

2022-08-30

HSN/755/2022

Daniel Nilsson  
Sekretariatet  
Tfn: 063-14 75 71  
E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

Socialdepartementet

## Svar på remiss Vägen till ökad tillgänglighet, SOU 2022:22

### Sammanfattning

Region Jämtland Härjedalen har tagit del av slutbetänkandet och delar Tillgänglighetsdelegationens bild av att det krävs både kort och långsiktiga åtgärder. Några av de delar som nämns är att stärka primärvården och den nära vården, driva på och stödja arbetet mot en nära vård vilket påverkar tillgängligheten i hög grad. Att skapa möjlighet till delaktighet för patienter, utöka informationen till patienter, öka kravet på regionerna att lotsa patienter, fortsätta arbetet med regionala handlingsplaner och erfarenheter mellan regionerna och ge patienterna möjlighet till egenvård/aktiviteter under tiden patienten väntar så kallad *aktiv väntetid*, detta ser regionen positivt på.

Den förändrade vårdgarantin med ett flertal nya mätpunkter/områden är ur ett patientperspektiv viktigt för att se hela vårdkedjan, det riskerar dock att göra det svårare både för verksamhet och patienter att förstå de olika garantigränserna och vad som ingår i vad. Än svårare kan det bli att på kort tid skapa modeller för uppföljning av de nya delarna. Troligt kommer det att ta tid att följa och mäta tillgängligheten utifrån de nya garantigränserna, vilket innebär att nuvarande mätpunkter behöver finnas kvar, som historik och mätpunkter framåt för jämförbarheten lokalt och nationellt.

Införandet till 2024 och 2025 innebär att regionen har ett stort arbete att utföra vad gäller information/utbildning till medborgare och verksamheter och en utmaning att lösa de tekniska och vårdadministrativa förändringarna.

Att tydliggöra definitioner, skapa gemensamma regelverk och anvisningar nationellt är ett måste innan införandet.

Att skapa möjlighet att fånga de nya mätpunkterna, inklusive att arbeta med kvalitetssäkring behöver göras nationellt och lokalt med de anpassningar och tekniska lösningar som krävs för regionen och för mottagandet av filer till väntetidsdatabasen. Inför detta arbete krävs tydliga definitioner på vilka behandlingar och vilka undersökningar som ska registreras så det blir jämförbara data. Den beskrivning som finns i slutbetänkandet behöver utvecklas och en dialog om tolkningar av lagen behövs utifrån att beskrivningen är generell i slutbetänkandet.

Medborgarna i Jämtlands län har idag till viss del möjlighet till digital information via 1177.se. Dock behöver fler av systemstöden utvecklas och förslaget till ny översikt på 1177.se

där patienten kan få en samlad översikt av vård, vårdplan, bokade tider mm. är regionen positiv till. Även ombudstjänsten är viktig att den kommer på plats så snart som möjligt.

Information inom 14 dagar till patienten om när beslutad vård ska ges ser regionen positivt på, men ett införande med framförhållning krävs utifrån att det fortsatt är ansträngt efter pandemin.

Utöver detta saknas en analys av kostnaderna för de olika utvecklingsdelarna.

Region Jämtland Härjedalen är positiv till förslagen men innan beslut om införande finns ett antal åtgärder, aktiviteter, uppdrag som behöver tydliggöras, se yttrande.

## Yttrande:

### Utredningen föreslår:

Region Jämtland Härjedalen har fått möjlighet att lämna synpunkter på SOU 2022:22. Utifrån att förslagen påverkar varandra har regionen valt att besvara förslagen 1.1 (sidan 61) 1.2 (sidan 64) och 1.3 (sidan 67) gemensamt. Hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen kompletterar varandra så det är viktigt att dessa följs åt.

#### 1.1 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

Härigenom föreskrivs dels ny lydelse av 2 kap. 3 och 4 §§, samt 3 kap. 2 § och att det ska införas två nya paragrafer, 3 kap. 8 § och 5 kap. 1 a §.

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

Härigenom föreskrivs dels att 8 kap. 3 § samt 9 kap. 1,2 och 4 §§ ska förändras dels införa en ny paragraf 9 kap. 1 a §.

1 a § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) inom 14 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få vården.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso-och sjukvårdsförordningen (2017:80) att kapitel 1 och 2 §§ förändras.

### Utökad vårdgaranti - primärvård

1. Kontakt med en vårdgivare samma dag
2. En medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom 7 dagar
3. En undersökning inom 60 dagar
4. En behandling inom 90 dagar

## Utökad vårdgaranti – specialiserad vård

5. En medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom 60 dagar
6. En undersökning inom 60 dagar
7. En behandling inom 90 dagar

## Primärvård

Förslaget att 3 dagars gränsen ändras till 7 dagar är inte nödvändig. Om det sker en ändring till 7 dagar behöver arbetet med vad som ingår i *den nya 7:an* förtydligas. Regionen är för 7 dagar under förutsättning att det tydliggörs vad som ska ingå, vilket inte är tydligt i slutbetänkandet.

Om tidsspannet ändras för att säkra att kroniskt sjuka patienter inte ska drabbas av undanträngning finns stor risk att återbesök och medicinsk bedömning blir svårt att hålla isär. Regionen har i dagsläget inte någon undanträngning av återbesöken i primärvården.

Förslaget om en ändrad skrivning: en *medicinsk bedömning* för nuvarande besöksgarantin så tolkar regionen det att besöken kan göras både fysiskt och digitalt framåt vilket är positivt. Medicinsk bedömning finns inte som ”term” idag inom tillgänglighet så definitionen är viktig.

Garanti för undersökning behöver tydliggöras. Att lämna helt öppet vad som ligger inom de olika tidsgränserna blir problematiskt då en del undersökningar görs i samband med besök, andra bokas in separat etcetera. Några görs inom primärvården andra undersökningar i specialiserade vården. Undersökningar som ska ingå beskrivs i slutbetänkandet utifrån att det är alla enskilda undersökningar (s.155 – 160) , inte ”paket” av undersökningar. Detta behöver tydliggöras ytterligare för att kunna ta ställning till hur det ska bedömas utifrån patientens rätt till vård inom garantigränsen, hur det ska registreras och hur det kan följas upp. Vad gäller undersökningar som ingår i en längre tids utredning där både primärvård och specialiserad vård kan vara involverad är inte heller tydliggjort. Regionen är för att en garanti införs inom primärvården för undersökningar under förutsättning att ett uppdrag ges att skapa en nationell modell för ovanstående.

Garanti för behandlingar som föreslås att inkluderas inom primärvården, och då planerade behandlingar behöver ytterligare tydliggöras. Även här föreslås att alla behandlingar ska ingå, men även här är benämningen behandling inom primärvården inte tydlig nog. Vilka behandlingar ingår i garantin? Vad är det som ska fångas upp och mätas? Behandling i samband med undersökning? Behandling i samband med medicinsk bedömning? Behandling vid återbesök och då där det bokats just med anledning av behandlingen? Om endast fysisk behandling gäller för garantin så kommer det att innebära en utmaning inom glesbygden, då det idag är flera kontakter som är digitala ex. IKBT. Detta behöver beaktas. Regionen är positiv till att det blir en garanti för behandling inom primärvården under förutsättning att ett uppdrag ges att skapa en nationell modell för ovanstående.

## Specialiserade vården

Den nya formuleringen *Medicinsk bedömning* öppnar upp för både fysiska och digitala besök, vilket regionen är positiv till. Det är inarbetat vad ett första besök är i förhållande till

återbesök vilket innebär att det även här kommer att krävas förtydliganden och information inkl. förändrade anvisningar.

Inom specialiserade vården mäts ett antal behandlingar/åtgärder/operationer idag, denna lista är framtagen då just dessa behandlingar/åtgärder/operationer hade lång väntetid och var prioriterade. Inom specialiserade vården behöver dessa ses över. Idag återfinns en del av de medicinskt prioriterade åtgärderna inom begreppet övriga, och lyfts därför inte fram som prioriterade.

Att skilja på planerade uppföljningar/behandlingar främst inom vårdprogrammen och att de ska betraktas som återbesök, men att andra planerade behandlingar ska räknas med vad gäller väntetid inom vårdgarantin, kräver komplettering i det regelverk som finns för specialiserade vården.

Undersökningar är som för primärvården ett relativt nytt område där det behövs komplettering av vad som ingår både ur ett patientperspektiv så verksamheten kan uppmärksammas på patientens rättigheter och så det blir möjligt att följa upp. Region Jämtland Härjedalen ser positivt på förslaget, men för att det ska kunna genomföras och för att det ska bli jämförbara mätningar krävs nationella riktlinjer och anvisningar som regionerna kan ensas om. Undersökningar som mäts idag inom specialiserade vården är ett fåtal och ingår inte i vårdgarantin.

## Särskilda kommentarer psykiatri, specialiserad vård

### **Vuxenpsykiatri**

Att undersökningar omfattas av vårdgarantin blir en stor förändring inom den psykiatriska vården. En neuropsykiatrisk utredning klassas som undersökning. Undersökningar omfattar bland annat kognitiv testning och NP-undersökningar, men inte en komplett utredning. Det kan då innebära att vårdgivaren kommer att behöva utföra allt innehåll i en utredning inom 60 dagar, beroende av hur lagtexten ska tolkas.

Det har sedan tidigare funnits en utvecklingsgrupp nationellt som tittat på vuxenpsykiatriens behandlingar och för att regionen ska bifalla förslaget om att undersökning ska ingå i vårdgarantin behövs ett uppdrag att definiera vad som ska ingå i begreppet undersökning inom vuxenpsykiatri.

### **Barn och ungdomspsykiatri**

#### 1. Nationell strategi för barn och ungas psykiska hälsa

Bedömning: Regeringen bör tillse att en konkret och långsiktig strategi för barn och ungas psykiska hälsa tas fram.

Regionen stödjer en långsiktig strategi då det krävs målmedvetet arbete under längre tid för att vända trenden med ökade vårdbehov och låg tillgänglighet. Dock behöver även finansiering vara långsiktigt säkrad för att gynna utveckling av nya verksamheter och utbyggnad av mer permanenta verksamheter. Annars riskerar det bli en kraftig övervikt av korta projekt och punktinsatser.

#### 2. Nationella kunskapsstöd för hela vårdkedjan samt kunskapsstöd utgående från symtomkomplex

Regionen upplever att socialtjänst och skola/elevhälsa på lokal nivå ännu inte är tillräckligt insatt i kunskapsstyrningen. Behov finns av ytterligare förankring i den kommunala sektorn. Det är en stor vinst med upplägget i kunskapsstyrningen då flera huvudmän och vårdnivåer möts och enas kring samma styrande riktlinjer.

För specialiserade BUP ser regionen inte att så mycket nytt tillkommer vad gäller själva kunskapsläget kring vårdens innehåll. Där finns inom BUP Sverige väl etablerade riktlinjer som är väl förankrade och innehåller stegvis vård och tydliga rekommendationer.

### 3. En gemensam väg in för barn och unga som upplever psykisk ohälsa

Det är önskvärt att det för medborgarna är tydligt var man vänder sig för att söka vård. En väg in kan skapa den tydligheten. Dock finns en risk att det byggs upp centrala verksamheter som snarare går emot tanken med nära vård. Centraliserade verksamheter som endast gör bedömningar och ger information men ej behandlar eller utreder patientens behov. Risk finns att det tar resurser som annars skulle kunna gå till att ge konkret vård. Patienten får prata med någon i en väg in verksamheten och en bedömning, slussas vidare och oftast någon slags ny bedömning och uppsatt på väntelista.

Vad gäller elevhälsan så är det svårt för regionernas hälso- och sjukvård att veta hur de kan hänvisa patienten dit om behov finns som kan tillgodose av elevhälsan. Elevhälsan remitterar ju till BUP eller ger kontaktväg till BUP eller primärvård. Men det sker sällan omvänt. Remiss kan oftast inte skrivas till elevhälsan (möjligen till elevhälsans medicinska del för vissa insatser). Kontaktvägarna är otydliga och ibland är endast rektor som kan "beställa" insats från elevhälsan. Rektor är dock ju ofta ingen naturlig kontaktväg in för patienten/familjen.

### 4. Målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP bör i nuläget kvarstå

Bra den är kvar, leder inte minst till att frågan om tillgänglighet till BUP kommer på högre ledning och politikernas agendor. När det gäller att tillgängligheten inte på 10 år blivit något bättre får man dock beakta att vårdbehovet ökat markant. Hade vårdbehovet inte ökat eller ökat i mer ringa nivåer så hade säkerligen tillgängligheten varit god idag. Det är svårt att hinna med att öka produktion med fler medarbetare och effektivare arbetsätt när ökningen av vårdbehovet varit så pass stor år för år. För bakom siffrorna har ändå en hel del positiv utveckling skett av BUP. Första besök inom 30 dagar är en tydlig mät punkt. Vad gäller fördjupad utredning och behandling är det knepigare mäta i en process som innehåller så många olika moment av beslut och olika vårdåtgärder.

Utredning borde kanske kunna mätas vad gäller hur lång tid det tar till färdig utredning, inte bara första besöket i en utredning som genomförs i flera steg med flera professioner. Annars kanske mäta andelen som i hela verksamheten väntat mindre än 30 dagar. För att fånga ett helhetsläge i verksamheten. I god tillgänglighet upplever ju patienten att de snabbt får pågående vård.

## Primärvård

Regionen är positiv till att listningskravet ligger kvar och det är bra med en fast vårdkontakt, då det ger en mer personcentrerad vård.

Regionen anser att fast läkarkontakt är en svårighet framför allt i stafettläkartäta områden. Alla patienter behöver inte en fast läkare utan en ex en fast psykolog, vilket är det viktigaste för patienten.

## Val av tidpunkten för vård i samråd med patienten

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

Detta innebär att patienten vid den medicinska bedömningen ska få möjlighet att välja dag och tid för exempelvis behandling. Detta innebär att det finns en långsiktig schemaplanering och att systemet med kallelser mer eller mindre försvinner som arbetssätt. Information om tidpunkt för vård sker även idag, men vi ger ofta en information om preliminär tidpunkt och att patienten kommer att få en kallelse senare, tiden korrigeras ofta då det blir ändringar sett till resurser.

Region Jämtland Härjedalen är positiv till att patienten ska vara delaktig i att välja när vården kan ges. Tidigare har det varit "En tid i handen" som varit målsättningen. Utifrån att regionen fortsatt har ett ansträngt läge utifrån både corona och brist på utbildad hälso- och sjukvårdspersonal ser regionen att förslaget är bra men att införandet senareläggs, gärna ett år.

## Generell kommentar till förslag om nya tidsgränser:

För uppföljningen av de nya tidsgränserna är det ur ett patientperspektiv viktigt att regionen vet hur skyldigheterna ser ut och regionen kan informera patienterna om deras rättigheter. Det är också viktigt att inga tveksamheter finns vad gäller tolkningar av lagen utifrån att det framåt troligt kommer att sättas pengar/medel i form av prestation i kommande överenskommelser. Det är viktigt att ta med det i arbetet med införandet av de nya gränserna och att skapa de modeller som behövs inför införandet.

För regionen i stort är det fortsatt en problematik i att hitta annan vårdgivare när patienter vill nyttja nuvarande vårdgaranti. Enligt förslaget utökas vårdgarantin till att gälla även behandling och undersökning inom primärvården, undersökning i specialiserade vården vilket innebär ett helt nytt arbetssätt.

Om en enhet inte kan ordna en behandling eller undersökning i den egna regionen, ska de då erbjuda patienten vård i annan region? Avtal för detta? Finns inte idag! Detta anser regionen vara av stor betydelse att ta med inför beslut. Regionen är positiv till förslaget, men även här krävs ett förarbete innan införandet.

Att regionen ska tillse att patienterna ska få vård hos annan vårdgivare om vårdgarantin inte efterlevs innebär att regionerna kommer att behöva ta ett större ansvar både att informera verksamheter och medborgare om vårdgaranti och valfriheten, det krävs också en nationell samordning och transparens vad gäller vårdavtal och ledig kapacitet som idag finns men inte så det är enkelt att tillgå. För att detta ska kunna införas behövs att nuvarande myndighet med uppdraget har en lösning innan införandet. Även en vårdlotsfunktion inom regionerna blir viktig för att ge patienterna ett aktivt stöd.

## Omställningen till nära vård

Det är positivt att tillgänglighet och nära vård som påverkar varandra i hög grad omnämns i slutbetänkandet som kommunicerande kärn. När de i slutbetänkandet skriver primärvården så finns idag även den kommunala primärvården, som är vård på samma vårdnivå som regionens. Det finns inte läkare men väl andra legitimerade yrkesgrupper. Det framgår inte om den kommunala primärvården är exkluderad från vårdgarantin? Här behövs ett förtydligande innan införandet av den garantin.

De skriver att fasta kontakter ska kunna ges samlat digitalt till den patient som vill ha det. Då kräver det att de digitala systemen för uppföljning finns på plats mellan region och kommun/kommuner.

Regionen ser positivt på att de lyfter frågan om VFU i kommunal verksamhet. Nödvärdigt om man vill få plats för studenter och viktigt vid utvecklingen av Nära vård.

Regionen anser det bra att man tar med skolan i utvecklingsarbete för ungas psykiska hälsa (PV-BUP- skola i "en väg in"). Det är också bra att intygsskrivande lyfts som en tidskrävande syssla och statliga myndigheter kräver omfattande intyg och stundom kompletteringar.

Förslaget med att ge fortsatt stöd för att följa upp och utvärdera omställning till nära vård till Socialstyrelsen och myndigheten för vård- och omsorgsanalys är positivt. Att de bör få i uppdrag fram till 2027 att titta på indikatorarbete, olika mått för kontinuitet är positivt.

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

Lärosäten och kommuner bör öka samverkan om verksamhetsförlagd utbildning genom fler VFU-avtal för de legitimationsyrken som förekommer i kommunal hälso- och sjukvård.

Kommentar: Viktigt att regionerna är del av detta arbete. Även att lärosätena anpassar utbildningar efter de nya förutsättningar som kommer med nära vård. VFU i primärvården måste öka, idag är kunskapskraven "vridna" åt slutenvården vilket försvårar för studenten att uppnå målfyllnad om placerad i primärvården.

Staten bör stödja universitet och regioner i utvecklingen och etableringen av regionaliserad läkarutbildning samt ge ett permanent stöd till de som infört regionaliserad läkarutbildning.

Kommentar: Väldigt bra. Viktigt att regionerna ges möjlighet att påverka hur dessa medel fördelas och får användas till. Olyckligt om det kommer som ökade ALF-anslag till universitetet (som sedan bestämmer vad de skall användas till).

Regeringen bör tillsätta ett 10-årigt Nationellt program för primärvårdsforskning med fokus på allmänmedicin, vid Vetenskapsrådet (VR).

Kommentar: Viktigt att i detta skapa förutsättningar för alla yrkeskategorier att söka medel. Vet inte om det ska vara villkorat med att sökande har någon typ av klinisk koppling till primärvården.

Regioner och kommuner bör stärka strukturerna för forskning och utveckling och stärka forskningsmiljön. De bör öka samverkan med lärosäten samt med varandra i dessa frågor.

Kommentar: Detta är bra. Skulle vara bra med finansiellt stöd. Gärna då i "ALF-format" även för medellånga vårdutbildningar.

Gällande ökad samverkan i sjukvårdsregioner för att stärka forskning har vi ganska väl fungerande strukturer med FUI-råd, ALF-kommite, NUSS osv. Ett förslag (utanför denna remiss) skulle vara att vi tillsammans jobbar med denna typ av remisser (i alla fall RVN och RN). Vi sitter med samma problem och samma utmaningar.

Tom Silverklo (C)  
Hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande

Anna Granevärn  
Tf. hälso- och sjukvårdsdirektör