



Stockholm 2022-09-29

## Remissvar

### Vägen till ökad tillgänglighet

#### -delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram

Diarienummer S2022/02635

Diarienummer Svensk sjuksköterskeförening 127922

Svensk sjuksköterskeförening tackar för möjligheten att bidra med svar på denna angelägna remiss.

## Sammanfattning

Utredningens förslag:

- En medicinsk bedömning inom primärvården ska omfattas av vårdgarantin oavsett om besväret som den enskilde söker kontakt med primärvården för har samband med tidigare känt hälsoproblem eller inte.
- Medicinska bedömningar av läkare eller annan legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal inom den specialiserade vården ska omfattas av vårdgarantin, i stället för besök inom den specialiserade vården.
- Inom såväl primärvården som den specialiserade vården ska undersökningar omfattas av vårdgarantin.
- Behandlingar inom primärvården ska omfattas av vårdgarantin.

Behandlingar inom den specialiserade vården omfattas av vårdgarantin redan i dag.

- På samma sätt som när det gäller primärvården ska termen behandling användas i vårdgarantin när det gäller den specialiserade vården.
- Vårdgarantin ska omfatta information om tidpunkten för viss vård.
- Regionens ansvar att erbjuda vårdgaranti ska utökas på så sätt att även utomlänspatienter som listat sig hos en vårdcentral i regionen omfattas av vårdgarantin inom primärvården.
- Bestämmelsen om att regionen ska se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare ska tydliggöras och utökas.
- Förändringar ska göras i fråga om startpunkten för beräkningen av vissa tidsgränser i vårdgarantin.

- Vissa av tidsgränserna i vårdgarantin ska ändras. Den enskilde ska, förutom kontakt med en vårdgivare inom primärvården samma dag, få
  - en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal inom primärvården inom sju dagar,
  - en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso-och sjukvårdspersonal inom den specialiserade vården inom 60 dagar,
  - en undersökning inom primärvården respektive den specialiserade vården inom 60 dagar,
  - en behandling inom primärvården respektive den specialiserade vården inom 90 dagar, och
  - information om tidpunkten för viss vård inom 14 dagar.
- Regleringen om bedömningen av vårdgarantins uppfyllnad, exempelvis om medicinskt orsakad väntan och patientvald väntan, ska ändras på olika sätt.
- Vissa förändringar ska göras i patient lagen så att det som där sägs om vårdgarantins innehåll motsvarar vad som föreslås sägas om vårdgarantins innehåll i hälso- och sjukvårdslagen.

#### Bedömningar

Utredningen lämnar följande bedömningar när det gäller vårdgarantin:

- Återbesök i form av planerade uppföljningar bör inte omfattas av vårdgarantin.
- Det bör inte införas författningsreglerade differentierade vårdgarantier.
- Innehållet i de standardiserade vårdförloppen inom cancer och de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen inom andra sjukdomsområden bör inte regleras inom ramen för en vårdgaranti. Sådana vårdförlopp bör i stället ses som komplement till vårdgarantin.
- Målsättningen om 30 dagar till första bedömning och ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling inom BUP bör inte lagstadgas som en del av en differentierad vårdgaranti.
- Flera regioner behöver ta ett större ansvar för att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare när det krävs. Detta är regionernas ansvar och patienten ska inte behöva ta initiativet till att det sker.
- Flera regioner bör stärka sitt arbete med att se till att patienten får information om vad som gäller i fråga om vårdgarantin och valfrihet.
- Lärosäten och kommuner bör samverka om VFU genom fler VFU avtal för de legitimationsyrken som förekommer i kommunal hälso-och sjukvård.
- Regeringen bör tillsätta ett 10-årigt Nationellt samverkansprogram för forskning och utveckling för nära vård vid FORTE
- Regeringen bör tillsätta ett 10-årigt nationellt program för primärvårdsforskning med fokus på allmänmedicin vid VR.

## Bakgrund

Det grundläggande problemet med väntetider har en mångfacetterad orsaksanledning där få vårdplatser i relation till befolkningsmängden, de demografiska förändringarna samt den medicinska utvecklingen kan anses som några av de mest betydelsefulla anledningarna. Detta tillsammans med kompetens- och personell resursbrist samt organisatoriska utmaningar har genererat en situation där väntetiderna inom vissa specialiteter nått riskabla nivåer.

De tidigare ekonomiska satsningarna för att lätta på väntetiderna har i vissa fall genererat ett arbets sätt där de ekonomiska incitamenten varit ett primärmål och de medicinska prioriteringarna inte alltid varit styrande. Således är föreliggande slutbetänkande välkomnat och Svensk sjuksköterskeförening ställer sig i stora drag bakom utredningens förslag och bedömningar gällande en utökad vårdgaranti. Särskilt uppskattas det fokus kring primärvården och barn- och ungdomspsykiatri som slutbetänkandet beskriver. I omställningen mot en nära och tillgänglig vård är primärvården i fokus och arbetet med detta har påbörjats i verksamheterna, dock, enligt rapporter från Socialstyrelsen och Myndigheten för vårdanalys, utan några tydliga resultat i många fall i primärvårdens kärnverksamheter. En anledning till detta beskrivs vara bristen på specialister i allmänmedicin. Svensk sjuksköterskeförening vill också påpeka att bristen på distriktssköterskor och andra specialistsjuksköterskor inom primärvården likaså är ett stort riskmoment för en framgångsrik omställning till en god och nära vård. Likaså är patientens möjlighet till delaktighet och medaktör en förutsättning. Hur den processen inverkar på föreliggande arbete är ej helt klart.

I föreliggande remissvar kommer kommentarer med hänvisningar att ske i kronologisk ordning.

### Kapitel 4. En utökad vårdgaranti

Likaså som i nuläget finns beskrivet kvarstår risken att vårdgarantin styr mot ett fokus på antal dagar sedan patienten kontaktat vårdgivaren eller remitterats vidare och inte det medicinska- eller omvårdnadsbehov som föreligger som styr prioriteringen. Trots förslaget att en medicinsk bedömning inom primärvården ska omfattas av vårdgarantin oavsett om sökorsaken är tidigare känt av primärvården föreligger risken att personer med långvarig sjukdom samt de med omfattande vårdbehov inte prioriteras i relation till de sökorsaker som lättare är åtgärdande och med en snabbt åtgärder. Vidare saknas en etisk analys när det gäller tillgänglighet i relation till vårdköer. Finns exempelvis risk att det blir bättre tillgänglighet för stora grupper vårdsökande med mindre allvarliga åkommor på bekostnad av patienterna med större vårdbehov? Konsekvenserna av utredningens förslag riskerar att komma i konflikt med den prioriteringsetiska plattformen om de i praktiken innebär sämre tillgänglighet, kontinuitet och vårdkvalitet för patienter med de största och mest komplexa vårdbehoven. För att nå prioriteringsplattformens mål är inte förslaget att vårdgarantin ska omfattas oavsett om sökorsaken är tidigare känt av primärvården tillräckligt.

Svensk sjuksköterskeförening ställer sig bakom förslaget om att tillsyn och uppföljning av vårdgarantin ska fungera på ett ändamålsenligt sätt. Gällande Socialstyrelsens och SKR:s uppdrag gällande rapportering och insamling av väntetidsdata bör detta innebära automatgenererade data från journalsystem för att inte belasta hälso- och sjukvårdens grunduppdrag med ytterligare administrativa uppdrag. Likaså ska detta även inbegripas andra typer av datainsamling såsom exempelvis direktöverföring av journaldata till kvalitetsregister.

4.4.2 Garanti om en medicinsk bedömning inom primärvården ska breddas.

Svensk sjuksköterskeförening ställer sig bakom skrivningen att en medicinsk bedömning inom primärvården ska omfattas av vårdgarantin oavsett om besväret som den enskilde söker kontakt med primärvården för att ha samband med tidigare känt hälsoproblem eller inte. Dock är detta, som beskrivet tidigare, inte tillräckligt för att säkra för de med kroniska/långvariga sjukdomar och särskilt de med omfattande medicinska- och omvårdnadsbehov. Idag omfattas kontakter inom primärvården drygt två tredjedelar inte av dagens vårdgaranti innebär föreslagna vårdgaranti av ett betydande ökning av behovet av vårdgaranti. I harmoni som står i förslaget finns risk för att administrativa lösningar konstrueras där vårdsökande ges korta digitala bedömningar i stället för fysiska medicinska bedömningar, trots att behovet av den medicinska bedömningen stod klart från början, för att "bättra på siffrorna". Risker föreligger att den så viktiga kontinuiteten som den fasta vårdkontakten utgör tummas på till fördel för en snabb bedömning som i värsta fall inte gagnar patienten på sikt.

Den föreslagna möjligheten till patientvalda väntan är relevant, men det ska inte innebära att dessa patienter prioriteras ner utan bereds vård i för besväret relevant tid. Detta är särskilt viktigt då det kan antas gälla personer med långvariga sjukdomar. Ett stöd i detta är dock det som i utredningen skriver fram på sidan 274 "Det ska införas en ny bestämmelse i patientlagen som anger att tidpunkten för vården så långt som möjligt ska väljas i samråd med patienten".

Sid 173. Svensk sjuksköterskeförening ställer sig bakom förslaget att återbesök i form av planerade uppföljningar inte bör omfattas av vårdgarantin. Dock med observandumet att många återkommande uppföljningar inom primärvården redan idag inte genomförs i planerad tid, men med förhoppningen att utredningens övriga delar såsom 4.4.2, samt 4.4.4 innebär ett ökat styrinstrument med målen att patienternas planerade behandlingar och uppföljningar genomförs inom planerad tid.

Sid 193. Innehållen i de standardiserade vårdförloppen inom cancer och de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen inom andra sjukdomsförloppen föreslås att inte regleras inom ramen för en vårdgaranti vilket kan anses som klokt med tanke på dess olika mål och detaljnivå. Dock finns risker när flera parallella spår som samtliga reglerar/prioriterar exempelvis behovet av att genomföra undersökningar inom en viss tidsram kan vara komplext utan att säkerställa erforderlig kompetens samt tillskott av personella och således ekonomiska resurser. Redan idag har undanträngningseffekter och svårigheter att nå satta målnivåer rapporterats inom exempelvis diagnostik.

4.4.15 sid 213 De föreslagna tidsangivelserna i förslaget representerar ett relevant perspektiv, dock med den tidigare nämnda problematiseringen kring att förslaget ej tar höjd för olika medicinska och/eller omvårdnadsbehov, vilket i högre grad torde styra tillgängligheten. Då många verksamheter idag har svårt att uppfylla befintliga nivåer finns risk att tidsangivelserna för vårdgarantin kan uppfattas som tämligen kraftlösa trots förlängningen av tidsgränsen för medicinsk bedömning. Vidare borde en konsekvensanalys utifrån vårdskadebegreppet, försämringar av sjukdomsförlopp, behovsprincipen etcetera analyseras för att identifiera en rimlig nivå för vårdgarantin. Svensk sjuksköterskeförening önskar också att viktiga risker för etisk stress som uppstår när vårdpersonalen vid upprepade tillfällen möter vårdsökande som inte kan beredas vård i den tid som önskas.

Sid 278. Under bedömningar står skrivet att regioner och kommuner behöver, i de ekonomiska planerna, tydliggöra hur resurser prioriteras för att säkerställa en stärkt primärvård. Med bakgrund i de tidigare beskrivna brister på specialister inom allmänmedicin samt övrig legitimerad personal som distriktssköterskor riskerar denna punkt att falla redan initialt.

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

Det avsätts statliga medel för omställningen till nära vård, men det är oklart om dessa når kärnverksamheterna. Det är svårt med engångsutbetalningar, det kan inte läggas på långsiktigt arbete såsom att öka grundbemanningen och andelen specialistutbildade med mera, vilket gör att det är svårt att använda dem på ett sätt som gynnar verksamheterna på lång sikt. Vi efterfrågar en styrning av på vilket sätt medlen ska användas och är tacksamma för uppföljningen av hur de tillsatta medlen används och att man särskilt ser på kvalitet i glesbygd.

Många patienter är vana användare av digitala verktyg, men det finns en grupp patienter som inte har möjlighet att använda sig av digital teknik, de får inte glömmas bort i digitaliseringsivern. Det kan handla om funktionsnedsatta, de med nedsatt kognition eller av andra skäl inte kan sköta sina vårdkontakter digitalt. Då måste det finnas alternativa vägar för dem så att vården inte utestänger utsatta grupper. Vi vill understryka vikten av den digitala utvecklingen och att den behöver vara mer fokuserad på att kunna tillämpas av alla. Den digitala utvecklingen behöver vara fokuserad så alla berörda parter kan tillämpa systemen och att de är användarvänliga för alla patientgrupper på ett säkert sätt. Primärvården har det medicinska ansvaret för patienterna inom den kommunala hälso- och sjukvården tillsammans med de specialiserade klinikerna i enskilda fall. Idag saknas på de flesta håll ett gemensamt journalsystem och journalsystemen kommunicerar inte sinsemellan vilket försvårar det gemensamma ansvar vi har gällande patienterna.

En annan viktig aspekt är också att all digital kontakt måste generera ersättning. Idag får många regioner ingen ersättning för kontakten med patienten i [1177.se](http://1177.se). En vårdcentral av medelstorlek kan digitala ärenden motsvara cirka 80 ärenden/dag, men erhåller som sagt ingen ersättning för detta. Det innebär att den extra specialistsjuksköterska som det i praktiken krävs för att kunna besvara alla ärenden inte kan anställas. För att kunna hålla tillgängligheten behöver resurserna ses över för att kunna hantera och täcka alla poster.

*Vidare bör journalinformation/informatik vara strukturerad enligt Classification for Nursing Practice (ICNP). Det internationella sjuksköterskesamfundet ICN (International Council of Nurses) har utvecklat en terminologi (ICNP) för att kunna beskriva omvårdnad på ett systematiskt sätt. ICNP tillhandahåller en uppsättning standardiserade termer som kan användas för att registrera observationer och insatser från sjuksköterskor över hela världen. Terminologin omfattar både utredning och behandling utifrån ett omvårdnadsperspektiv. Vidare tillhandahåller ICNP också ett ramverk för att kunna dela data om omvårdnad för att kunna jämföra praxis mellan olika vårdmiljöer.*

5.3.2 En namngiven fast vårdkontakt ser patienten som viktigast. Detta ska styras/erbjudas utifrån patientens behov. Alla har inte behov eller önskan om fast läkarkontakt men teamarbetet ska finnas när patienten har behovet.

Patienter med många vårdkontakter och/eller komplexa behov riskerar idag att falla mellan stolarna och behöver samordning av sin vård. För dessa är patientkontraktet en grundläggande förutsättning. Vid samordning mellan huvudmän är det av vikt att patienten har en namngiven vårdkontakt.

S. 266, båda förslagen är bra för ökad patientdelaktighet i vården. Men svensk sjuksköterskeförening önskar tillägget att annan legitimerad sjukvårdspersonal också kan utgöra den fasta vårdkontakten, exempelvis en distriktssköterska.

S. 274. Bra förslag för att möjliggöra patientens delaktighet samt ger förutsättningar för uppföljningar och kontinuitet.

S. 280. Föreningen instämmer i grundproblematiken kring att primärvården saknar tillräckliga förutsättningar, och önskar särskilt betona vikten av distriktssköterskans kompetens i teamet.

Genom att ge distriktssköterskans, övriga specialistsjuksköterskor samt sjuksköterskor med specialistkompetens inom exempelvis diabetes, astma, allergi, KOL mandat att i hela vårdkedjan vara den fasta vårdkontakten genom de olika vårdnivåerna möjliggörs en säker och trygg samordning.

## Kapitel 6. God och nära vård med forskning, utbildning och utveckling.

Precis som utredningen beskriver är kompetensförsörjning en av de stora utmaningarna för tillgänglighet och kontinuitet när det gäller omställningen till nära vård. Svensk sjuksköterskeförening ställer sig bakom de identifierade behovsåtgärderna men önskar samtidigt problematisera kring utbildning. Att utbilda specialister inom primärvård tar tid och är kostsamt. Detta bör även tydligt adresseras till lärosätena för att bereda möjlighet samt studieplatser och möjlighet till verksamhetsförlags utbildning av god akademisk kvalitet. Detta täcks inte in den föreslagna regionaliseringen av läkarutbildningen eller förslaget om avtal om verksamhetsförlagd utbildning mellan lärosätena och kommuner. Distriktssköterskan är en central funktion inom nära vård och har en viktig roll för att uppnå en god och säker vård i rätt tid till rätt patient.

sid 298. Föreningen ställer sig bakom utredarens bedömning och vi kommer att följa den nu av regeringen tillsatta VFU-samordnarens uppdrag och arbete.

Sid 341 6.3.9 Svensk sjuksköterskeförening ställer sig bakom föreslagen gällande satsningar på Nationellt samverkansprogram för forskning och utveckling för nära vård samt Nationellt program för primärvårdsforskning med fokus på allmänmedicin. Satsningen är en förutsättning för en långsiktig stabil finansiering. För att nå framgång inom primärvården är en förutsättning att vården är personcentrerad och att många olika professioner samverkar tillsammans med patienten. För att nå en god och säker personcentrerad vård måste resurser till omvårdnadsforskning kraftigt öka. Forskningen behöver fokusera på verksamhetsnära verktyg vilka omfattar personcentrering, multiprofessionellt förhållningsätt, digitalisering och patient och närstående som medskapare för en sammanhållen säker vård. I samtliga särskilt prioriterade områden är specialistsjuksköterskekompetensen av vikt för att möjliggöra en helhetssyn av patienten och dennes resurser och behov. Omvårdnadskompetensen är av yttersta vikt för att möta patienten med komplexa behov på ett kunskapsbaserat och säkert sätt. Givet detta är det av särskild vikt att omvårdnadsforskning inom ramen för omställningen till Nära vård möjliggörs. Således är det särskilt tråkigt att utredningen i likhet med Forskningspropositionen [Prop. 2020/21:60](#) lyfter forskningssatsning inom allmänmedicin, allmänmedicin är en läkarspecialitet och risk finns således för att utesluta det viktiga multiprofessionella förhållningsättet. För att förebygga ohälsa och sjukdom, men också vårdskador är sjuksköterskeprofessionen en essentiell aktör. Således bör omvårdnadsforskning vara högt prioriterad avseende medelsfördelning inom ramen av givna medel. Vidare beskrivs behovet att lärare med utbildning på forskarnivå för att säkerställa kvaliteten samt kompetensförsörjningen på lärosätena. För att detta krävs en tydlig karriärmöjlighet för sjuksköterskor med en doktorsexamen, men också möjlighet att omsätta omvårdnadsforskningen i klinisk verksamhet. Det fasta forskningsanslaget till universitet och högskolor ska öka och tilldelas i relation till utbildningsuppdraget,

– anslagen för projektmedel via de statliga forskningsråden ska öka, omvårdnadsforskning ska finansieras genom stiftelser, uppdragsforskning och annan extern nationell och internationell finansiering,

– omvårdnad som egen disciplin ska ges goda förutsättningar att utveckla kreativa forskningsmiljöer, och vidareutvecklas i primärvårdskontext.

– statens forskningsråd ska göra breda tematiska utlysningar som involverar omvårdnadsområdet, och

– kompetens inom det omvårdnadvetenskapliga fältet ska både stärkas och breddas hos de statliga forskningsråden, det skapar strukturer och incitament för att involvera patienter, närstående och allmänheten i hela forskningsprocessen.

I enlighet med utredningen spelar kvalitetsregistren en viktig och central roll. Generellt saknas ofta omvårdnadsvariabler i kvalitetsregistren vilket inte ger en hel bild på sjukdomsförlopp och omvårdnadsutfall.

För att möjliggöra en lyckad satsning på forskning inom primärvård måste forskningslogistiska samt strukturer komma till stånd. Idag saknas en struktur för forskning inom kommunal hälso- och sjukvård vilket kan exemplifieras genom avsaknad av överenskommelser mellan kommun, region och akademi som leder till oklarheter gällande beslutsmandat. Miljöer som stimulerar forskning utgörs av FoU enheter med tvärprofessionell forskning med patientens behov i fokus. Detta bör ske i samklang med de planerade VULF-avtalen samt i det uppdrag som Socialstyrelsen har för utveckling av gemensam struktur för forskning, utbildning och utveckling o kommunal hälso- och sjukvård.

## Kap 7. Barn och ungas psykiska hälsa

7.9.2 Svensk sjuksköterskeförening instämmer i bedömningen att regeringen bör tillse att den konkret och långsiktig strategi för barn och ungas psykiska hälsa tas fram. Likaså välkomnas bedömningen att regionerna ska erbjuda en gemensam väg in för barn och unga som upplever psykisk ohälsa. De föreslagna ekonomiska medlen för arbetssätt för samverkan är en god tanke. Viktigt att poängtera är att det finns otydligheter vad som ingår i första linjens vård när det gäller psykisk ohälsa hos unga och att vården blir jämlik över landet, vidare behöver vårdens struktur förtydligas avseende vem som gör vad.

I elevhälsan har distriktssköterskan en viktig roll i att fånga upp unga som mår dåligt och vid behov hänvisa till rätt vårdnivå. Svensk sjuksköterskeförening bekräftar behovet av kunskapsstöd för hela vårdkedjan där alla vårdnivåer är representerade när det gäller psykisk ohälsa hos unga.

En väg in god idé för att undvika att ungdomar hamnar mellan stolarna. Instämmer i att samverkan med elevhälsan behöver öka, men då behöver även en rimligare dimensionering av hur många elever en skolsköterska ansvarar för ses över.

Kommentar: Distriktssköterskeföreningen föreslår att Egenvård införs som ämne redan i förskolan och följer till vuxenålder. Skydds nätet i kärnfamiljen finns inte längre på samma sätt. Stödet i den strukturen ser annorlunda ut. Egenvård är ju att förstå hur jag själv kan må i olika sammanhang och där barn och unga i sin uppväxt möts av naturliga motgångar som är normalt i varje människas livscykel. Även barn och unga möter sorger, lidande och förluster. Detta är en normal del av livet som kan stöttas från familj, skola och samhälle genom enkla samtal och omtanke.

Oili Dahl ordförande Svensk sjuksköterskeförening

Marie Östlund-Iwarzon kanslichef Svensk sjuksköterskeförening

Emelie Condén Mellgren sakkunnig Svensk sjuksköterskeförening

Distriktssköterskeföreningen i Sverige