med vårdgarantin och kömiljarden.

9.3.2 Statskontorets rapport

Statskontoret bedömer i rapporten *Överenskommelser som styrmedel*[8] från 2014 att överenskommelser kan vara ett effektivt styrmedel för regeringen för att prioritera ett område och samtidigt tillvarata de lokala förutsättningarna, men att styrmedlet bör användas restriktivt för att inte vara kontraproduktivt. Överenskommelser fyller en funktion i de fall där regeringen ser behov av att komplettera den sedvanliga styrningen med mer samverkan, exempelvis i frågor som kräver gemensamt lärande. Statskontoret pekar även på att överenskommelsers styreffekter kan stärkas genom att problembilden delas

[7] Riksrevisionen. 2016. *Statens styrning genom riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården*, RiR 2016:29.
[8] Statskontoret. 2014. *Överenskommelser som styrmedel*.

och att insatsområdena accepteras av såväl regeringen, landstingen som verksamheterna.

Även Statskontoret lyfter problematiken med att överenskommelser är årliga och att medlen i överenskommelser fördelas på årsbasis, eftersom det leder till svårigheter för landstingen att planera långsiktigt. I rapporten konstaterar Statskontoret att problemet delvis kan avhjälpas om den huvudsakliga inriktningen i överenskommelserna ligger kvar i flera år. När det gäller prestationsbaserad ersättning lyfts i rapporten att användandet av krav på relativ förbättring snarare än absoluta nivåer kan bidra till att incitamenten blir både mer rättvisa och mer stimulerande för regionerna.

9.4 Kömiljarden 2009–2014

Kömiljarden var en av de första överenskommelserna med prestationsbaserad ersättning som infördes i hälso- och sjukvården. I januari 2009 slöts en överenskommelse mellan staten och SKL om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti genom en prestationsbaserad modell där krav på resultat var en förutsättning för att få ta del av medlen. Prestationskraven i överenskommelserna reviderades därefter årligen enligt tabell 9.1 fram till år 2014 då överenskommelserna om kömiljarden upphörde[9,10,11,12].

För att ett landsting skulle kunna ta del av medlen fanns även krav på att landstinget i början av året lämnade in en handlingsplan i vilken det bland annat skulle framgå vilka åtgärder de avsåg att vidta för att uppnå kraven i vårdgarantin. En annan förutsättning för att få ta del av medlen var att landstinget rapporterade väntetider till den nationella väntetidsdatabasen enligt en nationellt överenskommen metod.

[9] Regeringskansliet. 2010. *Godkännande av en överenskommelse om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård*, S2010/9125/HS.
[10] Regeringskansliet. 2011. *Godkännande av en överenskommelse om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård*, S2011/11007/FS.
[11] Regeringskansliet. 2012. *Godkännande av en överenskommelse om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård 2013*, S2012/8767/FS.
[12] Regeringskansliet. 2013. *Godkännande av en överenskommelse om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård 2014 (kömiljarden)*, S2013/8788/FS.

Tabell 9.1 Prestationskrav kopplade till väntetider i kömiljarden mellan åren 2009–2014

År som grund för fördelning	Prestationskrav	Ekonomiska medel
2009 och 2010	• 80 % av patienterna har väntat högst 90 dagar på besök	450 miljoner kronor
	80 % av patienterna har väntat högst 90 dagar på behandling	450 miljoner kronor
	• 90 % av patienterna har väntat högst 90 dagar på besök	50 miljoner kronor
	• 90 % av patienterna har väntat högst 90 dagar på behandling	50 miljoner kronor
2011 och 2012	• 70 % av patienterna har väntat högst 60 dagar på besök	400 miljoner kronor
	• 70 % av patienterna har väntat högst 60 dagar på behandling	400 miljoner kronor
	• 80 % av patienterna har väntat högst 60 dagar på besök	100 miljoner kronor
	• 80 % av patienterna har väntat högst 60 dagar på behandling	100 miljoner kronor
2013 och 2014	• 70 % av patienterna har väntat högst 60 dagar på besök respektive behandling	Grundläggande krav
	• 70 % av patienterna har genomfört besök inom 60 dagar	347 miljoner kr år 2013 342 miljoner kr år 2014
	• 70 % av patienterna har genomgått behandling inom 60 dagar	347 miljoner kr år 2013 342 miljoner kr år 2014
	• 80 % av patienterna har genomfört besök inom 60 dagar	147 miljoner kr år 2013 145 miljoner kr år 2014
	• 80 % av patienterna har genomgått behandling inom 60 dagar	147 miljoner kr år 2013 145 miljoner kr år 2014

Källa: Utredningens sammanställning baserat på respektive års överenskommelse.

Som framgår av tabell 9.1 fanns det en tydlig koppling till vårdgarantin i kömiljarden mellan åren 2009 och 2014. Ersättningen till landstingen baserades på prestation i form av följsamhet till de delar av vårdgarantin som är kopplade till den specialiserade vården, det

vill säga besöks- respektive behandlingsgarantin. I överenskommelserna från 2009 och 2010 utvärderades följsamheten till vårdgarantins tidsgränser om 90 dagar. I överenskommelserna från 2011 till 2014 ökades ambitionen för att ytterligare förbättra tillgängligheten och tidsgränsen i prestationsmodellen sänktes från de lagstadgade 90 dagarna till 60 dagar. Samtidigt sänktes kraven på hur stor andel av patienterna som skulle ha fått vård inom de uppsatta tidsgränserna för att prestationskravet skulle vara uppfyllt. Som framgår av tabell 9.1 varierade även fördelningen av medel för de olika prestationskraven mellan åren.

9.5 Uppföljning av kömiljarden 2009–2014

Både Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft i uppdrag att utvärdera kömiljarden och vårdgarantin.

Samma år som kömiljarden infördes fick Socialstyrelsen ett treårigt uppdrag att följa upp kömiljarden, och även vårdgarantin. Något senare fick myndigheten ett tilläggsuppdrag om en fördjupad analys av eventuella undanträngningseffekter. Även tidigare hade Socialstyrelsen haft uppdrag som handlade om att följa upp och utvärdera vårdgarantins effekter och resultat.[13]

I den slutliga avrapporteringen av uppdraget om att följa upp vårdgarantin och kömiljarden konstaterade Socialstyrelsen att kömiljarden hade varit ett kraftfullt incitament för att få landstingen (nuvarande regionerna) att fokusera på åtgärder mot långa väntetider. Antalet patienter som väntade på ett besök eller en behandling inom den specialiserade vården minskade mellan 2009 och 2011, och allt färre av de väntande hade en väntetid över 90 dagar. Den samlade bedömningen var att vårdgarantin och kömiljarden hade haft positiva effekter och ökat tillgängligheten, men också att det delvis hade skett på bekostnad av andra patientgruppers tillgänglighet, till följd av ändrade prioriteringar och remissrutiner. Patienter som behövde komma på kontroller och återbesök var i fokus för analysen om undanträngning. Socialstyrelsen kunde inte avgöra omfattningen av de positiva effekterna och i vilken mån de övervägde de negativa. Även bristande information och kunskap om vårdgarantin, och

[13] Socialstyrelsen. 2012. *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011*.

behov av bättre underlag för uppföljning, lyftes fram redan i dessa tidiga uppföljningar.[14]

De nästkommande åren fick Socialstyrelsen också i uppdrag att följa upp vårdgarantin och kömiljarden. De sammantagna slutsatserna kan övergripande sägas vara att det sågs en viss positiv effekt på tillgängligheten, men den var störst de första åren och avtog sedan och väntetiderna stabiliserades på en något lägre nivå. Skillnader mellan landstingen bestod.[15,16]

I samband med uppföljningarna har Socialstyrelsen också gjort fördjupade analyser av undanträngning av patientgrupper. Två av analyserna fokuserade på återbesök för patienter med grön starr respektive diabetes. Här var slutsatsen att det inte gick att fastställa att undanträngning förekommer. En tredje analys berörde i stället prioriteringar inom väntetidslistan för patienter som väntade på behandling för grå starr. Här menade Socialstyrelsen att resultaten tydde på att undanträngning förekommit genom att väntetiderna för lägre prioriterade grupper hade förbättrats på bekostnad av högre prioriterade patienters väntetid.[17]

År 2013 fick Myndigheten för vårdanalys (nuvarande Myndigheten för vård- och omsorgsanalys) i uppdrag av regeringen att göra en samlad uppföljning av hur tre omfattande reformer under senare år – omregleringen av apoteksmarknaden, införandet av vårdvalssystem i primärvården samt vårdgarantin och den nära kopplade kömiljarden – hade påverkat tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. När det gäller den del som handlade om vårdgarantin och kömiljarden konstaterade myndigheten, i likhet med Socialstyrelsens tidigare slutsatser, att väntetiderna till framförallt den specialiserade vården hade kortats. Utifrån tidigare studier konstaterades också att det fanns vissa tecken på undanträngning.[18] Samtidigt har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys betonat att vårdgarantin är fullt möjlig att förena med medicinska prioriteringar, och inte per definition behöver innebära undanträngning. Det är hälso- och sjukvårdens ansvar att undanträngning inte sker, och att arbeta

[14] Ibid.
[15] Socialstyrelsen. 2013. *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012*.
[16] Socialstyrelsen. 2014. *Vårdgaranti och kömiljard, Uppföljning 2013*.
[17] Socialstyrelsen. 2013. *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012*.
[18] Myndigheten för vårdanalys. 2014. *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?*, rapport 2014:3.

parallellt med rimliga väntetider och medicinska prioriteringar är en viktig ledarskapsfråga.[19]

Det finns stora utmaningar med att analysera kömiljardens effekter. På grund av både datamässiga och metodologiska svårigheter har det inte kunnat gå att dra några säkra slutsatser. När det gäller effekten av kömiljarden är det grundläggande problemet att det är svårt att isolera kömiljarden från andra förändringar som sker i hälso- och sjukvården för att kunna slå fast att de förändringar som syns är ett resultat av just kömiljarden. Det är dessutom svårt att fastställa vilka förändringar som lett till eventuella förbättringar i väntetiderna – om det beror på systematiskt förbättrat arbete eller om det i första hand berodde på mer administrativa aspekter gällande köhanteringen.

Socialstyrelsen har exempelvis beskrivit att kömiljarden gav ett incitament att noga hålla ordning på väntelistorna, att rensa dem och hålla dem uppdaterade[20]. En del av de kortare väntetiderna kan alltså ha varit en rent administrativ effekt som egentligen inte direkt påverkade patienternas väntetid. Men även om kömiljarden hade en effekt eller inte, ledde den i alla fall inte till några långsiktiga förändringar, vilket Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterade[21].

När det gäller analyser av undanträngning av andra patientgrupper är det grundläggande problemet att det är svårt att hitta variabler som på ett tillfredsställande sätt beskriver patientens medicinska behov, vilket är en väsentlig information för att kunna avgöra om patienter prioriteras efter detta behov eller på andra grunder. En ytterligare svårighet är att avgöra om undanträngningen, om den finns, beror på kömiljarden, vårdgarantin eller på något annat.[22]

[19] Myndigheten för vårdanalys. 2015. *Varierande väntan på vård, Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2015:15.
[20] Socialstyrelsen. 2012. *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011*.
[21] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2017. *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2017:6.
[22] Myndigheten för vårdanalys. 2015. *Varierande väntan på vård, Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2015:15.

9.6 Ny överenskommelse om kömiljard

Av januariavtalet, en sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet från januari 2019, framgår att en uppdaterad kömiljard, som omfattar hela vårdkedjan och som särskilt tar hänsyn till kroniskt sjuka patienters behov skulle införas.

9.6.1 Kömiljarden 2019

I juni 2019 ingick staten och SKL (nuvarande SKR) i enlighet med januariavtalet överenskommelsen *En ny, uppdaterad kömiljard 2019 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*. Överenskommelsen syftade till, att tillsammans med en rad andra satsningar och reformer såsom standardiserade vårdförlopp och omställningen till den nära vården, åstadkomma förnyad kraft i arbetet med att förbättra tillgängligheten.[23]

Av överenskommelsen framgår att regeringen och SKL var överens om att det krävs ett bredare synsätt och att fler målsättningar ska inkluderas än vad som ingår i vårdgarantin, samtidigt som vårdgarantin fortfarande utgör en grundförutsättning för att ingen ska behöva vänta för länge på vård. En utökad uppföljning av väntetiderna möjliggör att väntetiderna för fler delar av vårdkedjan kan följas och inkluderas i kommande överenskommelser. En annan målsättning var att i större utsträckning kunna följa måldatum för väntetider som utgår från medicinska behov. Detta för att minska risken för undanträngning av patienter med större behov och med kroniska sjukdomar.[24]

Till skillnad från de tidigare överenskommelserna om kömiljarden (2009–2014) bestod den uppdaterade kömiljarden av två prestationsbundna block. Överenskommelsen omfattade totalt 1,6 miljarder kronor, varav 1,28 miljarder kronor gällde block 1 och 320 miljoner kronor block 2.[25]

Det första blocket innehöll prestationskrav som liksom tidigare var baserade på regionens väntetider och uppfyllnadsgrad av vård-

[23] Regeringskansliet. 2019. *Bemyndigande att underteckna en överenskommelse om en ny, uppdaterad kömiljard 2019*, S2019/02871/FS.
[24] Ibid.
[25] Ibid.

garantin. Även år 2019 var prestationskraven kopplade till väntetider för första besök respektive operation eller annan åtgärd inom den specialiserade vården. Till skillnad från de tidigare överenskommelserna var prestationskraven i första hand formulerade som relativa mått där landstingen (nuvarande regionerna) skulle korta sina väntetider jämfört med sina egna väntetider samma månad (september till november) föregående år (2018). Syftet med att använda relativa mått var att ta hänsyn till landstingens skilda förutsättningar och därmed öka incitamenten för alla landsting att förkorta väntetiderna. Ersättningen fördelades efter en prestationstrappa enligt tabell 9.2. Fördelningsmodellen innefattade även ett absolut kriterium för uppfyllnadsgrad av besöks- respektive behandlingsgarantin inom den specialiserade vården. Detta eftersom det för landsting som redan hade en god uppfyllnadsgrad av vårdgarantin kunde vara svårt att göra ytterligare förbättringar.[26]

Tabell 9.2 Prestationskrav för kortare väntetider – block 1 i kömiljarden 2019

Prestationskrav	Ekonomiska medel i miljoner kronor (per månad september–november)
Första besök i specialiserad vård inom 90 dagar respektive operation eller annan åtgärd inom 90 dagar: Minskning av andelen väntande patienter jämfört med 2018 i regionen per månad under september–november.	
• Förbättring med 1–3 procentenheter eller uppnår att minst 71 % av de väntande har väntat 60 dagar eller kortare	149,3
• Förbättring med 3–5 procentenheter	Ytterligare 42,7
• Förbättring med mer än 5 procentenheter	Ytterligare 21,3

Not: Summorna som anges i tabellen är per månad och per del av vårdgarantin (första besök respektive operation eller annan åtgärd). Den totala summan för utbetalning baserat på prestationskraven som anges i tabellen var således (149,3+42,7+21,3) *3 månader *2 områden = 1 280 miljoner kronor.

Källa: Utredningens sammanställning baserat på överenskommelsen för 2019.

Det andra blocket fokuserade i stället på att landstingen skulle förbättra sin rapportering och utveckla uppföljningen av väntetider

[26] Ibid.

framför allt inom den specialiserade vården. För att ta del av medlen inom detta block skulle landstingen rapportera väntetider enligt en rad kriterier, som bland annat handlade om svarsfrekvens, att rapporteringen skulle göras enligt de riktlinjer och rutiner som gäller för rapportering till väntetidsdatabasen och att rapporteringen av patientvald väntan skulle följa det regelverk som återfinns i hälso- och sjukvårdsförordningen. Dessutom skulle landstingen bidra till att utveckla och implementera en utvidgad modell för uppföljning av den specialiserade vården, i enlighet med den modell som redan hade introducerats för primärvården den 1 januari 2019 med anledning av den förstärkta vårdgarantin. För att ta del av medlen skulle landstingen även lämna in en nulägesrapport i oktober 2019 med de förutsättningar, behov och utmaningar som präglade det egna landstinget när det gällde tillgänglighet till vård.[27]

9.6.2 Kömiljarden blir tillgänglighetsöverenskommelse 2020

Överenskommelsen för 2020, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020*, anpassades ytterligare, i enlighet med januariavtalet, mot att kunna omfatta hela vårdkedjan och inte bara de delar som ingår i vårdgarantin. Totalt avsattes cirka 2,9 miljarder kronor i överenskommelsen för att förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården.[28]

Även år 2020 innehöll överenskommelsen två block, där det ena handlade om prestationskrav för kortare väntetider och det andra handlade om strategiskt tillgänglighetsarbete och förbättrad väntetidsstatistik. Till det första blocket avsattes totalt cirka 2,45 miljarder kronor och till det andra blocket cirka 433 miljoner kronor. Dessutom tilldelades SKR 10 miljoner kronor för att fortsätta utvecklingen av den nationella väntetidsdatabasen.[29]

I denna överenskommelse utvecklades prestationskraven i block 1 till att omfatta fler delar av vårdkedjan. Utöver första besök och operation eller annan åtgärd i den specialiserade vården lades följande till:

[27] Ibid.
[28] Regeringskansliet. 2019. *Godkännande av en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020*, S2019/05300/FS.
[29] Ibid.

- Medicinsk bedömning i primärvården
- Återbesök inom den specialiserade vården
- Första besök inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP)
- Fördjupad utredning inom BUP
- Behandling inom BUP

Prestationskraven innefattade en blandning av relativa och absoluta mått enligt tabell 9.3. I likhet med överenskommelsen från 2019 utgick prestationskraven inom den specialiserade vården i första hand från relativa mått där regionerna skulle förbättra sina resultat jämfört med föregående år.[30]

Tabell 9.3 Prestationskrav för kortare väntetider – block 1 i kömiljarden 2020

Mätpunkt	Prestationskrav	Ekonomiska medel, miljoner kronor
Medicinsk bedömning i primärvården	Minst 85 % inom 3 dagar	245
Första besök i specialiserad vård	Förbättring av andelen patienter som väntat högst 90 dagar med minst 1 procentenhet jämfört med samma månad 2019 *eller* uppnår att minst 71 % av de väntande har väntat högst 60 dagar	834
Operation/åtgärd	Förbättring av andelen patienter som väntat högst 90 dagar med minst 1 procentenhet jämfört med samma månad 2019 *eller* uppnår att minst 71 % av de väntande har väntat högst 60 dagar	834
Återbesök specialiserad vård	Minst 72 % får sitt återbesök inom det medicinska måldatumet plus högst 20 % avvikelse uppåt	Inga medel för januari–juni För juli–november: 112
BUP: Första besök Utredning Behandling	Minst 72 % genomförda inom 30 dagar *och* minst 72 % har väntat högst 30 dagar om antalet väntande är mer än 20 personer	294

Källa: Utredningens sammanställning baserat på överenskommelsen för 2020.

[30] Ibid.

Inom block 1 fanns det även en bonuspott för att premiera långsiktighet och kontinuitet i tillgänglighetsarbetet inom den specialiserade vården. Som grund i bonuspotten fanns totalt 134 miljoner kronor. I bonuspotten skulle även alla ej utbetalda medel under året samlas. För att ta del av bonuspotten skulle regionerna under minst 3 månader i följd uppnå prestationskravet för första besök eller för operation eller annan åtgärd. Mätningarna skulle göras separat för första besök respektive operation eller annan åtgärd. Ju fler månader som en region uppnått prestationskravet, desto större andel av bonuspotten skulle tillfalla regionen.[31]

Block 2 innehöll prestationskrav för strategiskt tillgänglighetsarbete och förbättrad väntetidsstatistik. Regionerna skulle lämna in en regional handlingsplan bland annat omfattande regionala målsättningar för väntetider och vårdköer samt en beskrivning av hur regionen arbetade och strategiskt avsåg att arbeta med att förbättra tillgängligheten. Dessutom skulle regionerna arbeta vidare med att utveckla rapporteringen av väntetidsstatistik. För att ta del av medlen fanns liksom i överenskommelsen för år 2019 krav som handlade om svarsfrekvens, att rapporteringen skulle göras enligt de riktlinjer och rutiner som gäller för rapportering till väntetidsdatabasen och att rapporteringen av patientvald väntan skulle följa det regelverk som återfinns i hälso- och sjukvårdsförordningen. Information i enlighet med den utvidgade modellen för uppföljning av den specialiserade vården, som regionerna och SKR arbetat med att utveckla under år 2019, skulle nu börja lämnas in.[32]

9.6.3 Tilläggsöverenskommelse 2020

Mot bakgrund av utbrottet av covid-19 tecknades en tilläggsöverenskommelse i april år 2020. Tilläggsöverenskommelsen innebar att prestationskraven i block 1 ströks från och med mars 2020 och för resten av året. Medlen skulle i stället fördelas till regionerna utifrån befolkningsstorlek. Av de drygt 2 miljarderna avsattes 300 miljoner till tillgänglighetssatsningar inom BUP.[33]

[31] Ibid.
[32] Ibid.
[33] Regeringskansliet. 2020. *Bemyndigande att underteckna en tilläggsöverenskommelse om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, S2020/02191/FS.

För block 2 senarelades redovisningsdatumet för handlingsplanerna från 30 september år 2020 till 31 mars år 2021. Utöver det innehåll som specificerats i den ursprungliga överenskommelsen skulle handlingsplanerna även redogöra för hur tilldelade medel inom överenskommelsen har eller kommer att användas av regionen för att öka tillgängligheten, hur situationen med covid-19 har påverkat tillgänglighetsarbetet och hur regionen kommer att arbeta med att säkerställa tillgängligheten framöver.[34]

9.6.4 Tillgänglighetsöverenskommelsen 2021

Överenskommelsen för år 2021 är utformad utifrån rådande omständigheter med anledning av covid-19-pandemin och ska stödja regionernas arbete i att hantera konsekvenserna av pandemin. Samtidigt ska överenskommelsen fortsatt skapa förutsättningar för regionerna att arbeta strategiskt och långsiktigt med att förbättra tillgängligheten.[35]

Överenskommelsen för år 2021 består liksom tidigare år av två block där block 1 avser prestationskrav för kortare väntetider och block 2 handlar om strategiskt tillgänglighetsarbete och förbättrad väntetidsstatistik. Totalt omfattar överenskommelsen 2,97 miljarder kronor.[36]

Mot bakgrund av den rådande situationen avvaktade parterna med utformningen av prestationskraven i block 1. Dessa avsågs att fastställas genom en tilläggsöverenskommelse senast 1 juni år 2021 för att tillämpas från och med 1 juli år 2021. Inriktningen var dock att prestationskraven skulle utformas på samma sätt som i överenskommelsen för år 2020, det vill säga att de utgår från samma sju mätpunkter och inom den specialiserade vården i första hand från relativa mått.[37]

I överenskommelsen anges också att den prestationsbaserade modellen inom block 1 behöver utvecklas för att i större utsträckning ta hänsyn till patienter som har väntat längre än 90 dagar på vård. Detta mot bakgrund av att covid-19-utbrottet har medfört att

[34] Ibid.
[35] Regeringskansliet. 2020. *Godkännande av en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021*, S2020/09780.
[36] Ibid.
[37] Ibid.

många besök och operationer inom den specialiserade vården har behövt skjutas fram. Prestationsmodellen måste därför skapa incitament för att patienter som väntat längre än 90 dagar på besök respektive operation eller annan åtgärd inom den specialiserade vården ska få vård.[38]

Block 2 började däremot gälla 1 januari år 2021. Hälften av medlen för block 2, 739 miljoner kronor, fördelades till regionerna utifrån befolkningsmängd och utbetalades i början av år 2021. Den andra hälften av medlen i block 2 betalades ut i april år 2021 efter att samtliga regioner lämnat in sin handlingsplan.

Av de totala medlen för block 2 har 190 miljoner kronor öronmärkts till tillgänglighetsinsatser inom BUP. Regionerna ska dessutom fortsätta att rapportera data enligt den utvidgade modellen för uppföljning av såväl primärvården som den specialiserade vården. Vid utebliven eller försenad rapportering kommer regionen inte att kunna ta del av de medel som avses avsättas för år 2022.[39]

9.7 Utredningens bedömningar och förslag på huvudsakligt innehåll

Förslag: Tillgänglighetsöverenskommelsen ska innehålla flera delar. Prestationskrav utifrån resultat gällande kortare väntetider, utveckling av väntetidsstatistiken och strategiskt utvecklingsarbete kvarstår sedan tidigare överenskommelse, men vidareutvecklas.

En ny del om regiongemensam pilotverksamhet införs. Denna del syftar till att under 5 år stimulera regionerna att bedriva regiongemensamt utvecklings- och förbättringsarbete för ökad kapacitet och effektivitet. Som alternativ kan denna del genomföras genom tillfälligt statsbidrag via Socialstyrelsen.

Jämfört med den nuvarande överenskommelsen föreslår utredningen att en större andel av överenskommelsens totala medel går till det strategiska utvecklingsarbetet.

Skälen för utredningens förslag: Detta inledande avsnitt syftar till att ge en översikt av överenskommelsens föreslagna huvudsakliga inne-

[38] Ibid.
[39] Ibid.

håll. I efterföljande avsnitt presenteras och motiveras sedan respektive del i mer detalj.

Figur 9.1 ger en sammanfattande bild av utredningens förslag om överenskommelsens huvudsakliga innehåll som består av flera delar: prestationskrav utifrån resultat gällande kortare väntetider, utveckling av väntetidsstatistiken och strategiskt utvecklingsarbete. En fjärde del syftar till att stimulera regionerna att bedriva regiongemensamt utvecklings- och förbättringsarbete för ökad kapacitet och effektivitet, exempelvis samverkan kring produktions- och kapacitetsstyrning och samordnade upphandlingar. Denna del är ett resultat av utredningens arbete med förslag för förbättrad resurseffektivitet och presenteras närmare i kapitel 6. Där framgår att finansiering och andra förutsättningar och villkor kan anges i en överenskommelse som i figur 9.1. Ett alternativ kan vara att Socialstyrelsen ges i uppdrag att fördela medel.

Dessutom lämnar utredningen två kompletterande förslag på huvudsakligen statliga insatser som gäller att:

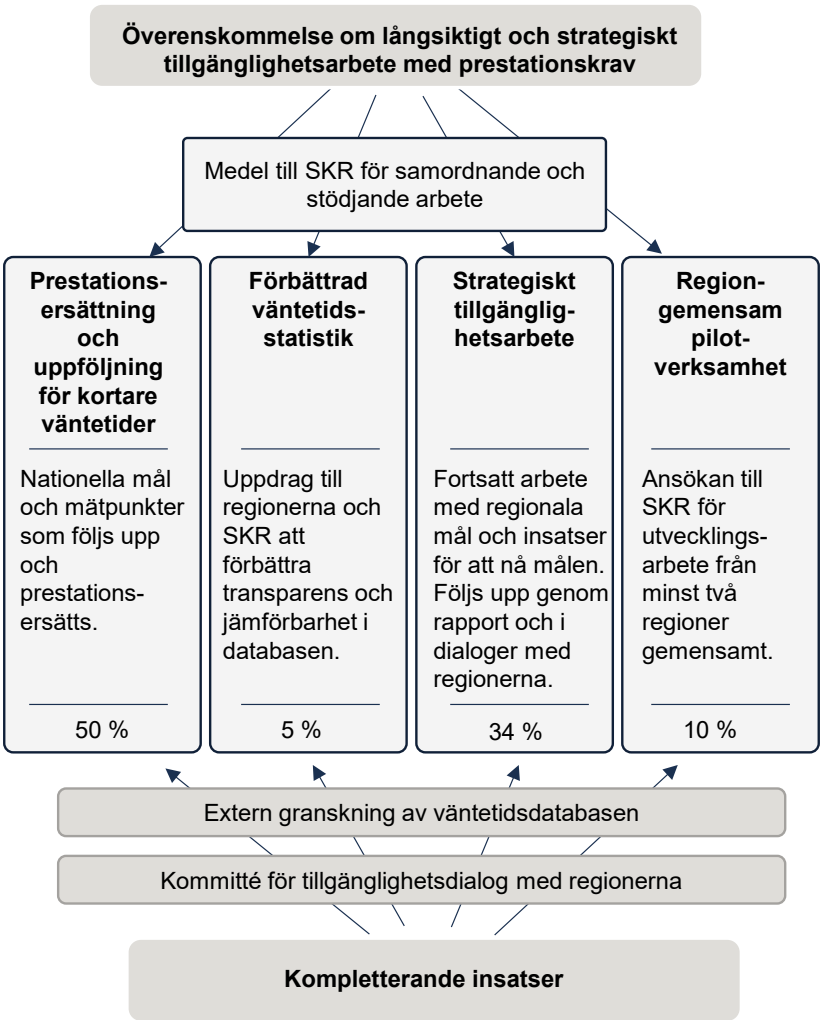
– regeringen tillsätter en utvidgad och fördjupad granskning av väntetidsdatabasen,
– regeringen tillsätter en kommitté för tillgänglighetsdialog (se även kapitel 5).

De olika delarna ska ses som sammanhängande, interagerande och kompletterande till varandra. På så vis knyts exempelvis de nationella mätpunkter och mål som sätts upp i den första delen ihop med det strategiska utvecklingsarbetet.

Utredningens förslag på fördelning av medel mellan de olika delarna anges med en procentsats för respektive del i figur 9.1. Exempelvis, om den totala summan som regeringen avsätter för arbetet är tre miljarder, som den nästan var i överenskommelsen för år 2020, föreslår utredningen att 1,5 miljarder används för den prestationsbundna ersättningen utifrån resultat gällande kortare väntetider och att 1 miljard används för att stimulera det strategiska tillgänglighetsarbetet.

Jämfört med överenskommelsen för år 2020 innebär förlaget på fördelning av medel mellan de olika delarna att en större del går till det strategiska arbetet och en betydligt mindre del till prestationsdelen.

Figur 9.1 Sammanfattning av förslag till huvudsakligt innehåll i överenskommelsen om ökad tillgänglighet



Som framgår i andra delar av det här betänkandet menar utredningen att långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete där vårdprofessionerna är engagerade är centralt för att åstadkomma varaktig förändring (se kapitel 5). Det är mot den bakgrunden som utredningen föreslår att lägga en större del av överenskommelsens medel på det strategiska utvecklingsarbetet. Tillsammans med fortsatt stödjande dialogbaserade insatser från staten menar utredningen att

det strategiska utvecklingsarbetet har möjlighet att bidra till ökad tillgänglighet och att det är värdefullt att lyfta fram den delen av överenskommelsen. Det strategiska utvecklingsarbetet med större och grundläggande förändrade arbetssätt går inte att bedriva på årsbasis, utan kräver ett längre och ihållande arbete.

När det gäller medel till SKR och de kompletterande statliga insatserna föreslår utredningen att omkring 15 miljoner kronor per år avsätts till vardera del. Det motsvarar 1 procent totalt av 3 miljarder, men om den totala summan som avsätts är mindre än så blir det en större andel (det är en förklaring till att andelarna i figur 9.1 inte summerar till 100 procent).

9.8 Förslag på modell för uppföljning och prestationsersättning

9.8.1 Tre områden med prestationsersättning

Förslag: Modellen för uppföljning och prestationsersättning för kortare väntetider ska innehålla mått som berör primärvården och den specialiserade vården, där barn- och ungdomspsykiatri följs och ersätts separat från övrig specialiserad vård.

Skälen för utredningens förslag: Utredningens förslag tar sin utgångspunkt i den modell som ingick i överenskommelsen för år 2020 (se tabell 9.3 ovan). Då utvidgades modellen och innehöll för första gången fler mätpunkter än första besök och operation eller åtgärd i den specialiserade vården. Fler delar av vårdkedjan berördes genom att krav på medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvården, återbesök i den specialiserade vården och tre mätpunkter i BUP infördes. För vissa mätpunkter utgick kraven från varje regions utgångsläge genom att vara formulerade som förbättringar med ett antal procentenheter snarare än en absolut nivå (denna form av relativa krav fanns också i överenskommelsen för år 2019).

Förändringarna med fler mätpunkter och inslag av relativa mått kan tänkas ha kommit till stånd i syfte att avhjälpa en del av de synpunkter som framkommit i utvärderingar av och diskussioner om kömiljarden 2009–2014. Utredningen har uppfattat från SKR att regionernas samlade bedömning är att den nuvarande modellen på

det stora hela är bättre än den som fanns tidigare, särskilt eftersom den har relativa mått som gör att alla regioner har möjlighet att ta del av medlen för förbättringar utifrån sin egen situation.

Utredningens förslag håller fast vid de övergripande områden som ingick i modellen för 2020: primärvård, specialiserad vård exklusive BUP och särskilda krav för BUP. Utredningen menar att dessa delar är centrala och bör ingå. Sedan kömiljarden återinfördes under år 2019 har den prestationsbaserade ersättningen inte använts i någon större utsträckning i praktiken, och utredningen menar att det är värt att bygga vidare på det som arbetades fram då men inte har använts.

Det vore önskvärt att även inkludera information om ledtider och väntan när det gäller utredning. Väntetiden till ett antal undersökningar rapporteras till väntetidsdatabasen, bland annat magnetkameraundersökning, lungfunktionsundersökning, skiktröntgen och koloskopi. Men denna inrapportering är fortfarande i utvecklingsstadiet och behöver förbättras innan undersökningarna är aktuella för prestationskrav.

Det vore också önskvärt att inkludera ett samlat och mer fullständigt mått på tiden det tar från att patienten kontaktar vården för ett symtom tills att diagnos har fastställts, en plan för åtgärder kan göras och behandling påbörjas. Detta vore relevant för många sjukdomar, men inte minst för personer med kroniska sjukdomar. Inom cancervården finns standardiserade vårdförlopp (SVF) som omfattar ledtiden från välgrundad misstanke om cancer till start av behandling för varje diagnos och behandlingstyp. Fastslaget mål är att 80 procent av de cancerpatienter som utreds med SVF ska ha genomgått SVF inom den maximala ledtiden. I överenskommelsen som gäller cancervården finns ingen prestationsbunden del. För personcentrerade vårdförlopp som finns för kroniska sjukdomar saknas den här typen av uppföljande mätning av tid för diagnostik.

9.8.2 Primärvården

Förslag: Primärvården ska ingå i modellen med uppföljningsmåttet medicinsk bedömning inom tre dagar. Dessutom ska kötid till 1177 Vårdguiden på telefon ingå med prestationsersättning. Därtill ska återbesök ingå, men till en början utan pre-

stationsbunden ersättning. För att få en bredare bild ska ytterligare fyra mått inkluderas utan prestationsersättning. De handlar om personkontinuitet för personer med kronisk sjukdom och patienternas uppfattning om tillgängligheten.

Skälen för utredningens förslag: Utredningens förslag på mätpunkter och uppföljningsmått för primärvården sammanställs i tabell 9.4.

Tabell 9.4 Förslag på uppföljningsmått för primärvården

Uppföljningsmått	Prestationskrav	Uppföljningsperiod
Medicinsk bedömning inom 3 dagar	Förbättring med 3 procentenheter jämfört med året före *eller* 95 % inom 3 dagar	Två uppföljningsperioder: Totalt för perioden januari-maj Totalt för perioden juni-oktober
Återbesök	Kan eventuellt införas 2023	
Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom i primärvård	Uppföljning utan prestationskrav	I samband med dialog om handlingsplan och nulägesrapport
Tre patientrapporterade mått baserat på *Nationell patientenkät*	Uppföljning utan prestationskrav	I samband med dialog om handlingsplan och nulägesrapport
Kötid 1177 Vårdguiden på telefon	75 % av samtalen besvaras inom 9 minuter	Två uppföljningsperioder: Totalt för perioden januari–maj Totalt för perioden juni–oktober

Förslaget på uppföljningsmått med prestationskrav för primärvården begränsas av vilka väntetider eller andra tillgänglighetsaspekter som i dag följs upp regelbundet och systematiskt. Det gör att måtten för prestationskrav avgränsas till medicinsk bedömning inom tre dagar och kötiden till 1177 Vårdguiden på telefon, även om det finns andra aspekter som är relevanta och hade varit önskvärda att inkludera. Som nämns i föregående avsnitt handlar det exempelvis om väntan på olika diagnostik- och utredningsinsatser och ett samlat mått på tiden från att en sjukdom misstänks till att diagnos har fastställts. Men sådana mått finns inte att tillgå. För att ändå bredda perspektivet föreslår utredningen att det inkluderas nya uppföljningsmått utan prestationskrav.

Medicinsk bedömning inom tre dagar

I modellen för år 2020 var kravet att minst 85 procent av de genomförda medicinska bedömningarna skulle ha skett inom tre dagar. För de två månader då ersättningsmodellen tillämpades var det tre regioner som klarade kravet båda månaderna och två ytterligare som klarade det en av de två månaderna. Majoriteten av regionerna, 16 regioner, klarade alltså inte prestationskravet någon av månaderna.

Utredningen föreslår att prestationsersättning baserat på medicinsk bedömning inom tre dagar kvarstår, men med ett krav som i första hand innebär en förbättring i regionen jämfört med året före. År 2022 kommer alla regioner att ha rapporterat data enligt den utvidgade primärvårdsmodellen i minst två år, vilket gör det möjligt att jämföra med året före. En fördel med ett förändringskrav är att det ger alla regioner incitament att förbättra sig utifrån sin egen nuvarande nivå. Ersättning bör också betalas ut om regionen når en förhållandevis hög andel, exempelvis 95 procent. Utredningen bedömer att det bör vara möjligt att jämföra resultatet för 2022 med 2021 trots att 2021 är påverkad av pågående pandemi.

Återbesök

Många av de besök som görs i primärvården registreras inte som besök där vårdgarantin gäller, det kan vara återbesök, kontroller och annat. Det vore önskvärt att inkludera även den typen av besök på samma sätt som inom den specialiserade vården, i synnerhet eftersom icke-vårdgarantibesök utgör en betydande andel av det totala antalet besök. Utredningen föreslår därför att även återbesök i primärvården på sikt ingår i modellen med ett prestationskrav. Men inrapportering av sådan information är fortfarande under utveckling. Utredningen bedömer att det dröjer åtminstone till år 2023 innan insamlingen av data är av tillräcklig kvalitet för att kunna användas. Bland annat behöver regionerna och SKR fortsätta att arbeta med anvisningar och riktlinjer för att säkerställa dels att alla besök som görs ingår som antingen vårdgarantibesök eller återbesök (eller att någon ytterligare besökstyp skapas), dels att alla regioner registrerar besöken på samma sätt.

Fyra mått utan prestationskrav

Delegationen har i olika diskussioner framfört vikten av att använda patientrapporterad information. Utredningen föreslår att några ytterligare mått följs inom ramen för överenskommelsen, men utan prestationsersättning: ett mått på personkontinuitet och följande tre frågor från *Nationell patientenkät*:

- Anser du att personalen på vårdcentralen samordnar dina kontakter i den utsträckning du behöver?
- Anser du att ditt aktuella behov av vård/behandling har blivit tillgodosett?
- Är du nöjd med det sätt du kan komma i kontakt med vårdcentralen på (till exempel 1177 Vårdguiden, telefon, e-tjänster, hemsida eller annat)?

Dessa uppföljningsmått lämpar sig inte för prestationsersättning, åtminstone inte i nuläget. Kontinuitetsindexet kommer från *Primärvårdskvalitet* som utvecklas av primärvårdens professioner och är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården. Det avråds uttryckligen från att koppla resultaten till ekonomisk ersättning[40] – en avrådan som utredningen respekterar. Det finns risker med att knyta pengar till all data, bland annat finns en risk att verksamheterna ändrar registreringen på ett sätt som är fördelaktigt för att uppnå kraven, och att data därmed inte blir ändamålsenlig för sitt primära syfte nämligen kvalitetsutveckling.

När det gäller *Nationell patientenkät* görs undersökningarna bara vartannat år, vilket innebär att det är svårt att inkludera frågorna i en årlig prestationsmodell.

Även om ingen prestationsbunden ersättning knyts till dessa mått ser utredningen ett värde i att inkludera dem. På det sättet breddas perspektivet och fler aspekter som är viktiga för personer med kronisk sjukdom får ett större ljus på sig. Måtten kan med fördel följas upp och diskuteras med regionerna i samband med tillgänglighetsdialoger. På sikt kan även andra centrala aspekter tänkas ingå, så som fast vårdkontakt, fast läkarkontakt och de personcentrerade vårdförloppen. I dagsläget saknas dock sådana uppföljningsmått.

[40] SKR. PrimärvårdsKvalitet, http://primarvardskvalitet.skl.se/, uttag 2021-05-21.

De fyra mått som föreslås att ingå utan prestationskrav ingår även i Socialstyrelsens förslag på indikatorer för att följa omställningen till en god och nära vård[41]. På det sättet avser utredningen att både stödja och sätta fokus på omställningen mot en nära vård även i överenskommelsen om tillgänglighet.

Kötid för 1177 Vårdguiden på telefon

Avslutningsvis föreslår utredningen att uppföljningen av primärvården kompletteras med ett prestationskrav för 1177 Vårdguiden på telefon. Kravet är satt till den nivå som diskuterades, men senare övergavs, i förvaltningsplanen för 2017[42].

9.8.3 Specialiserad vård exklusive barn- och ungdomspsykiatri

Förslag: Mätpunkterna för specialiserad vård exklusive BUP är desamma som ingick i överenskommelsen för 2020: första besök, operation eller annan åtgärd och återbesök. Prestationskraven för första besök och operation eller annan åtgärd ska utvecklas för att minska antalet patienter som har väntat riktigt länge på vård samt för att minska tröskeleffekter och risk för undanträngning inom väntelistan.

Skälen för utredningens förslag: Utredningens förslag på uppföljningsmått för den specialiserade vården, exklusive BUP, sammanställs i tabell 9.5.

[41] Socialstyrelsen. 2020. *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård, Ett förslag på indikatorer*.
[42] Inera. 2017. *Nationell samverkan 1177 Vårdguiden på telefon, Del 2 Beslutsunderlag, Del 3 Införande, Slutrapport,* daterad 2017-09-01.

Tabell 9.5 Förslag på uppföljningsmått inom den specialiserade vården exklusive BUP

Uppföljningsmått*	Prestationskrav	Uppföljningsperiod
Antal *väntande* på första besök respektive operation/åtgärd	Grundläggande krav. Inga patienter på väntelistorna har väntat över 2 år	Oktober år 2022: om det fortfarande finns personer på väntelistorna som har väntat över 2 år ska regionen ange varför väntan är så lång för dessa och motivera varför de bör vara kvar som väntande.
Antal *väntande* på första besök respektive operation/åtgärd	Det genomsnittliga antalet dagar som patienter stått på väntelistorna upp till 2 år minskar med 20 procent jämfört med samma period året före (eller annat lämpligt år)	Två uppföljningsperioder: Totalt för perioden januari–maj Totalt för perioden juni–oktober
Andel första besök respektive operation/åtgärd som *genomförs* inom 60 dagar	Minst 80 % *eller* ökar med 3 procentenheter jämfört med samma period året före (eller annat lämpligt år)	Två uppföljningsperioder: Totalt för perioden januari–maj Totalt för perioden juni–oktober
Antal *väntande* på återbesök	Minst 75 % av de som väntar på ett återbesök har inte väntat längre än det medicinska måldatumet (+ högst 20 % avvikelse uppåt)	Två uppföljningsperioder: Totalt för perioden januari–maj Totalt för perioden juni–oktober

*Utvärderingen beräknas exklusive patientvalt och medicinskt orsakat väntande.

Not: BUP visas i tabell 9.7.

Inga patienter på väntelistorna har väntat över 2 år

I den handlingsplan som regionerna lämnade in i mars år 2021 som en del av *Överenskommelsen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020* ingick att redogöra för hur regionen kontinuerligt säkerställer att regionens väntelistor enbart innehåller patienter med aktuellt vårdbehov. Flertalet regioner angav att det finns riktlinjer och rutiner för detta, och att väntelistorna gås igenom regelbundet. Att gå igenom och rensa väntelistor är också ett arbete som har diskuterats ända sedan den första kömiljarden infördes[43]. Trots detta

[43] Exempelvis: Socialstyrelsen. 2012. *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011.*

finns det en del patienter som enligt väntetidsdatabasen har stått på väntelistan riktigt länge – det finns patienter som har väntat i över tre år.

Utredningen föreslår därför att inkludera arbetet med uppdaterade väntelistor som ett grundläggande krav i prestationsmodellen. Det innebär att vårdenheten ska gå igenom listan över patienter som väntat länge och efter kontakt med patienten antingen stryka patienten från listan för att vården inte längre är aktuell eller erbjuda patienten tid för åtgärd. I de fall vårdenheten behöver ha en bevakningslista för åtgärder som planeras utföras av olika skäl om flera månader eller år bör det finnas ett annat sätt än att låta dem stå på väntelistan.

I den ordinarie rapporteringen till väntetidsdatabasen enligt den tidigare uppföljningsmodellen framgår inte hur länge personer har stått på väntelistan bortom ett år. I december år 2020 rapporterade dock 16 av 21 regioner även ytterligare information till väntetidsdatabasen än den som då var det grundläggande kravet[44]. Denna ytterligare information gör det möjligt att se hur antalet väntedagar ser ut även bortom ett år och i vilken utsträckning medicinskt orsakad eller patientvald väntan finns registrerad på väntetiden (se tabell 9.6). I de 16 regionerna var det totalt omkring 8 700 personer som hade väntat över ett år på första besök, exklusive de vars väntan var registrerad som medicinskt orsakad. 85 procent av dem hade väntat 1–2 år, 9 procent hade väntat 2–3 år och 5 procent hade väntat över 3 år. Knappt 20 procent av dem som hade väntat över 3 år var registrerade som patientvalt väntande.

[44] De fem regioner som *inte* rapporterade den mer detaljerade informationen var Blekinge, Kalmar län, Kronoberg, Skåne och Östergötland.

Tabell 9.6 Antal personer som hade väntat över 1 år på första besök respektive operation eller annan åtgärd inom specialiserad vård i december år 2020, 16 regioner ingår

	Antal	Andel PVV respektive MOV, procent	Andel av totalt antal väntande (exkl. MOV), procent	Andel av dem som väntat över 1 år (exkl. MOV), procent
Första besök				
Över 1 år	9 533		4,4	
Varav PVV	*2 241*	*24*		
*Varav MOV**	*856*	*9*		
1–2 år	8 057		3,7	85
Varav PVV	*1 951*	*24*		
*Varav MOV**	*642*	*8*		
2–3 år	934		0,4	9
Varav PVV	*176*	*19*		
Varav MOV	*112*	*12*		
Över 3 år	542		0,2	5
Varav PVV	*114*	*21*		
Varav MOV	*102*	*19*		
Operation/åtgärd				
Över 1 år	12 300		11,3	
Varav PVV	*2 657*	*22*		
*Varav MOV**	*1 354*	*11*		
1–2 år	10 013		9,1	81
Varav PVV	*2 171*	*22*		
*Varav MOV**	*1 158*	*12*		
2–3 år	1 674		1,6	14
Varav PVV	*371*	*22*		
*Varav MOV**	*157*	*9*		
Över 3 år	613		0,6	5
Varav PVV	*115*	*19*		
Varav MOV	*39*	*6*		

Not: PVV = patientvald väntan, MOV = medicinskt orsakad väntan. Siffror för barn- och ungdomspsykiatri ingår inte.

* I siffrorna för MOV ingår 10 personer som också är registrerade som patientvalt väntande på första besök och 25 personer som också är registrerade som patientvalt väntande på operation/åtgärd.

Källa: Väntetidsdatabasen (SKR) – utredningens uttag av detaljerade data.

Med hjälp av informationen från de 16 regionerna har utredningen räknat upp antalet personer som har väntat 1–2 år, 2–3 år respektive 3 år för att göra en uppskattning av antalet i hela riket[45]. Uppräkningen resulterar i totalt omkring 1 600 personer som i december år 2020 hade stått på väntelistorna för första besök och omkring 3 000 för operation eller åtgärd i den specialiserade vården i över 2 år (inklusive patientvalt och medicinskt orsakat väntande). De utgör omkring en halv procent av det totala antalet personer som väntar på första besök och omkring två procent av det totala antalet som väntar på operation eller åtgärd.

Det kan antas att det är personer vars medicinska behov av vård har bedömts inte vara brådskande som har väntat över två år på att få sin vård. Det är ändå angeläget att regionerna börjar kapa listan med långväntande patienter och erbjuder dessa patienter vård. Ett första steg är att ta hand om patienter som väntat mer än två år. Utredningen bedömer att regionerna bör kunna hantera även patienter med behov av icke brådskande åtgärd utan att riskera att personer med stora medicinska behov får stå åt sidan. Regionerna har en skyldighet att ge vård inom vårdgarantins gräns även vid icke-brådskande åtgärder.

Antalet personer som behöver hanteras för att klara två-årsgränsen kommer att variera mellan regionerna. När det gäller första besök finns flest personer, bland de 16 regioner som har rapporterat den mer detaljerade informationen, i Region Stockholm (runt 570 personer) och Västra Götalandsregionen (runt 360 personer), medan regionerna Gotland, Örebro län, Sörmland, Dalarna, Halland och Västmanland bara har ett fåtal (upp till 10 personer). När det gäller operation eller åtgärd finns det flest personer i Västra Götalandsregionen (runt 1 200 personer) och Region Uppsala (runt 240 personer), medan regionerna Gävleborg, Sörmland och Jönköpings län hade betydligt färre (upp till 11 personer).

[45] Ett viktigt antagande för att uppräkningen ska stämma överens med verkligenheten är att fördelningen av väntedagarna över ett år är densamma för de fem regioner som inte har rapporterat de mer detaljerade data som för genomsnittet av de 16 regionerna som har gjort det. Ett ytterligare antagande är att andelen patienter som registrerats med patientvald respektive medicinskt orsakad väntan bland dem som väntat över ett år är densamma för de fem regioner som inte har rapporterat de mer detaljerade data som för genomsnittet av de 16 regionerna som har gjort det. Om antagandena håller går förstås inte att veta, men utredningen bedömer att detta ger en god uppfattning om det totala antalet personer som väntat 1–2 år, 2–3 år respektive över 3 år. En ytterligare förutsättning är att rapporteringen från de 16 regionerna är korrekt (vilket gäller all uppföljning i väntetidsdatabasen).

Krav gällande *genomförda* första besök respektive operationer eller andra åtgärder inom 60 dagar

Genom att fokusera på *genomförda* insatser ges incitament att prioritera patienter som står längre fram i kön, vilket överensstämmer med att upprätthålla medicinsk prioritet.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har beskrivit hur väntetidsdatabasens två mått utifrån *genomförda* respektive *väntande* kompletterar varandra. En hög andel *genomförda* insatser uppnås när patienter som inte väntat så länge som gränsen gäller prioriterats, medan en hög efterlevnad utifrån *väntande* uppnås om de som väntat längre än tidsgränsen prioriteras.[46]

Nivån 80 procent är samma ambition som i kömiljarden 2014. Enligt *Väntetider i vården* var det 81 procent av alla första besök som genomfördes med patienter som hade väntat högst 60 dagar vid tillfället för besöket i mars 2021. Det var en spridning mellan 66 och 92 procent beroende på region. När det gäller operation eller annan åtgärd var det 84 procent som genomfördes med patienter som hade väntat högst 60 dagar, med en spridning mellan 55 och 93 procent beroende på region.[47]

Det alternativa kravet att andelen genomförda besök inom 60 dagar ökar med tre procentenheter är för att ge alla regioner incitament att arbeta med förbättringar även om det absoluta kravet om 80 procent inte är inom räckhåll på ett års sikt. På så vis möter modellen en del av den kritik som riktades mot den tidigare kömiljarden 2009–2014 att bara de regioner med bättre tillgänglighet erhöll medel, samtidigt som övriga regioner kanske hade haft minst lika stora behov av dem. Nivån tre procentenheter innebär en högre ambition än kravet i överenskommelsen för 2020 som var en procentenhet.

Jämförelseperioden för kravet som utgår från ökning är formulerad som *samma period året före (eller annat lämpligt år)*. Med detta menar utredningen att året före vore den naturliga jämförelsepunkten, det vill säga att resultaten för januari–maj 2022 jämfördes med resultaten för januari–maj 2021. Men eftersom 2021 är starkt påverkat av covid-19-pandemin, medan 2022 kan komma att inne-

[46] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2017. *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2017:6.
[47] SKR. *Väntetider i vården – Utökad uppföljning av specialiserad vård*, www.vantetider.se/, med följande val: genomförd, första kontakt, andel inom 60 dagar, mars 2021, uttag 2021-05-21.

bära bättre förutsättningar för hälso- och sjukvården, kan det bli en svår jämförelse. År 2019 skulle kunna vara ett alternativ att jämföra mot. En nackdel med det är dock att inrapporteringen till väntetidsdatabasen förändras hela tiden. Det gör att jämförelser med flera år emellan kan innehålla fler datamässiga förändringar än en jämförelse med bara ett år emellan. Dessutom skedde en särskild förändring mellan åren 2020 och 2021 när en ny uppföljningsmodell introducerades. Det gör att det är svårt att jämföra med år före år 2021 eftersom färre vårdområden inkluderades i inrapporteringen. I resultaten syns ett tydligt brott mellan december 2020 och januari 2021 som sannolikt delvis beror på den nya modellen (se kapitel 4).

Utredningen menar att det är svårt att redan när detta delbetänkande lämnas i juni 2021 säga vilket år som är mest lämpliga jämförelsen vid uppföljningen i maj 2022. Det beror på hur pandemin och väntetidsläget utvecklas under sommaren och hösten. Beslutet kan också hjälpas av att resultat från den nya uppföljningsmodellen blir tillgängligt för fler månader. Utredningen menar därför att regeringen och SKR behöver följa utvecklingen och fatta ett beslut i samband med att överenskommelsen ska slutas.

Minskning av genomsnittliga väntetiden

Syftet med att följa upp det genomsnittliga antalet väntedagar i stället för andelen patienter som väntat högst 90 dagar är att genomsnittsmåttet inte ger samma tröskeleffekt som måttet med 90-dagarsgränsen. Det lämnar mer utrymme för verksamheterna att avgöra vilka patienter som ska prioriteras. 90-dagarsmåttet ger incitament att ge vård till dem som passerat 90 dagars väntan. Medelväntetiden kan däremot kortas genom att minska väntetiden över hela väntelistan och ger inte samma fokus på tidsgränsen 90 dagar. Jämfört med 90-dagarsgränsen är incitamenten starkare att förflytta *hela* fördelningen av väntetider mot noll med medelväntetiden. Att minska de långa väntetiderna har dock störst effekt på medelväntetiden. I kombination med kravet att minst 80 procent av genomförda besök respektive operationer eller andra åtgärder ska göras för patienter som har väntat högst 60 dagar menar utredningen att risken för alltför stort fokus på dem med längre väntetider, och därmed kanske mindre medicinska behov, förhindras.

En möjlighet att minska det genomsnittliga antalet väntedagar är att öka det totala antalet patienter med korta väntetider på listan, medan antalet patienter med längre väntetider bibehålls. Detta skulle kunna hända om ett betydande antal patienter har avstått från att söka vård under pandemin, och inom en snar framtid gör det, som en ketchupeffekt (först händer ingenting sen händer allting på en gång). Det vore förstås inte önskvärt att prestationskravet kan uppfyllas av en sådan anledning. Det alternativa måttet baserat på 90-dagarsgränsen skulle också ha denna effekt, eventuellt med ännu starkare effekt. Genom att utvärdera resultaten baserat på flera månader minskar risken att en tillfällig effekt en viss månad ger stort utslag på prestationskravet.

Mellan december år 2019 och år 2020 ökade det genomsnittliga antalet dagar som patienterna hade stått på väntelistorna med 13 dagar för första besök och med 46 dagar för operation eller annan åtgärd.[48] För att återgå till 2019 års nivå igen skulle det genomsnittliga antalet dagar behöva minska med 16 respektive 37 procent, vilket varit vägledande för kravnivån som föreslås.

Utredningen har också övervägt medianväntetiden som ett alternativ till medelväntetid och 90-dagarsgränsen, men menar att det i den nuvarande situationen är en fördel med medelväntetiden för att den ger starkare incitament att minska de långa väntetiderna. Tillsammans med kravet som baseras på genomförda insatser bedömer utredningen att det inte bör innebära att den medicinska prioriteringen åsidosätts.

Återbesök inom medicinskt måldatum

För att minska risken att första besök prioriteras medan återbesök får stå tillbaka är det viktigt att även återbesöken följs upp och ingår i modellen. Men det var först under år 2020 som alla regioner började rapportera återbesök till väntetidsdatabasen, och resultat började publiceras först i maj år 2021. Utredningen har också uppfattat att det råder viss osäkerhet kring hur inrapporteringen av återbesök har gått, om alla regioner har rapporterat enligt anvisningarna. Det råder också viss osäkerhet kring om det finns ytterligare typer av besök

[48] Dessa siffror baseras på de 16 regioner som i december 2020 rapporterade mer detaljerad information till väntetidsdatabasen. Siffrorna är exklusive patientvalt och medicinskt orsakat väntande. Avser medelväntetiden upp till 2 år.

utöver första besök och återbesök som vissa regioner inte har rapporterat ännu.

Sammantaget föreslår utredningen därför att det krav som infördes för återbesök i överenskommelsen för år 2020 behålls men ökar något, från 72 procent till 75 procent. När inrapporterade data har uppnått viss stabilitet kan kravet omformuleras till en förbättring om så önskas, eller så kan nivån ändras beroende på vilken nivå regionerna visar sig upprätthålla vid den tidpunkten.

9.8.4 Barn- och ungdomspsykiatri

Förslag: Uppföljningsmåtten för barn- och ungdomspsykiatri (BUP) ska inkludera första besök, fördjupad utredning och påbörjad behandling som också ingick i modellen för överenskommelsen för 2020. Prestationskraven för första besök, fördjupad utredning och påbörjad behandling ska utvecklas för att minska antalet patienter som har väntat riktigt länge på vård samt för att minska tröskeleffekter och risk för undanträngning inom väntelistan. Därutöver ska även återbesöken inom BUP följas upp separat.

Skälen för utredningens förslag: Utredningens förslag på uppföljningsmått för BUP sammanställs i tabell 9.7.

De föreslagna kraven efterliknar de krav som ställs i den övriga specialiserade vården, vilket innebär att flera av de resonemang och motiv som beskrivits för den övriga specialiserade vården också gäller för BUP. Nedan ges ytterligare motiv till förslaget som är specifikt relaterade till BUP.

Tabell 9.7 Förslag på uppföljningsmått inom BUP

Uppföljningsmått*	Prestationskrav	Uppföljningsperiod
Antal *väntande* på första besök, fördjupad utredning respektive påbörjad behandling	Grundläggande krav. Inga barn och unga har väntat mer än 3 månader på ett första besök och mer än 6 månader på fördjupad utredning eller påbörjad behandling	Oktober 2022: om det fortfarande finns personer på väntelistorna som har väntat över 3 respektive 6 månader ska regionen ange varför väntan är så lång för dessa och motivera varför de bör vara kvar som väntande.
Andelen *väntande* på första besök, fördjupad utredning respektive påbörjad behandling som väntat över 30 dagar	Högst 25 % *eller* minskar med 3 procentenheter jämfört med samma period året före	Två uppföljningsperioder: Totalt för perioden januari–maj Totalt för perioden juni–oktober
Andelen första besök, fördjupade utredningar respektive påbörjade behandlingar som *genomförs* inom 30 dagar	Minst 75 % *eller* ökar med 3 procentenheter jämfört med samma period året före	Två uppföljningsperioder: Totalt för perioden januari–maj Totalt för perioden maj–oktober
Antal *väntande* på återbesök	Minst 75 % av dem som väntar på ett återbesök har inte väntat längre än det medicinska måldatumet (+ högst 20 % avvikelse uppåt)	Två uppföljningsperioder: Totalt för perioden januari–maj Totalt för perioden juni–oktober

*Utvärderingen beräknas exklusive patientvalt och medicinskt orsakat väntande.

Introduktion till väntetider inom barn- och ungdomspsykiatri

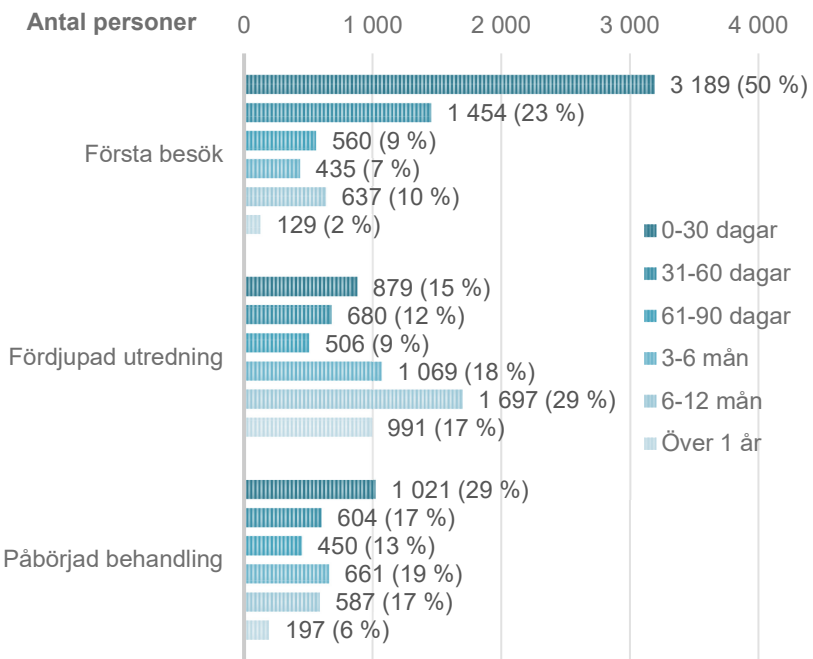
Sedan år 2011 finns enligt överenskommelse mellan staten och SKR målsättningen att barn och unga som behöver kontakt med BUP ska ges tid för första besök inom 30 dagar och fördjupad utredning eller behandling inom ytterligare 30 dagar[49]. I överenskommelsen *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020* specificerades särskilda prestationskrav för BUP. De innebar att minst 72 procent av första besöken, fördjupade utredningar respektive behandlingar skulle genomföras eller påbörjas inom 30 dagar och, om det var fler än 20

[49] Dir. 2020:81, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.*

som väntade, att högst 28 procent av de som stod på väntelistorna skulle ha väntat mer än 30 dagar. Kraven följdes upp och ersattes med medel för januari och februari år 2020. Ungefär hälften av regionerna klarade inte kraven för någon av de tre mätpunkterna någon av de två månaderna. En region, Region Gotland, klarade dem i samtliga fall.

I december år 2020 väntade omkring 6 400 barn och unga på ett första besök inom BUP (exklusive medicinskt orsakat väntande). Dessutom väntade 5 800 på en fördjupad utredning och 3 500 på en behandling. Hälften av dem som väntade på det första besöket hade väntat mer än 30 dagar, och för fördjupad utredning och behandling var det betydligt fler än hälften som hade väntat längre än 30 dagar (figur 9.2).

Figur 9.2 Antal barn och unga som väntade på första besök, fördjupad utredning respektive påbörjad behandling inom BUP, december 2020



Not: Inklusive patientvalt väntande, exklusive medicinskt orsakat väntande.
Källa: Väntetidsdatabasen (SKR).

Inga barn och unga på väntelistorna ska ha väntat över 3 respektive 6 månader

I likhet med prestationskraven för den övriga specialiserade vården föreslår utredningen att inkludera arbetet med uppdaterade och aktuella väntelistor som ett grundläggande krav i ersättningsmodellen. För första besök till BUP föreslår utredningen att gränsen sätts till tre månader. När det gäller fördjupad utredning och påbörjad behandling föreslår utredningen att gränsen i stället initialt sätts till sex månader. En anledning till att utredningen föreslår sex månader för utredning och behandling är att andelen personer som väntat längre än 90 dagar på fördjupad utredning respektive påbörjad behandling inom BUP var så stor i december år 2020. Dessutom finns det en högre osäkerhet i data som gör det svårt att veta hur det egentligen förhåller sig med väntetiderna inom BUP. Samtidigt är det den data som utredningen måste förhålla sig till. Utredningen menar att ambitionerna bör ökas stegvis.

När det gäller första besök handlade det om omkring 1 200 personer som väntat längre än tre månader, motsvarande 19 procent av det totala antalet väntande, i december 2020 (figur 9.2). För fördjupad utredning handlade det om drygt 2 700 personer motsvarande 46 procent som hade väntat över sex månader. För påbörjad behandling var det knappt 800 personer motsvarande 23 procent som hade väntat över sex månader.

Krav utifrån antalet *väntande* på väntelistorna

Utredningen föreslår att andelen patienter som väntat över 30 dagar ska vara högst 25 procent, alternativt att det sker en förbättring med tre procentenheter jämfört med föregående år. Det är ett liknande krav som ställdes i överenskommelsen för år 2020, men med en något justerad nivå. Som framgår av figur 9.2 var nuläget i december år 2020 en bra bit ifrån denna nivå. Det finns också stor variation mellan regionerna (generellt från 10–20 procent till 85–90 procent i alla tre mätpunkter). Därför föreslås också det alternativa kravet att *minska* andelen som väntat mer än 30 dagar, i stället för att nå nivån 25 procent. På så vis bör alla regioner ha incitament till förbättring.

Utredningen bedömer att det bör vara möjligt att jämföra resultatet för år 2022 med år 2021 trots att år 2021 är påverkad av pågå-

ende pandemi. Barn- och ungdomspsykiatrin kan ha påverkats mindre av pandemin än vissa andra delar av den specialiserade vården när det gäller möjligheterna att genomföra besök och insatser.

Krav gällande *genomförda* första besök respektive fördjupad utredning och behandling inom 30 dagar

Motivet till att inkludera ett prestationskrav som fokuserar på *genomförda* insatser är detsamma som för den övriga specialiserade vården (se avsnitt 9.8.3) – på så vis ges incitament att prioritera patienter som står längre fram i kön och att genomföra en del av insatserna förhållandevis snabbt, vilket kan användas till att upprätthålla medicinsk prioritet. Å andra sidan kan det finnas en risk att personer som just tillkommit till väntelistan prioriteras även om det finns andra personer som väntat längre än 30 dagar och som har samma eller större behov av insatser.

Det är svårt att säga hur stor andel som bör genomföras inom 30 dagar givet det totala antalet väntande och för att upprätthålla rätt medicinsk prioritet. Nivån 75 procent är ungefär samma som i modellen för år 2020. För helåret 2020 genomfördes enligt *Väntetider i vården* 60 procent av de första kontakterna inom BUP inom 30 dagar. Motsvarande andel för fördjupad utredning och påbörjad behandling var 65 respektive 80 procent.

Utredningen kan således konstatera att 75 procent verkar vara en hög nivå som de flesta regioner är förhållandevis långt ifrån att klara, och det finns en stor variation mellan regionerna. Därför föreslås också det alternativa kravet att *öka* andelen insatser som genomförs inom 30 dagar, i stället för att nå nivån 75 procent. På så vis bör alla regioner ha incitament till förbättring. Tillsammans med det grundläggande kravet om att inga barn och unga ska ha väntat mer än tre månader och kravet om att minska andelen barn och unga som väntat mer än 30 dagar bör undanträngning av barn och unga som redan väntat längre än 30 dagar kunna undvikas.

Återbesök inom medicinskt måldatum – BUP

På samma sätt som för den övriga specialiserade vården menar utredningen att återbesök bör ingå och följas upp för att minska risken att första besök prioriteras medan återbesök får stå tillbaka. Eftersom BUP följs upp separat i övriga delar föreslår utredningen att även återbesöken gör det. Prestationskravet föreslås vara detsamma som för övriga specialiserade vården, det vill säga 75 procent inom det medicinska måldatumet (med högst 20 procent avvikelse uppåt). Liksom för övriga specialiserade vården och för primärvården behöver regionerna och SKR fortsätta att arbeta med att säkerställa att återbesöken rapporteras korrekt och enhetligt i hela landet, och att alla besök kommer med i kategoriseringen av besökstyper. När inrapporterade data har uppnått viss stabilitet kan kravet omformuleras till en förbättring om så önskas, eller så kan nivån ändras beroende på vilken nivå som regionerna visar sig upprätthålla vid den tidpunkten.

9.8.5 Förslag på fördelningsmodell

Förslag: Utredningen har tagit fram en modell för fördelning av medel mellan prestationskraven i överenskommelsen. En större andel av prestationsbundna medlen ska avsättas till primärvården jämfört med överenskommelsen år 2020. I övrigt ska datakvalitet vara av betydelse för fördelningen av medlen mellan de olika kraven. Uppföljning av inrapporterade data ska ske två gånger per år, för perioden januari–maj och juni–oktober. Varje region ska reserveras en del av den summa som avsatts för den prestationsbundna ersättningsmodellen, baserat på invånarantal.

Skälen för utredningens förslag: Utredningens skäl för förslaget återges nedan under rubrikerna fördelning av prestationsmedel mellan de olika kraven, två uppföljningstillfällen samt en förbestämd summa till varje region. Månaderna november och december ingår inte eftersom det blir administrativt svårt.

Fördelning av prestationsmedel mellan de olika kraven

Utredningens förslag på fördelning av de medel som avsätts för den prestationsbundna ersättningsmodellen redovisas i tabell 9.8.

Tabell 9.8 Förslag på fördelning mellan modellens olika delar och prestationskrav

	Andel av medel, procent
Primärvård	**25**
Kötid 1177 Vårdguiden på telefon	10
Medicinsk bedömning inom 3 dagar	15
Specialiserad vård (exkl. BUP)	**65**
Första besök	25
Genomsnittligt antal dagar på väntelistan	*12,5*
Andel genomförda inom 60 dagar	*12,5*
Operation/åtgärd	25
Genomsnittligt antal dagar på väntelistan	*12,5*
Andel genomförda inom 60 dagar	*12,5*
Återbesök	15
BUP	**10**
Första besök	3
Andel väntande under 30 dagar	*1,5*
Andel genomförda inom 30 dagar	*1,5*
Fördjupad utredning	3
Andel väntande under 30 dagar	*1,5*
Andel genomförda inom 30 dagar	*1,5*
Påbörjad behandling	3
Andel väntande under 30 dagar	*1,5*
Andel genomförda inom 30 dagar	*1,5*
Återbesök	1

Förslaget innebär en större andel av medlen till primärvården jämfört med överenskommelsen år 2020. Syftet är att lyfta fram betydelsen av en god tillgänglighet till primärvården. Dessutom ingår ett ytterligare krav jämfört med tidigare modell i förslaget.

I övrigt är procentsatserna i stor utsträckning satta efter datakvalitet. Återbesöken har nyligen börjat rapporteras av alla regioner, och det finns osäkerhet i hur väl rapporteringen fungerar. Den inrapporterade informationen om återbesök behöver analyseras och

kvalitetssäkras, och innan det arbetet är gjort föreslår utredningen att förhållandevis lite medel läggs på de krav som handlar om återbesök. Likaså finns kända utmaningar när det gäller rapporteringen inom BUP, där det under år 2021 har skett ett utvecklingsarbete för att definiera vilka insatser som ska ingå exempelvis i utredning och behandling och på så vis uppnå större likvärdighet mellan regionerna.

Att återbesök och BUP har förhållandevis små vikter i förslaget ska alltså inte tolkas som att dessa delar är mindre viktiga. I takt med att data förbättras och blir mer stabil menar utredningen att fördelningen bör justeras och att mer vikt då läggs vid dessa delar. Modellen kan bli mer relevant för personer med kroniska sjukdomar och regelbundna behov av hälso- och sjukvård genom att ge en större vikt till återbesöken. Därför är det också av stor vikt att regionerna och SKR fortsätter att arbeta med riktlinjer och anvisningar så att de siffror som rapporteras är jämförbara mellan regionerna och stämmer överens med den verkliga situationen i regionen.

Två uppföljningsperioder

Utredningen föreslår att uppföljning av de mått som ingår i modellen samlas ihop till två perioder per år, januari-maj respektive juni-oktober. Detta är en förändring jämfört med tidigare modeller som utgått från resultat för varje månad. Men även om antalet uppföljningstillfällen minskar till två innebär förslaget att alla månader under respektive period räknas samman. Utredningen bedömer att oktober behöver bli sista månaden som följs upp för att pengar ska kunna betalas ut innan året är slut.

Syftet med att minska uppföljningstillfällena till två är att öka långsiktigheten och att ge regionerna bättre planeringsmöjligheter. Genom att ge regionerna fem månader att nå kravet bör det finnas större möjligheter att göra verkliga förändringar och att hinna vidta åtgärder. En annan fördel med att minska uppföljningstillfällena till två kan vara att det leder till minskad administration.

Resultatet för perioden som helhet beräknas genom att summera det totala antalet *genomförda* insatser inom definierade tidsgränser och dela med det totala antalet genomförda insatser (exklusive patientvalt och medicinskt orsakat väntande). Detta ger den totala

andelen inom tidsgränsen för perioden. På motsvarande sätt summeras antalet *väntande* inom definierade tidsgränser för månaderna som ingår i perioden och divideras med summan av det totala antalet väntande de månader som ingår i perioden (exklusive patientvalt och medicinskt orsakat väntande).

Medlen fördelas lika mellan de två uppföljningstillfällena. Det innebär således att hälften av de medel som avsatts för den prestationsbundna ersättningsmodellen betalas ut om kraven uppnås under perioden januari–maj och hälften av medlen betalas ut om kraven uppnås under perioden juni–oktober, i båda fallen enligt den fördelning som anges i tabell 9.8 ovan.

En förbestämd summa till varje region

För varje region reserveras en del av den summa som avsatts för den prestationsbundna ersättningsmodellen, baserat på invånarantal. Denna regionreserverade summa delas sedan lika mellan de två uppföljningsperioderna, och betalas ut till regionen i den utsträckning som prestationskraven nås. Detta är samma metod som användes i överenskommelsen för år 2020, och syftet är att öka planeringsförutsättningarna för regionerna. Med denna metod vet regionen på förhand hur mycket pengar som kommer att betalas ut till regionen – om kraven nås. Summan beror endast på hur det går för den aktuella regionen, och inte på hur många av de andra regionerna som klarar kraven.

Om någon eller några regioner inte klarar kraven betalas inte medel ut för den del som det berör. Utredningen föreslår *inte* någon fördelning av dessa medel mellan övriga regioner eftersom det minskar förutsägbarheten på det sätt som konstruktionen med en förbestämd summa avser att eliminera.

9.8.6 Ersättning för efterlevnad av lagkrav

Riksrevisionen har tidigare framfört tveksamheter till att belöna regionerna för att författningskrav uppfylls, exempelvis de tidsgränser som finns angivna i vårdgarantin, eller att belöna krav som är lägre än dem som anges i författning. Riksrevisionen menade att det finns en risk att det uppfattas som att annan lagstiftning kan prio-

riteras ner och att det på sikt försvagar lagstiftningen snarare än förstärker den, åtminstone om kraven är lägre än de som anges i författning[50].

Utredningen håller med om detta resonemang och att det inte är optimalt att ställa krav som är lägre än de krav som anges i den lagstadgade vårdgarantin. Samtidigt konstaterar utredningen att de författningskrav som har funnits sedan år 2010, aldrig har efterlevts. Det är ett stort problem. Det är tydligt att något behöver göras åt den situationen, och den prestationsbundna ersättningsmodell som föreslås ska därför ses som ett led i en förflyttning mot de egentliga kraven som fastställts i författning. Det innebär på sikt att *alla* patienter ska få sin vård inom vårdgarantins tidsgränser och att *ingen* har stått på väntelistorna längre tid än så.

Om kravet på en förbättring om tre procentenheter per år skulle hållas av alla regioner när det gäller medicinsk bedömning inom primärvården, skulle tre regioner ha en efterlevnad på 100 procent år 2025, och 2028 skulle det vara åtta. Om en förbättringstakt om fem procentenheter vore möjligt skulle nästan alla regioner nå en efterlevnad på 100 procent till år 2028.

Prestationskraven ska alltså inte ses som ettåriga utan som en del av ett mer långsiktigt arbete. På längre sikt är målet att nå de författningsreglerade gränserna och när det har uppnåtts kan modellen utvecklas ytterligare för att därefter i stället premiera resultat som innebär en högre ambition än det som krävs enligt författning.

9.8.7 Särskild hänsyn till personer med kronisk sjukdom

Det finns många personer som lever med en kronisk sjukdom, en sjukdom som i vissa fall kan vara tidvis återkommande, långvarig eller livslång. En uppskattning har visat att drygt 40 procent av befolkningen har minst en diagnos som kan klassas som kronisk, och det är vanligt att ha mer än en kronisk sjukdom.[51]

Förekomsten är vanligare bland kvinnor än män och ökar med ålder. Bland personer över 65 år har omkring 80 procent en kronisk

[50] Riksrevisionen. 2014. *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej*, RiR 2014:20.
[51] Myndigheten för vårdanalys. 2014. *VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kroniska sjukdomar*, rapport 2014:2. Baseras på vårdkonsumtionsdata från två regioner (dåvarande landsting).

sjukdom. Bland barn och unga (0–19 år) har omkring 20 procent en kronisk sjukdom. Diabetes, astma, allergi och kronisk cystit är exempel på kronisk sjukdom bland unga.[52]

Enligt samma rapport som ovan gjordes drygt hälften av läkarbesöken för personer med kroniska sjukdomar inom primärvården. Ungefär en tredjedel gjordes i den specialiserade, icke-akuta, öppenvården medan vart tionde gjordes vid akutmottagningar. Men fördelningen skiljer sig beroende på diagnos. [53]

Personer med kroniska sjukdomar är således inte en homogen grupp, utan återfinns i olika delar av vården. Vårdgarantin gäller naturligtvis även för personer med kroniska sjukdomar.

Ålder är en betydande faktor för vårdbehov. Förekomsten av kronisk sjukdom ökar, som framgår ovan, med ålder. Utredningens analyser av data från väntetidsdatabasen visar också att många äldre väntar på första besök inom den specialiserade vården eller en åtgärd (se bilaga 2). Av alla kvinnor som i december 2020 hade väntat i över ett år på första besök fanns exempelvis en fjärdedel inom ögonsjukvården, en del av dem eventuellt med någon kronisk sjukdom inom detta område. När det gäller väntan på operation eller åtgärd var hälften av de kvinnor och män som väntat i över ett år 60 år eller äldre, en del av dem hade sannolikt någon kronisk sjukdom.

Prestationskraven för första besök och operation eller annan åtgärd samt av att det inte ska finnas några personer som väntat över två år på vård berör i högsta grad personer med kronisk sjukdom.

En tydlig kritik som framförts mot både vårdgarantin och prestationskraven är att återbesök åsidosätts till förmån för första besök. Återbesök kan tänkas spela en särskilt viktig roll för personer med kroniska sjukdomar, där mycket av sjukdomen i vissa situationer sköts av personen själv i långa perioder, men där det kan finnas behov av regelbundna uppföljningar och rutinkontroller, i primärvården eller den specialiserade vården. Att återbesök ingår bland prestationskraven är ett sätt att minska risken att återbesök åsidosätts, vilket kan tänkas drabba personer med kronisk sjukdom mer än andra.

För personer med kroniska sjukdomar som i stor utsträckning lever med och sköter sin sjukdom själv finns det också ett behov av att kunna få kontakt och eventuellt ett besök när något händer i olika

[52] Ibid.
[53] Ibid.

situationer, exempelvis när sjukdomen utvecklas på ett oväntat sätt. I både primärvården och den specialiserade vården är det därför viktigt att *alla* besök rapporteras – även om det inte är ett återbesök i bemärkelsen att det är planerat långt i förväg med ett medicinskt måldatum. Utredningen har uppfattat att det fortfarande råder vissa oklarheter kring hur första besök och återbesök registreras, och därför är det viktigt att fortsätta att arbeta med anvisningar och riktlinjer samt att säkerställa att dessa följs så att data blir fullständig och jämförbar.

När det gäller primärvården föreslår utredningen att uppföljningen kompletteras med ytterligare mått utöver medicinsk bedömning inom tre dagar och återbesök. Syftet med de tilläggen är just att försöka fånga fler aspekter som är viktiga inte minst för personer med kroniska sjukdomar.

När rapporteringen av återbesöken, inom både primärvård och specialiserad vård, har satt sig kan vikten ökas i fördelningsmodellen om så önskas för att göra modellen mer relevant för personer med kroniska sjukdomar. Prestationsmodellen skulle också kunna bli mer relevant för personer med kroniska sjukdomar genom att andra tillgänglighetsmått inkluderas. I dagsläget menar dock utredningen att det saknas ytterligare alternativ än de som föreslås.

9.8.8 Redogörelse av möjliga styreffekter

Det finns kända risker med prestationsersättning. Två övergripande aspekter som särskilt riskerar att påverkas är de medicinska prioriteringarna och hur data registreras och rapporteras. Det är svårt att konstruera en modell med prestationsersättning som helt eliminerar sådana oönskade styreffekter. Men ett bra ledarskap som förmår att arbeta med medicinska prioriteringar och förbättringsarbete parallellt samt att öka långsiktigheten i både prestationsmodellen och i överenskommelsen generellt kan bidra till att minska riskerna.

Risk att medicinska prioriteringar påverkas

När det gäller påverkan på medicinska prioriteringar har utredningen eftersträvat att konstruera prestationskrav som minimerar oönskade effekter. Utredningens resonemang kring detta framgår i samband

med att prestationskraven beskrivs ovan. En viktig del i det arbetet har varit att säkerställa att prestationskraven inom varje område (det vill säga primärvård, specialiserad vård (exklusive BUP) och BUP) sammantaget innebär incitament att både prioritera dem som inte har väntat så länge och att ge vård till dem som har väntat för länge enligt de lagkrav som råder. Därför finns exempelvis både krav på att genomföra en viss del av insatserna inom ett visst antal dagar och krav på att genomsnittliga antalet väntedagar ska förbättras. Om en region eller verksamhet väljer att fokusera på ett av kraven finns en risk att balansen rubbas.

En annan aspekt av påverkan på de medicinska prioriteringarna handlar om hur insatser som ingår i modellen prioriteras i förhållande till andra insatser. Att en större del av hälso- och sjukvården ingår i modellen är ett sätt att minska det problemet, men samtidigt är det fortfarande en stor del av hälso- och sjukvårdens göromål som inte ingår. Att mäta precis allt, och dessutom göra det på ett korrekt sätt, är inte möjligt, vilket innebär att denna risk är svår att undvika. Även i utredningens förslag finns en risk att olika typer av undersökningar och mycket annat som hälso- och sjukvården gör åsidosätts till förmån för de insatser som finns med i modellen, men utredningens förslag innebär en förbättring mot tidigare modell.

Tillit till att medicinska prioriteringar upprätthålls i vården

Trots de överväganden som utredningen gjort återstår alltså en viss risk att den ekonomiska styreffekten påverkar vårdprofessionernas medicinska prioriteringar. Utredningen vill tydligt framhålla vikten av att de medicinska prioriteringarna upprätthålls på ett korrekt sätt, och har stor tillit till att professionerna förmår att balansera medicinska prioriteringar och andra krav. Det måste inte finnas en motsättning mellan att upprätthålla medicinska prioriteringar och samtidigt förbättra tillgängligheten och korta väntetiderna – det ena måste inte nödvändigtvis utesluta det andra utan kan göras parallellt med ett systematiskt och långsiktigt förbättringsarbete. Att förbättra väntetiderna och klara de krav som författningen, regionen och överenskommelsen ställer samtidigt som professionerna har möjlighet att göra de medicinska prioriteringar som krävs är en

viktig ledarskapsfråga, där varje verksamhetschef har ett viktigt ansvar för tillgänglighetsarbetet.

Risk att registrering påverkas

Hur registreringen görs kan påverka i vilken mån prestationskraven uppnås. Med detta menar utredningen att det inte behöver handla om medveten eller omedveten manipulation, utan snarare om hur regionen eller verksamheten tolkar anvisningar och hur mätpunkter registreras. Det kan exempelvis handla om vad som registreras som ett besök för ett nytt hälsoproblem i primärvården, hur det medicinska måldatumet för ett återbesök sätts eller vilka besök som klassas som nybesök eller första besök respektive återbesök, och om det finns ytterligare besökstyper som helt faller utanför dessa definitioner och därför inte inkluderas. Genom att ställa prestationskrav kan regionernas registrering påverkas, vilket i förlängningen kan göra att det som avsågs att mätas inte mäts fullt ut.

Långsiktighet kan bidra till att minska oönskade styreffekter

Som ett ytterligare möjligt sätt att minska riskerna för negativa styreffekter vill utredningen återigen framhålla långsiktighet.

Med mer långsiktighet finns utrymme för att göra förändringar i arbetssätten som ger effekt på längre tid. Detta är ett inneboende problem med överenskommelserna. Om regionerna vet att kraven kommer finnas kvar en längre tid kan engagemanget för att jobba mer långsiktigt öka. Därför menar utredningen att den prestationsbundna ersättningsmodellen måste ses som ett komplement till den del i överenskommelsen som handlar om det strategiska utvecklingsarbetet, och som en incitamentsmodell som på ett antal års sikt kommer leda till att de författningsreglerade lagkraven efterlevs och att vård som inte berörs av vårdgarantin ges inom rimlig tid. Med ett alltför ensidigt fokus endast på den prestationsbundna ersättningsmodellen är det sannolikt svårare att komma tillrätta med problemen på ett sätt som är långsiktigt hållbart.

I syfte att minska risken att kortsiktiga snabba lösningar görs för att klara kraven varje månad föreslår utredningen att prestationskraven utvärderas två gånger per år i stället för varje månad som det

varit tidigare. Det bör innebära en mindre pressande situation, mindre administration och ge verksamheterna lite mer utrymme att arbeta mer hållbart.

9.9 Fortsatt arbete med förbättrad väntetidsstatistik

Förslag: Överenskommelsen ska innehålla utökade krav på regionerna och SKR om förbättrad kvalitet i inrapporterade data till väntetidsdatabasen. Den ska också innehåll krav på SKR om förbättrad presentation av väntetidsdata.

Skälen för utredningens förslag: Del 2 i överenskommelsen handlar om fortsatt arbete med förbättrad datakvalitet. SKR:s väntetidsdatabas har utvecklats och förbättrats successivt. Ända sedan starten av databasen har uppföljningar lyft fram aspekter som behöver förbättras[54]. Fortsatta behov av utveckling och förbättring kvarstår. I december år 2020 lämnade Socialstyrelsen en rapport som fokuserade på regionernas inrapportering av primärvårdsdata till väntetidsdatabasen[55]. Här drogs bland annat slutsatsen att det finns fortsatt behov av att säkerställa följsamhet och jämförbarhet i inrapporteringen för primärvården.

Svagheter och begränsningar i väntetidsdatabasen har också framkommit tydligt i utredningens arbete. Det handlar både om kvaliteten på data i databasen och om hur data, innehåll och kvalitet beskrivs för dem som använder sig av databasen och tar del av redovisningen genom *Väntetider i vården*. I takt med att väntetidsdatabasen har utvecklats, och numer innehåller omfattande värdefull information om både primärvården och den specialiserade vården, har den också blivit en allt viktigare källa för kunskap. Allt fler aktörer använder databasen. Även statens uppföljning av väntetider grundar sig på väntetidsdatabasen. Utredningen menar att den här utvecklingen ställer större krav på kvalitetssäkring och transparens och att det därför behöver säkerställas att regionerna inrapporterar enligt de krav och anvisningar som finns.

[54] Se exempelvis Socialstyrelsen. 2012. *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011.*
[55] Socialstyrelsen. 2020. *Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020. Regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen.*

Utredningen föreslår att följande krav, som i princip också har ställts i tidigare överenskommelser men med något andra formuleringar, ställs på regionerna när det gäller inrapportering av data till väntetidsdatabasen:

- Regionerna ska rapportera alla besök och åtgärder i primärvården och i den specialiserade vården till väntetidsdatabasen, i enlighet med modellerna för utvidgad uppföljning. Både måttet som baseras på *genomförda* insatser och måttet som baseras på antal *väntande* ska rapporteras för den specialiserade vården.
- Rapporteringen ska göras enligt de riktlinjer, rutiner och anvisningar som tillhandahålls genom SKR och gäller för väntetidsdatabasen. Regionerna ska säkerställa kvalitet i data de skickar in och att det rapporteras i enlighet med de krav och anvisningar som finns.
- Regionernas rapportering ska finnas i väntetidsdatabasen senast fem veckor efter den månad som mätperioden avser.
- Rapportering av patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan ska följa de bestämmelser som finns i hälso- och sjukvårdsförordningen.

Dessutom föreslår utredningen att följande ytterligare krav ställs på regionerna:

- Regionerna ska redogöra för antal privata vårdgivare som ingår i regionens utbud men som inte rapporterar till väntetidsdatabasen. Av redogörelsen ska också omfattningen av vården som dessa privata vårdgivare ger och i vilka verksamhetsområden vården ges framgå.
- Regionerna ska samverka med och bidra till en utvidgad och fördjupad granskning av väntetidsdatabasens kvalitet (se avsnitt 9.10).

Det är regionerna som ansvarar för inrapporteringen till databasen medan SKR förvaltar databasen, samordnar och stödjer regionernas gemensamma arbete. SKR har en viktig roll i utvecklingen av databasen, och utredningen menar att med det följer ett ansvar för kvaliteten i databasen. Även om respektive region ansvarar för sin inrapportering och att siffrorna som rapporteras är korrekta, bör även

SKR ta ansvar för hur data presenteras och beskrivs på webbsidan. Det blir allt viktigare när fler aktörer använder sig av informationen, aktörer som inte alltid har tidigare erfarenhet av väntetidsdatabasen och inte känner till de begränsningar som finns.

SKR bör även ta ansvar för att genomföra systematiska tester för att hitta eventuella felaktigheter i de data som inrapporteras, och vidta lämpliga åtgärder. Eventuella felaktigheter i data bör återkopplas till regionerna för rättelse och markeras tydligt i de data som presenteras på webben så att användarna uppmärksammas på kända felaktigheter.

Mot denna bakgrund föreslår utredningen att SKR tilldelas medel för att genomföra följande uppdrag:

- Beskriva och synliggöra vad data som presenteras på webben innehåller och inte, samt vilka kända brister det finns. Variabellistor som beskriver vad olika mått innefattar ska finnas lätt tillgängliga på webben, liksom alla instruktioner, anvisningar och riktlinjer som ligger till grund för regionernas inrapportering. Det handlar exempelvis om vad som ingår i måtten patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan och vad som ingår i olika typer av besök (exempelvis första besök, vårdgarantibesök och återbesök).
- Redovisa resultat genom *Väntetider i vården* på ett sätt som möjliggör att resultat går att följa över tid, även efter att uppföljningsmodellen förändrats.
- Fortsätta arbetet med att harmonisera inrapportering från olika regioner, för att säkerställa att alla rapporterar likadant. Det är ett känt problem i all datarapportering att olika rapportörer kan tolka vad som ska rapporteras på olika sätt. Detta är därför en naturlig del av det fortsatta arbetet. I linje med första punkten ovan bör det finnas transparens kring vilka områden som har varit föremål för ett sådant arbete, vilka riktlinjerna och anvisningarna är, i vilka områden det finns stora och kända brister, och i vilka områden som arbete pågår eller planeras att genomföras. Data som regionerna har meddelat är bristfällig på ett eller annat sätt ska markeras tydligt.

  Resultaten från Socialstyrelsens analys av regionernas inrapportering av data till väntetidsdatabasen när det gäller primär-

vården[56] kan utgöra grund för fortsatt och mer systematiskt kvalitetsarbete inom SKR, exempelvis genom att fortsätta följa upp de skillnader som framkommer där om bland annat antal inrapporterade besök per region och skillnader i fördelningen av olika typer av besök.

- Samla in och sammanställa information om vilka privata vårdgivare som ingår i regionens utbud men som inte rapporterar till väntetidsdatabasen, samt omfattningen av denna vård och inom vilka vårdområden det gäller.

SKR ska också samverka med och bidra till en utvidgad och fördjupad granskning av väntetidsdatabasens kvalitet, se avsnitt 9.10.

9.10 Utvidgad och fördjupad granskning av väntetidsdatabasen

Förslag: Regeringen tillsätter en utvidgad och fördjupad granskning av väntetidsdatabasens kvalitet.

Skälen för utredningens förslag: Som komplement till det fortsatta utvecklingsarbetet med väntetidsdatabasen som SKR och regionerna föreslås göra inom ramen för överenskommelsen, föreslår utredningen också att regeringen tillsätter en utvidgad och fördjupad granskning av väntetidsdatabasens kvalitet, inte minst mot bakgrund av den nya utvidgade inrapporteringsmodellen.

Granskningen ska handla om kvalitetssäkring vid inrapportering av data och om hur SKR hanterar och informerar slutanvändarna om eventuella brister. Det handlar exempelvis om att genomlysa de anvisningar och riktlinjer som ska användas vid inrapporteringen, både hur de är utformade och i vilken utsträckning de efterlevs. Ett exempel är hur patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan definieras och används i rapporteringen och hur det förhåller sig till hälso- och sjukvårdsförordningens skrivningar om dessa begrepp. Ett annat exempel är hur olika besökstyper definieras och rapporteras, exempelvis vårdgarantibesök, återbesök och uppföljningsbesök. Det ingår också att granska hur den här typen av information

[56] Ibid.

ges på webben i samband med att användare tar del av resultaten. En viktig fråga som behöver belysas och analyseras är om de utvidgade modellerna för rapportering innebär personuppgifter och om det i så fall finns rättslig grund för att rapporteringen sker till SKR.

Ett sätt att genomföra en del av granskningen skulle kunna vara en fördjupad analys där innehållet i det inrapporterade till väntetidsdatabasen för ett urval av verksamheter eller regioner jämförs mot verksamheters uppfattning och kännedom och mot andra källor. Även kvalitativa analysmetoder kan ingå.

Granskningen ska leda till en sammanställning av vilka brister som finns och beskriva möjligheter att komma tillrätta med dem. Den ska också leda till förslag om hur kvaliteten i inrapporteringen av data kan utvärderas och följas upp på nationell nivå, region- eller verksamhetsnivå. Det kan exempelvis handla om att utveckla relevanta mått på täckningsgrad eller svarsfrekvens.

Inom sitt uppdrag att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården har Socialstyrelsen i uppgift att följa och analysera regionernas inrapportering av väntetidsdata till väntetidsdatabasen[57]. I december år 2020 lämnade Socialstyrelsen en rapport som fokuserade på regionernas inrapportering av primärvårdsdata. Socialstyrelsen konstaterade att regionerna generellt sett rapporterade in data för obligatoriska variabler i stor utsträckning, men i mindre utsträckning för vissa icke-obligatoriska variabler. Socialstyrelsen redovisade också en analys som indikerar att skillnader i rapporteringen av variabler påverkar möjligheten att göra rättvisande jämförelser mellan regionerna när det gäller vårdgarantins efterlevnad.[58] En motsvarande analys för inrapporteringen av data när det gäller den specialiserade vården görs under år 2021, men har inte redovisats när detta delbetänkande skrivs.

Erfarenheterna från dessa rapporter kan utgöra ett bra underlag och utgångspunkt för den utvidgade och fördjupade granskningen. Socialstyrelsens resultat indikerar att regionerna rapporterar olika många besök och olika typer av besök i olika utsträckning. Dessa resultat behöver diskuteras vidare avseende i vilken utsträckning skillnaderna beror på att anvisningar inte följs eller att regioner

[57] Regeringskansliet. 2020. *Uppdrag att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården*, S2020/05634/FS.
[58] Ibid.

tolkar anvisningar på olika sätt. Därtill berörde inte Socialstyrelsens arbete hur resultat och information presenteras på webben och för slutanvändarna av databasen, vilket utredningen menar är en viktig aspekt som också behöver ingå i en fördjupad och utvidgad granskning.

Myndigheter som ska ingå i granskningsgruppen föreslås vara Inspektionen för vård och omsorg, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och Socialstyrelsen samt Integritetsskyddsmyndigheten. Även extern expertkunskap om registerhållning och datakvalitet och juridisk kompetens bör ingå.

Den utvidgade och fördjupade granskningen kan tillsättas exempelvis genom ett uppdrag till en samordnande och sammankallande myndighet. I överenskommelsen med SKR ställs sedan krav på SKR och regionerna att samverka i arbetet.

9.11 Fortsatt strategiskt tillgänglighetsarbete

Del 3 i överenskommelsen handlar om strategiskt tillgänglighetsarbete. Utredningen menar att arbetet med regionernas handlingsplaner och uppföljning av dem som genomförts under 2021 behöver fortsätta. Regionernas arbete med tillgänglighet ska vara långsiktigt och handlingsplanen ska baseras på regionens situation och förutsättningar. Därför är det viktigt att vara långsiktig även från statligt håll, och inte ändra styrsignalen när ett arbete påbörjats. Genom återkommande uppföljning från statens sida med utveckling av överenskommelsen utifrån arbetet med regionala handlingsplaner och årliga uppföljningar kan statens stöd till regionernas tillgänglighetsarbete bli betydelsefullt.

Utredningen har haft i uppdrag att stödja regionernas arbete med handlingsplanerna. Denna del av uppdraget beskrivs i kapitel 5. Där redogörs också för förslag om hur det fortsatta strategiska tillgänglighetsarbetet kan utvecklas, förslag som bör bli en del av innehållet i kommande överenskommelser.

9.12 Kommitté för tillgänglighetsdialog

Som komplement till arbetet inom överenskommelsen anser utredningen att statens uppföljning av arbetet i regionerna behöver säkerställas och förbättras. Utredningen föreslår därför att en kommitté för tillgänglighetsdialog tillsätts av regeringen. Kommittén bör genomföra en årlig tillgänglighetsdialog vid platsbesök där respektive regions läge och resultat diskuteras tillsammans med regionen i syfte att stimulera utveckling av tillgänglighetsarbetet. Förslaget beskrivs ytterligare i kapitlet om att stödja regionernas arbete med handlingsplanerna (kapitel 5).

I översikten av överenskommelsens innehåll beskriver utredningen denna tillgänglighetsdialog som en kompletterande insats. Det gör utredningen för att regeringen behöver ta ansvar för tillsättning av gruppen och dess ordförande och avsätta medel för sammanställning och förberedelse av underlagsmaterial i form av regionernas årliga rapporter, myndigheternas rapporter om tillgänglighet, genomgång av aktuella data från bland annat väntetidsdatabasen, samt för arbete före, under och efter platsbesök. Regionernas del av arbetet bör ingå som en del av överenskommelsen.

9.13 Regiongemensam pilotverksamhet

I kapitel 6 presenteras ett förslag som handlar om att stimulera regiongemensamt utvecklings- och förbättringsarbete genom pilotverksamheter som kan förbättra tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. Det kan exempelvis handla om gemensam produktions- och kapacitetsstyrning och gemensamma eller samordnade upphandlingar. Syftet är att öka kapaciteten och effektiviteten för att korta väntetiderna, genom samarbete mellan regionerna. Följeforskning bör knytas till pilotverksamheterna.

Om finansiering och andra förutsättningar och villkor ska anges i en överenskommelse är det utredningens förslag att det blir en del av överenskommelsen om ökad tillgänglighet, och att det inom överenskommelsen avsätts vissa medel som regionerna, i grupper om minst två, kan ansöka om för att bedriva sådan pilotverksamhet.

9.14 Regionala och samverkansregionala överenskommelser

Att staten ingår överenskommelser direkt med regionerna skulle kunna vara ett alternativ till att ingå dem med SKR. Beroende på hur de utformas skulle de kunna bli bindande för regionerna på ett annat sätt än överenskommelserna med SKR. I varje fall skulle de kunna innebära mer förankring i regionerna. Men det skulle kräva mer resurser från Regeringskansliets sida, och det är möjligt att innehållet i överenskommelserna skulle bli olika för olika regioner.

Samverkansregionerna är i sig inte egna juridiska personer, om de inte överlämnat verksamhet till ett gemensamt kommunalförbund. Om det inte finns något beslutsmandat för sjukvårdsregionerna kan de inte ingå överenskommelser, utan överenskommelserna behöver i så fall ingås med varje region. Men villkoren kan diskuteras med flera regioner gemensamt.

9.14.1 Inget hindrar andra typer av överenskommelser

Det är i första hand regionerna som ska utföra de uppgifter som framgår av de överenskommelser som staten och SKR sluter. Det är också i huvudsak regionerna som erhåller de ekonomiska medel som ingår i överenskommelserna. SKR erhåller oftast en mindre del av medlen för att stödja regionernas arbete. Men den typ av överenskommelser som är vanliga inom hälso- och sjukvården är inte juridiskt bindande[59,60]. De kan snarare ses som erbjudanden för regionerna där de kan välja att delta[61].

I stället för att staten och SKR ingår en överenskommelse skulle staten i princip kunna sluta en överenskommelse med en enskild region som förpliktigar regionen att vidta vissa åtgärder mot ersättning från statens sida. Det finns ingenting som direkt hindrar ett sådant upplägg, om parterna är överens om det. Att överenskommelser traditionellt inte har ingåtts med respektive region har

[59] Riksrevisionen. 2014. *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej*, RiR 2014:20.
[60] Statskontoret. 2011. *Tänk efter före. Om viss styrning av kommuner och landsting*, rapport 2011:22.
[61] Riksrevisionen. 2014. *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej*, RiR 2014:20.

delvis praktiska orsaker. Det är enklare att teckna överenskommelser med SKR än med 21 regioner[62].

9.14.2 Olika grad av formalisering

Överenskommelser kan ha olika grad av formalisering, allt från ett outtalat samförstånd utan rättsliga förpliktelser till ett påskrivet kontrakt eller avtal[63]. Beroende på hur överenskommelser med regionerna skulle utformas skulle de kunna bli bindande för regionerna och staten på ett annat sätt än en överenskommelse mellan staten och SKR, vilket är en fördel. Samtidigt menar utredningen att det behövs ytterligare överväganden av om det är lämpligt och önskvärt att staten styr regionerna via sådana överenskommelser i dessa frågor, där bland annat frågan om hur meningsskiljaktigheter skulle kunna lösas på ett ändamålsenligt sätt är relevant.

9.14.3 Tydligare förankring en möjlig fördel

Även om en överenskommelse inte nödvändigtvis skulle utformas så att den blir rättsligt bindande kan det tänkas att en sådan överenskommelse skulle kunna innebära en tydligare förankring i regionerna om överenskommelsen förhandlas direkt med regionen i stället för med SKR. När det gäller överenskommelserna om ökad tillgänglighet uttrycktes i överenskommelsen för 2019 att den syftade till att åstadkomma förnyad kraft i arbetet med att förbättra tillgängligheten och att parterna var överens om att det fanns ett fortsatt behov av att samlat se över och utveckla arbetet med att långsiktigt förbättra tillgängligheten. Utredningen har under arbetets gång ibland fått intrycket av att det kanske inte fanns full samsyn mellan regeringen och regionerna kring att det nu skulle göras ett omtag och att arbetet skulle ske med förnyad kraft, med mer fokus på strategiskt utvecklingsarbete och långsiktighet. Överenskommelsen ingås med SKR, så när parterna har samsyn behöver det inte nödvändigtvis innefatta samtliga regioner. Eftersom det är i regionerna som arbetet måste göras är det förstås en försvårande omständighet

[62] Riksrevisionen. 2017. *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet*, RiR 2017:3.
[63] Ibid.

om inte även regionerna har den samsynen. Den typen av glapp skulle kunna undvikas om överenskommelsen i stället förhandlades och ingicks direkt med regionen.

9.14.4 Mer arbete och olika villkor möjliga nackdelar

En nackdel som utredningen ser med överenskommelser direkt med regionerna är att det skulle kräva betydligt mer resurser jämfört med en gemensam överenskommelse mellan staten och SKR. Det gäller både när överenskommelserna ska förhandlas och när de ska följas upp.

Att ingå en överenskommelse kräver att parterna är överens om villkoren, och en överenskommelse föranleds ofta av någon form av diskussion eller förhandling mellan parterna. Regionala överenskommelser skulle således innebära att staten behöver komma överens om villkoren med 21 parter. Det skulle kunna innebära förhandlingar mellan staten och respektive region, vilket skulle kunna resultera i olika innehåll och villkor för olika regioner. Beroende på syftet med överenskommelserna skulle det kunna vara ändamålsenligt. Om syftet är att uppnå en ökad nationell samordning kring en fråga är oliklydande avtal förmodligen inte förenligt med syftet. Om syftet däremot är att arbeta tillsammans med 21 regioner och att stötta regionerna på olika sätt genom att anpassa villkoren efter regionala förutsättningar skulle överenskommelser mellan staten och respektive region kunna vara fördelaktigt. Det kan dock finnas en risk att överenskommelserna kan komma att skilja sig så mycket åt att de medför ytterligare svårigheter att få vården jämlik.

9.14.5 Om parter i en överenskommelse

Varje region är en egen juridisk person, och utredningen menar därför att regionerna inte gemensamt kan utgöra en motpart till regeringen i en överenskommelse, utan respektive region behöver som utgångspunkt svara för sina egna åtaganden enligt överenskommelsen. En samverkansregion är inte en juridisk person i sig, och det går alltså inte att ingå en överenskommelse med själva samverkansregionen. Varje region som ingår i samverkansregionen måste enskilt svara för sina åtaganden enligt överenskommelsen. Om regionerna i

samverkansregionen exempelvis organiserat verksamhet inom en egen juridisk person, genom att bedriva verksamhet inom ramen för ett kommunalförbund, är situationen dock annorlunda. I sådant fall ser utredningen inget hinder för staten att ingå en överenskommelse med kommunalförbundet. Det krävs dock att regionerna som ingår i kommunalförbundet har tilldelat förbundet ansvar för de frågor som överenskommelsen avser. I prop. 2017/18:40 *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården* beskrivs att regionerna måste utforma effektiva beslutsprocesser och samverkansregionerna ha mandat att besluta om koncentration av vård genom en samverkansregional beslutsfunktion. I propositionen lyftes inrättande av en gemensam nämnd eller ett kommunalförbund, till vilken regionerna i samverkansregionen har överlåtit beslutanderätt, som exempel på sätt för att åstadkomma detta.[64]

Det är i vart fall möjligt att förhandla innehållet och villkoren med flera regioner gemensamt för att komma överens om gemensamma villkor för flera regioner, exempelvis inom samverkansregionerna. På samma sätt som med upplägget med överenskommelse mellan staten och respektive region skulle detta upplägg ge möjligheter att anpassa villkoren utifrån förutsättningarna. Upplägget skulle kräva att de ingående regionerna tillsammans förhandlar med staten och kommer överens med varandra och staten. Utmaningen är att regionerna kan ha olika önskemål och behov som gör det svårt att hitta en gemensam lösning.

Jämfört med överenskommelse med respektive region skulle detta upplägg förmodligen kräva mindre resurser, men fortfarande mer jämfört med en överenskommelse mellan staten och SKR.

[64] Prop. 2017/18:40 s. 64.

10 Författningskommentar

10.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

7 kap.

6 a §

Regionen ska organisera hälso- och sjukvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård och som dessutom vistas i regionen kan få hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans när som helst på dygnet. Genom hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans ska råd ges om åtgärder som den enskilde själv kan vidta med anledning av sina symtom. Det ska även bedömas om den enskilde har behov av ytterligare hälso- och sjukvård. Den enskilde ska, vid behov, hänvisas till en vårdenhet. Råd, bedömning och hänvisning enligt detta stycke ska utgå från ett rådgivnings- och hänvisningsstöd.

Regionen ska på en webbplats som är allmänt känd lämna information om hälso- och sjukvård som så långt som möjligt motsvarar sådan information som lämnas vid hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans enligt första stycket.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om sådan verksamhet som avses i första och andra stycket.

Paragrafen är ny och innehåller en bestämmelse om hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans samt om information om hälso- och sjukvård på en webbplats som är allmänt känd.

Enligt första styckets första mening ska regionen organisera hälso- och sjukvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård och som dessutom vistas i regionen kan få hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans när som helst på dygnet. Vilka som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård

framgår av 8 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Det är, enligt 8 kap. 1 § HSL, bland annat personer som är bosatta i regionen. Även personer som bor i en annan region omfattas av en regions ansvar att erbjuda öppen vård, enligt 8 kap. 3 § HSL. Hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans är att betrakta som öppen vård, eftersom det är hälso- och sjukvård som ges till en patient som inte är intagen vid en vårdinrättning (se 2 kap. 4 och 5 §§ HSL).

Det är regionen som den enskilde vistas i som omfattas av skyldigheten att organisera hälso- och sjukvården så att den enskilde kan få hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans. Det betyder bland annat att regionens planering och dimensionering av hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans exempelvis behöver ta hänsyn till hur många som vanligtvis vistas i regionen. Om en enskild vistas i en annan region än den region han eller hon är bosatt i, är det den region som den enskilde vistas i vid tidpunkten som kontakt söks med hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans som ska se till att den enskilde får tillgång till rådgivningen. Bestämmelsen innehåller inget rekvisit rörande vistelsens längd. Det kan alltså vara fråga om att den enskilde befinner sig i en annan region än den han eller hon bor i under en mycket kort tid, men det kan också handla om längre vistelser. Bestämmelsen innebär inte något hinder för att flera regioner utför hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans gemensamt eller att samverka kring att besvara inkommande samtal. Däremot följer av bestämmelsen att det är varje regions ansvar att se till att de som omfattas av regionens ansvar och som vistas i regionen har tillgång till hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans.

Hälso- och sjukvårdsrådgivningen enligt första stycket avser hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans. I lagen anges inte vilken lösning för kommunikation på distans som ska användas. Olika lösningar är möjliga enligt bestämmelsen, såsom telefon eller chattfunktioner. Vilka kommunikationslösningar som ska användas kan dock preciseras på lägre författningsnivå. Att hälso- och sjukvårdsrådgivning ska erbjudas på distans enligt bestämmelsen innebär ingen förändring i regionens skyldighet att erbjuda god hälso- och sjukvård i övrigt. Behov av hälso- och sjukvård genom fysiska möten mellan den enskilde och hälso- och sjukvårdspersonalen består.

Bestämmelsen innebär en skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans när som helst på dygnet. Regionen kan alltså inte begränsa öppettiderna för hälso- och sjukvårdsrådgiv-

ningen på distans till vissa tider på dygnet. Inte heller kan begränsningar göras till vissa dagar, utan bestämmelsen innebär ett krav på tillgänglighet dygnet runt samtliga dagar.

Med råd om åtgärder som den enskilde själv kan vidta med anledning av sina symtom avses så kallade egenvårdsråd. Bedömning av om den enskilde har behov av ytterligare hälso- och sjukvård är en bedömning av om den enskilde behöver annan hälso- och sjukvård än sådana egenvårdsråd som ska erbjudas via hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans enligt bestämmelsen. Det kan exempelvis handla om behov av att uppsöka en vårdcentral för att få en medicinsk bedömning och lämplig behandling. Den bedömning av behovet av ytterligare hälso- och sjukvård som avses utgör dock inte i sig en sådan medicinsk bedömning som avses i exempelvis 9 kap. 1 § 2 HSL eller 8 kap. 1 § patientlagen (2014:821).

Sådan hänvisning till en vårdenhet som avses i bestämmelsen handlar om information och råd om att en annan vårdenhet bör uppsökas samt information om vilka vårdenheter som finns att tillgå och hur den enskilde kommer i kontakt med dessa. Informationen bör vara anpassad till den enskildes besvär och platsen där den enskilde befinner sig. Begreppet vårdenhet avser en organisatorisk enhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård. Det kan till exempel vara en vårdcentral, ett sjukhus, en mottagning eller en klinik. Ytterst är det dock den enskilde själv som får ta ställning till om ytterligare vård ska sökas och var vården i så fall ska sökas. När det gäller offentligt finansierad öppen vård har patienten möjlighet att själv välja utförare inom eller utom regionen, enligt 9 kap. 1 § patientlagen.

Hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans ska utgå från ett rådgivnings- och hänvisningsstöd. Det är ett arbetsredskap för den som utför hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans. I rådgivnings- och hänvisningsstödet bör det finnas information om bland annat hur brådskande behoven är med anledning av olika symtom, vilka frågor som bör ställas till den enskilde och vilka åtgärder som kan vidtas av den enskilde själv med anledning av olika symtom. Det bör också finnas information om vilken del av hälso- och sjukvården som är lämplig att uppsöka för olika symtom, om ett behov av kontakt med en annan vårdenhet föreligger, och vilka vårdenheter som finns i regionen. Utifrån bestämmelsen om att hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet enligt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659),

är det en förutsättning att rådgivnings- och hänvisningsstödet baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Enligt paragrafens andra stycke ska regionen, på en webbplats som är allmänt känd, lämna information om hälso- och sjukvård som så långt som möjligt motsvarar sådan information som lämnas vid hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans. Kravet på att webbplatsen ska vara allmänt känd innebär att regionerna ska använda en sådan webbplats som gör att informationen når ut till så hög andel av befolkningen som möjligt. Information på en webbplats som en liten andel av befolkningen känner till uppfyller alltså inte kravet. Ett möjligt sätt att säkerställa att en webbplats är allmänt känd är att samtliga regioner använder samma webbplats för informationen och att en webbplats som funnits under längre tid, och därigenom blivit känd för befolkningen, används. Den information som ska lämnas ska så långt som möjligt motsvara informationen som lämnas vid hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans. Naturligtvis kan det inte bli fråga om individuellt inriktade råd, men däremot allmän information om exempelvis symtom, sjukdomar och skador och vilka åtgärder enskilda kan vidta för att hantera dessa samt i vilka situationer en viss typ av vårdenhet bör uppsökas.

Av tredje stycket framgår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om sådan hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och information på en allmänt känd webbplats som regleras i bestämmelsen.

Överväganden finns i kapitel 8, avsnitt 11.1.

7 kap.

8 a §

I frågor om hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och information om hälso- och sjukvård enligt 7 kap. 6 a § första och andra stycket ska regionerna samverka med varandra. Samverkan ska särskilt avse sådant rådgivnings- och hänvisningsstöd som avses i 7 kap. 6 a § första stycket.

Paragrafen är ny och innehåller en bestämmelse om att regionerna ska samverka med varandra i frågor om hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och information om hälso- och sjukvård enligt 7 kap. 6 a § HSL. Samverkan kring dessa frågor bör syfta till att i så hög utsträckning som möjligt åstadkomma en likvärdighet över

landet i hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans och informationen om hälso- och sjukvård på en webbplats. Exempel på frågor som kan vara föremål för samverkan är frågor om sätt som den enskilde kan komma i kontakt med hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans, arbetsmetodik i kontakter med enskilda, utveckling av nya arbetssätt, utbildningar, säkerställande av att den webbplats som används för att lämna informationen om hälso- och sjukvård är allmänt känd, framtagande av texter om hälso- och sjukvård samt översättning av texter.

Bestämmelsen om samverkan är inte avgränsad till viss situation, utan gäller i bred bemärkelse. Samverkan bör exempelvis vara aktuell vid planering och utveckling av hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans och informationen på en webbplats och inom ramen för det löpande arbetet, men även inför och vid allvarliga händelser och kriser. Kravet på samverkan gäller alltså generellt för frågor om hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och information om hälso- och sjukvård på en webbplats. I bestämmelsen pekas också särskilt ut att samverkan ska avse sådant rådgivnings- och hänvisningsstöd som avses i 7 kap. 6 a § första stycket HSL.

Regionerna omfattas även av andra krav på samverkan, både när det gäller samverkan vid allvarliga händelser och kriser och i andra situationer. Här kan exempelvis kraven på samverkan enligt 7 kap. 7 och 8 §§ HSL och 8 § förvaltningslagen (2017:900) nämnas.

Överväganden finns i kapitel 8, avsnitt 11.2.

11 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Förslag: Författningsändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2022.

Bedömning: Några särskilda övergångsbestämmelser behövs inte.

Skälen för utredningens förslag och bedömning: Utredningen bedömer att det är angeläget att de föreslagna författningsändringarna träder i kraft så snart som möjligt, till stöd för en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning och en tillgänglig hälso- och sjukvård. Med hänsyn till den tid som kan beräknas gå åt för remissförfarande, fortsatt beredning inom Regeringskansliet och riksdagsbehandling bör de lagändringar som utredningen föreslår tidigast kunna träda i kraft den 1 juli 2022. De förordningsändringar som utredningen föreslår bör träda i kraft vid samma tidpunkt som lagändringarna. Eftersom stora delar av det som utredningen föreslår reglera redan i dag görs i praktiken, bedömer utredningen inte att förslagen innebär något särskilt omfattande förberedelsearbete för hälso- och sjukvårdens huvudmän, vårdgivare eller för några andra aktörer som kan påverka tidpunkten för ikraftträdande.

Förslagen är inte av den arten att de kräver några särskilda övergångsbestämmelser.

12 Finansieringsförslag och konsekvensbeskrivningar

Kapitlet inleds med sammanfattande beskrivning av finansieringsförslag och inom vilka områden som utredningen lämnar förslag. Därefter följer avsnitt om påverkan på kommunala självstyrelsen, offentliga finanser, samhällsekonomiska konsekvenser av bristande tillgänglighet, hälso- och sjukvårdens och berörda myndigheters roll, bedömning av effekter av förslagens betydelse för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt. Sedan följer bedömningar av effekter på socioekonomisk och regional jämlikhet, jämställdhet, barn, integration samt påverkan på klimat och miljö. Därefter följer förslagens överenstämmelse med de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen. Slutligen redovisas konsekvenser för den personliga integriteten.

12.1 Finansieringsförslag

Förslag: Med anledning av utredningens förslag om inrättande av en kommitté för tillgänglighetsdialog föreslår utredningen att sammanlagt 5–6 miljoner kronor årligen avsätts från anslaget *4:1 Regeringskansliet m.m.* inom utgiftsområde *1 Rikets styrelse* för att finansiera nämnda kommitté.

Förslag: Med anledning av utredningens förslag om uppdrag till Socialstyrelsen om kunskapshöjande insatser föreslår utredningen att sammanlagt 6 miljoner kronor årligen under en period av tre till fem år tillförs myndigheten genom regeringsbeslut, det första året inkluderar planeringsfas vilket innebär en lägre kostnad om cirka 4 miljoner kronor. Kostnaderna föreslås belasta an-

slaget *1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna* eller anslaget *1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård* inom utgiftsområde *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg*.

Förslag: Med anledning av utredningens förslag om uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys föreslår utredningen att sammanlagt 4 miljoner kronor årligen under en period av tre till fem år tillförs myndigheten genom regeringsbeslut. Kostnaderna föreslås belasta anslaget *1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna* eller anslaget *1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård* inom utgiftsområde *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg*.

Förslag: Med anledning av utredningens förslag om en utredning med uppdraget att utreda förutsättningarna för att skapa ett nationellt vårdsöksystem föreslår utredningen att 5 miljoner kronor belastas anslaget *4:1 Regeringskansliet m.m.* inom utgiftsområde *1 Rikets styrelse* för att finansiera nämnda utredning.

Förslag: Med anledning av utredningens förslag om regiongemensamma pilotverksamheter föreslår utredningen att motsvarande 10 procent av de medel som tillförs regionerna genom överenskommelsen med SKR om ökad tillgänglighet avsätts för ändamålet. En jämförelse med årets överenskommelse innebär en kostnad om cirka 300 miljoner kronor. Kostnaderna föreslås belasta anslaget *1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna* eller anslaget *1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård* inom utgiftsområde *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg*.

Förslag: Med anledning av utredningens förslag om författningsändringar avseende hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och information om hälso- och sjukvård på en webbplats föreslår utredningen att regionerna tillförs 245 miljoner kronor år 1–3 och 230 miljoner kronor från år 4 via anslaget *1:1 Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25. Kostnaderna föreslås belasta anslaget *1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna* eller anslaget *1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård* inom utgiftsområde *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg*. Förändringen föreslås vara permanent från år 4.

Förslag: Med anledning av utredningens förslag om en överenskommelse om en mer samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning föreslår utredningen att regionerna tillförs 300 miljoner kronor via anslaget *1:1 Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25. Kostnaderna föreslås belasta anslaget *1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna* eller anslaget *1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård* inom utgiftsområde *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg*. Förändringen föreslås gälla under en tidsbegränsad period på tre till fem år.

Förslag: Med anledning av utredningens förslag om en utredning om en nationell digital infrastruktur föreslår utredningen att sammanlagt 9 miljoner kronor årligen avsätts under tre år från anslaget *4:1 Regeringskansliet m.m.* inom utgiftsområde *1 Rikets styrelse* för att finansiera nämnda utredning.

Förslag: Med anledning av utredningens förslag om en utvidgad och fördjupad granskning av väntetidsdatabasen föreslår utredningen att 5 miljoner kronor tillförs en myndighet genom regeringsbeslut. Kostnaderna föreslås belasta anslaget *1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna* inom utgiftsområde *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg*.

Skälen för utredningens förslag: Enligt 14 § kommittéförordningen (1998:1474) ska en kommitté när det gäller förslag som innebär kostnadsökningar och intäktsminskningar för staten, kommuner eller regioner föreslå en finansiering. Vad som sägs i kommittéförordningen om kommittéer och om ordförande i kommittéer gäller också särskilda utredare, enligt 1 § kommittéförordningen. Det är enligt utredningens tolkning inte i enlighet med detta finansieringskrav att allmänt föreslå att förslagen ska finansieras genom besparingar på andra utgiftsområden i statens budget. Den typen av avvägningar och prioriteringar är en politisk fråga som förutsätter att olika verksamheters behov ställs mot varandra, vilket inte är en uppgift för en enskild statlig utredning med ett uppdrag inom ett begränsat område. Som utredningen ser det kan inte heller ett förslag som rymmer en allmän skrivning om att nya medel ska tillföras, utan närmare precisering, anses innebära att finansieringskravet uppfylls. Även ett eventuellt reformutrymme i statsbudgeten bör vara föremål

för politiska avvägningar och inte hänvisas till som finansieringslösning av en enskild utredning.

Den kommunala finansieringsprincipen innebär att staten inte ska ålägga kommuner och regioner nya uppgifter utan att ge dem adekvat finansiering, vilket innebär att statliga reformer varken ska vara under- eller överfinansierade. Principen gäller således i båda riktningar; om staten fattar beslut som gör att kommunal verksamhet kan utföras billigare (eller dyrare) ska de statliga bidragen enligt principen minskas (eller ökas) i motsvarande mån.[1]

Mot denna bakgrund lämnar utredningen de finansieringsförslag som framgår av rutan ovan.

12.2 Konsekvensbeskrivningar

Utredningen har haft ett brett direktiv med flera deluppdrag, och lämnar också förslag inom flera områden. De förslag som behöver konsekvensbeskrivas och därmed ingår i detta kapitel är följande:

- Förslag i deluppdrag om regionala handlingsplaner
  - Kommitté för tillgänglighetsdialog
- Förslag i deluppdrag om effektivitet och valfrihet
  - Uppdrag till myndigheter om kunskapshöjande insatser om vårdgaranti och valfrihet
  - Utredning om ett vårdsöksystem över vårdgivare med ledig kapacitet och villkor för nyttjande
  - Stöd till pilotverksamhet för ökad kapacitet och effektivitet i samverkan mellan regioner
- Förslag i deluppdrag om en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning genom 1177 Vårdguiden
  - Författningsändringar för att långsiktigt säkra tillgången till hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och information om hälso- och sjukvård på en webbplats dygnet runt för befolkningen i hela landet

[1] Riksrevisionen. 2018, RiR 2018:8 Den kommunala finansieringsprincipen – tillämpas den ändamålsenligt?

  - Överenskommelse mellan staten och SKR om vissa områden i syfte att uppnå en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning
  - Utredning om hur en nationell digital infrastruktur inom hälso- och sjukvården kan utformas och regleras
- Förslag i deluppdrag om vidareutveckling av överenskommelsen om ökad tillgänglighet
  - Utvidgad och fördjupad granskning av väntetidsdatabasen

I deluppdraget om vidareutveckling av överenskommelsen om ökad tillgänglighet lämnar utredningen, i enlighet med vad som efterfrågas i direktivet, dessutom en rad förslag som handlar om överenskommelsens huvudsakliga innehåll, utformning av prestationskrav och modell för fördelning av medel. Det kan inte uteslutas att förslaget i nästa steg kan få vissa konsekvenser. Utredningen förutsätter därför att regionerna i användandet av medlen från överenskommelsen tar hänsyn till socioekonomiska konsekvenser, konsekvenser för jämställdhet, barn och integration samt brottslighet, sysselsättning, offentlig service, små företags arbetsförutsättningar och konkurrensförmåga.

12.3 Kommunala självstyrelsen

12.3.1 Förslag om kommitté för tillgänglighetsdialog har inte någon direkt påverkan på den kommunala självstyrelsen

Den återkommande tillgänglighetsdialog som utredningen föreslår förutsätter att regionerna bistår med underlag som efterfrågas och i förberedelser och genomförande av dialoger vid platsbesök. Utredningens bedömning är att tillgänglighetsdialog kan bidra till utvecklingen av regionens interna tillgänglighetsarbete. Att bistå med underlag och i förberedelser och genomförande av dialoger vid platsbesök är dock inte något som föreslås utgöra ett tvingande åläggande för regionerna och därmed bedöms förslaget inte utgöra en inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

Underlag som regional handlingsplan och årlig uppföljning är en förutsättning för dialog. Här har utredningen i kapitel 5 om regio-

nala handlingsplaner lämnat en bedömning att arbetet med ökad tillgänglighet ska vara långsiktigt och innebära en överenskommelse mellan staten och SKR om ett årshjul för regionala handlingsplaner och årsrapporter samt i kapitel 9 om utveckling av överenskommelsen inkluderat strategiskt tillgänglighetsarbete.

12.3.2 Förslag om effektivitet och valfrihet har inte någon direkt påverkan på kommunala självstyrelsen

Den kommunala självstyrelsen bedöms inte direkt påverkas av lämnade förslag.

Kunskapshöjande insatser

Uppdraget till Socialstyrelsen om kunskapshöjande insatser kan påverka regionerna i den meningen att invånares, patientgrupper, professioners och beslutsfattares ökade kunskap om vårdgarantin och valmöjligheter ställer tydligare och högre krav på regionerna. Även om detta påverkar regionernas förutsättningar, är utredningens bedömning att det inte innebär någon förändring i sak av det ansvar och de skyldigheter regionerna redan har.

Utredning om vårdsöksystem

Utredningen om ett nationellt vårdsöksystem i sig påverkar inte kommunala självstyrelsen men kan i förlängningen, beroende på vad utredningen kommer fram till, påverka kommunala självstyrelsen.

Stöd till pilotverksamheter

Förslag om stöd för pilotverksamhet avseende samverkan mellan regioner påverkar inte den kommunala självstyrelsen då stödet är frivilligt.

Det kan i sammanhanget nämnas att det redan i dag finns flera krav på samverkan. Regionen ska exempelvis samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården, enligt 7 kap. 7 § hälso- och sjukvårds-

lagen (2017:30), HSL. I frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner ska regionerna samverka, enligt 7 kap. 8 § HSL. Att regioner ska samverka med varandra följer också av 8 § förvaltningslagen (2017:900).

12.3.3 Förslag om hälso- och sjukvårdsrådgivningen påverkar kommunala självstyrelsen

Författningsreglering

De föreslagna författningsändringarna består delvis av nya krav på regionerna och delvis av förtydliganden av krav som redan finns. Författningsändringarna bedöms ha viss påverkan på den kommunala självstyrelsen. I det här avsnittet beskrivs först vilka av de föreslagna författningsändringarna som utredningen bedömer vara nya respektive förtydligade krav. Därefter presenteras en bedömning av i vilken utsträckning de nya kraven påverkar den kommunala självstyrelsen och utredningens proportionalitetsbedömning.

Nya respektive förtydligade krav

Sammantaget bedömer utredningen att följande delar av de föreslagna författningsändringarna är nya krav:

- Att den föreslagna hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans ska vara tillgänglig dygnet runt, och på distans, på telefon, och ges utifrån ett rådgivnings- och hänvisningsstöd.
- Att information om hälso- och sjukvård ska lämnas på en webbplats som är allmänt känd.
- Att regionerna ska samverka i fråga om hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och information om hälso- och sjukvård på en webbplats som är allmänt känd.
- Att information om hälso- och sjukvård som lämnas på en webbplats ska tillhandahållas på andra språk än svenska, om det med hänsyn till informationens art, befolkningens behov och omständigheterna i övrigt framstår som lämpligt.

- Att besvara samt överföra samtal vid allvarlig händelse, när det finns behov av det. Det är regionen som ska säkerställa användningen av tekniska lösningar som möjliggör detta.

Nedan följer utredningens resonemang bakom slutsatsen om vad som är nya krav.

Att hälso- och sjukvårdsrådgivning i form av råd om åtgärder som kan vidtas på egen hand, bedömning av om det finns ett behov av ytterligare hälso- och sjukvård och hänvisning till lämplig vårdenhet ska tillhandahållas är inte ett nytt krav utan får, utifrån regionens ansvar enligt 8 kap. HSL, sägas ingå sedan tidigare i regionens ansvar. Enligt 8 kap. 1 § HSL ska regionen bland annat erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen och i övrigt verka för en god hälsa hos befolkningen. Enligt 8 kap. 3 § HSL ska regionen erbjuda öppen vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. Med hälso- och sjukvård avses, enligt 2 kap. 1 § HSL, bland annat åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Utifrån dessa bestämmelser torde det följa att regionen ska erbjuda sådana råd, bedömningar och hänvisningar som avses i den föreslagna bestämmelsen. Däremot är det ett nytt krav att det ska tillhandahållas *dygnet runt* och på *distans*, via *telefon,* och att det ska utgå från ett *rådgivnings- och hänvisningsstöd*. Att hälso- och sjukvården ska utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet gäller redan i dag, enligt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), men ett rådgivnings- och hänvisningsstöd pekas inte ut i någon reglering.

Att regionen ska lämna information om hälso- och sjukvård som så långt som möjligt motsvarar sådan information som lämnas vid hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans, på en webbplats som är allmänt känd, är ett nytt krav. Sedan tidigare omfattas regionen av flera krav på information, exempelvis när det gäller information om olika utförare enligt kommunallagen (2017:725) och lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV, och information som patienter ska ges enligt patientlagen (2014:821), såsom information om metoder för vård och behandling och metoder för att förebygga sjukdomar och skador (se kapitel 3, avsnitt 4). Det finns också vissa krav på att information ska vara lättförståelig och lättillgänglig. De krav som finns i dag när det gäller information överensstämmer alltså till stora delar med den föreslagna bestämmelsen, men att

information om hälso- och sjukvård ska tillhandahållas just på en *webbplats som är allmänt känd* är ett nytt krav. Samtidigt kommer den information som ska lämnas enligt den föreslagna bestämmelsen inte fullt ut kunna ersätta den information som patienter ska få i sina kontakter med hälso- och sjukvården.

Att regionerna ska *samverka med varandra* kring hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och information om hälso- och sjukvård på webbplats bedömer utredningen vara ett nytt krav. Sedan tidigare finns krav på samverkan mer generellt. Exempelvis ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården enligt 7 kap. 7 § HSL. I frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner ska regionerna samverka, enligt 7 kap. 8 § HSL. Regionerna omfattas också av samverkansskyldighet enligt 8 § förvaltningslagen (2017:900). Det utpekas dock inte särskilt i dessa bestämmelser att samverkan just ska avse samverkan mellan regioner i fråga om hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och information på en webbplats. Därför kan det anses utgöra ett nytt krav.

Att hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans ska tillhandahållas på de andra språk än svenska som är motiverade utifrån befolkningens behov bedömer utredningen vara ett förtydligande. Sedan tidigare gäller bland annat att vård ska ges på lika villkor, enligt 3 kap. 1 § HSL, och att information som ges till en patient enligt patientlagen ska vara anpassad till patientens språkliga bakgrund, enligt 3 kap. 6 § patientlagen. Det bör innebära att en person som inte pratar någon svenska ska kunna få hälso- och sjukvårdsinformation på annat språk för att förstå informationen från en läkare eller någon annan inom vården. För att kunna uppfylla dagens krav bör det i flera situationer vara en förutsättning att kommunicera med patienter på vissa andra språk än svenska. Även om utredningen inte skulle föreslå en särskild bestämmelse om att hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans ska tillhandahållas på andra språk än svenska när det är motiverat, menar utredningen att ovannämnda bestämmelser ändå skulle innebära att den hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans som föreslås skulle behöva tillhandahållas på andra språk än svenska när det är motiverat utifrån befolkningens behov. Den föreslagna bestämmelsen i 7 kap. 4 HSF innebär alltså ett förtydligande.

Att informationen om hälso- och sjukvård som ska lämnas på en *webbplats* som är allmänt känd ska *tillhandahållas på andra språk* än

svenska, om det med hänsyn till informationens art, befolkningens behov och omständigheterna i övrigt framstår som lämpligt kan däremot ses som ett nytt krav. Däremot finns redan i dag flera krav som innebär att viss information som lämnas av regioner ska vara lättförståelig och lätt tillgänglig.

Att rådgivningen ska vara anpassad till personer med nedsatt tal och hörsel bedömer utredningen vara ett förtydligande. Redan i dag ska all hälso- och sjukvård, även den som ges på distans, ges på lika villkor enligt 3 kap. 1 § HSL. Information som ges till en patient enligt patientlagen ska vara anpassad till patientens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar, enligt 3 kap. 6 § patientlagen. Även om utredningen inte skulle föreslå en särskild bestämmelse om anpassning till personer med nedsatt tal och hörsel, menar utredningen att ovannämnda bestämmelser ändå skulle innebära att den hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans som föreslås skulle behöva anpassas på det sättet.

Att använda en *teknisk lösning* som är anpassad till den hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs är i sig inte ett nytt krav. Sedan tidigare gäller att det i all hälso- och sjukvårdsverksamhet ska finnas den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges, enligt 5 kap. 2 § HSL. Däremot är det ett nytt krav att den som bedriver hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans, *om behov finns, vid allvarlig händelse*, ska besvara samtal från enskilda som vistas i andra regioner och överföra samtal till de som bedriver sådan verksamhet i andra regioner.

Påverkan på kommunala självstyrelsen

De förtydligande krav som utredningen föreslår enligt ovan bedöms inte påverka den kommunala självstyrelsen. De nya krav som de föreslagna författningsändringarna medför för regionerna bedöms ha viss påverkan på den kommunala självstyrelsen. De nya kraven ökar den statliga regelstyrningen i och med att ny författningsreglering tillkommer. Av det följer också att den statliga tillsynen av regionerna kan komma att öka.

De nya kraven påverkar också i viss mån regionernas möjlighet att bestämma hur de ska bedriva och organisera sin verksamhet, eftersom regionerna blir skyldiga att uppfylla de nya kraven. För-

slagen innebär således att regionen till exempel inte kan välja att inte möjliggöra kontakt via telefon eller begränsa den möjligheten till vissa tider på dygnet. Regionerna kan inte heller välja bort att samarbeta kring att besvara samtal, vid behov, vid allvarlig händelse. Med detta kan också regionpolitikers handlingsutrymme sägas påverkas i viss mån, eftersom förslagen begränsar möjligheterna att exempelvis välja bort att tillhandahålla hälso- och sjukvårdsrådgivning per telefon dygnet runt.

Proportionalitetsbedömning

Den inskränkning som de föreslagna författningsändringarna innebär i den kommunala självstyrelsen ska vägas mot de nationella intressen som den föreslagna lagstiftningen ska tillgodose. De främsta nationella intressena är nationell samordning, likvärdighet och jämlikhet – i normala tider såväl som vid allvarlig händelse. Det finns också ett nationellt intresse i att förbättra förutsättningarna att hälso- och sjukvårdsrådgivningen kan upprätthållas på bästa möjliga sätt vid nästa allvarliga händelse. Det är också dessa nationella intressen som framgår av utredningens direktiv.

Regeringen har ett särskilt ansvar för att målet om regional likvärdighet uppnås eftersom det är ett mål som respektive region har svårt att själv styra mot. Ur det nationella perspektivet finns det ett värde i att befolkningen i hela landet har tillgång till en hälso- och sjukvårdsrådgivning som fungerar likartat så att man känner igen sig oavsett var man befinner sig i landet. Befolkningen förflyttar sig mellan regionerna, arbetar och bor i olika regioner och har ofta närstående i andra regioner som behöver hjälp i kontakter med hälso- och sjukvården. Då är det en fördel om hälso- och sjukvården fungerar på så likartat sätt som möjligt. Det gäller inte minst just hälso- och sjukvårdsrådgivning eftersom dessa tjänster kan spela en särskild roll när någon befinner sig i en annan region än hemregionen och behöver råd och vägledning om vart man ska vända sig.

Utredningen har övervägt flera andra alternativ för att uppnå en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning som inte skulle påverka den kommunala självstyrelsen:

– överenskommelse mellan staten och SKR eller mellan staten och respektive region samt

– statligt delägarskap i eller statlig finansiering direkt till Inera AB.

Sammantaget har utredningen bedömt att dessa alternativ inte skulle vara framkomliga för att uppnå syftet. Utredningens resonemang kring detta redovisas i kapitel 8, avsnitt 10.

En viktig fördel med författningsregleringen är att den blir långsiktig och ställer samma bindande krav på regionerna. En överenskommelse mellan staten och SKR har vissa andra fördelar, som att den är mer flexibel och kan rikta in sig direkt på det arbete som regionerna bedriver inom Inera AB. Av den anledningen har utredningen också valt att lämna förslag på en kombination av författningsförändringar och en överenskommelse. Att enbart föreslå en överenskommelse bedömer utredningen dock inte hade lett till mer nationell samordning än i dag eftersom en överenskommelse inte är bindande eller långsiktig för regionerna.

Utredningen har också övervägt ett alternativ som med stor sannolikhet skulle innebära ett större ingrepp i den kommunala självstyrelsen än de författningsförändringar som nu föreslås, nämligen att regionerna fråntas uppgiften att bedriva hälso- och sjukvårdsrådgivning och att denna uppgift i stället utförs av en enskild aktör för hela landet. Detta alternativ har utredningen valt bort, i huvudsak för att regional förankring och kännedom har lyfts fram som viktigt och för att det finns en risk att ytterligare regionala väglednings- och informationstjänster skapas vid sidan om en sådan nationell tjänst (se kapitel 8, avsnitt 10).

Även om de föreslagna författningsförändringarna formellt sett innebär vissa nya krav och därmed påverkan på det kommunala självstyret, kan utredningen också konstatera att påverkan på regionerna inte är så stor i praktiken. Flera av de nya kraven som listas ovan är sådant som många regioner gör redan i dag. Exempelvis tillhandahåller regionerna redan i dag hälso- och sjukvårdsrådgivning dygnet runt per telefon och ger information på en allmänt känd webbplats (1177.se). Det är särskilt det som sägs i den föreslagna bestämmelsen med kravet på att samverka med varandra och att hjälpas åt med samtal som inkommer till hälso- och sjukvårdsrådgivningarna i olika regioner vid allvarlig händelse, vid behov, som i dag inte sker fullt ut. Majoriteten av regionerna lever dock upp till det redan i dag, vilket kan tolkas som att det inte är ett orimligt krav. Utan samverkan mellan regionerna går det inte att åstadkomma en nationellt sam-

ordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning, varför utredningen finner det motiverat att ställa dessa krav trots att det innebär mindre bestämmanderätt kring just sådana frågor för regionerna.

Det finns många aspekter av hälso- och sjukvården som med fördel anpassas till de regionala och lokala förhållandena. Det handlar exempelvis om sådana aspekter som har med geografiska förhållanden och demografi att göra. I sådana avseenden ska regionerna förstås göra olika. Men i vissa andra avseenden finns det inte sådana starka argument för att regionerna behöver göra olika. Ett medicinskt rådgivnings- och hänvisningsstöd är ett sådant exempel – här är det svårt att se varför regionerna behöver välja att göra olika. Med kravet att regionerna ska samverka med varandra kring hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans förtydligas en inriktning att regionerna ska samordna sig mer och i möjligaste mån komma överens om sådana aspekter som inte kräver regional anpassning. Förslaget lämnar också till stora delar öppet för regionerna hur de kraven ska uppfyllas. Även med de föreslagna författningsändringarna har regionerna fortfarande möjlighet att anpassa verksamheten efter sina förutsättningar, exempelvis hur mycket bemanning som krävs givet antalet samtal (vilket kan bero på befolkningens sammansättning och hur enskilda regioner samverkar kring att besvara samtal).

Sammantaget bedömer utredningen att den inskränkning i den kommunala självstyrelsen som de nya kraven innebär är motiverade utifrån en proportionalitetsbedömning.

Överenskommelse mellan staten och SKR

Den föreslagna överenskommelsen berör inte den kommunala självstyrelsen eftersom överenskommelsen bygger på frivillighet från regionernas sida.

Utredning om en nationell digital infrastruktur

Den föreslagna utredningen påverkar inte heller den kommunala självstyrelsen eftersom den genomförandet av den inte innebär några förändringar för regioner eller kommuner.

12.3.4 Granskning av väntetidsdatabasen påverkar inte den kommunala självstyrelsen

Utredningen bedömer att den föreslagna granskningen av väntetidsdatabasen inte inskränker den kommunala självstyrelsen. Regionernas medverkan i granskningen är viktig, men är inte lagstadgad utan ingår som en del i överenskommelse som bygger på frivillighet från regionernas sida.

12.4 Påverkan på offentliga finanser

12.4.1 Kommitté för tillgänglighetsdialog – påverkan på offentliga finanser

Kostnaden för genomförandet av tillgänglighetsdialogen baseras på en ordförande, 3 sekreterare och stöd från kliniskt verksamma experter och experter inom metoder för tillgänglighetsarbetet samt verksamhetsledning. Kostnaden uppskattas till 5–6 miljoner kronor per år.

Medel för att täcka kostnaderna föreslås ske via anslaget *1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna* inom utgiftsområde *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg*.

12.4.2 Effektivitet och valfrihet – påverkan på offentliga finanser

De offentliga finanserna påverkas av kostnaden för genomförandet. I tabell 12.1 sammanfattas kostnaderna för förslag som lämnas i detta deluppdrag.

Tabell 12.1 Uppskattad kostnad (per år) för förslagen om effektivitet och valfrihet

	Uppskattad kostnad (miljoner kronor)	Period
Uppdrag om kunskapshöjande insatser	4 (år 1)–6	Tillsvidare
Utvärdering med kännedomsundersökningar	4	Med 2–3 års intervall tillsvidare
Utredning av vårdsökfunktion	5	1 år

	Uppskattad kostnad (miljoner kronor)	Period
Stöd till pilotverksamhet, skissad summa utifrån om det gällt 10 procent av årets (2021) överenskommelse	300	3–5 år
Summa	**313**	**År 1**
	315	**År 2 +**

Kunskapshöjande insatser och kännedomsundersökningar

Kostnaderna för genomförande av kunskapshöjande insatser är oberoende av val av myndighet, men nollalternativet innebär inga kostnader.

Kostnaden för genomförandet av kunskapshöjande insatser uppskattas till 4–6 miljoner kronor årligen, en inledande planeringsfas kan innebära den lägre kostnaden. Efter utvärdering av första årens insatser tas ställning till beslut om uppgiften ska vara instruktionsenlig och om så skulle bli fallet krävs också en permanent finansiering. Om uppdraget av regeringen bedöms överensstämma med rekvisitet för anslaget *1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna* inom utgiftsområde *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg*, bör detta i första hand nyttjas. I annat fall bör anslaget *1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård* inom samma utgiftsområde nyttjas.

Kännedomsundersökningar innebär också en kostnad för staten. Kostnaden för uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppskattas till cirka 4 miljoner kronor årligen. Om uppdraget av regeringen bedöms överensstämma med rekvisitet för anslaget föreslår utredningen att kostnaden belastar anslaget *1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna* inom utgiftsområde *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg*. I annat fall bör anslaget *1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård* inom samma utgiftsområde nyttjas.

Utredning om vårdsöksystem

Kostnader för utredning av ett vårdsöksystem är beroende av utredningens längd och storlek. Utredningen har uppskattat att behovet är cirka 1 års utredningstid med ett kansli om en utredare och tre

sekreterare med kompetens inom de områden som berörs och jurist. Utredningen uppskattar kostnaden till 5 miljoner kronor.

Stöd till pilotverksamheter

Förslaget om pilotverksamhet för ökad kapacitet och effektivitet i samverkan mellan regioner innebär en kostnad för staten. För alternativet överenskommelse mellan staten och SKR blir summan föremål för en förhandling mellan staten och SKR, utredningen kan därför inte lämna exakta underlag för kostnader. Kostnaderna är också beroende av intresset från regionerna. Alternativet att medlen fördelas genom statsbidrag efter beslut från Socialstyrelsen bör innebära samma kostnad och samma anslag för staten som för alternativet med överenskommelse. Med utgångspunkt i årets överenskommelse skulle kostnaden motsvara cirka 300 miljoner kronor årligen under 3–5 år.

Medel för att täcka kostnaderna föreslås tas från anslaget *1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna* inom utgiftsområde *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg* och föreslås utgöra 10 procent av de medel som överenskommelsen om ökad tillgänglighet omfattar, se vidare förslagen om kömiljarden i kapitel 9. En viss administrativ börda för regioner och SKR tillkommer för hantering av stödet, men kan betraktas som liten i förhållande till det stöd som föreslås ges. Samma summa och anslag bör komma ifråga om medlen istället fördelas som bidrag genom Socialstyrelsen.

12.4.3 Hälso- och sjukvårdsrådgivning – påverkan på offentliga finanser

Tabell 12.2 sammanfattar de uppskattade totala kostnaderna för förslagen som lämnas inom deluppdraget om en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning.

Tabell 12.2 Uppskattad kostnad (per år) för förslagen om en nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning

	Uppskattad kostnad (miljoner kronor)	Period
Författningsändringar	245 (år 1–3) 230 (år 4+)	Till svidare
Överenskommelse	300	5–10 år
Utredning	9	3 år
Summa	**554** **530** **245**	**År 1–3** **År 4–5/10** **År 5/10 +**

Författningsreglering – ekonomiska effekter för regionerna

Tabell 12.3 sammanfattar de kostnader som utredningen uppskattar att de nya kraven medför för regionerna.

Tabell 12.3 Uppskattade kostnader (per år) för de föreslagna författningsändringarna om hälso- och sjukvårdsrådgivning

Krav	Uppskattad kostnad (miljoner kr)
Dygnet runt, på telefon och utifrån ett medicinskt rådgivnings- och hänvisningsstöd samt att överföra samtal mellan regionerna vid allvarlig händelse, vid behov	180
Information om hälso- och sjukvård ska lämnas på en webbplats	35
Samverka i fråga om hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och information på en webbplats som är allmänt känd	0
Information som lämnas på en webbplats ska tillhandahållas även på andra språk i viss omfattning under vissa förutsättningar	30 (år 1–3) 15 (år 4 +)
Summa	**245 (år 1–3)** **230 (år 4+)**

Nya krav: Hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans ska vara tillgänglig dygnet runt, på telefon och ges utifrån ett rådgivnings- och hänvisningsstöd samt att vid behov samverka kring att besvara samtal vid allvarlig händelse.

För att uppskatta kostnaden för kraven har utredningen utgått från regionernas kostnader för den verksamhet de bedriver i dag. Alla

regioner uppfyller i dag kravet på tillgänglighet per telefon dygnet runt och att använda ett medicinskt rådgivnings- och hänvisningsstöd. Alla regioner betalar också avgifter till Inera som ger tillgång till ett system som möjliggör att samtal kan överföras mellan regionerna (men en region använder inte systemet). Det innebär att de kostnader som regionerna har för verksamheten i dag i stor utsträckning inkluderar dessa krav.

Utredningen har samlat in information om regionernas totala kostnader för verksamheten 1177 Vårdguiden på telefon genom en skriftlig fråga till respektive regions verksamhetsansvarige. Utredningen frågade efter kostnaderna för både år 2019 och år 2020, men väljer här att utgå från svaren för år 2019 eftersom år 2020 har inneburit extra kostnader till följd av pandemin. 17 regioner angav en summa för år 2019. Två regioner angav inte någon kostnad, men angav antalet årsarbetare på en annan fråga som utredningen ställde. Utredningen har då valt att använda schablonen 1 miljon kronor per årsarbetare. Två regioner angav varken kostnader eller årsarbetare för år 2019, men angav kostnader år 2020. Utredningen har då använt kostnader för år 2020 men räknat bort den summa som anges vara direkt relaterad till covid-19-pandemin.

Resultatet av ovan är att regionernas angivna totala kostnader för 1177 Vårdguiden på telefon år 2019 var 650 miljoner kronor. I uppföljande dialoger har det visat sig vara oklart om regionerna i denna summa har räknat in de avgifter de betalar till Inera vad gäller 1177 Vårdguiden på telefon. Några regioner som utredningen har frågat har svarat att de inte har gjort det, och någon har svarat att de har gjort det. Men utredningen har inte fått en fullständig bild. Totalt betalade regionerna 63 miljoner kronor till Inera för tjänsten 1177 Vårdguiden på telefon år 2019. Om även denna summa inkluderas i regionernas totala kostnad för verksamheten blir den 717 miljoner kronor. I denna totalsumma ingår då alltså också kostnader som gör det möjligt att överföra samtal mellan regionerna eftersom Inera i dag tillhandahåller ett sådant system.

Som framgår ovan är uppgiften att tillhandahålla hälso- och sjukvårdsrådgivning i sig inte ett nytt krav. Det nya kravet är att det ska finnas åtminstone på telefon, tillgängligt dygnet runt, utgå från ett rådgivnings- och hänvisningsstöd, vara föremål för samverkan mellan regionerna och att samarbete ska ske kring att besvara samtal vid allvarlig händelse när det finns behov av det. Regionerna ska

säkerställa att det finns en teknisk lösning som gör det möjligt att överföra samtal mellan regionerna. Även tidigare gällde att hälso- och sjukvårdsrådgivningen skulle utgå från evidens och beprövad erfarenhet, som all annan hälso- och sjukvård, men det fanns inte ett preciserat krav på rådgivnings- och hänvisningsstöd. Att tillhandahålla uppgiften per telefon torde vara ett av de billigaste sätten att utföra uppgiften, så det kravet i sig bör inte innebära någon kostnadsökning jämfört med situationen utan de föreslagna författningsändringarna.

Eftersom inte hälso- och sjukvårdsrådgivning i sig är en ny uppgift för regionerna bör inte hela kostnaden om 717 miljoner kronor ses som kostnaden för det nya kravet. Därtill gällde sedan tidigare kravet att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig, och att tillhandahålla hälso- och sjukvårdsrådgivning dygnet runt per telefon kan ses som en av flera pusselbitar för att efterleva det kravet. Det är svårt att exakt avgöra vad som var kostnaden för att tillhandahålla det som, utan de föreslagna författningsändringarna, kan sägas vara en lägstanivå. Utredningen anser att det är rimligt att runt 75 procent av de nuvarande kostnaderna avser sådant som kan härröras till krav som redan finns – det vill säga att regionerna ska erbjuda god hälso- och sjukvård som är lätt tillgänglig till befolkningen. Med den utgångspunkten kan kostnaden för det nya kravet uppskattas till omkring 180 miljoner kronor per år (25 procent av 717 miljoner kronor).

Nytt krav: *Information om hälso- och sjukvård ska lämnas på en webbplats som är allmänt känd.*

Den föreslagna författningsändringen innebär ett nytt krav på att information ska finnas på en webbplats som är allmänt känd. För att uppskatta regionernas kostnad för detta krav har utredningen utgått från de avgifter som regionerna betalar till Inera. Regionerna kan sägas uppfylla detta krav redan i dag genom den information som finns på 1177.se. Avgifter till Inera för 1177 Vårdguiden på webben är i nuläget runt 50–70 miljoner kronor per år (från 46,7 till 70 miljoner kronor mellan år 2019 och år 2021). I avgiften ingår bland annat tillhandahållandet av webbplatsen och arbetet som ligger bakom alla de nationella texter som publiceras.

Utredningen menar dock att inte hela kostnaden om 70 miljoner kronor bör ses som kostnaden för det nya kravet. Själva kravet på att

tillhandahålla information som är lätt tillgänglig finns till stora delar redan. Att tillhandahålla information på webben kan ses som en av flera pusselbitar för att efterleva sådana befintliga krav. För vissa personer innebär det sannolikt att kvalitetssäkrad och välskriven information på en webbplats är ett bra och lämpligt sätt att ge sådan information som ska ges. Eftersom det också är svårt att tänka sig ett mindre kostsamt sätt att ge informationen än genom en webbplats, är det också ett sätt som regionerna redan i dag bör använda sig av för vissa delar av befolkningen.

Det är svårt att exakt avgöra vad som var kostnaden för att tillhandahålla det som, utan de föreslagna författningsändringarna, kan sägas vara en lägstanivå. Utredningen anser att det är rimligt att runt 50 procent av de nuvarande kostnaderna avser sådant som kan härröras till krav som redan finns – det vill säga att ge information som är lätt tillgänglig och anpassad efter mottagaren. Med den utgångspunkten kan kostnaden för det nya kravet uppskattas till omkring 35 miljoner kronor per år (50 procent av 70 miljoner kronor).

Nytt krav: *Information om hälso- och sjukvård som lämnas på en webbplats ska tillhandahållas även på andra språk i viss utsträckning.*

Kostnaden för detta krav beror på hur mycket information som översätts och till hur många språk. Kravet är inte specifikt när det gäller omfattning, utan formulerat som att informationen ska lämnas på andra språk än svenska *om det med hänsyn till informationens art, befolkningens behov och omständigheterna i övrigt framstår som lämpligt.*

För att uppskatta kostnaden för att översätta texter som finns på webben har utredningen vänt sig till Inera som i dagsläget gör sådana översättningar. Enligt uppgift kostar det omkring 20 000 kronor att översätta en text till engelska. Då ingår redaktörstid, faktagranskning och en översättning till lätt svenska som mellansteg. Att översätta till andra språk är något dyrare. För 25 miljoner uppskattar Inera att det går att översätta nästan 400 texter till engelska, somaliska och arabiska.

Utöver själva översättningen behöver de översatta texterna också förvaltas – uppdateras och revideras. Detta uppskattar Inera till omkring 5 miljoner per år.

Sammantaget menar utredningen att det är rimligt med en kostnad om 25 miljoner kronor per år i tre år för att bygga upp ett bra

utbud av information på andra språk. I dagsläget finns omkring 50 olika texter översatta till ett 20-tal olika språk, totalt omkring 250 översättningar. 25 miljoner per år i tre år, där omkring 400 texter kan översättas till engelska och två andra språk, torde innebära en ambitionshöjning jämfört med i dag, och goda förutsättningar för regionerna att leva upp till det som kravställs.

Därefter behöver nyöversättning fortsätta för att leva upp till kravet om att tillhandahålla information på andra språk utefter befolkningens behov. Exempelvis kan de mest relevanta språken ändras över tid. Men takten i översättningen bör kunna minskas. Utredningen menar därför att kostnaden från år 4 och framåt kan uppskattas till 10 miljoner kronor. Över hela perioden krävs också en förvaltningskostnad om omkring 5 miljoner kronor.

Med dessa kostnader bör regionerna kunna leva upp till de krav som de föreslagna författningsändringarna kräver.

Nytt krav: *Regionerna ska samverka i fråga om hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och information om hälso- och sjukvård på en webbplats som är allmänt känd.*

Detta krav bedömer utredningen inte medför några förhöjda kostnader för regionerna. Kostnaderna beror förstås på hur samverkan ser ut. Men den eventuella kostnad som uppkommer till följd av att behöva samverka med andra regioner kring hälso- och sjukvårdsrådgivningen bör på det hela taget vägas upp av de potentiella vinster som uppstår därav. Att kunna utbyta erfarenheter och ha gemensamma utbildningar är exempel på aspekter som har lyfts fram som positivt med samverkan i dagsläget.

Med hänvisning till den kommunala finansieringsprincipen föreslår utredningen att de generella statsbidragen via anslaget *1:1 Kommunalekonomisk utjämning* inom utgiftsområde 25 ökas med 245 miljoner kronor år 1–3 och 230 miljoner kronor år 4 och därefter. Kostnaderna föreslås belasta anslaget *1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna* eller anslaget *1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård* inom utgiftsområde *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg*. Förändringen föreslås vara permanent från år 4.

Överenskommelse mellan staten och SKR

Utredningen föreslår att det avsätts 300 miljoner kronor årligen för utvecklingsarbete i överenskommelsen om en mer samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning. Regeringen har under perioden 2019–2021 tillfört totalt 263 miljoner kronor (omkring 90 miljoner kronor per år i genomsnitt) för utvecklingen av *Första linjens digitala vård.* Med det som utgångspunkt bedömer utredningen att 300 miljoner kronor per år är en rimlig summa. Medlen täcker då fortsatt utveckling av den nationellt gemensamma hälso- och sjukvårdsrådgivningen med en ambitionshöjning med målet att utveckla och införa nya gemensamma tjänster snabbare. Dessutom lämnas medel till arbetet med de övriga delar som föreslås ingå i överenskommelsen, det vill säga att utveckla arbetet med att säkerställa att information är samstämmig med andra kunskapsstöd, att öka den nationella informationen på webben, uppföljning och analys av effekterna av nya digitala kommunikationssätt inom hälso- och sjukvårdsrådgivningen och att utveckla ett överenskommet urval av e-tjänster som är tillgängliga för befolkningen i hela landet.

Utredningen bedömer att överenskommelsen bör vara flerårig och att långsiktighet tas i beaktande från början. Detta för att underlätta planeringen av arbetet särskilt med att utveckla nya digitala tjänster och förbättra förutsättningarna för en något mer långsiktig finansiering av arbetet inom Inera.

Finansiering föreslås ske via anslaget *1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna* inom utgiftsområde *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg* eller anslaget *1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård* inom samma utgiftsområde.

Utredning om nationell infrastruktur

Utredningen föreslår att det avsätts omkring 9 miljoner kronor årligen för att utreda och reglera en nationell digital infrastruktur. Det är en stor och komplex utredning som behöver pågå i några år. Exakt omfattning och tidslängd på uppdraget får fastställas i samband med ett eventuellt utredningsdirektiv.

12.4.4 Granskning av väntetidsdatabasen – påverkan på offentliga finanser

Utredningen uppskattar att uppdraget till en myndighet att samordna och genomföra den föreslagna granskningen av väntetidsdatabasen behöver 1 år för genomförandet. Utredningen uppskattar kostnaden för uppdraget till omkring 5 miljoner kronor.

Utredningen föreslår att uppdraget ges som en kompletterande insats till överenskommelsen om ökad tillgänglighet och att en del av de medel som allokeras till överenskommelsen avsätts till uppdraget (se kapitel 9). Det innebär att utredningen föreslår att medel tas från anslaget *1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna* inom utgiftsområde *9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.*

12.5 Samhällsekonomiska konsekvenser av långa väntetider

De kostnader som uppstår till följd av förslagen, utgörs av utgifter för staten. Kostnader därutöver gäller den tid samverkande aktörer lägger på arbetet. Utredningen bedömer att om syftena med förslagen uppnås är det rimligt att anta att ett mer effektivt arbete med vårdgaranti och valmöjligheter kan ske och därmed minska kostnader för vården, patienten och samhället. Stora besparingar kan nås om patienter ges vård i rimlig tid och sjukskrivningar kan minska.

Alla insatser som kan bidra till ökad tillgänglighet kan påverka patienterna och samhället. Utredningen bedömer att det är rimligt att anta att patienter som väntar länge på vård kan få flera negativa konsekvenser både för patienten och samhället.

Samhällsekonomiska bedömningar är få

Utredningen kan konstatera att samhällsekonomiska bedömningar av väntetider i vården i Sverige är svårt att hitta. Detta är i sig en viktig iakttagelse, eftersom det säger något om hur problemet värderats och prioriterats över tid. Få exempel har hittats, de uppgifter som lämnas är också behäftade med stor osäkerhet beroende på vilken metod som använts. Olika metoder kan ge stora skillnader i resultat. De studier som redovisas kan även utgått från områden med

särskilt stora utmaningar avseende väntetider. Oavsett de osäkerheter som nämnts tyder resultaten på stora kostnader för samhället av väntetider i vården på grund av sjukskrivningar. Kostnaderna nedan utgår från produktionsbortfall till följd av sjukskrivningar, andra kostnader kan också beräknas såsom för sämre livskvalitet, närståendes vårdinsatser med mera.

En studie av väntetider i Skåne

En studie genomfördes av Institutet för hälsoekonomi (IHE) för Region Skånes räkning avseende att väntetider orsakar många onödiga och dyra sjukskrivningar. IHE beräknade kostnaderna i form av produktionsbortfall. Med produktionsbortfall avses de kostnader för samhället som uppstår till följd av sjukdom och beräknas på den tid som personen är frånvarande från arbetet. Man värderar den tid som inte kan användas till produktion och utgår från att denna motsvarar arbetsgivarens lönekostnader. Vanligtvis används den genomsnittliga bruttoarbetsinkomsten plus sociala avgifter i beräkningarna. Till följd av väntetider från primärvårdens diagnos till bekräftad diagnos hos specialist, beräknades det samlade produktionsbortfallet för all sjukskrivning till drygt 8 miljarder kronor i regionen år 2005. Undersökningen utgick också från nio vanliga diagnoser med lång väntetid till specialister; knä- och höftartros, ljumskbråck, senil katarakt, karpaltunnelsyndrom och sömnstörning. För dessa nio diagnoser visade sig kostnaderna vara sammanlagt 46 miljoner kronor för produktionsbortfallet och väntetiderna under år 2005.[2]

Studie av väntetider vid Sahlgrenska

En annan studie gäller kostnaderna utifrån sjukskrivningsförhållandena för väntande på operation, på grund av diskbråck, spinal stenos eller vissa knä- eller skulderdiagnoser vid ortopedklinikerna vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU)/Sahlgrenska och SU/Östra år 2002. Vid tidpunkten var väntetiderna långa. Vid undersökningstillfället var den totala genomsnittliga väntetiden 1 223 dagar,

[2] IHE information 2/2009, artikel om rapport Produktionsbortfall till följd av sjukskrivningar i Region Skåne 2005 – fokus 9 diagnoser, skriven av Frida Hjalte, Ulf Persson och Thor Lithman. https://docplayer.se/6712119-Produktionsbortfall-till-foljd-av-sjukskrivningar-i-region-skane-2005.html.

alltså drygt tre år. Kostnaderna för arbetsoförmåga fram till och med undersökningstillfället beräknades motsvara det s.k. produktionsbortfallet. 159 patienter av de köande var sjukskrivna, uppbar sjukbidrag eller var förtidspensionerade med samma diagnos som motiverade den väntande operationen. Den totala kostnaden för sjukfrånvaron i gruppen uppgick till nästan 90 miljoner kronor, varav 34 miljoner för de förtidspensionerade fram till deras ordinarie ålderspension.[3]

Studierna tyder på att långa väntetider kan ge stora kostnader för samhället till följd av sjukskrivningar

De patienter som står i kö har av vårdgivaren bedömts vara i behov av vård. För regionerna blir kostnaden rimligen densamma oavsett när patienten ges den vård hen bedömts ha behov av, förutsatt att patientens tillstånd är detsamma. De patienter som väntar på vård och får vänta länge riskerar utsättas för oro och stress, långvarig smärta, långa sjukskrivningar och kanske ett försämrat tillstånd innan de ges den vård de behöver. Den utredning IHE respektive Sahlgrenska Universitetssjukhuset gjorde med fokus på sjukskrivningar talar för att långa väntetider kan innebära kostnader för samhället för sjukskrivningar. Därtill kan läggas administrativa kostnader för hantering av väntelistor, eventuella kostnader i vården för ett försämrat tillstånd hos patienten, samt försämrad inkomst för patienten. Om patientens tillstånd försämras kan det i värsta fall även påverka framtida arbetsförmåga vilket i sin tur också påverkar inkomst för patienten och minskat utbud av arbetskraft. Även om de samhällsekonomiska konsekvenserna i form av ökade kostnader för såväl staten som för regionerna alltså kan vara betydande, är det enligt utredningen viktigt att även beakta de negativa konsekvenserna för den enskilde patienten och dennes närstående. Det handlar om försämrad livskvalitet, men även om förtroendet för vården.

Det finns också enligt Vårdföretagarna vårdgivare med avtal med regionerna som Vårdföretagarna menar att regionerna inte utnyttjar fullt ut trots att det finns patienter som väntar. De hävdar även med Sironarapporten *Hur uppskjuten vård kan arbetas bort med stöd av*

[3] Läkartidningen nr 16 2003, studien genomförd av Tommy Hansson, Elisabeth Hansson och Jon Karlsson, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

privata vårdgivare att privata vårdgivare kan ge vård till samma eller lägre kostnad än regionernas verksamhet i egen regi.[4]

Så länge det funnits långa väntetider till vård har staten av och till gett stöd till regionerna genom särskilda överenskommelser. Kan väntetiderna minska så att regionerna kan uppfylla vårdgarantin genom de insatser som utredningen bedömer krävs kan staten spara medlen från sådana överenskommelser och utgifter för långa sjukskrivningar. Det skulle också minska onödigt lidande för patienten.

12.6 Effekter av betydelse för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt

Utredningens bedömning är att inget av förslagen innebär någon stor påverkan på företags villkor. I den mån någon påverkan kan finnas lämnar utredningen resonemang nedan.

12.6.1 Kommitté för tillgänglighetsdialog – effekter för företag

Utredningen bedömer att den statliga tillgänglighetsdialogen tillsammans med regionerna inte har någon stor påverkan på företag. Arbetet ska genomföras i kommittéform av anställda i kommittén. En viss påverkan kan dock ske i den mån kommittén behöver göra någon upphandling, men utredningens bedömning är att det i så fall är i mindre omfattning.

12.6.2 Effektivitet och valfrihet – effekter för företag

Förslagen ger inga stora effekter på företagandet i Sverige avseende förutsättningar, villkor, arbets- eller konkurrensförmåga.

[4] Sirona på uppdrag av Vårdföretagarna, Hur uppskjuten vård kan arbetas bord med stöd av privata vårdgivare, 2021.

Kunskapshöjande insatser

Kunskapshöjande insatser genomförs av en statlig myndighet som i genomförandet kan behöva upphandla tjänster. Eftersom statliga myndigheter följer gällande upphandlingsregler bör det inte påverka villkoren för företagandet.

Stöd till pilotverksamheter

Stöd till pilotverksamheter för ökad kapacitet och effektivitet i samverkan mellan regioner avseende gemensam upphandling har en liten påverkan på företagande. Vårdföretag kan påverkas genom möjlighet att utöka sin verksamhet, i den mån regionerna startar samverkan om gemensam eller samordnad upphandling. De företag som utredningen bedömer i så fall i första hand kan komma ifråga är privata vårdgivare med ett vårdutbud motsvarande områden där flera regioner har svårt att uppfylla vårdgarantins gränser. Hur konkurrensen påverkas beror på flera faktorer, bland annat val av upphandlingsform och hur marknaden ser ut i fråga om de tjänster som blir föremål för upphandlingen.

12.6.3 Hälso- och sjukvårdsrådgivning – effekter för företag

Författningsreglering

Utredningen bedömer att de föreslagna författningsändringarna inte bör påverka privata vårdgivares eller andra företags förutsättningar, villkor, arbets- eller konkurrensförmåga i någon större utsträckning. Utredningen bedömer att de föreslagna författningsändringarna inte har någon påverkan på företagens administrativa börda.

Förslagen förändrar inte möjligheten att upphandla tjänsten. Däremot kan kraven som ställs i en eventuell upphandling påverkas som en följd av förslagen eftersom regionen behöver säkerställa att de krav som ställs i författningsregleringen efterlevs. Det påverkar i sin tur privata vårdgivare som önskar delta i upphandlingen. I dagsläget är det dock bara en region som tillhandahåller hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans i upphandlad regi, vilket innebär att konsekvenserna för företag inte bör vara särskilt omfattande.

Kravet att hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans ska vara tillgänglig på andra språk än svenska i den omfattning som det är motiverat av befolkningens behov kan tänkas påverka företag som bedriver tolkningstjänster eller förmedlar tolkar. Här förväntar sig utredningen därför att möjligheten att få tolkhjälp ökar i många regioner. Kravet att information om hälso- och sjukvård som ska lämnas på en webbplats som är allmänt känd under vissa förutsättningar ska vara tillgänglig även på andra språk än svenska kan tänkas ha liknande effekt på företag som erbjuder översättning till andra språk kan komma att öka. Eventuella effekt på företag förväntas i det här fallet vara positiv i bemärkelsen mer efterfrågade tjänster.

Vidare innefattar utredningens förslag också ett krav på att besvara samtal och att överföra samtal till andra vid allvarlig händelse. Regionerna behöver säkerställa att de tekniska lösningar som möjliggör detta används. Det kan föranleda behov av förändringar som i sin tur kan skapa efterfrågan av tjänster och varor på marknaden för informationsteknik.

Kravet på information på en webbplats torde inte medföra några konsekvenser på området. Efterfrågan av tjänster kopplade till webbutveckling och liknande påverkas sannolikt inte, eftersom samtliga regioner redan tillhandahåller detta i dag.

Överenskommelsen

Utredningen bedömer att den föreslagna överenskommelsen inte bör påverka privata vårdgivares förutsättningar, villkor, arbets- eller konkurrensförmåga i någon större utsträckning. Företag kan dock komma att beröras genom att regionerna gemensamt utvecklar eller upphandlar e-tjänster eller andra digitala tjänster, som en del regioner i dag gör på egen hand. Det kan innebära en påverkan på konkurrensen om bara en leverantör för en tjänst kommer ifråga vid gemensam upphandling.

Utredningen bedömer att den föreslagna överenskommelsen inte har någon påverkan på företagens administrativa börda.

Utredning om nationell digital infrastruktur

Utredningen bedömer att den föreslagna utredningen om en nationell digital infrastruktur inom hälso- och sjukvården inte har någon påverkan på företag.

12.6.4 Granskning av väntetidsdatabasen – effekter för företag

Utredningen bedömer att den föreslagna granskningen av väntetidsdatabasen inte har någon påverkan på företag. Den avses genomföras av en statlig myndighet.

12.7 Socioekonomisk och regional jämlikhet

Det finns flera bestämmelser som på olika sätt rör jämlikhet, likabehandling och förbud mot diskriminering i hälso- och sjukvården. Vissa sådana aspekter ingår bland annat i det lagstadgade målet för hälso- och sjukvården. Enligt 3 kap. 1 § HSL är målet med hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Utredningens bedömning är att de förslag som utredningen lämnar kan ha en påverkan på jämlikheten och bidra till att uppnå ovannämnda mål för hälso- och sjukvården.

12.7.1 Kommitté för tillgänglighetsdialog – påverkan på socioekonomisk och regional jämlikhet

En statlig tillgänglighetsdialog för regionernas arbete med tillgänglighet syftar till att stödja ett effektivt arbete för kortare väntetider i hela landet. Det kan leda till att tillgången på vård i landet blir mer jämlik. I granskningen kan också socioekonomisk och regional ojämlikhet lyftas fram.

12.7.2 Effektivitet och valfrihet – påverkan på socioekonomisk och regional jämlikhet

Det är regionernas ansvar att erbjuda patienter vård inom vårdgarantins gränser. I dag finns köer utanför vårdgarantins gränser i hela landet, se kapitel 4. Det betyder att regionerna inte uppfyller vårdgarantin. Situationen har förvärrats under covid-19-pandemin men är i grunden ett problem i svensk hälso- och sjukvård som funnits i decennier. De kunskapshöjande insatser som utredningen föreslår och de förtydliganden i lagstiftningen som utredningen bedömer behövs bör sammantaget påverka patienter i hela riket och kan innebära en mer jämlik vård när ansvaret är tydligt för varje region och patienterna har god kunskap om vårdgarantin och sina valmöjligheter.

Det finns socioekonomiska aspekter i det arbetssätt som regionerna i hög utsträckning använder i dag. När det kommer an på patienterna att höra av sig för hjälp kan det innebära att de patienter som är socioekonomiskt resursstarka, och vana att ta vara på sina möjligheter och rättigheter, i högre utsträckning har förmågan att ta kontakt med sin vårdgivare eller sin region för att få hjälp jämfört med socioekonomiskt resurssvaga grupper. Det finns också personer med olika funktionsnedsättningar, med språkliga utmaningar, andra utmaningar eller med rädsla för att ställa krav på sin vårdgivare som inte tar steget att be om hjälp med vårdgarantin.

De förslag och bedömningar om behov av författningsändringar som utredningen sammantaget lämnar syftar till ökad kunskap och förändrade arbetssätt och verktyg för arbete med vårdgarantin och väntetider som kan innebära en mer likvärdig hantering i arbetet med tillgänglighet och därmed mer jämlik vård över landet.

Kunskapshöjande insatser

Ett syfte med uppdraget om ökad kunskap i vården och hos patienterna är att uppnå ett större fokus på tillgänglighetsarbete hos vårdgivare så att större kraft kan läggas på att patienten får vård inom vårdgarantins gränser. Regionen kan också påverkas av att patienterna har högre kunskap om vårdgarantin och sina valmöjligheter och kan ställa krav på sin vårdgivare i högre utsträckning.

Ökad kunskap om fast vårdkontakt och fast läkarkontakt och vad det innebär kan skynda på efterfrågan och införandet i vården så att tillgången blir mer jämlik. Kunskapshöjande insatser behövs över hela landet, det är angeläget att målgrupperna nås i alla regioner.

Utredning om vårdsöksystem

Med ett vårdsöksystem som möjliggör sökning av alternativ till patienter som regionen inte kan ge vård inom vårdgarantins gränser kan vården totalt sett nyttjas mer effektivt och kan bli mer jämlik om den samlade kapaciteten i landet används fullt ut.

Stöd till pilotverksamheter

Stödet till pilotverksamhet är direkt riktat till regionerna i syfte att uppnå ökad kapacitet och produktivitet i samverkan mellan regioner och i samverkansregioner. Det kan exempelvis påverka arbetet med produktions- och kapacitetsplanering och upphandling. Totalt sett kan det bidra till en starkare mer personcentrerad vård, en effektiv resursanvändning och större fokus på arbetet med att öka tillgängligheten och korta väntetider.

Pilotverksamhet kan leda till geografisk jämlikhet när det gäller tillgång till hälso- och sjukvård för de ingående regionerna men kan inledningsvis innebära geografisk ojämlikhet för regioner utan samverkan i jämförelse med de samverkande regionerna. På sikt kan förväntas att sådan verksamhet får spridning om det visar sig få goda effekter på tillgängligheten, vilket kan visas av den följeforskning som ska bedrivas. I vilken utsträckning stödet kan bidra är också avhängigt vilket intresse som finns i regionerna för ett sådant stöd.

12.7.3 Hälso- och sjukvårdsrådgivning – påverkan på socioekonomisk och regional jämlikhet

Författningsreglering

De föreslagna författningsändringarna säkerställer att befolkningen, oavsett var man bor i landet, har tillgång till kvalitetssäkrad hälso- och sjukvårdsinformation och tillgång till kvalificerad hälso- och

sjukvårdsrådgivning. Utredningen menar att tillgång till hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans kan vara av särskild betydelse i glesbygd, där tillgången till vårdenheter inte är lika god och där avstånden är större. Ökad nationell samordning och gemensam utveckling kan också tänkas särskilt gynna mindre regioner som har små möjligheter att driva utveckling på egen hand.

Det föreslagna författningskravet om att vid behov samarbeta kring besvarande av samtal vid allvarlig händelse syftar till att förbättra förutsättningarna att upprätthålla tillgången till hälso- och sjukvårdsrådgivning via telefon även i händelse av allvarlig samhällsstörning. Kriser kan drabba hela eller stora delar av landet, eller vara av mer lokal karaktär och drabba en eller ett fåtal regioner. Förslaget skapar förutsättningar att jämna ut oförutsedda förändringar i efterfrågan av tjänsten, och skapar därmed också förutsättningar för ökad jämlikhet över landet.

Resurssvagare grupper har generellt sett en sämre förmåga och förutsättningar att själva ta reda på och ta till sig information. De kan också ha sämre kunskap om hälso- och sjukvårdsystemet och därför ha svårare att bedöma när och var de bör söka vård. Tillgång till kvalitetssäkrad hälso- och sjukvårdsinformation och kvalificerad hälso- och sjukvårdsrådgivning kan vara av särskild vikt i sådana situationer. Förtydligandet att hälso- och sjukvårdsrådgivningen som ges via telefon ska vara tillgänglig även på andra språk innebär dessutom bättre förutsättningar för personer som inte talar svenska att ta del av rådgivningen, vilket också kan ha en utjämnande effekt både när det gäller hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård.

Att rådgivningen ska utgå från ett medicinskt rådgivnings- och hänvisningsstöd kan bidra till ökad likvärdighet i bedömningar och råd mellan socioekonomiska grupper, eftersom det ökar systematiken och förutsättningarna att bedömningarna görs utifrån symtomen och utifrån andra faktorer, exempelvis hur man uttrycker sig.

Kravet att hälso- och sjukvårdsrådgivning ska tillhandahållas dygnet runt och åtminstone via telefon säkrar tillgången till tjänsten för personer som inte har tillgång till, eller förmåga att använda, internet, vilket i större utsträckning gäller äldre än yngre invånare.

Överenskommelse mellan staten och SKR

Den föreslagna överenskommelsen syftar till regiongemensam utveckling av hälso- och sjukvårdsrådgivningen, vilket utredningen sammantaget menar bidrar till ökad likvärdighet över landet. Inom överenskommelsen föreslås insatser för att främja att samma information så långt som möjligt ska vara tillgänglig för invånare i hela landet i frågor som är oberoende av var man bor. Därtill kan regionerna göra regionala tillägg i den mån det behövs för att anpassa för lokala förhållanden, men så mycket information som möjligt ska vara lika i hela landet. Andra insatser i överenskommelsen handlar om en regiongemensam utveckling av nya typer av tjänster inom 1177 Vårdguiden och att komma överens om ett utbud av e-tjänster som är tillgängliga för befolkningen i hela landet. Gemensam utveckling och större inslag av nationell information kan tänkas vara av särskild vikt i mindre regioner som har mindre personella och ekonomiska resurser att driva utveckling på egen hand. Samtidigt kan gemensam utveckling av utbud av e-tjänster bidra till att invånare har samma tillgång till sådana tjänster i hela landet och tillgången till e-tjänster blir därmed mer jämlik. Det är också av vikt att tjänsterna utvecklas och anpassas så att alla invånare kan ha samma nytta av dem oavsett bakgrund och personliga förutsättningar.

Utredning om en nationell digital infrastruktur

Den föreslagna utredningen i sig bedöms inte ha någon påverkan på socioekonomisk och regional jämlikhet.

12.7.4 Granskning av väntetidsdatabasen – påverkan på socioekonomisk och regional jämlikhet

Granskningen i sig bör inte ha någon påverkan på socioekonomisk eller regional jämlikhet. Däremot innebär förbättrad kvalitet i väntetidsdatabasen bättre uppföljning, analys och jämförelser när det gäller väntetider, vilket i förlängningen kan bidra till ökad regional jämlikhet.

12.8 Jämställdhet

Att beakta jämställdhet i arbetet med tillgänglighet är angeläget. Målet för jämställdhetspolitiken är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. Det finns sex jämställdhetspolitiska mål där särskilt målet om jämställd hälsa är relevant för arbetet med tillgänglighet. Kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor.

Utredningen har uppmärksammat att det år 2020 var fler pojkar än flickor som väntat längre än 90 dagar inom den specialiserade vården. Inom barn- och ungdomspsykiatrin var det också fler pojkar än flickor som väntat längre än de 30 dagar som är den överenskomna målsättningen (se kapitel 4).

Socialstyrelsen gjorde en jämförelse mellan augusti 2019 och augusti 2020 av skillnader mellan kvinnor och män avseende väntetider till vård. Varken år 2019 eller år 2020 sågs några tydliga skillnader mellan kvinnor och män i hur stor andel som fått vänta längre än 90 dagar. Men kvinnor utgör en större andel av de väntande, både vad gäller kortare och längre väntetider, eftersom fler kvinnor än män besöker vården och genomgår fler operationer/åtgärder som täcks av vårdgarantin.

12.8.1 Kommitté för tillgänglighetsdialog – påverkan på jämställdheten

Regionerna har ansvar för att den vård som ges är jämlik, att vården ges på lika villkor mellan kvinnor och män, flickor och pojkar. Den återkommande statliga uppföljning som utredningen föreslår, kan i sin dialog uppmärksamma skillnader mellan män och kvinnor, flickor och pojkar och i dialogen lämna en återkoppling till regionerna för det fortsatta arbetet med tillgänglighet.

12.8.2 Effektivitet och valfrihet – påverkan på jämställdheten

Kunskapshöjande insatser

De kunskapshöjande insatserna riktas till både män och kvinnor, flickor och pojkar. Kvinnor kan ha större nytta av insatserna genom att fler kvinnor söker vård och fler kvinnor än män därför väntar på vård. Inom den specialiserade vården kan pojkar ha större nytta av insatserna då det är fler pojkar än flickor som väntar på vård. De kunskapshöjande insatser som föreslås ska anpassas efter olika grupper så att alla kan få del av dem, såväl kvinnor och män som flickor och pojkar.

Utredning om vårdsöksystem

Den utredning om förutsättningar för ett vårdsöksystem över vårdgivare och vårdenheter med ledig kapacitet och villkor för nyttjande av den vården har inte någon direkt påverkan på jämställdhet. Men med effektivare sätt att hitta alternativ vårdgivare som innebär att den samlade kapaciteten används mer effektivt kan möjligen fler kvinnor och fler pojkar än män och flickor ha större nytta av den eftersom de i högre utsträckning väntar på vård.

Stöd till pilotverksamheter

Inom ramen för det stöd som föreslås för pilotverksamheter förutsätter utredningen att regionerna i sitt arbete tar hänsyn till jämställdhet. Den följeforskning som föreslås kan även uppmärksamma utvecklingen avseende jämställdhet.

12.8.3 Hälso- och sjukvårdsrådgivning – påverkan på jämställdhet

Författningsreglering

De föreslagna författningsändringarna bedöms inte ha några betydande effekter på jämställdheten, varken positiva eller negativa.

Kvinnor kan möjligen tänkas ha större nytta av hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och av en webbplats som är allmänt känd

eftersom kvinnor i större utsträckning söker vård än män. Att rådgivningen ska utgå från ett medicinskt rådgivnings- och hänvisningsstöd kan bidra till ökad likvärdighet i bedömningar och råd mellan män och kvinnor, flickor och pojkar, eftersom det ökar systematiken och förutsättningarna att bedömningarna görs utifrån symtomen och inte utifrån andra faktorer, exempelvis hur man uttrycker sig.

Överenskommelse mellan staten och SKR

Den föreslagna överenskommelsen bedöms inte ha några betydande effekter på jämställdheten, varken positiva eller negativa.

Utredning om nationell digital infrastruktur

Den föreslagna överenskommelsen bedöms inte ha några betydande effekter på jämställdheten, varken positiva eller negativa.

12.8.4 Granskning av väntetidsdatabasen – påverkan på jämställdhet

Granskningen i sig bör inte ha någon påverkan på jämställdheten, varken positivt eller negativt. Däremot innebär förbättrad kvalitet i väntetidsdatabasen att det finns möjlighet till bättre uppföljning och analys av skillnader i väntetider mellan män och kvinnor. Det kan i förlängningen bidra till diskussioner och ökad jämställdhet.

12.9 Barn och unga

I december 2020 var det över 8 500 barn och unga i åldern 0–19 år som väntat längre än 90 dagar på första besök i specialiserad vård, se vidare kapitel 4.

I detta avsnitt beskriver utredningen hur de förslag utredningen lämnar kan påverka barn och unga.

12.9.1 Kommitté för tillgänglighetsdialog – påverkan på barn och unga

Regionerna bär ansvaret för arbetet med tillgänglighet för barn och unga. En återkommande dialog med återkoppling till regionerna på deras tillgänglighetsarbete kan ge ett stöd och visa på behov av ytterligare insatser avseende tillgängligheten för barn och unga.

12.9.2 Effektivitet och valfrihet – påverkan på barn och unga

Ur barnperspektiv är det särskilt viktigt med tydlighet i ansvaret och därmed också att kunskap om ansvaret är hög. Det är regionens ansvar att se till att barn ges vård i rimlig tid och senast inom vårdgarantins gränser. Det är också angeläget att den överenskomna målsättningen om tid till besök, utredning eller behandling inom 30 dagar inom BUP följs i så hög utsträckning som möjligt.

Kunskapshöjande insatser

Barn är i stor utsträckning beroende av sina vårdnadshavare. Barn som har vårdnadshavare utan förmåga att, eller kunskap om hur de kan hjälpa sitt barn med vårdgarantin och vårdval är särskilt utsatta.

Det är viktigt att vårdgivare och vårdpersonal som möter barn och unga har god kunskap om vårdgaranti, den överenskomna målsättningen om 30 dagar till barn- och ungdomspsykiatrin och patientens valmöjligheter så att de har bästa förutsättningar att säkerställa att barn ges vård i rimlig tid. Vårdnadshavare behöver god kunskap om vårdgaranti och valmöjligheter i vården för att ha bästa förutsättningar att vara ett stöd för sitt barn. Även lite äldre barn och unga behöver själva kunskap om sina möjligheter när det gäller vårdgaranti och valmöjligheter i vården så att de har goda förutsättningar att vara delaktiga i beslut som rör dem. Hög kunskapsnivå är därför angeläget. Enligt utredningens iakttagelser råder generell brist på kunskap både bland vårdens medarbetare och bland patientgrupper och invånare, där barn och vårdnadshavare ingår. Kunskapshöjande insatser är därför viktigt för att ge bästa förutsättningar för att barn ges vård i rimlig tid.

Utredning om vårdsöksystem

Den utredning som föreslås har inte direkt påverkan på barn och unga, men i förlängningen kan ett vårdsöksystem effektivisera arbetet med att hjälpa barn och unga till annan vårdgivare när vårdgarantin eller målsättningen inom BUP inte kan hållas och kan därmed leda till kortare väntetider för barn och unga.

Stöd till pilotverksamheter

Förslaget om pilotverksamhet för ökad produktivitet och effektivitet i samverkan mellan regionerna kan i förlängningen påverka barn och unga, beroende på hur regionerna väljer att använda medlen. Utredningen utgår från att regionerna tar hänsyn till barnrättsperspektivet i den pilotverksamhet som staten kan stödja. Arbetet med barn och unga kan också synliggöras med hjälp av den följeforskning som föreslås.

12.9.3 Hälso- och sjukvårdsrådgivning – påverkan på barn och unga

Barn är i stor utsträckning beroende av sina vårdnadshavares förmåga att bedöma vårdbehov och att de uppsöker vård vid behov.

Sammantaget bedömer utredningen att förslagen för en mer nationellt samordnad hälso- och sjukvårdsrådgivning kan påverka barns hälsa och möjlighet att få hälso- och sjukvård positivt, medan det inte bör finnas några särskilda risker eller negativa effekter för barnen som en konsekvens av förslagen.

Hälso- och sjukvårdsrådgivningen i dag används i stor utsträckning av vårdnadshavare för att söka information och hjälp som gäller barn. Tillgång till kvalificerad hälso- och sjukvårdsrådgivning och kvalitetssäkrad hälso- och sjukvårdsinformation stärker vårdnadshavares förmåga, och gynnar därigenom också barn.

På samma sätt bedöms tillgången till hälso- och sjukvårdsinformation på webben och utveckling av mer digitala tjänster leda till möjliga positiva effekter för barn. Äldre barn är vana att söka information på webben och att använda digitala tjänster. Att tillhandahålla sådana möjligheter kan därför ge barn en naturlig ingång

till hälso- och sjukvården och bidra med kunskap om hälsa och hälso- och sjukvård. Genom att information finns att läsa när barnet har tid och möjlighet kan det också påverka barnets delaktighet i sin vård på ett positivt sätt, genom att barnet får möjlighet att förbereda sig och inhämta information på förhand inför ett vårdbesök.

Information och rådgivning som ges ska också vara anpassade så att barn och unga kan förstå och ta till sig dem, när de själva tar kontakt med hälso- och sjukvårdsrådgivningen eller använder information och tjänster på webben.

12.9.4 Granskning av väntetidsdatabasen – påverkan på barn och unga

Granskningen i sig har inte någon påverkan på barn och unga, varken positiva eller negativa. Däremot innebär förbättrad kvalitet i väntetidsdatabasen att det finns möjlighet till bättre uppföljning och analys av väntetider med fokus på barn och unga. Inte minst finns det behov av förbättrad kvalitet i rapportering av väntetider inom BUP.

12.10 Integration

Riksdagen beslutade om integrationspolitiken 1997 (prop. 1997/98:16) *Sverige, framtiden och mångfalden – från invandrarpolitik till integrationspolitik*.

Målet för integrationspolitiken är lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund.

Målet omfattar nyanlända. Med nyanlända invandrare avses här i huvudsak personer som har beviljats uppehållstillstånd som skyddsbehövande och deras anhöriga.

I en konsekvensutredning ska förslag som kan påverka förutsättningarna för det integrationspolitiska målet avseende exempelvis hälso- och sjukvård analyseras.

Det är regionerna som har ansvar för att vård ges på lika villkor. Utredningen har inte tillgång till uppgifter om hur väntetider fördelas mellan olika grupper i befolkningen och kan därför inte redogöra för hur jämlik vården är avseende väntetider för nyanlända i jämförelse med för övriga invånare.

12.10.1 Kommitté för tillgänglighetsdialog – påverkan på integration

Den kommitté för årlig tillgänglighetsdialog som utredningen föreslår, kan bidra i arbetet med integration genom att uppmärksamma regionerna på frågor om jämlikhet inklusive nyanlända när det gäller tillgänglighetsarbetet.

12.10.2 Effektivitet och valfrihet – påverkan på integration

Kunskapshöjande insatser

De kunskapshöjande insatserna ska anpassas för olika grupper, och kan därmed påverka integrationen i positiv riktning. Kunskapshöjande insatser om vårdgaranti och patientens valmöjligheter kan till exempel riktas till nyanlända och utrikes födda. Det är angeläget att alla har kunskap om vårdgarantin och om valmöjligheter i vården.

Utredning om vårdsöksystem

Den utredning om vårdsöksystem som utredningen föreslår har inte någon direkt påverkan på integrationspolitiska målet.

Stöd till pilotverksamheter

Inom ramen för det stöd som föreslås för pilotverksamheter förutsätter utredningen att regionerna i sitt arbete tar hänsyn till aspekter som rör integration. I den följeforskning som ska bedrivas kan frågor om jämlikhet för nyanlända i förhållande till övriga invånare uppmärksammas.

12.10.3 Hälso- och sjukvårdsrådgivning – påverkan på integration

I utredningens förslag om att erbjuda hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och på en känd webbplats ingår krav om att hälso- och sjukvårdsrådgivning under vissa förutsättningar ska vara till-

gängliga på andra språk. Detta innebär bättre förutsättningar för personer som inte talar svenska att ta del av rådgivningen.

12.10.4 Granskning av väntetidsdatabasen – påverkan på integration

Granskningen av väntetidsdatabasen har ingen effekt på integrationen.

12.11 Påverkan på miljö och klimat

12.11.1 Kommitté för tillgänglighetsdialog – påverkan på miljö och klimat

Den statliga tillgänglighetsdialog som utredningen föreslår innebär resande för dialog vid platsbesök hos de 21 regionerna. Resande påverkar miljö och klimat men i begränsad utsträckning, resande kan också göras genom val av miljövänliga transportalternativ.

12.11.2 Effektivitet och valfrihet – påverkan på miljö och klimat

Kunskapshöjande insatser

Miljö och klimat påverkas inte eller är svårbedömt, eventuella miljöeffekter gäller resande. En ökad kunskap om vårdgarantin och valfrihet som leder till att patienter erbjuds vård i annan region eller väljer vård i högre utsträckning i annan region kan innebära ett ökat resande som kan ge negativ effekt på miljö och klimat, men det kan också vara så att den enhet som patienten kommer till rent geografiskt kan ligga närmare för patienten eller ha bättre möjligheter till kommunala transporter. Då kan valet ge en positiv miljöeffekt jämfört med om patienten kommer till vårdgivaren i sin hemregion.

Utredning om vårdsöksystem

En utredning om vårdsöksystem kan ha viss negativ påverkan på miljön med avseende på transporter, då det är troligt att utredningens sekretariat behöver besöka regionerna. Resande påverkar

miljö och klimat men i begränsad utsträckning med en resa per år per region, resande kan också göras genom val av miljövänliga transportalternativ. Det finns också möjlighet att ersätta fysiska möten med videomöten, det skulle minska effekten på klimat och miljö.

Stöd till pilotverksamheter

Utredningens förslag om stöd till pilotverksamheter för ökad samverkan mellan regioner, kan innebära ett ökat resande för patienter eller medarbetare mellan regionerna, men utredningen bedömer att det inte behöver ske i någon större omfattning. Resande påverkar miljö och klimat men resande kan också göras genom val av miljövänliga transportalternativ.

12.11.3 Hälso- och sjukvårdsrådgivning – påverkan på miljö och klimat

Utredningen bedömer att förslagen inte har några betydande konsekvenser för miljö och klimat. Möjligen kan en säkrad kvalitativ hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans innebära att antalet fysiska besök i hälso- och sjukvården minskar, om råd om insatser som den enskilda själv kan vidta räcker för de aktuella symtomen och patienten får dessa genom hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans i stället för att besöka en vårdcentral eller akutmottagning. Det kan innebära minskat resande och eventuellt också minskad klimatpåverkan genom att digitalisering kräver mindre av hälso- och sjukvårdens byggnader och fysiska utrustning. Men utredningen bedömer att den här typen av effekter i så fall är mycket marginella när det gäller miljö- och klimatpåverkan.

12.11.4 Granskning av väntetidsdatabasen – påverkan på miljö och klimat

Utredningen bedömer att granskningen inte någon betydande påverkan på miljö och klimat, varken positivt eller negativt.

12.12 Förslagens överensstämmelse med de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen

Det är endast inom uppdraget avseende hälso- och sjukvårdsrådgivning som förslag till författningsändringar lämnas. Utredningen bedömer att förslagen överensstämmer med de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen och att de inte medför några konsekvenser för det svenska EU-medlemskapet. Hälso- och sjukvård är en nationell behörighet, och det är medlemsstaterna som finansierar, förvaltar och organiserar sina hälso- och sjukvårdssystem. Utredningens förslag ligger inom hälso- och sjukvårdens område. De författningsändringar som föreslås gäller ändringar i den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Som utredningen beskrivit ovan kan vissa konsekvenser för företag och konkurrens uppstå, men utredningen föreslår inga förändringar av regelverket när det gäller konkurrens eller offentlig upphandling. Inte heller i övrigt föreslår utredningen några förändringar som påverkar EU-rätten.

I sammanhanget kan det nämnas att det för närvarande pågår arbete inom EU med att öka samordning och styrning när det gäller information, snarare än att decentralisera, genom förordningen om inrättande av en gemensam digital ingång för tillhandahållande av information, förfaranden samt hjälp- och problemlösningstjänster.[5] Förordningen syftar till att göra det enklare för medborgare inom EU att agera över gränserna, till exempel flytta till ett annat land eller arbeta i ett annat land än där man bor. I förordningen regleras en gemensam digital ingång på EU-nivå, som sedan lotsar användarna vidare till relevant information och relevanta digitala tjänster i varje medlemsstat. Myndigheten för digital förvaltning stödjer utvecklingen av detta i Sverige. Regionerna behöva beakta detta avseende arbetet med den webbplats som utredningen föreslår.

[5] EUROPAPARLAMENTETS OCH RÅDETS FÖRORDNING om inrättande av en gemensam digital ingång för tillhandahållande av information, förfaranden samt hjälp- och problemlösningstjänster och om ändring av förordning (EU) nr 1024/2012, 2017/0086 (COD).

12.13 Konsekvenser för den personliga integriteten

Utredningen har i sitt arbete beaktat skyddet för den personliga integriteten. Skyddet för den personliga integriteten och rätten till respekt för privatlivet skyddas både av internationella regelverk och av nationell rätt. En övergripande beskrivning av de regelverk som utredningen har beaktat när det gäller denna fråga finns i avsnitt 3.6.

Utredningen föreslår inga förändringar som utökar möjligheterna att överföra eller på annat sätt behandla personuppgifter eller några ändringar i gällande lagstiftning om sekretess eller tystnadsplikt. Gällande regelverk om dataskydd, sekretess och tystnadsplikt ska alltså även fortsättningsvis tillämpas i fråga om sådan verksamhet som utredningen föreslår regleras.

12.13.1 Kommitté för tillgänglighetsdialog – konsekvenser för den personliga integriteten

Den kommitté för årlig tillgänglighetsdialog som utredningen föreslår kommer ha som underlag regionernas handlingsplaner och årliga rapportering som inte innehåller känsliga personuppgifter, myndigheters publicerade rapportering på området samt använda aggregerade data från aktuella databaser och register. Kommitténs arbete kommer därmed inte ha någon påverkan på den personliga integriteten.

12.13.2 Effektivitet och valfrihet – konsekvenser för den personliga integriteten

Kunskapshöjande insatser

Det uppdrag om kunskapshöjande insatser som utredningen föreslår är riktade till olika grupper så som invånare generellt, patientgrupper och aktörer i vården. Den information som insatser gäller innehåller inte några personuppgifter och har inte några konsekvenser för den personliga integriteten.

Utredning om vårdsöksystem

En utredning föreslås avseende vårdsöksystem över vårdgivare, dessas utbud, väntetider och lediga kapacitet samt villkor för nyttjande av den vården. Förslaget om att tillsätta en utredning påverkar i sig inte den personliga integriteten. Det är dock relevant att en sådan utredning beaktar aspekter rörande den personliga integriteten i sitt arbete. Utredningen kan inte se några skäl till att känsliga personuppgifter skulle behöva finnas i ett vårdsöksystem, men det skulle exempelvis kunna vara relevant med vissa kontaktuppgifter till vissa funktioner.

Stöd till pilotverksamheter

Den pilotverksamhet som utredningen föreslår är svår att bedöma, om personuppgifter kommer i fråga hänger samman med vilka samarbeten som kan komma ifråga. Utredningen förutsätter att regionerna följer gällande lagstiftning avseende den personliga integriteten i den pilotverksamhet som de gemensamt bedriver.

12.13.3 Hälso- och sjukvårdsrådgivning – konsekvenser för den personliga integriteten

Författningsändringar

Hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans är möjlig redan i dag

Att organisera hälso- och sjukvården så att enskilda kan få hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans, vilket utredningen föreslår ska bli obligatoriskt för regionerna, innebär vissa skillnader i förhållande till om regionerna hade valt att enbart erbjuda sådan hälso- och sjukvårdsrådgivning vid ett fysiskt möte mellan den enskilde och hälso- och sjukvårdspersonalen. När det gäller utredningens förslag om att regionerna ska organisera sin hälso- och sjukvård så att enskilda kan få hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans konstaterar utredningen samtidigt att detta är möjligt redan i dag utifrån gällande regelverk. Och det görs dessutom i samtliga regioner i dag.

Förslagens påverkan på den personliga integriteten

Utredningen bedömer inte att nya grupper av personer kommer söka hälso- och sjukvård med anledningen av förslagen eftersom enskildas möjligheter att komma i kontakt med hälso- och sjukvården, inklusive hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans, inte förändras i förhållande till vad som i praktiken är möjligt redan i dag i alla regioner. Förslagen bör alltså inte leda till fler registrerade i hälso- och sjukvården. Inte heller kan det förväntas att fler kategorier av personuppgifter kommer behandlas. De personuppgifter som behandlas om en person som tar kontakt med hälso- och sjukvården på distans och antalet personer som tar sådan kontakt bör dessutom i huvudsak vara samma som om kontakt hade tagits med hälso- och sjukvården i samma ärende på annat sätt.

Hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans, på det sätt som utredningen föreslår, innebär att personuppgifter överförs från den enskilde till hälso- och sjukvården via telefon. Detta är redan möjligt och sker i dag i alla regioner. Detta är dock något som skulle kunna undvikas om regionerna hade valt att inte erbjuda hälso- och sjukvårdsrådgivning via telefon, men det kommer inte vara möjligt att välja bort det med utredningens förslag. Hälso- och sjukvårdsrådgivning via telefon ställer vissa krav på vårdgivaren ur integritetsperspektiv, bland annat när det gäller säkerhet i den utrustning som används, säkerställande av den enskildes identitet och säkerställande av att sekretess och tystnadsplikt kan upprätthållas under samtalet. När det gäller känsliga personuppgifter om exempelvis hälsa, vilket det många gånger är fråga om inom hälso- och sjukvården, är det särskilt viktigt att det finns förmåga, rutiner och tekniska lösningar på plats som säkerställer att uppgifterna inte blir åtkomliga för de som inte ska ha tillgång till dem. Samtidigt är allt detta sådant som behöver beaktas även vid ett fysiskt möte inom hälso- och sjukvården.

Utredningens förslag om besvarande och överföring av samtal mellan de som bedriver hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans i olika regioner, vid behov, vid allvarlig händelse, kan innebära en viss skillnad i förhållande till hur personuppgifter behandlas i dag. I dag finns inte något motsvarande krav eller något krav på teknisk lösning som möjliggör besvarande eller överföring av samtal. Däremot används i de flesta regioner i dag tekniska lösningar som möjliggör detta, men inte i alla. Flera regioner samarbetar också kring besva-

rande av samtal, både vid allvarlig händelse och i andra situationer, men inte alla. Utredningens förslag innebär inte några närmare krav på hur de tekniska lösningarna ska vara utformade.

Behandlingen av personuppgifter bedöms vara nödvändig och inte otillbörligt inskränka den personliga integriteten

Även om det alltså finns vissa skillnader mellan hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och vid fysiskt möte, är utredningens bedömning att den personliga integriteten inte kommer att påverkas av utredningens förslag om hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans, inklusive via telefon, eftersom det redan i dag finns rättsliga förutsättningar att tillhandahålla detta och samtliga regioner gör det. Det innebär alltså att förslagen varken kommer möjliggöra för annan behandling av personuppgifter, till exempel andra ändamål, fler registrerade, behandling av andra kategorier av personuppgifter eller nya metoder för behandlingen, än vad som är möjligt i dag eller att annan behandling kommer ske i praktiken. När det gäller överföring av samtal i enlighet med förslaget till bestämmelse i 7 kap. 5 § HSF kan dock viss påverkan finnas, eftersom ett fåtal regioner inte arbetar med sådan överföring i dag. Utredningen bedömer dock att inte något av förslagen innebär ett otillbörligt intrång i de registrerades personliga integritet. Hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans, och ett ändamålsenligt samarbete kring besvarande av samtal när det finns behov av det vid en allvarlig händelse, är viktigt för att säkerställa att en viktig tjänst inom hälso- och sjukvården finns tillgänglig för alla invånare dygnet runt på lika villkor såväl vid allvarlig händelse som när sådan inte föreligger. Det bedöms leda till en mer likvärdig och jämlik hälso- och sjukvård. Personuppgiftsbehandling som sker vid hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans bedömer utredningen i huvudsak vara nödvändig för tillhandahållande av hälso- och sjukvård i enlighet med artikel 9.2 h Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG, dataskyddsförordningen, och 5 kap. 3 § lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning. Uppgifterna behandlas av yrkesutövare inom hälso- och sjukvården som omfattas av sekretess och tyst-

nadsplikt enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

Gällande regelverk säkerställer behovet av informationssäkerhet, rättssäkerhet samt skydd för den personliga integriteten

Den hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans som omfattas av utredningens förslag omfattas bland annat av bestämmelser om behandling av personuppgifter i dataskyddsförordningen, lagen med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning, patientdatalagen (2008:355) och Socialstyrelsens (HSLF-FS 2016:40) föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Det innebär bland annat att de grundläggande principerna för personuppgiftsbehandling i artikel 5 i dataskyddsförordningen måste beaktas vid hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans, att det måste finnas en laglig grund för behandlingen och att flera bestämmelser om den enskildes rättigheter och om informationssäkerhet måste följas. Den personuppgiftsansvarige, men också eventuella personuppgiftsbiträden, måste vidta lämpliga tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder för att bland annat förhindra obehörigt röjande av eller obehörig åtkomst till uppgifter (se artikel 5.1 f, 24 och 32 i dataskyddsförordningen). Om flera aktörer är inblandade i hälso- och sjukvårdsrådgivningen på distans får det inte råda tvivel om vem som är personuppgiftsansvarig, vem som är personuppgiftsbiträde, och vilket ansvar respektive vilka skyldigheter var och en har. Förhållandet mellan personuppgiftsansvarig och personuppgiftsbiträde ska enligt artikel 28 i dataskyddsförordningen regleras i ett avtal och biträdet får bara behandla personuppgifter på den ansvariges dokumenterade instruktioner. Enligt artikel 28.1 dataskyddsförordningen ska den personuppgiftsansvarige enbart anlita personuppgiftsbiträden som ger tillräckliga garantier om att genomföra lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder på ett sådant sätt att behandlingen uppfyller dataskyddsförordningen och säkerställer att den registrerades rättigheter skyddas. Personuppgifter ska enligt artikel 5.1 a i dataskyddsförordningen behandlas på ett öppet sätt i förhållande till den enskilde och den enskilde ska enligt artikel 12 i dataskyddsförordningen lämnas klar och tydlig information om personuppgiftsbehandlingen. Sammantaget bedömer utredningen att

ovanstående bestämmelser tillsammans med gällande regelverk i övrigt säkerställer behovet av informationssäkerhet, rättssäkerhet samt skydd för den personliga integriteten i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans som utredningen föreslår ska regleras.

Information om hälso- och sjukvård på en webbplats inskränker inte den personliga integriteten

Information om hälso- och sjukvård på en webbplats, som utredningen föreslår ska regleras, bedöms inte påverka den personliga integriteten. Endast allmän information om hälso- och sjukvård ska publiceras. Förslaget innebär inte att personuppgifter behöver behandlas. Gällande regelverk om behandling av personuppgifter och elektronisk kommunikation säkerställer behovet av informationssäkerhet, rättssäkerhet samt skydd för den personliga integriteten.

Överenskommelse mellan staten och SKR

Det förslag till överenskommelse mellan staten och SKR som utredningen lämnar innebär inte i sig några konsekvenser för den personliga integriteten. Utredningen vill dock framhålla vikten av att denna aspekt beaktas i utformningen av överenskommelsen. Det gäller särskilt i frågor om olika kanaler och verktyg för hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans och e-tjänster, såsom tjänster för medicinsk triagering, det vill säga en process för att sortera och prioritera patienter.

Utredning om en nationell digital infrastruktur

Förslaget om att tillsätta en utredning innebär inga konsekvenser för den personliga integriteten i sig. Däremot kan den föreslagna utredningens förslag komma att innebära en sådan påverkan, varför det är viktigt att även i en sådan utredning beakta konsekvenserna för den personliga integriteten.

12.13.4 Granskning av väntetidsdatabasen – konsekvenser för den personliga integriteten

Utredningen bedömer att granskningen inte har någon negativ påverkan på den personliga integriteten. Möjligen kan granskningen av väntetidsdatabasen innebära vissa fördelar ur ett integritetsperspektiv. Genom en sådan granskning kan eventuella brister i databasen när det gäller behandling av personuppgifter synliggöras och därefter åtgärdas.

12.14 Konsekvenser i övrigt

Enligt kommittéförordningen (1998:1474) gäller även att andra konsekvenser ska beskrivas, än de utredningen belyst ovan. Det gäller konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service. Utredningens bedömning är att de förslag som lämnas inte har några nämnvärda konsekvenser dessa områden.

Referenser

Tryckt material

Anell, A, Studieförbundet näringsliv och samhälle (SNS) (2020) *Vården är värd en bättre styrning.*

Dir. 2017:24 *Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården.*

Dir 2017:97 *Samordnad utveckling för god och nära vård.*

Dir. 2018:90 *Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård.*

Dir. 2019:49 *Tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.*

Dir. 2019:93 *En sammanhållen god och nära vård för barn och unga.*

Dir. 2020:68 *Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd.*

Dir. 2020:74 *Utvärdering av åtgärderna för att hantera utbrottet av det virus som orsakar sjukdomen covid-19.*

Dir. 2020:81 *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården – produktion, köer och väntetider i vården.*

Eriksson, D (2021) *Sammanställning Direktkonsult ortoped.*

Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (2010) *Kåren och köerna. En ESO-rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård.*

Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (2019) *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv.*

Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) (2018) *Operation digitalisering – en ESO-rapport om hälso- och sjukvården.*

Folkhälsomyndigheten (2021) *Återrapportering av regeringsuppdrag. Uppdrag att analysera behovet av en nationell stödlinje som riktar sig till personer med psykisk ohälsa och suicidalitet samt anhöriga och närstående.*

Helsedirektoratet (2017) *Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjensten.*

Inera (2015) *Basuppdrag, 1177 Vårdguiden på telefon.*

Inera (2016 *Nationell samverkan 1177 Vårdguiden på telefon.*

Inera (2017) *Nationell samverkan 1177 Vårdguiden på telefon – Del 2 Beslutsunderlag, Del 3 Införande, Slutrapport.*

Inera (2017) *Nationell samverkan 1177 Vårdguiden på telefon, Del 2 Beslutsunderlag, Del 3 Införande, Slutrapport.*

Inera (2017) *Nationell språktjänst 1177 Vårdguiden på telefon, Förstudierapport kravställning.*

Inera (2018) *Målbild för första linjens vård och för 1177 Vårdguidens roll, Gemensam målbild för kommuner, landsting, regioner, SKL och Inera.*

Inera (2020) *Programmet Första linjens digitala vård, Programplan Första linjens digitala vård, version 4.0.*

Inera (2020) *Årsredovisning och koncernredovisning för räkenskapsåret 2019.*

Inera (2021) *1177 Vårdguiden på telefon, Beskrivning och tjänstespecifika villkor.*

Inera (2021) *Årsrapport 2020.*

Inera (u.d.) *Vårt digitala bidrag, Ineras strategi 2020–2025.*

Inspektionen för vård och omsorg (2018*) I väntan på vårdplats – Om patientsäkerhet på akutmottagningar – Nationell tillsyn inom hälso- och sjukvård.*

Inspektionen för vård och omsorg (2020) *Uppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på tillsyn.*

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016) *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem.*

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017) *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin.*

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018) *En beskrivning av olika dimensioner av personcentrering ur patientens perspektiv.*

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018) *Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård.*

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019) *Med örat mot marken. Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården*.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020) *Tre perspektiv på digitala vårdbesök – befolkningens, patienternas och vårdpersonalens uppfattningar.*

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2021) *Fast kontakt i primärvården.*

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021) *Vården ur befolkningens perspektiv 2020. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder.*

Myndigheten för vårdanalys (2014) *Låt den rätte komma in – hur har tillgängligheten påverkats av vårdvalet, apoteksomregleringen samt vårdgarantin och Kömiljarden?*

Myndigheten för vårdanalys (2014) *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem Erfarenheter från Danmark, Norge, England och Nederländerna.*

Myndigheten för vårdanalys (2014) *VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kroniska sjukdomar.*

Myndigheten för vårdanalys (2016) *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem.*

Myndigheten för vårdanalys (2015) *Varierad väntan på vård – analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*.

Myndigheten för vårdanalys (2017) *Personcentrering – från mottagare till medskapare.*

Myndigheten för vårdanalys (2018) *En beskrivning av olika dimensioner av personcentrering ur patientens perspektiv, vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning.*

Norén, D (2019) *Att samverka med närsjukvårdsteam – Kartläggning av frågeställningar och praktiska tillämpningar för att utveckla samverkan.*

Norén, D och Segerberg. A (2019) *Mobil närvård Västra Götaland – Följeutvärderingen Slutrapport april 2019.*

Prop. 1981/82:97 *Om hälso- och sjukvårdslag m.m.*

Prop. 2001/02:158 *Samhällets säkerhet och beredskap.*

Prop. 2004/05:1 *Budgetpropositionen för 2005.*

Prop. 2005/06:133 *Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle.*

Prop. 2008/09:1 *Budgetpropositionen för 2009.*

Prop. 2008/09:193. *Vissa psykiatrifrågor m.m.*

Prop. 2008/09:29 *Lag om valfrihetssystem.*

Prop. 2008/09:74 *Vårdval i primärvården.*

Prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning.*

Prop. 2013/14:106 *Patientlag.*

Prop. 2016/17:171 *En ny kommunallag.*

Prop. 2017/18:40. *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården.*

Prop. 2017/18:83 *Styrande principer för hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti i primärvården.*

Prop. 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*

Regeringsbeslut I2019/03306/DF *Uppdrag att etablera en förvaltningsgemensam digital infrastruktur för informationsutbyte.*

Regeringsbeslut S2010/9125/HS *Godkännande av en överenskommelse om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård.*

Regeringsbeslut S2011/11 007/FS *Godkännande av en överenskommelse om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård.*

Regeringsbeslut S2012/8767/FS *Godkännande av en överenskommelse om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård 2013.*

Regeringsbeslut S2013/8788/FS *Godkännande av en överenskommelse om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård 2014 (kömiljarden).*

Regeringsbeslut S2019/02110/*FS Regleringsbrev för budgetåret 2019 avseende Socialstyrelsen.*

Regeringsbeslut S2019/02858/FS *Godkännande av överenskommelsen om God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården 2019.*

Regeringsbeslut S2019/02871/FS *Bemyndigande att underteckna en överenskommelse om en ny, uppdaterad kömiljard 2019.*

Regeringsbeslut S2019/03056/FS *Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård.*

Regeringsbeslut S2019/05300/FS *Godkännande av en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020.*

Regeringsbeslut S2020/00440/FS *Bemyndigande att underteckna en överenskommelse om God och nära vård 2020 – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården.*

Regeringsbeslut S2020/02191/FS *Bemyndigande att underteckna en tilläggsöverenskommelse om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.*

Regeringsbeslut S2020/03220/FS *Uppdrag att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård.*

Regeringsbeslut S2020/03319/FS *Insatser för att stödja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård.*

Regeringsbeslut S2020/05634/FS *Uppdrag att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården.*

Regeringsbeslut S2020/09780/FS *Godkännande av en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021.*

Regeringsbeslut S2021/00820/FS *Bemyndigande att underteckna en överenskommelse om God och nära vård 2021.*

Regeringsbeslut S2021/02255/FS *Ansökan om medel för en fördjupad behovsanalys och kravspecifikation för en jämförelsetjänst.*

Regeringskansliet (2009) *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti.*

Region Värmland (2018) *Slutrapport – Hurmårdu.nu – pilot.*

Region Örebro län (2018) *Medicinsk bedömning och diagnostik av nytillkomna symtom via digitala vårdbesök.*

Regionala Cancercentrum i samverkan (2018) *Tidig upptäckt av hudcancer med teledermatoskopi – Förslag till fortsatt utveckling.*

Regionala Cancercentrum i samverkan (2021) *Teledermatoskopi i Sverige – En inventering av beslut att införa, pilotstudier och breddinförande i landets 21 regioner.*

Riksrevisionen (2014) *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej.*

Riksrevisionen (2016) *Statens styrning genom riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården.*

Riksrevisionen (2017) *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet.*

Riksrevisionen (2018) *Den kommunala finansieringsprincipen – tillämpas den ändamålsenligt?*

SBU (2017) *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården En sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet.*

SKL (2016) *Väntetider och vårdgarantier-vad är det som är så svårt?*

Tillgänglig vård – Vägledande strategier och koncept för hållbar utveckling SKR 2017.

Skoog, A, Dagens Nyheter (2021) *Theo och familjen nekades hjälp av BUP: ”De sa att han var bortskämd”.*

SKR (2016) *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2016, Befolkningens attityder till kunskaper om och erfarenheter av hälso- och sjukvården.*

SKR (2017) *Tillgänglig vård – Vägledande strategier och koncept för hållbar utveckling.*

SKR (2017) *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2017, Befolkningens attityder till, förväntningar på och erfarenheter av hälso- och sjukvården.*

SKR (2018) *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2018, Befolkningens attityder till, förväntningar på och erfarenheter av hälso- och sjukvården.*

SKR (2019) *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2019, Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården.*

SKR (2019) *Meddelande från styrelsen – Utvecklingen av digitala vårdtjänster.*

SKR (2020) *Att stärka samverkan med hjälp av SIP.*

SKR (2020) *Delrapport av överenskommelsen, God och nära vård 2020 – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården.*

SKR (2020) *Första linjen 2020 – Nulägesbeskrivning av hälso- och sjukvårdens första linje för barn och ungas psykiska hälsa.*

SKR (2020) *Första linjens vård.*

SKR (2020) *Hitta och jämför vård på 1177.se.*

SKR (2021) *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020.*

SKR (2021) *Rapport av överenskommelsen, God och nära vård 2020 – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården.*

SKR (2021) *Vårdlotsar i samverkan.Slutrapport.*

Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (2009) *Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård.*

Socialdepartementet, dnr S2019/02871 *Nulägesrapporter – ny, uppdaterad kömiljard 2019.*

Socialdepartementet, dnr S2021/02707 *Handlingsplan för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.*

Socialstyrelsen (2012) *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011.*

Socialstyrelsen (2013) *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012.*

Socialstyrelsen (2014) *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2013.*

Socialstyrelsen (2017) *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna – till och med 2016.*

Socialstyrelsen (2019) *Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård.*

Socialstyrelsen (2019) *Statistik om akutmottagningar, väntetider och besök 2019.*

Socialstyrelsen (2019) *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016–2018. Slutrapport.*

Socialstyrelsen (2019) *Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet – väntetider i akutsjukvården och fyra tematiska analyser.*

Socialstyrelsen (2019) *Öppna jämförelser 2018. En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat.*

Socialstyrelsen (2019) *Öppna jämförelser.*

Socialstyrelsen (2020) *Analys av första covid-19-vågen- produktion, köer och väntetider i vården.*

Socialstyrelsen (2020) *Nationella principer för prioritering av rutinsjukvård under covid-19-pandemin – kunskapsstöd för att utveckla regionala och lokala riktlinjer.*

Socialstyrelsen (2020) *Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden.*

Socialstyrelsen (2020) *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga, Öppna jämförelser 2019*

Socialstyrelsen (2020) *Uppföljning av omställningen till en mer nära*

Socialstyrelsen (2020) *Icke-göra i Socialstyrelsens nationella riktlinjer – vård som inte bör erbjudas vård – ett förslag på indikatorer.*

Socialstyrelsen (2020) *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård – Utvecklingen i regioner och kommuner och uppföljning av överenskommelsen En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare.*

Socialstyrelsen (2020) *Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020. Regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen.*

Socialstyrelsen (2021) *Analys av första och andra covid-19-vågen.*

Socialstyrelsen (2021) *Insatser under 2020 för att främja omställningen till en god och nära vård.*

Socialstyrelsen (2021) *Uppföljning av primärvården och omställningen till en mer nära vård – Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården.*

SOU 2015:32 *Nästa fas i e-hälsoarbetet.*

SOU 2016:2 *Effektiv vård.*

SOU 2017:53 *God och nära vård – en gemensam färdplan och målbild.*

SOU 2018:39 *God och nära vård – en primärvårdsreform.*

SOU 2019:29 *God och nära vård – vård i samverkan.*

SOU 2019:42 *Digifysiskt vårdval – tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet.*

SOU 2020:19 *God och nära vård – en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.*

SOU 2020:80 *Äldreomsorgen under pandemin.*

SOU 2021:25 *Struktur för ökad motståndskraft.*

SOU 2021:34 *Börja med barnen! – en sammanhållen god och nära vård för barn och unga.*

SOU 2021:6 *Samordnad utveckling för god och nära vård, God och nära vård – rätt stöd till psykisk hälsa.*

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2017) *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården En sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet.*

Statskontoret (2011) *Tänk efter före. Om viss styrning av kommuner och landsting.*

Statskontoret (2014) *Överenskommelser som styrmedel.*

Westling, K (2020) *Hälsolabb – en arena för lärande och experimenterande i omställningen till Nära vård – en lägesrapport*.

Vision e-hälsa (2020) *Genomförandeplan 2020–2022, version november 2020.*

Webbsidor

Helsedirektoratets hemsida
www.helsedirektoratet.no/tema/lover-og-forskrifter, uttag 2021-05-03.

Helsetillsynets hemsida
www.helsetilsynet.no/rettigheter-klagemuligheter, uttag 2021-05-03.

Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) hemsida
https://skr.se/skr/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/patientkontrakt.28918.html, uttag 2021-04-30.

www.skr.se/download/18.71b542201784abfbf7a91ebf/1617699569478/Nationell_punktmatning_2019_2020_bilaga2.pdf, uttag 2021-05-18.

www.skr.se/skr/halsasjukvard/ehalsa/digitalavardtjansteriprimarvarden/ersattningardigitalavardtjansteriprimarvarden.28836.html, uttag 2021-05-12.

www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/ansvar-och-regelverk/patientens-rattsliga-stallning/nationella-vardgarantin/

www.vantetider.se/veta-mer/vardgaranti/, uttag-2021-05-21.

www.vantetider.se/, med följande val: genomförd, första kontakt, andel inom 60 dagar, mars 2021, uttag 2021-05-21.

http://primarvardskvalitet.skl.se/, uttag 2021-05-21.

www.skr.se/download/18.438a2da8174729859c6b06e3/1600194793873/Beslutsl%C3%A4ge-v%C3%A5rdval-Regioner-juni-2020.pdf.

Webbkollens hemsida
www.webbkollen.com, uttag 2021-05-18.

Ineras hemsida
www.inera.se/nyheter/nyheter/covid-19-pandemin-okar-anvandandet-av-1177s-tjanster-pa-natet-med-100-procent, uttag 2021-05-21.
www.inera.se/tjanster/priser-for-ineras-tjanster/kundgrupper/regioner/, uttag 2021-05-18.
www.inera.se/tjanster/infrastrukturtjanster/, uttag 2021-05-18.
https://www.inera.se/om-inera/ineras-uppdrag/, uttag 2021-05-18.

Experiolabs hemsida
www.experiolab.se/wp-content/uploads/2021/04/Halsolabb-%E2%80%93-en-arena-for-larande-och-experimenterande-i-omstallningen-till-Nara-vard-%E2%80%93-En-lagesrapport.pdf, uttag 2021-05-28.

Läkartidningens hemsida
www.lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2019/02/jag-vill-se-virtuella-halsorum-i-hela-landet, uttag 2021-05-18.

Myndigheten för digital förvaltnings hemsida
www.digg.se/utveckling-av-digital-forvaltning/digital-infrastruktur, uttag 2021-05-20.

Nationella prostatacancerregistrets (NPCR) hemsida
www.npcr.se,uttag 2021-05-30

Upphandlingsmyndighetens hemsida
www.upphandlingsmyndigheten.se/regler-och-lagstiftning/samordning/samordnad-upphandling, uttag 2021-04-28.

Youtube
www.youtube.com/watch?v=aMSZZdQZsEA, uttag 2021-05-07.

Myndigheten för digital förvaltnings (DIGG) hemsida
www.digg.se/om-oss/regeringsuppdrag/pagaende-regeringsuppdrag/gemensam-informationsutbyte, uttag 2021-05-20.

Region Gotlands hemsida
www.gotland.se/110295, uttag 2021-05-06.

Socialstyrelsens hemsida
www.socialstyrelsen.se/termbank, uttag 2021-05-06.

Svenskt perioperativt registers (SPOR) hemsida
www.spor.se/spor/anslutna-kliniker/#tab-id-1.

Kommittédirektiv 2020:81

Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Beslut vid regeringssammanträde den 13 augusti 2020

Sammanfattning

En kommitté i form av en delegation ska verka för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, med fokus på kortare väntetider. Detta gäller inte minst i det efterarbete som följer på utbrottet av sjukdomen covid-19, då en stor mängd uppskjutna vårdinsatser kommer att behöva omhändertas.

Delegationen ska bl.a.

– stödja regionernas arbete med att ta fram och genomföra regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet,
– stödja ett effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom att informera om patienters valmöjligheter,
– stödja regionernas och kommunernas arbete med utvecklingen av en nära och tillgänglig vård,
– utreda och lämna förslag, om så anses lämpligt, på en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning genom 1177 Vårdguiden,
– utreda en utökad vårdgaranti,
– vidareutveckla överenskommelsen om kömiljarden, och
– lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget ska delredovisas senast den 30 juni 2021 och slutredovisas senast den 15 maj 2022.

Svensk hälso- och sjukvård brister i tillgänglighet

Vården ska vara både jämlik och lätt tillgänglig. Den som har det största behovet av vård ska ges företräde till vården. Det framgår av både hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen (2014:821).

Tillgänglighet handlar om balansen mellan invånarnas behov av vård och vårdens kapacitet och resurser att möta dessa. En tillgänglig vård innebär att vården är lätt att komma i kontakt med och att insatser ges inom rimlig tid. Tillgänglighet handlar också om geografisk närhet, behovsanpassade öppettider, gott bemötande och möjligheter till digitala kontaktlösningar med vården. Vidare innebär tillgänglighet att hälso- och sjukvården ska utformas så att den inte utestänger personer med särskilda behov, som exempelvis personer med funktionsnedsättningar eller personer som har ett annat modersmål än svenska. Det är av särskild vikt att berörda aktörer beaktar eventuella risker för undanträngningseffekter, det vill säga att patienter med mindre medicinska behov ges vård före patienter med större medicinska behov, vid utformandet av olika tillgänglighetsinsatser.

Trots att svensk hälso- och sjukvård håller hög medicinsk kvalitet har långa väntetider, liksom bristande tillgänglighet i bred bemärkelse, varit ett problem sedan lång tid tillbaka. Det konstaterar både Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i sina uppföljningar av tillgänglighet och väntetider i vården. Sedan 2010 har Sverige därför en lagreglerad nationell vårdgaranti som anger hur länge en person som längst ska behöva vänta på vård. Andelen patienter som får vård inom vårdgarantins gränser har likväl minskat sedan 2014. Det innebär att allt fler patienter väntar allt längre tid på vård. Denna bild bekräftas av flera patientenkäter. Likaså visar internationella jämförelser att patienter i Sverige upplever tillgängligheten till hälso- och sjukvården som sämre än patienter i jämförbara länder, särskilt på kvällar och helger. Vidare pekar studier på att det finns ett samband mellan tillgängligheten till hälso- och sjukvård och befolkningens förtroende för vården. En bristande tillgänglighet riskerar därmed att underminera förtroendet för hälso- och sjukvården.

Att öka tillgängligheten och korta väntetiderna till hälso- och sjukvården genomsyrar regeringens satsningar under mandatperioden. Regeringen har därför beslutat om ett flertal insatser på området. Den 1 januari 2019 infördes en förstärkt vårdgaranti inom primärvården. I juni 2019 ingick staten och Sveriges Kommuner och Regio-

ner (SKR) en överenskommelse om en ny, uppdaterad kömiljard. Den följdes i december 2019 av överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020. Ungefär samtidigt beslutade regeringen även om flera andra omfattande tillgänglighetssatsningar. Av dessa kan nämnas fortsättningen på arbetet med standardiserade vårdförlopp för cancer, liksom införandet av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för andra sjukdomsgrupper än cancer. Även utvecklingen av den nära vården, där särskilda medel går till att stödja arbetet med den förstärkta vårdgarantin inom primärvården, utgör en central del av regeringens tillgänglighetssatsningar. En annan central del är överenskommelsen inom psykisk hälsa, där särskilda medel avsätts för att korta köerna i barn- och ungdomspsykiatrin (BUP). Dessutom har satsningar gjorts på att stärka kompetensförsörjningen i vården.

Dessa satsningar har i varierande utsträckning påverkats av att regionerna under våren 2020 har behövt ställa om hälso- och sjukvården för att bemöta utbrottet av covid-19, som orsakas av det nya coronaviruset. I stället för att bedriva utvecklingsarbete har regionerna och verksamheterna behövt säkerställa ett akut omhändertagande av såväl virussmittade patienter som patienter med andra akuta och svåra sjukdomstillstånd. Det har bl.a. medfört att en stor mängd planerade vårdbesök och operationer har ställts in eller skjutits på framtiden. I april och maj 2020 var antalet genomförda besök och operationer drygt 30 respektive cirka 50 procent lägre än föregående år, enligt den nationella väntetidsdatabasen. När hälso- och sjukvården kommer att kunna återuppta den ordinarie verksamheten igen är oklart, men siffrorna från väntetidsdatabasen pekar mot att antalet patienter i behov av vård då kommer att vara avsevärt mycket större än tidigare. Det kommer att ställa höga krav på hälso- och sjukvården under lång tid framöver för att patienter ska få vård i rimlig tid.

Mot denna bakgrund finns ett behov av att fortsätta stödja regionerna i deras tillgänglighetsarbete. Från ett nationellt perspektiv finns även behov av att ta ett samlat grepp om tillgänglighetsområdet för att därigenom skapa förutsättningar för mer ändamålsenliga och kostnadseffektiva insatser på såväl nationell som lokal nivå. Detta gäller inte minst i det efterarbete som följer på utbrottet av covid-19, då en stor mängd uppskjutna vårdinsatser kommer att behöva omhändertas. En delegation ska därför inrättas vars arbete ska syfta

till att verka för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, med särskilt fokus på kortare väntetider. I denna del ska delegationens arbete framför allt inriktas mot regional, till skillnad från kommunal, hälso- och sjukvård eftersom det främst är inom den regionalt finansierade hälso- och sjukvården som utmaningarna med bristande tillgänglighet och långa väntetider finns. Det finns behov av att skapa förutsättningar för att förstärka arbetet med att öka tillgängligheten.

Uppdraget att stödja tillgänglighetsarbetet och dess samordning

Ytterst är det regionerna som ansvarar för vården och därmed för tillgängligheten och för att patienter får vård i rimlig tid. En central del i arbetet för att öka tillgängligheten är en väl utvecklad och fungerande samverkan mellan alla berörda aktörer. En förutsättning för att regionernas tillgänglighetsarbete ska få genomslag i verksamheterna och komma patienterna till del är att förtroendevalda inom regioner, tjänstemän, offentliga och privata vårdgivare, liksom andra berörda aktörer såväl inom som mellan regionerna, arbetar samordnat. Regionerna måste därför fortsätta att ta ansvar för och prioritera ett kontinuerligt, brett och långsiktigt tillgänglighetsarbete. På grund av situationen med anledning av covid-19 har dock detta arbete i varierande utsträckning förändrats. Efter utbrottet av covid-19 kommer utmaningarna att vara än större eftersom viss planerad vård har skjutits på framtiden samtidigt som utbrottet har skapat nya behov. Tillsammans ökar det behoven av hälso- och sjukvård.

Regeringen kan stödja regionerna genom att skapa goda förutsättningar för deras tillgänglighetsarbete. Det kan bl.a. innebära att man från nationellt håll bistår regionerna genom att stödja samarbeten och samordnar dialoger mellan och inom regionerna samt med andra berörda aktörer, bl.a. privata vårdgivare, i syfte att främja ett kontinuerligt, brett och långsiktigt tillgänglighetsarbete. Genom att från nationellt håll stödja och samordna regionernas tillgänglighetsarbete stärks möjligheten till erfarenhetsutbyte över regiongränserna. Goda arbetssätt och metoder för förbättrad tillgänglighet kan på så sätt spridas mellan regionerna. Det är viktigt att regionerna drar lärdom av varandras arbete för ökad tillgänglighet eftersom det förbättrar förutsättningarna för att de åtgärder som prioriteras är de mest ändamålsenliga och kostnadseffektiva. Samtidigt är det ange-

läget att insatser från nationellt håll stödjer redan pågående utvecklingsarbete i regionerna. Det inkluderar arbetet inom ramen för överenskommelser mellan staten och SKR.

Stödja regionernas arbete med att ta fram och genomföra regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet

Orsakerna till bristande tillgänglighet i vården skiljer sig åt mellan olika delar av landet och mellan olika verksamheter inom regionerna. Exempelvis skiljer sig förutsättningarna åt mellan glesbygd och storstad när det gäller bl.a. fysiska avstånd till vården, öppettider på vårdinrättningar, antalet vårdgivare samt möjligheter att rekrytera och behålla personal. Vården kan därför inte förväntas vara utformad på samma sätt överallt. Därmed finns det inte en enskild nationell lösning på problemen utan regionen behöver anpassa sina åtgärder efter lokala förutsättningar, behov och utmaningar.

Tillgängligheten inom BUP är en stor utmaning i de flesta regioner. Det finns därför särskilda behov av att utveckla definierade insatser för att nå en god tillgänglighet inom BUP. I november 2019 gav regeringen en särskild utredare i uppdrag att se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (dir. 2019:93). I uppdraget ingår bl.a. att bedöma hur barn och unga med lättare psykisk ohälsa ska kunna erbjudas ändamålsenligt stöd i högre utsträckning än vad som sker i dag. Regeringen bedömer att det krävs en utvecklad första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa.

Inom ramen för statens och SKR:s överenskommelser om en ny, uppdaterad kömiljard 2019 och ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020, ska regionerna ta fram regionala nulägesrapporter och handlingsplaner för tillgängligheten i den egna regionen. Nulägesrapporterna redovisades i oktober 2019 och beskriver bl.a. de förutsättningar, behov och utmaningar som präglar regionen när det gäller tillgänglighet till vård. Nulägesrapporterna ska ligga till grund för de handlingsplaner som regionerna ska lämna in senast den 31 mars 2021. Detta senarelagda redovisningsdatum beslutades i en tilläggsöverenskommelse som staten och SKR tecknade i april 2020 på grund av utbrottet av covid-19.

I handlingsplanen ska regionen bl.a. redogöra för regionens målsättningar när det gäller väntetider till hälso- och sjukvården. Det ska

framgå vilka egna insatser och åtgärder som regionen anser krävs för att uppnå en hållbar och förbättrad tillgänglighet med kortare väntetider och minskade vårdköer. Regionerna ska särskilt redovisa hur de arbetar och strategiskt avser att arbeta för att patienter med kroniska sjukdomar ska få vård efter behov och i rimlig tid. I handlingsplanen ska även insatser kopplade till BUP belysas särskilt. Vidare ska regionen i handlingsplanen redogöra för hur utbrottet av covid-19 har påverkat regionens tillgänglighetsarbete, vilka särskilda tillgänglighetsutmaningar utbrottet medför framöver och hur regionen kommer att arbeta med att säkerställa tillgängligheten efter covid-19.

I januariavtalet, som är en sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna, framgår att en generalplan för kortare köer inom vården ska tas fram tillsammans med regionerna. Dessa kommittédirektiv, tillsammans med de regionala handlingsplanerna, utgör en generalplan för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

Delegationen ska därför

- stödja regionerna i arbetet med att ta fram regionala handlingsplaner med regionala målsättningar för ökad tillgänglighet,
- inom ramen för arbetet med de regionala handlingsplanerna, stödja utvecklingen av ökad tillgänglighet till vård och stöd för barn och unga med psykisk ohälsa,
- inom ramen för arbetet med de regionala handlingsplanerna, stödja regionerna i deras arbete för att säkerställa tillgängligheten såväl under som efter utbrottet av covid-19,
- sammanställa och analysera de regionala nulägesrapporterna och handlingsplanerna som stöd för regionerna och som information till regeringen,
- stödja regionerna i deras arbete med att genomföra de åtgärder som anges i de regionala handlingsplanerna, och
- om det finns behov, föreslå andra insatser som bedöms nödvändiga för att förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården med fokus på kortare väntetider.

Stödja ett effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom att informera om patienters valmöjligheter

Skillnader i väntetid både inom och mellan olika regioner, samt mellan olika vårdgivare inom samma specialistområde, pekar på att det finns möjlighet att korta patientens väntetid om vårdgivarnas och regionernas samlade kapacitet används mer effektivt. Enligt hälso- och sjukvårdslagen har regionen en skyldighet att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare, utan extra kostnad, i de fall regionen inte kan erbjuda vård inom vårdgarantins tidsgränser. Problemet med långa väntetider bör dock adresseras redan innan patienten har väntat så länge.

I patientlagen fastslås att patienter har möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård, inom eller utom hemregionen, obeaktat väntetiderna. Enligt SKR:s rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården och riksavtal för utomlänsvård, ska patienter även erbjudas att välja behandling inom sluten vård vid sjukhus i andra regioner, under förutsättning att hemregionen i förväg godkänt patientens behov via remiss. I dessa fall står hemregionen för vårdkostnaden och patienten får bekosta resan. I dag finns det därför pågående samarbeten mellan regionerna om möjligheten för patienter att välja sluten vård i olika regioner. Kunskapen om rådande valmöjligheter är dock inte sällan låg bland såväl verksamhetsledning och vårdpersonal som patienter. Det innebär en ökad risk för att patienter väntar onödigt länge på vård.

I överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 anges att SKR ska inleda en förstudie som tittar på vilken information om väntetider och kvalitets- och patientnöjdhetsdata som skulle kunna tillgängliggöras på 1177 Vårdguidens webbplats. I uppdraget ingår bl.a. att redogöra för hur denna information skulle kunna presenteras på webbplatsen, i syfte att möjliggöra för allmänheten och patienter att jämföra kvalitet, tillgänglighet och patientnöjdhet mellan olika vårdgivare. Förstudien ska redovisas senast den 30 september 2020.

Genom att patienter t.ex. ges möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider finns förutsättningar för ett bättre resursutnyttjande och en ökad tillgänglighet. Detta kan vara ett användbart arbetssätt i det efterarbete som följer på covid-19.

Delegationen ska därför

- informera berörda aktörer om patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare, både i hemregionen och i andra regioner,
- lämna förslag på åtgärder som, inom ramen för gällande lagstiftning och med hänsyn till regionernas behov av långsiktiga planeringsförutsättningar för att kunna säkra en stabilitet i vårdutbudet, kan underlätta för patienter att få vård hos någon annan vårdgivare med kortare väntetider, såväl inom den egna hemregionen som i andra regioner, i syfte att verka för ett mer effektivt utnyttjande av den samlade vårdkapaciteten,
- lämna förslag på insatser som stärker samarbetet mellan regionerna,
- följa och stödja arbetet med att tillgängliggöra information om väntetider och kvalitets- och patientnöjdhetsdata på 1177 Vårdguidens webbplats, och
- verka för att information och förslag på insatser görs tillgängliga för alla patientgrupper, oberoende av eventuell funktionsnedsättning.

Stödja regionernas och kommunernas arbete med utvecklingen av en nära och tillgänglig vård

En tillgänglig primärvård som ges nära patienten ökar patientens möjlighet att i första hand söka sig till primärvården. Det i sin tur kan medföra att akutsjukvården och annan specialiserad vård avlastas, vilket bedöms leda till frigjord vårdkapacitet och ökad tillgänglighet i den specialiserade vården.

Den 1 januari 2019 trädde lagändringar i kraft som fastställer att vården ska ges nära befolkningen. Eftersom hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå inbegriper både kommuner och regioner har arbetet med utvecklingen av den nära vården inletts på både kommunal och regional nivå, i olika omfattning och på olika sätt. Under våren 2020 har arbetet delvis ändrat inriktning eftersom hälso- och sjukvården har behövt anpassa sina verksamheter utifrån de mer akuta behov som utbrottet av covid-19 har medfört. Utvecklingen av en mer nära vård med fokus på primärvården är dock fortfarande en prioriterad fråga för regeringen, inte minst mot bakgrund av primärvårdens av-

görande roll i det hälsofrämjande arbetet och i vården riktad till äldre personer och personer med kroniska sjukdomar.

Enligt januariavtalet ska en primärvårdsreform genomföras under mandatperioden. I maj 2020 beslutade regeringen propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164). I propositionen beskrivs de tre målen med reformen: tillgängligheten till primärvården ska öka, patienten ska bli mer delaktig genom en personcentrerad vård och kontinuiteten i primärvården ska öka. För att stärka utvecklingen av en god och nära vård har regeringen beslutat om årliga överenskommelser med SKR: God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvård, för 2019 och 2020. Enligt överenskommelsen för 2020 avsätts medel till regionerna och kommunerna för att stödja utvecklingen av den nära vården och för insatser som syftar till att stärka kompetensförsörjningen samt för digitaliseringsarbetet i regionerna. Totalt avsätts cirka 6,2 miljarder kronor för överenskommelsen under 2020.

Regeringen avser att fortsätta stödja hälso- och sjukvårdens utveckling av en mer nära vård. Arbetet behöver fortgå med kraft och intensitet och genomföras utifrån regionala nulägesanalyser och handlingsplaner. Utvecklingen är beroende av beslut som stöder utvecklingen i den lokala kontexten. Vidare är utvecklingen beroende av att samverkan på alla nivåer och mellan alla aktörer, t.ex. regioner och kommuner, fungerar tillfredsställande. Det visar inte minst den medicintekniska utvecklingen som har medfört att alltmer av sjukvårdsverksamheterna har kunnat överföras till öppen vård, samtidigt som ansvaret för hemsjukvård i de flesta regioner har överförts till kommunerna. Det innebär att den kommunala hälso- och sjukvården har fått allt viktigare och mer komplicerade uppgifter när det gäller allt fler personer med omfattande vård- och omsorgsbehov. En god samverkan mellan den av regionen finansierade hälso- och sjukvården och den kommunala hälso- och sjukvården är därför en förutsättning för patientens möjlighet att få en god och sammanhållen vård, rehabilitering och omsorg.

Delegationen ska därför

- följa arbetet i regioner och kommuner vad gäller utvecklingen av en mer nära vård, med fokus på primärvården,
- föreslå ändamålsenliga och kostnadseffektiva insatser för hur regeringen och statliga myndigheter kan fortsätta stödja utvecklingen av den nära vården, med fokus på primärvården, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget att utreda och lämna förslag, om så anses lämpligt, på en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning genom 1177 Vårdguiden

Omvärldsförändringar i form av t.ex. demografi och förväntningar på välfärdstjänster gör att hälso- och sjukvården i framtiden inte kan utgå från samma logik som tidigare med fokus på besök på t.ex. en vårdcentral eller ett sjukhus. Patienterna kommer själva i större utsträckning att kunna medverka i vården och ta hand om allt mer komplicerade sjukdomstillstånd. Patienterna kommer då också successivt att få ett större behov av information, rådgivning och stöd om hur de ska hantera information om sitt hälsotillstånd i olika situationer. Detta tydliggör ett ökat behov av stöd till patienter och närstående så att de själva kan vidta åtgärder för att lindra symtom, behandla sjukdomstillstånd och förbättra hälsotillstånd.

Det finns sedan snart två decennier en nationell sjukvårdsrådgivning via 1177 Vårdguiden som erbjuder tjänster via telefonnumret 1177 och genom en webbplats, www.1177.se. Där erbjuds olika webbtjänster, t.ex. journal på nätet eller tidsbokning. Regionernas och kommunernas bolag Inera AB hanterar tekniken nationellt medan regionerna hanterar innehåll i form av information eller val av webbtjänster utifrån regionala behov och önskemål. För invånarna innebär detta att man ringer ett telefonnummer och blir kopplad vidare till en regional organisation för sjukvårdsrådgivning. Även den gemensamma webbplatsen har regionala tillämpningar där regionerna fyller på innehåll utifrån sina behov. Detta upplägg medför att sjukvårdsrådgivningen varierar över landet, t.ex. när det gäller vilken information som ges, vilka webbtjänster som erbjuds och vilka frågor sjukvårdsrådgivningen på telefon kan hantera.

Behovet av en tillgänglig sjukvårdsrådgivning uppmärksammades tydligt i samband med utbrottet av covid-19 under våren 2020 då väldigt många människor kontaktade 1177 Vårdguiden på telefon. Det medförde en kraftigt ökad belastning på tjänsten med långa väntetider i flera delar av landet.

Under 2018 tog Inera AB och SKR tillsammans med regionerna fram en gemensam målbild för första linjens vård och 1177 Vårdguidens roll. Med utgångspunkt i denna målbild ansökte sedan SKR under 2019 om medel från regeringen för en särskild satsning. Regeringen godkände ansökan och har avsatt 163 miljoner kronor under 2019–2020. Medel avses avsättas även för 2021. Det är viktigt att regeringen beaktar regionernas utvecklingskraft för att möjliggöra införandet av t.ex. nya e-tjänster som kan effektivisera verksamheterna. Områden som diskuterats under senare år som tros ha stor potential är bl.a. ökade möjligheter till självservice för patienter samt artificiell intelligens och beslutsstöd för medarbetarna.

Frågan om den nationella sjukvårdsrådgivningens roll i hälso- och sjukvårdssystemet har även lyfts av två nyligen avslutade utredningar. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård framhöll i sitt delbetänkande God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39) att befolkningens behov av rådgivning sannolikt kommer att öka i framtiden och att detta till stor del skulle kunna mötas genom en utveckling av de tjänster som 1177 Vårdguiden erbjuder via t.ex. telefon. Likaså resonerade utredningen Styrning för en mer jämlik vård i sitt slutbetänkande Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42) om sjukvårdsrådgivningen och 1177 Vårdguiden, med fokus på vilken roll en sådan funktion bör ha i utvecklingen av den nära vården. Ingen av utredningarna gjorde dock någon fördjupad analys av frågan och den sistnämnda rekommenderade därför fortsatt utredning.

Nedanstående deluppdrag ska genomföras i samarbete med berörda aktörer, bl.a. SKR samt regionernas och kommunernas bolag Inera AB.

Delegationen ska därför

– utreda och lämna förslag, om så anses lämpligt, på hur en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning genom 1177 Vårdguiden bör utformas och regleras för att kunna möta behov och förväntningar kopplade till utvecklingen av den nära vården,

– analysera möjligheter, om så anses lämpligt, att via en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning tillhandahålla nya typer av digitala tjänster eller funktioner när det gäller t.ex. självservice eller artificiell intelligens,
– utreda och lämna förslag, om så anses lämpligt, på hur en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning ska kunna upprätthållas vid kraftigt ökade behov av sjukvårdsrådgivning på grund av större kriser eller samhällsstörningar, och
– lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget att utreda en utökad vårdgaranti

Den nationella vårdgarantin anger hur länge en person som längst ska behöva vänta på vård. Garantin är likadant utformad för alla patienter och gäller vid fyra specifika nedslag i vårdkedjan. En patient ska få komma i kontakt med regionens primärvård samma dag som patienten söker kontakt (tillgänglighetsgaranti) och få en medicinsk bedömning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom tre dagar (bedömningsgaranti). Bedömningsgarantin, som även benämns den förstärkta vårdgarantin, infördes den 1 januari 2019. Innan dess gällde en besöksgaranti som innebar att patienten skulle få besöka läkare i primärvården inom sju dagar från det att patienten sökt kontakt med primärvården. Vårdgarantin innebär också att en patient ska få besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att patienten har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti). Efter att vårdgivaren har beslutat om planerad vård (exempelvis en operation eller annan behandling) ska vården påbörjas inom 90 dagar (behandlingsgaranti).

Socialstyrelsen lyfte redan 2012 i rapporten Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011, att vårdgarantins fyra nedslag i vårdkedjan riskerar att leda till ändrade prioriteringar och remissrutiner. Det kan i sin tur leda till undanträngning av andra patientgrupper i behov av vårdinsatser än dem som ingår i garantin. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterade 2015 i rapporten Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin, att vårdgarantin fyller en viktig funktion men att den i praktiken saknar betydelse för patienter med svårare och flera sjukdomar.

Det beror på att väntetider till bl.a. diagnostisering, utredning, undersökningar och återbesök inte ingår i vårdgarantin. Patienter som behöver flera vårdinsatser garanteras därmed inte någon maximal tidsgräns för den totala väntan på vård.

För patienter med akuta eller allvarliga vårdbehov är vårdgarantin i praktiken inte heller särskilt relevant, eftersom dessa patienter enligt hälso- och sjukvårdslagen ska ges vård först. Av det följer att vårdgarantin är mest relevant för patienter med mindre, icke-akuta vårdbehov eftersom garantin för dem innebär en signal om hur länge de som längst ska behöva vänta. Följaktligen ska vårdgarantin ses som en maximal väntetidsgräns som garanterar alla patienter, oavsett vårdbehov, en lägstanivå vad gäller tillgänglighet i form av väntetider.

Vidare ställer vårdgarantin inte några krav på vårdens kvalitet, hur vårdprocessen ska fungera för patienten eller hur kontakten med vården ska se ut, t.ex. när det gäller tidsbokningar. Sådana aspekter är viktiga för patienten och påverkar tillsammans med väntetiderna den sammantagna upplevelsen av vården och dess tillgänglighet. Att vårdgarantin är uppfylld räcker alltså inte för att vården ska vara tillgänglig ur ett patientperspektiv.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har rekommenderat regeringen att se över om vårdgarantin kan förstärkas och göras mer relevant ur ett patientperspektiv genom att inkludera fler delar av vårdkedjan.

Socialstyrelsen har också framhållit att det kan finnas skäl att utreda om vårdgarantin kan och bör differentieras efter patientens behov. Myndigheten anser att det i stället för en bred vårdgaranti kan införas sjukdomsspecifika, målrelaterade väntetider mellan remiss och behandlingsstart. En mer differentierad vårdgaranti skulle därmed separera mer och mindre brådskande vårdbehov, där brådskande diagnoser skulle få en mer ambitiös vårdgaranti än de mindre brådskande. Den digitala utvecklingen som möjliggör vård genom olika digitala kanaler är också något som talar för en översyn av vårdgarantin.

Delegationen ska därför

– utreda för- och nackdelar med en utökad vårdgaranti, och
– lämna nödvändiga författningsförslag.

Arbetet med vårdförlopp är viktigt för patienter med större vårdbehov

De standardiserade vårdförloppen inom cancerområdet, liksom personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom andra sjukdomsområden, är exempel på tillgänglighetsinsatser som kompletterar vårdgarantin. Inom cancervården har standardiserade vårdförlopp funnits sedan 2015, formulerade i överenskommelser mellan staten och SKR. Det finns i dag 31 standardiserade vårdförlopp i cancervården. Ett standardiserat vårdförlopp beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras och vilka maximala ledtider som gäller för de olika momenten. Ett standardiserat vårdförlopp ska ta så lång tid det behöver ta, men inte innehålla några onödiga väntetider. Ett standardiserat vårdförlopp inom cancervården startar då välgrundad misstanke om cancer väcks och avslutas vid start av behandling.

I juni 2019 beslutade staten och SKR om en ny satsning för att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom tio sjukdomsområden, däribland stroke, hjärtsvikt, kol, sepsis, schizofreni samt utredning av kognitiv svikt och demenssjukdomar. Ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp kan på dessa områden omfatta en större del av vårdkedjan än de standardiserade vårdförloppen inom cancervården. De personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen har ett multidisciplinärt upplägg och kan involvera primärvården, inklusive den kommunala hälso- och sjukvården, och den specialiserade vården, som var för sig eller tillsammans ansvarar för delar av vårdkontinuiteten. Syftet med dessa vårdförlopp är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. Syftet är också att patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling. Under 2020 ska minst fem av vårdförloppen inom ramen för den nya satsningen börja tillämpas. Vidare ska personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för fler sjukdomsområden tas fram där psykiatriska diagnoser ska prioriteras i detta arbete.

En del av den beskrivna problematiken med vårdgarantin kan omhändertas genom de standardiserade vårdförloppen och de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. Till skillnad från vad som gäller för vårdgarantin är dock tidsgränserna för dessa vårdförlopp inte lagstadgade. Det finns därför ett behov av att utreda om vårdgarantin kan utvecklas och göras mer relevant för fler patientgrupper.

Delegationen ska därför

– om det bedöms lämpligt, lämna förslag på hur vårdgarantin kan vidareutvecklas med särskild hänsyn till det pågående arbetet med att utveckla de standardiserade vårdförloppen inom cancerområdet och de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen inom andra sjukdomsområden, och
– lämna nödvändiga författningsförslag.

Förstärkt vårdgaranti för barn och unga med psykisk ohälsa

För BUP finns det sedan 2011 en målsättning om en förstärkt vårdgaranti som innebär att barn och ungdomar inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar till en fördjupad utredning eller behandling. Andelen genomförda första bedömningar och påbörjade fördjupade utredningar eller behandlingar inom dessa tidsgränser redovisas månatligen uppdelat per region. Målsättningen är dock inte lagstadgad utan formulerad i överenskommelser mellan staten och SKR.

Eftersom det är extra viktigt att barn och unga får hjälp i tid, och väntetiderna till BUP fortsätter att öka, är det särskilt relevant att beakta väntetiderna till denna del av vården. Enligt januariavtalet ska ett mål om en köfri BUP slås fast.

Delegationen ska därför

– bedöma om målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti, och
– lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget att vidareutveckla överenskommelsen om kömiljarden

Av januariavtalet framgår att det ska införas en uppdaterad kömiljard som omfattar hela vårdkedjan och särskilt tar hänsyn till kroniskt sjuka patienters behov. I juni 2019 ingick staten och SKR en överenskommelse om en ny, uppdaterad kömiljard för 2019. Överenskommelsen omfattade cirka 1,6 miljarder kronor. I december 2019 slöt parterna en ny överenskommelse om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020, som omfattar 2,9 miljarder kronor. På grund av utbrottet av covid-19 och dess konsekvenser för hälso- och sjukvården, beslutade staten och SKR i april 2020 om ett tillägg till överenskommelsen. Tillägget innebär bl.a. att vissa prestationskrav stryks för resten av 2020 och att medlen i stället fördelas mellan regionerna utifrån befolkningsstorlek.

De tidigare överenskommelserna om kömiljarden (2009–2014) var nära kopplade till den nationella vårdgarantin. Avsikten med satsningarna var att öka incitamenten för regionerna att nå vårdgarantins tidsgränser. Ersättningen till regionerna baserades på prestation och följsamhet till de två steg i vårdgarantin som rör den specialiserade vården: besöks- respektive behandlingsgarantin. Den nya kömiljarden som infördes 2019 består i stället av två block. Det första blocket innefattar prestationskrav kopplade till regionens väntetider och uppfyllnadsgrad av vårdgarantin. Det andra blocket handlar om att regionerna ska bedriva ett strategiskt tillgänglighetsarbete och förbättra sin väntetidsstatistik. Regionerna ska bl.a. under 2020 börja rapportera alla besök i primärvården och i den specialiserade vården, inklusive BUP, till den nationella väntetidsdatabasen.

Prestationskraven i första blocket är i första hand formulerade som relativa mått där regionen ska korta sina väntetider utifrån sin egen väntetidssituation. Syftet är att jämna ut de skilda förutsättningarna mellan regionerna och därmed öka incitamenten för samtliga regioner att korta väntetiderna. Enligt den nationella väntetidsdatabasen kortade majoriteten av regionerna sina väntetider till den specialiserade vården under hösten 2019. Effekten syns tydligast för operation där vårdgarantins uppfyllnadsgrad ökade med två procentenheter, från 74 procent i november 2018 till 76 procent i november 2019. I 2020 års överenskommelse utvecklades prestationskraven till att omfatta fler delar av vårdkedjan, bl.a. inkluderades medicinsk

bedömning i primärvården, återbesök i den specialiserade vården samt besök, utredning och behandling inom BUP.

Kömiljarden behöver fortsätta utvecklas under de kommande åren för att bli så ändamålsenlig och kostnadseffektiv som möjligt. Av överenskommelserna 2019 och 2020 framgår exempelvis att prestationskraven successivt ska utvecklas och bli mer omfattande, liksom att fler delar av vårdkedjan ska inkluderas. För att det ska vara möjligt krävs ett bredare synsätt och att fler tidsgränser inkluderas än de som ingår i vårdgarantin. Detta, i kombination med de förväntningar och krav som finns på att fortsätta utveckla överenskommelsen om kömiljarden, gör att arbetet med att utveckla och förbättra överenskommelsen, inklusive prestationsmodellen, måste fortsätta. Arbetet bör i ökad utsträckning utgå från regionala behov, förutsättningar och utmaningar för att ge kommuner och regioner bättre planeringsförutsättningar. Samtidigt behöver överenskommelsen vara enkel att kommunicera, transparent för berörda parter och möjliggöra effektiv uppföljning och utvärdering. Likaså ska onödig administration för regionerna minimeras.

Delegationen ska därför

- med särskild hänsyn till behoven hos personer med kroniska sjukdomar, lämna förslag på hur överenskommelsen om kömiljarden kan vidareutvecklas för att bli så ändamålsenlig och kostnadseffektiv som möjligt,
- lämna förslag på huvudsakligt innehåll, utformning av prestationskrav, modell för fördelning av medel, hur fler delar av vårdkedjan kan inkluderas samt hur krav på inrapportering och uppföljning av data bör formuleras,
- redogöra för möjliga styreffekter, t.ex. risken för eventuella undanträngningseffekter, samt potentiella för- och nackdelar när det gäller förslagen om kömiljardens vidareutveckling,
- med hänsyn till befintliga strukturer, t.ex. överenskommelser mellan staten och SKR samt tidigare gjorda utvärderingar och granskningar av överenskommelser som styrmedel, analysera för- och nackdelar med regionala och samverkansregionala överenskommelser mellan staten och regionerna, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Konsekvensbeskrivningar

Delegationen ska särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer, inklusive ekonomiska konsekvenser. Om förslagen medför kostnadsökningar för staten, regionerna eller kommunerna, ska delegationen föreslå hur dessa ska finansieras. I synnerhet ska konsekvenserna för jämställdheten mellan kvinnor och män, flickor och pojkar beskrivas, liksom konsekvenserna för socioekonomisk och regional jämlikhet samt hälso- och sjukvårdens och berörda myndigheters roll. Vidare ska delegationen särskilt redovisa hur förslagen kan påverka den administrativa arbetsbördan och de administrativa kostnaderna inom hälso- och sjukvården, inklusive i vilken del av hälso- och sjukvården som dessa kommer att uppstå. Vid sina avvägningar ska delegationen även beakta den administrativa bördan och de ekonomiska konsekvenserna som kan uppkomma för privata aktörer. Även konkurrensaspekter ska belysas.

Delegationen ska inom ramen för uppdraget särskilt beakta att skyddet för den personliga integriteten säkerställs. I de fall delegationen lämnar förslag som rör behandling av personuppgifter ska den särskilt redogöra för hur hänsyn tagits till behovet av informationssäkerhet, rättssäkerhet samt skydd för den personliga integriteten. En sådan analys ska primärt göras utifrån Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG men även utifrån annan befintlig reglering, bl.a. lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning och patientdatalagen (2008:355).

I 14 kap. 3 § regeringsformen anges att en inskränkning av den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den. Det innebär att en proportionalitetsprövning ska göras under utredningsprocessen. Om något av delegationens förslag påverkar den kommunala självstyrelsen ska därför, utöver dess konsekvenser, också de särskilda överväganden som lett fram till förslaget särskilt redovisas.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Delegationens arbete ska stödja redan pågående utvecklingsarbete i regionerna, inklusive det som görs inom ramen för överenskommelser mellan staten och SKR. Delegationen ska samarbeta med SKR vid genomförandet av uppdragen. När det gäller den del av uppdraget som rör sjukvårdsrådgivning och 1177 Vårdguiden ska delegationen även samarbeta med regionernas och kommunernas bolag Inera AB.

Vidare ska delegationen samråda med de myndigheter som har centrala uppgifter som berör uppdraget och med andra berörda aktörer som t.ex. professions- och patientorganisationer. Det gäller särskilt med Socialstyrelsen som har i uppdrag att följa och analysera utvecklingen av väntetider och vårdköer inom hälso- och sjukvården. Vid genomförandet av det uppdrag som handlar om att stödja regionernas och kommunernas arbete med utvecklingen av den nära vården ska delegationen särskilt samverka med Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, som har i uppdrag att stödja, följa och utvärdera utvecklingen av den nära vården. Delegationen ska också samverka med det Nationella vårdkompetensrådet.

I den mån det bedöms lämpligt ska delegationen även föra dialog med andra pågående utredningar, t.ex. Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (S 2019:05). Detta gäller särskilt deluppdraget om att stödja regionerna i utvecklingen av ökad tillgänglighet till vård och stöd för barn och unga med psykisk ohälsa. Vid genomförandet av uppdraget ska delegationen beakta tidigare genomförda utredningar och uppföljningar av bl.a. vårdgarantin och kömiljarden.

Följande uppdrag ska redovisas senast den 30 juni 2021:

- Uppdraget att stödja regionernas arbete med att ta fram och genomföra regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet, när det gäller att
  - stödja regionerna i arbetet med att ta fram regionala handlingsplaner med regionala målsättningar för ökad tillgänglighet,
  - inom ramen för arbetet med de regionala handlingsplanerna, stödja utvecklingen av ökad tillgänglighet till vård och stöd för barn och unga med psykisk ohälsa,

  - inom ramen för arbetet med de regionala handlingsplanerna, stödja regionerna i deras arbete för att säkerställa tillgängligheten såväl under som efter utbrottet av covid-19, och
  - sammanställa och analysera de regionala nulägesrapporterna och handlingsplanerna som stöd för regionerna och som information till regeringen.
- Uppdraget att stödja ett effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom att informera om patientens valmöjligheter.
- Uppdraget att utreda och lämna förslag, om så anses lämpligt, på en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning genom 1177 Vårdguiden.
- Uppdraget att vidareutveckla överenskommelsen om kömiljarden.

Följande uppdrag ska redovisas årligen, senast den 30 juni 2021 och senast den 15 maj 2022:

- Uppdraget att stödja regionernas och kommunernas arbete med utvecklingen av en nära och tillgänglig vård.
- Följande uppdrag ska redovisas senast den 15 maj 2022:
- Uppdraget att stödja regionernas arbete med att ta fram och genomföra regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet, när det gäller att
  - stödja regionerna i deras arbete med att genomföra de åtgärder som anges i de regionala handlingsplanerna, och
  - om det finns behov, föreslå andra insatser som bedöms nödvändiga för att förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården med fokus på kortare väntetider.
- Uppdraget att utreda en utökad vårdgaranti.

Delegationen ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet.

(Socialdepartementet)

Fördjupad information om långa väntetider

Den här bilagan presenterar fördjupad information om väntetider, med fokus på personer som har väntat längre än 180 dagar, det vill säga sex månader, och ett år. Statistiken kommer från väntetidsdatabasen hos SKR och avser antalet som väntade i slutet av december 2020. Utredningen beställde ett uttag från väntetidsdatabasen och fick det levererat i excelfiler som utredningen sedan har bearbetat.

Bilagan består av tolv tabeller. De första sex handlar om första besök i den specialiserade vården och de sista sex operation eller åtgärd. I tabellrubrikerna framgår vilket väntetidsintervall som är i fokus, oftast över 180 dagar eller 1 år. Vissa tabeller visar resultaten fördelat på olika regioner och vissa fördelat på olika vårdområden.

De flesta tabeller baseras på de data som också ligger till grund för redovisningen på www.vantetider.se och som inkluderar resultat för alla regioner. Men beställningen innehöll mer information än den som redovisas på webbsidan, i synnerhet ytterligare information om hur länge de personer som har väntat över 90 dagar har väntat. Utredningen beställde även statistik som utgår från de mer detaljerade data som 16 regioner rapporterade i december 2020, som gör det möjligt att separera väntetiderna för män och kvinnor och olika åldersgrupper. Några tabeller redovisar sådana resultat. Det framgår av tabellrubriken om det är data för alla regioner eller endast de 16 som tabellen bygger på.

Det finns kända brister i väntetidsdatabasen, bland annat vissa frågetecken kring om alla regioner rapporterar på samma sätt så att informationen är fullt jämförbar. För de resultat som redovisas i den här bilagan är frågan om ifall väntelistorna är uppdaterade och endast innehåller personer som faktiskt är aktivt väntande på vård särskilt relevant. Om där finns personer som inte längre är aktuella för vård

ger siffrorna i tabellerna nedan en bild av att det finns fler som har väntat länge på vård än vad som faktiskt gäller. Utredningen har ändå valt att redovisa dessa resultat, i syfte att belysa långa väntetider och uppmuntra regionerna att hitta arbetssätt som gör att sådana långa väntetider inte behöver uppstå och arbetssätt som gör att de som väntat länge får vård.

Väntan på första besök i den specialiserade vården

Tabell 1 **Personer som hade väntat över 180 dagar (6 månader) på första besök i den specialiserade vården i december 2020, per region**

Region	Antal som väntat över 180 dagar	Andel av alla som väntat över 180 dagar	Andel av dem som väntade inom regionen
Västra Götaland	8 266	23 %	13 %
Skåne	4 537	13 %	9 %
Norrbotten	3 540	10 %	32 %
Stockholm	3 074	9 %	8 %
Västernorrland	2 126	6 %	22 %
Gävleborg	1 960	5 %	21 %
Uppsala	1 930	5 %	16 %
Värmland	1 827	5 %	21 %
Örebro län	1 246	3 %	12 %
Västerbotten	1 164	3 %	11 %
Dalarna	1 146	3 %	13 %
Östergötland	769	2 %	8 %
Jämtland Härjedalen	751	2 %	19 %
Blekinge	616	2 %	11 %
Sörmland	588	2 %	8 %
Västmanland	548	2 %	10 %
Halland	433	1 %	6 %
Jönköpings län	421	1 %	6 %
Kalmar län	417	1 %	7 %
Kronoberg	328	1 %	7 %
Gotland	139	0 %	7 %
Totalt	**35 826**	**100 %**	**12 %**

Not: Inklusive patientvalt väntande, exklusive medicinskt orsakat väntande.

Källa: Väntetidsdatabasen, SKR. Utredningens beräkningar.

Tabell 2 Personer som hade väntat över 180 dagar (6 månader) på första besök i den specialiserade vården i december 2020, per vårdområde

Vårdområde	Antal som väntat över 180 dagar	Andel av alla som väntat över 180 dagar	Andel av dem som väntade inom vårdområdet
Ögonsjukvård	8 779	25 %	18 %
Öron-näsa-halssjukvård	5 321	15 %	15 %
Allmän kirurgi	3 280	9 %	14 %
Kvinnosjukvård	3 183	9 %	11 %
Ortopedi	3 145	9 %	9 %
Urologi	1 470	4 %	12 %
Hjärtsjukvård	1 149	3 %	13 %
Allmän internmedicin	1 125	3 %	19 %
Hudsjukvård	1 063	3 %	4 %
Allmän psykiatri	968	3 %	9 %
Lungsjukvård	933	3 %	25 %
Barn- och ungdomsmedicin	872	2 %	6 %
Allergisjukvård	838	2 %	26 %
Neurologi	769	2 %	11 %
Barn- och ungdomspsykiatri	766	2 %	12 %
Handkirurgi	586	2 %	11 %
Specialiserad smärtmottagning	422	1 %	20 %
Endokrinologi	322	1 %	11 %
Plastikkirurgi	236	1 %	15 %
Kärlkirurgi	175	0 %	9 %
Reumatisk sjukvård	168	0 %	5 %
Mag- och tarmsjukvård	142	0 %	7 %
Neurokirurgi	56	0 %	7 %
Njurmedicin	34	0 %	4 %
Cancersjukvård	20	0 %	1 %
Hematologi	**	0 %	1 %
Totalt	**35 826**	**100 %**	**12 %**

Not: Inklusive patientvalt väntande, exklusive medicinskt orsakat väntande.

** Antal färre än 10, uteslutet för att undvika småtal.

Källa: Väntetidsdatabasen, SKR. Utredningens beräkningar.

Tabell 3 Personer som hade väntat över 1 år på första besök i den specialiserade vården i december 2020, per region

Region	Antal som väntat över 1 år	Andel av alla som väntat över 1 år	Andel av dem som väntade inom regionen
Västra Götaland	2 373	23 %	4 %
Norrbotten	1 508	14 %	14 %
Stockholm	1 059	10 %	3 %
Gävleborg	816	8 %	9 %
Värmland	784	8 %	9 %
Skåne	755	7 %	1 %
Västernorrland	558	5 %	6 %
Uppsala	553	5 %	5 %
Östergötland	424	4 %	4 %
Dalarna	283	3 %	3 %
Västerbotten	214	2 %	2 %
Örebro län	181	2 %	2 %
Kalmar län	160	2 %	3 %
Västmanland	134	1 %	2 %
Jönköpings län	131	1 %	2 %
Blekinge	120	1 %	2 %
Halland	103	1 %	1 %
Jämtland Härjedalen	97	1 %	2 %
Sörmland	87	1 %	1 %
Kronoberg	70	1 %	1 %
Gotland	20	0 %	1 %
Totalt	**10 430**	**100 %**	**4 %**

Not: Inklusive patientvalt väntande, exklusive medicinskt orsakat väntande.

Källa: Väntetidsdatabasen, SKR. Utredningens beräkningar.

Tabell 4 Personer som hade väntat över 1 år på första besök i den specialiserade vården i december 2020, per vårdområde

Vårdområde	Antal som väntat över 1 år	Andel av alla som väntat över 1 år	Andel av dem som väntade inom vårdområdet
Ögonsjukvård	3 366	32 %	7 %
Öron-näsa-halssjukvård	1 356	13 %	4 %
Kvinnosjukvård	972	9 %	3 %
Allmän kirurgi	965	9 %	4 %
Ortopedi	630	6 %	2 %
Lungsjukvård	499	5 %	13 %
Urologi	425	4 %	3 %
Allmän psykiatri	351	3 %	3 %
Barn- och ungdomsmedicin	262	3 %	2 %
Hjärtsjukvård	256	2 %	3 %
Hudsjukvård	184	2 %	1 %
Allergisjukvård	173	2 %	5 %
Allmän internmedicin	165	2 %	3 %
Specialiserad smärtmottagning	158	2 %	7 %
Neurologi	156	1 %	2 %
Barn- och ungdomspsykiatri	129	1 %	2 %
Handkirurgi	110	1 %	2 %
Endokrinologi	88	1 %	3 %
Plastikkirurgi	68	1 %	4 %
Kärlkirurgi	51	0 %	3 %
Mag- och tarmsjukvård	32	0 %	2 %
Neurokirurgi	14	0 %	2 %
Cancersjukvård	10	0 %	1 %
Njurmedicin	**	0 %	1 %
Reumatisk sjukvård	**	0 %	0 %
Hematologi	**	0 %	0 %
Totalt	**10 430**	**100 %**	**4 %**

Not: Inklusive patientvalt väntande, exklusive medicinskt orsakat väntande.

** Antal färre än 10, uteslutet för att undvika småtal.

Källa: Väntetidsdatabasen, SKR. Utredningens beräkningar.

Tabell 5 Fördelning (%) mellan regionerna av de personer som hade väntat över 1 år på första besök inom den specialiserade vården i december 2020 för de åtta vårdområden med flest personer som väntat över 1 år

Tolkning: Exempelvis, av föregående tabell framgår att 3 366 personer hade väntat på första besök inom ögonsjukvården över 1 år i december 2020. I denna tabell framgår att 29 procent av dem fanns i Västra Götalandsregionen, 24 procent i Region Norrbotten och 12 procent i Region Gävleborg.

	Ögonsjukvård	Öron-näsa-halssjukvård	Kvinnosjukvård	Allmän kirurgi	Ortopedi	Lungsjukvård	Urologi	Allmän psykiatri
Blekinge	0	0	0	4	0	0	9	0
Dalarna	6	0	0	3	3	1	0	1
Gotland	0	0	0	0	0	1	0	0
Gävleborg	12	28	0	1	1	0	0	0
Halland	0	0	1	0	0	2	2	0
Jämtland Härjedalen	1	2	1	1	1	0	0	1
Jönköpings län	2	1	0	1	0	0	0	0
Kalmar län	0	0	0	0	0	0	0	1
Kronoberg	0	1	0	1	3	0	1	1
Norrbotten	24	1	17	19	0	53	1	1
Skåne	4	1	14	8	10	1	23	29
Stockholm	3	13	23	3	14	4	33	8
Sörmland	1	2	0	0	3	0	0	2
Uppsala	2	24	3	0	5	0	1	3
Värmland	9	1	29	7	5	0	1	9
Västerbotten	0	0	0	1	5	5	16	2
Västernorrland	4	8	3	5	6	0	5	11
Västmanland	0	6	0	0	0	0	0	0
Örebro län	3	2	1	1	0	0	3	1
Östergötland	0	0	2	38	1	0	0	0
Västra Götaland	29	8	5	7	43	32	3	28
Summa	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Not: Inklusive patientvalt väntande, exklusive medicinskt orsakat väntande.

Källa: Väntetidsdatabasen, SKR. Utredningens beräkningar.

Tabell 6 **Personer som hade väntat över 180 dagar, 1 år, 2 år och 3 år på första besök inom den specialiserade vården i december 2020 i 16 regioner, fördelat på män och kvinnor samt åldersgrupper**

		0–19 år	20–39 år	40–59 år	60–79 år	80+ år	Totalt
Över 180 dagar	*Kvinnor*	*2 092*	*3 981*	*4 340*	*5 117*	*2 384*	17 914
	Män	*2 466*	*2 321*	*2 537*	*4 001*	*1 726*	13 051
	Totalt	4 558	6 302	6 877	9 118	4 110	30 965
Över 1 år	*Kvinnor*	*557*	*1 228*	*1 270*	*1 682*	*924*	5 661
	Män	*643*	*789*	*721*	*1 199*	*647*	3 999
	Totalt	1 200	2 017	1 991	2 881	1 571	9 660
Över 2 år	*Kvinnor*	*77*	*238*	*220*	*226*	*96*	857
	Män	*102*	*182*	*132*	*145*	*72*	633
	Totalt	179	420	352	371	168	1 490
Över 3 år	*Kvinnor*	*40*	*81*	*85*	*70*	*22*	298
	Män	*49*	*83*	*47*	*46*	*25*	250
	Totalt	89	164	132	116	47	548

Not: Inklusive patientvalt och medicinskt orsakat väntande. Baseras på information från 16 regioner som i december 2020 rapporterade ”detaljerade data” till väntetidsdatabasen.

Källa: Väntetidsdatabasen, SKR. Utredningens beräkningar.

Väntan på operation eller annan åtgärd

Tabell 7 **Personer som hade väntat över 180 dagar (6 månader) på operation eller annan åtgärd i december 2020, per region**

Region	Antal som väntat över 180 dagar	Andel av alla som väntat över 180 dagar	Andel av dem som väntade inom regionen
Västra Götaland	7 826	21 %	30 %
Skåne	5 719	15 %	28 %
Stockholm	3 021	8 %	24 %
Värmland	2 487	7 %	39 %
Dalarna	2 213	6 %	36 %
Örebro län	2 031	5 %	28 %
Uppsala	1 986	5 %	31 %
Västerbotten	1 550	4 %	28 %
Gävleborg	1 461	4 %	32 %
Västmanland	1 362	4 %	31 %
Kronoberg	1 337	4 %	32 %
Jämtland Härjedalen	1 279	3 %	38 %
Norrbotten	1 115	3 %	29 %
Västernorrland	957	3 %	30 %
Jönköpings län	697	2 %	18 %
Östergötland	591	2 %	10 %
Kalmar län	590	2 %	19 %
Sörmland	418	1 %	12 %
Blekinge	252	1 %	12 %
Halland	102	0 %	4 %
Gotland	38	0 %	5 %
Totalt	**37 032**	**100 %**	**27 %**

Not: Inklusive patientvalt väntande, exklusive medicinskt orsakat väntande.

Källa: Väntetidsdatabasen, SKR. Utredningens beräkningar.

Tabell 8 Personer som hade väntat över 180 dagar (6 månader) på operation eller annan åtgärd i december 2020, per vårdområde

Vårdområde	Antal som väntat över 180 dagar	Andel av alla som väntat över 180 dagar	Andel av dem som väntade inom vårdområdet
Ortopedi	9 378	25 %	31 %
Kirurgi	5 930	16 %	25 %
Öron, näs och hals	4 272	12 %	38 %
Ögon	3 293	9 %	15 %
Handkirurgi	3 105	8 %	34 %
Urologi	2 615	7 %	30 %
Utprovning av hörapparat	2 514	7 %	23 %
Gynekologi	2 498	7 %	27 %
Plastikkirurgi	1 251	3 %	44 %
Ryggkirurgi	932	3 %	38 %
Hjärtsjukvård	705	2 %	30 %
Kärlkirurgi	317	1 %	21 %
Neurokirurgi	176	0 %	19 %
Thoraxkirurgi	46	0 %	6 %
Totalt	**37 032**	**100 %**	**27 %**

Not: Inklusive patientvalt väntande, exklusive medicinskt orsakat väntande.

Källa: Väntetidsdatabasen, SKR. Utredningens beräkningar.

Tabell 9 Personer som hade väntat över 1 år på operation eller annan åtgärd i december 2020, per region

Region	Antal som väntat över 1 år	Andel av alla som väntat över 1 år	Andel av dem som väntade inom regionen
Västra Götaland	3 767	27 %	15 %
Skåne	2 134	15 %	10 %
Stockholm	1 091	8 %	9 %
Värmland	930	7 %	15 %
Uppsala	894	6 %	14 %
Dalarna	865	6 %	14 %
Örebro län	680	5 %	9 %
Västerbotten	650	5 %	12 %
Jämtland Härjedalen	562	4 %	17 %
Västmanland	459	3 %	10 %
Gävleborg	392	3 %	9 %
Västernorrland	349	3 %	11 %
Kronoberg	344	2 %	8 %
Norrbotten	239	2 %	6 %
Kalmar län	172	1 %	5 %
Jönköpings län	125	1 %	3 %
Sörmland	79	1 %	2 %
Blekinge	59	0 %	3 %
Halland	19	0 %	1 %
Gotland	**	0 %	0 %
Östergötland	0	0 %	0 %
Totalt	**13 813**	**100 %**	**10 %**

Not: Inklusive patientvalt väntande, exklusive medicinskt orsakat väntande.

** Antal färre än 10, uteslutet för att undvika småtal.

Källa: Väntetidsdatabasen, SKR. Utredningens beräkningar.

Tabell 10 Personer som hade väntat över 1 år på operation eller annan åtgärd i december 2020, per vårdområde

Vårdområde	Antal som väntat över 1 år	Andel av alla som väntat över 1 år	Andel av dem som väntade inom vårdområdet
Ortopedi	2 988	22 %	10 %
Kirurgi	2 065	15 %	9 %
Öron, näs och hals	1 947	14 %	17 %
Handkirurgi	1 410	10 %	15 %
Urologi	1 125	8 %	13 %
Utprovning av hörapparat	1 118	8 %	10 %
Ögon	1 073	8 %	5 %
Gynekologi	700	5 %	8 %
Plastikkirurgi	613	4 %	21 %
Ryggkirurgi	424	3 %	17 %
Hjärtsjukvård	153	1 %	6 %
Kärlkirurgi	117	1 %	8 %
Neurokirurgi	58	0 %	6 %
Thoraxkirurgi	22	0 %	3 %
Totalt	**13 813**	**100 %**	**10 %**

Not: Inklusive patientvalt väntande, exklusive medicinskt orsakat väntande.

Källa: Väntetidsdatabasen, SKR. Utredningens beräkningar.

Tabell 11 Fördelning (procent) mellan regionerna av de personer som hade väntat över 1 år på operation eller annan åtgärd i december 2020 för de åtta vårdområden med flest personer som väntat över 1 år

Tolkning: Exempelvis, av föregående tabell framgår att 2 988 personer hade väntat på operation inom ortopedi över 1 år i december 2020. I denna tabell framgår att 27 procent av dem fanns i Region Skåne, 21 procent i Västra Götalandsregionen och 13 procent i Region Dalarna.

	Ortopedi	Kirurgi	Öron, näs och hals	Handkirurgi	Urologi	Utprovning av hörapparat	Ögon	Gynekologi
Blekinge	0	1	0	0	1	0	0	0
Dalarna	13	7	6	5	2	0	1	7
Gotland	0	0	0	0	0	0	0	0
Gävleborg	3	1	2	1	1	18	0	0
Halland	0	1	0	0	0	0	0	0
Jämtland Härjedalen	2	0	1	0	0	41	1	3
Jönköpings län	0	3	0	0	1	0	1	1
Kalmar län	0	2	3	0	5	0	0	3
Kronoberg	2	2	2	0	1	11	1	2
Norrbotten	1	1	1	1	1	1	1	11
Skåne	27	12	23	9	3	0	26	10
Stockholm	10	11	0	9	13	15	4	11
Sörmland	0	2	0	0	1	0	2	1
Uppsala	4	6	22	0	1	0	4	0
Värmland	2	3	10	5	16	13	10	12
Västerbotten	0	5	3	1	19	2	0	0
Västernorrland	1	1	1	1	2	0	20	1
Västmanland	7	8	1	0	4	0	0	0
Örebro län	5	2	7	9	1	0	14	2
Östergötland	0	0	0	0	0	0	0	0
Västra Götaland	21	32	18	56	27	0	16	33
Summa	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Not: Inklusive patientvalt väntande, exklusive medicinskt orsakat väntande.

Källa: Väntetidsdatabasen, SKR. Utredningens beräkningar.

Tabell 12 Personer som hade väntat över 180 dagar, 1 år, 2 år och 3 år på operation eller annan åtgärd i december 2020 i 16 regioner, fördelat på män och kvinnor samt åldersgrupper

		0–19 år	20–39 år	40–59 år	60–79 år	80+ år	Totalt
Över 180 dagar	*Kvinnor*	*939*	*2 742*	*4 879*	*6 558*	*2 070*	17 188
	Män	*1 317*	*2 219*	*3 241*	*6 043*	*1 673*	14 493
	Totalt	2 256	4 961	8 120	12 601	3 743	31 681
Över 1 år	*Kvinnor*	*340*	*1 089*	*1 786*	*2 526*	*869*	6 610
	Män	*494*	*937*	*1 202*	*2 313*	*737*	5 683
	Totalt	834	2 026	2 988	4 839	1 606	12 293
Över 2 år	*Kvinnor*	*43*	*218*	*351*	*426*	*121*	1 159
	Män	*73*	*226*	*283*	*432*	*114*	1 128
	Totalt	116	444	634	858	235	2 287
Över 3 år	*Kvinnor*	****	*65*	*111*	*111*	*24*	315
	Män	*13*	*65*	*98*	*105*	*17*	298
	Totalt	17	130	209	216	41	613

Not: Inklusive patientvalt och medicinskt orsakat väntande. Baseras på information från 16 regioner som i december 2020 rapporterade ”detaljerade data” till väntetidsdatabasen.

** Antal färre än 10, uteslutet för att undvika småtal.

Källa: Väntetidsdatabasen, SKR. Utredningens beräkningar.

Sent avbokade planerade operationer

Enligt information från kvalitetsregistret *Svenskt Perioperativt Register* (SPOR) gjordes drygt 21 600 sena ombokningar eller strykningar av planerade operationer under 2019 (tabell 1). Det innebär att operationen av- eller ombokades klockan 17 eller senare dagen före operationen var planerad att genomföras.

Det finns flera olika anledningar till att en operation av- eller ombokas i sådant sent skede. En del av dem är svåra att styra över, exempelvis att patienten eller personal blir sjuk eller att det kommer en akut operation som behöver prioriteras före. Men utredningen menar samtidigt att det kan finnas potential att undvika en del av de sena avbokningarna och på så sätt öka kapaciteten.

För de sena avbokningar som registreras i SPOR finns en orsak angiven. Sammantaget finns tolv olika strykningsorsaker, samt ytterligare undergrupper till en del av dessa. Bland strykningsorsakerna finns bland annat att annan operation prioriteras, planerat program ryms ej inom tilldelad tid, patientens behov har förändrats, personal saknas och platsbrist.

Tabell 1 redovisar det totala antalet sena av- eller ombokningar per region samt antalet som beror på någon av följande orsaker:

- Preoperativ utredning inte genomförd eller ofullständig
- Icke optimerad patient
- Det saknas material till operationen
- Patienten uteblev utan kontakt

Detta är orsaker som utredningen bedömer skulle kunna avhjälpas genom exempelvis andra arbetssätt eller förbättrad planering.

Sammantaget var det under 2019 omkring 3 700 operationer, motsvarande 17 procent av alla sena avbokningar och en dryg procent av

alla genomförda planerade (elektiva) operationer, som av- eller ombokades i sent skede till följd av någon av dessa orsaker.

Tabell 1 Sent av- eller ombokade planerade operationer 2019, per region

Avser endast planerade (elektiva) operationer, akuta operationer ingår inte.

Region	Sent avbokade operationer – alla orsaker		Sent avbokade operationer – orsaker som skulle kunna undvikas*		
	Antal	Andel av totalt antal genomförda elektiva operationer	Antal	Andel av totalt antal sena avbokningar	Andel av totalt antal genomförda elektiva operationer
Dalarna	853	7 %	149	17 %	1,3 %
Gävleborg	1 154	7 %	223	19 %	1,4 %
Halland	867	6 %	114	13 %	0,8 %
Jönköpings län	366	3 %	64	17 %	0,5 %
Kalmar län	517	6 %	0	0 %	0,0 %
Kronoberg	159	3 %	32	20 %	0,5 %
Norrbotten	792	9 %	75	9 %	0,8 %
Skåne	43	0 %	3	7 %	0,0 %
Stockholm	2 584	4 %	382	15 %	0,6 %
Sörmland	404	4 %	85	21 %	0,9 %
Uppsala	1 298	7 %	218	17 %	1,1 %
Värmland	1 446	8 %	214	15 %	1,2 %
Västerbotten	1 234	7 %	256	21 %	1,5 %
Västernorrland	646	7 %	158	24 %	1,8 %
Västmanland	396	4 %	89	22 %	0,9 %
Örebro län	2 201	15 %	245	11 %	1,7 %
Östergötland	1 198	7 %	225	19 %	1,3 %
Västra Götaland	5 436	8 %	1 189	22 %	1,7 %
Totalt	**21 594**	**6 %**	**3 721**	**17 %**	**1,1 %**

* Avser följande orsaker till sen strykning: ofullständig preoperativ utredning (strykningsorsak 3 i SPOR), icke optimerad patient (strykningsorsak 4 i SPOR), patient uteblir utan kontakt (strykningsorsak 6c) samt galler/material saknas (strykningsorsak 8b).

Not: Regionerna Blekinge, Gotland och Jämtland Härjedalen ingår inte eftersom sjukhusen i dessa regioner under 2019 rapporterade till registrets testmiljö och därmed inte fullt ut finns med i registret. Det gäller även några sjukhus i Region Skåne, se SPOR:s redogörelse av anslutna kliniker[1].

Källa: SPOR (utredningens beräkningar).

[1] SPOR. *Sjukhus anslutna till SPOR*, dokument *SPOR-SJUKHUS-kategoriindelning-2019-07-08*, https://spor.se/spor/anslutna-kliniker/#tab-id-1, uttag 2021-05-18.

Underlag för analys av regionernas handlingsplaner

Arbetssätt vid framtagande av handlingsplan

1. Vilka har deltagit i utarbetandet av handlingsplanen?
   a) patient- och närståendeföreträdare?
   b) linjeorganisationen, exempelvis verksamhetschefer?
   c) processteam bestående av olika professioner?
   d) regionala programområden (RPO)?
   e) övriga?
2. Har planen förankrats i de lokala patientorganisationerna?
3. Har regionen beskrivit processen för framtagande av planen?

Innehåll

Innehåller handlingsplanen:

4. Tydliga och uppföljningsbara regionala mål för tillgänglighet, kortare väntetider och minskade vårdköer? Finns mål hämtade från rekommendationer och målnivåer i nationella riktlinjer? Finns mål från andra nationella kunskapsstöd? Finns det specifika mål för väntetider för
   a) patienter med kroniska sjukdomar?
   b) barn och unga med psykisk ohälsa?

c) nära vård? Finns tillgänglighetsmål för samverkan med kommunerna?

d) standardiserade vårdförlopp och personcentrerade vårdförlopp?

5. Aktiviteter för att nå ovanstående mål och de specifika målen a–d?

   a) aktiviteter i samverkan med kommunerna i arbetet med nära vård?

6. Aktiviteter för att ge patienten möjlighet att ta en mer aktiv roll som medskapare i sin vård? Exempelvis genom

   a) patientkontrakt

   b) tid i handen

   c) egenmonitorering

   d) egenvård

7. förebyggande och hälsofrämjande aktiviteter med i planen?

8. Aktiviteter för utmönstring av ineffektiva åtgärder?

9. Aktiviteter för att ta hand om de uppdämda vårdbehoven med anledning av Covid-19?

10. Aktiviteter för spridning av kunskap och ökad användning av möjligheten för patienten att få vård hos andra vårdgivare inom och utom regionen?

11. Aktiviteter avseende samverkan med andra regioner för att möjliggöra för patienter att få vård i andra regioner om det finns kortare väntetider där?

12. Insatser avseende produktions- och kapacitetsplanering, exempelvis genom

    a) förebyggande och åtgärder av sena återbud?

    b) samordning av scheman?

    c) samverkan med andra enheter för omhändertagande av kö?

13. Aktiviteter för att förbättra kompetensförsörjningen, exempelvis genom
    a) task-shifting (uppgiftsförskjutning)?
    b) arbetsfördelning inom regionen eller sjukvårdsregionen?
    c) utbildning?
    d) arbetsmiljö?
14. Åtgärder för ökad digitalisering?
15. Nya arbetssätt eller åtgärder där andra regioner varit förebild?
16. En beskrivning av hur 2020 års stimulansmedel har använts för att minska väntetiderna inom barn- och ungdomspsykiatrin?
17. En beskrivning av hur regionen ska säkerställa omhändertagande i rimlig tid även för de som har väntat längre än 90 dagar till besök och operation/åtgärd inom den specialiserade vården? (tillägg i överenskommelsen 2021)

Ledning och styrning av tillgänglighetsarbetet

Framgår det av handlingsplanen:

18. Vilken regional prioritet som ges till arbetet med tillgänglighet?
19. Om det finns särskilda aktuella politiska beslut för tillgänglighetsarbetet?
20. Hur arbetet med tillgänglighet leds?
21. Hur ofta och på vilket sätt tjänstemanna- och politiska ledningar följer upp väntetidsläget och genomförandet av handlingsplanen?
22. Om erfarenheter från covid-19-pandemin har tagits tillvara i ledning och styrning av tillgänglighetsarbetet?
23. Hur regionen säkerställer att rapporteringen av data till den nationella väntetidsdatabasen sker enligt framtagna riktlinjer och regelverk, med särskilt fokus på rapporteringen av återbesök?

24. Använder regionerna andra uppföljningsmått än det som redovisas till väntetidsdatabasen gällande vårdgarantin?
25. Hur regionen kontinuerligt säkerställer att regionens väntelistor enbart innehåller patienter med aktuellt vårdbehov?

Koppling till nulägesrapport 2019

26. Hur är kopplingen mellan nulägesrapport 2019 och handlingsplan 2021? Hänsyn måste tas till inträffad covid-19-pandemi.

Frågor till regionernas deltagare i nätverket Vårdlotsar i samverkan

Frågorna avser vårdgarantins tid till

- första besök i specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats, eller om någon remiss inte är nödvändig, från det att patienten tagit kontakt med den specialiserade vården, och
- planerad vård (operation/åtgärd) inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att patienten ska få den aktuella vården.

1. a) Är det patienten själv som tar kontakt med regionen för att få hjälp med vårdgarantin?
   b) Till vem ska patienten i så fall vända sig för att få hjälp till vård enligt vårdgarantin?

2. Om regionen tar kontakt med patienter när tiden för vårdgarantin snart går ut
   a) när tar i så fall regionen kontakten?
   b) vem tar kontakten med patienten?

3. På vilket sätt hjälper regionen patienten med vårdgarantin?
   a) Hjälper regionen patienterna med allmän information om de rättigheter som de har enligt vårdgarantin?
   b) Hjälper regionen patienterna att få vård inom vårdgarantins tidsgränser (ex hjälper patienten till en annan vårdgivare med kortare väntetid)?

c) Hjälper regionen vårdgivare som inte uppfyller vårdgarantin att hitta annan vårdgivare för patienter på sin väntelista?
d) Annat?

4. a) Hur får regionen kännedom om patienter som väntar på vård inom vårdgarantins gränser?
   b) Har regionen gemensam väntetidslista (eller väntelistor för olika specialiteter/ingrepp/åtgärder motsvarande) med information om hur länge patienterna stått i kö?
5. Är det någon särskild information eller stöd som regionen behöver för att effektivt kunna utföra sitt uppdrag?

6. Har regionen överblick över vilka vårdgivare som har ledig kapacitet att ta emot patienter som väntar, som regionen kan hjälpa patienten till?

7. a) Hur många enskilda patienter har regionen hjälpt direkt till vård hos annan vårdgivare inom den egna regionen under 2019, om möjligt uppdelat på besök till specialiserad vård respektive operation/åtgärd?
   b) Hur många enskilda patienter har regionen hjälpt direkt till vård hos annan vårdgivare utanför den egna regionen under 2019, om möjligt uppdelat på besök till specialiserad vård respektive operation/åtgärd?
   c) Har ni ytterligare statistik som ni kan delge utredningen Bifoga gärna statistik eller ange var uppgifterna finns att hämta

8. Utredningens uppdrag är att undersöka hur befintliga resurser bättre kan nyttjas. Saknar regionen något för att kunna lösa sitt uppdrag med vårdgarantin så effektivt som möjligt? I så fall vad?

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. Ju.
13. En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terroristorganisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotinprodukter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar utveckling. Fi.
24. Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden – mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. U.
33. En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. U.
34. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. S.
35. En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. Ju.

36. Gode män och förvaltare – en översyn. Ju.
37. Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. S.
38. En ny lag om ordningsvakter m.m. Ju.
39. Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. S.
40. Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. Fi.
41. VAB för vårdåtgärder i skolan. S.
42. Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Fi.
43. Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. Ju.
44. Tillgänglighetsdirektivet. S.
45. En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. N.
46. Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. Ju.
47. Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. Fi.
48. I en värld som ställer om. Sverige utan fossila drivmedel 2040. M.
49. Kommuner mot brott. Ju.
50. Fri hyressättning vid nyproduktion. Ju.
51. Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. M.
52. Vilja välja vård och omsorg. En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. S.
53. En rättssäker vindkraftsprövning. M.
54. Ändrade regler i medborgarskapslagen. Ju.
55. Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. Fi.
56. Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. Ju.
57. Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. Fi.
58. Läge och kvalitet i hyressättningen. Ju.
59. Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Finansdepartementet

En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. [16]

Ett moderniserat konsumentskydd. [17]

Stärkt planering för en hållbar utveckling. [23]

Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. [40]

Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. [42]

Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. [47]

Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. [55]

Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. [57]

Infrastrukturdepartementet

Säker och kostnadseffektiv it-drift rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]

Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. [9]

Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. [29]

Kontroller på väg. [31]

Justitiedepartementet

Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. [2]

Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. [5]

Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. [7]

Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. [12]

En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. [13]

Föreningsfrihet och terroristorganisationer. [15]

Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. [18]

Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. [20]

Struktur för ökad motståndskraft. [25]

Ett förbud mot rasistiska organisationer. [27]

En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. [35]

Gode män och förvaltare – en översyn. [36]

En ny lag om ordningsvakter m.m. [38]

Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. [43]

Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. [46]

Kommuner mot brott. [49]

Fri hyressättning vid nyproduktion. [50]

Ändrade regler i medborgarskapslagen. [54]

Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. [56]

Läge och kvalitet i hyressättningen. [58]

Kulturdepartementet

Immunitet för utställningsföremål. [28]

Miljödepartementet

Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. [10]

En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. [21]

Äga avfall
– en del av den cirkulära ekonomin. [24]

Använd det som fungerar. [26]

I en värld som ställer om.
Sverige utan fossila drivmedel 2040.
[48]

Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar.
Vol. 1 och 2. [51]

En rättssäker vindkraftsprövning. [53]

Näringsdepartementet

En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. [45]

Socialdepartementet

Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]

God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]

När behovet får styra
– ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). [8]

Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. [14]

En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. [19]

Hårdare regler för nya nikotinprodukter. [22]

Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. [34]

Stärkt rätt till personlig assistans.
Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. [37]

Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. [39]

VAB för vårdåtgärder i skolan. [41]

Tillgänglighetsdirektivet. [44]

Vilja välja vård och omsorg.
En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. [52]

Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. [59]

Utbildningsdepartementet

Skolbibliotek för bildning och utbildning. [3]

Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. [11]

Kampen om tiden
– mer tid till lärande. [30]

Papper, poddar och ...
Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. [32]

En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. [33]

Regeringskansliet

103 33 Stockholm Växel 08-405 10 00 www.regeringen.se

ISBN 978-91-525-0167-2 ISSN 0375-250X

Omslag: Elanders Sverige AB
Bildcollage: Agneta S Öberg
Bild: DNY59, Xurzon och TT