



Socialdepartementet

SOU 2021:59 Vägen till tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan

Remissinstanser

Akademikerförbundet SSR

Aneby kommun

Arbetsmiljöverket

Barnombudsmannen

Bodens kommun

Borås kommun

Botkyrka kommun

Demensförbundet

Dietisternas riksförbund

E-hälsomyndigheten

Enköpings kommun

FAMNA

Folkhälsomyndigheten

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd

Funktionsrätt Sverige

Fysioterapeuterna

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Försäkringskassan

Förvaltningsrätten i Umeå

Förvaltningsrätten i Växjö

Gislaveds kommun

Gotlands kommun

Göteborgs kommun

Helsingborgs kommun

Högskolan i Borås

Högskolan i Gävle

Hörselskadades Riksförbund (HRF)

Inera AB

Inspektionen för socialförsäkringen

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Integritetsskyddsmyndigheten (IMY)

Justitiekanslern

Järfälla kommun

Jönköpings kommun

Karolinska institutet

Karlstad kommun

Kommunal

Kungälv kommun

Leksands kommun

LIF - de forskande läkemedelsföretagen

Linnéuniversitetet

Lunds universitet

Lysekil kommun

Läkarsekreterares och sjukvårdsadministratörers Förbund (LSF)

Läkemedelsverket (LV)

Länsstyrelsen i Hallands län

Malmö kommun

Markaryds kommun

Myndigheten för delaktighet

Myndigheten för digital förvaltning

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka)

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH)

Nationella nätverket för samordningsförbund

Neuro

Norrtälje kommun

Norbergs kommun

Oskarshamns kommun

Pensionärernas Riksorganisation (PRO)

Piteå kommun

Post- och telestyrelsen (PTS)

Psoriasisförbundet

Regelrådet

Regionala cancercentrum i samverkan

Region Blekinge

Region Dalarna

Region Gävleborg

Region Halland

Region Jämtland Härjedalen

Region Jönköpings län

Region Kalmar län

Region Kronoberg

Region Norrbotten

Region Skåne

Region Stockholm

Region Sörmland

Region Uppsala

Region Värmland

Region Västerbotten

Region Västernorrland

Region Västmanland

Region Örebro

Region Östergötland

Riksförbundet Attention

Riksförbundet HjärtLung

Riksförbundet PensionärsGemenskap

Riksrevisionen

Rättviks kommun

Sjukhusläkarna

SKPF Pensionärerna

Socialstyrelsen

SOS Alarm

SPF Seniorerna

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

Statskontoret

Stockholms kommun

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

Svensk förening för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP)

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)

Svenska Diabetesförbundet

Svenska Distriktsläkarföreningen

Svenska Läkaresällskapet

Svenska Psykiatriska Föreningen

Svenskt Demenscentrum

Sveriges Arbetsterapeuter

Sveriges Dövas Riksförbund (SDR)

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

Sveriges läkarförbund

Sveriges Psykologförbund

Swedish Medtech

Synskadades riksförbund (SRF)

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

Tierps kommun

Tillsammans för ungas psykiska hälsa (TILIA)

Timrå kommun

Torsby kommun

Trelleborgs kommun

Umeå universitet

Universitetskanslersämbetet (UKÄ)

Upphandlingsmyndigheten

Vetenskapsrådet

Vilhelmina kommun

VISION

Vårdförbundet

Vårdföretagarna

Västerås kommun

Västra Götalandsregionen

Åtvidabergs kommun

Östersunds kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 5 november 2021**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till s.fs@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2021/05439 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i

remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Betänkandet kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett [beställningsformulär hos Elanders Sverige AB](#).

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Sara Johansson
Ämnesråd

Kopia till

Elanders Sverige AB, e-postadress: betankande@elanders.com

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).

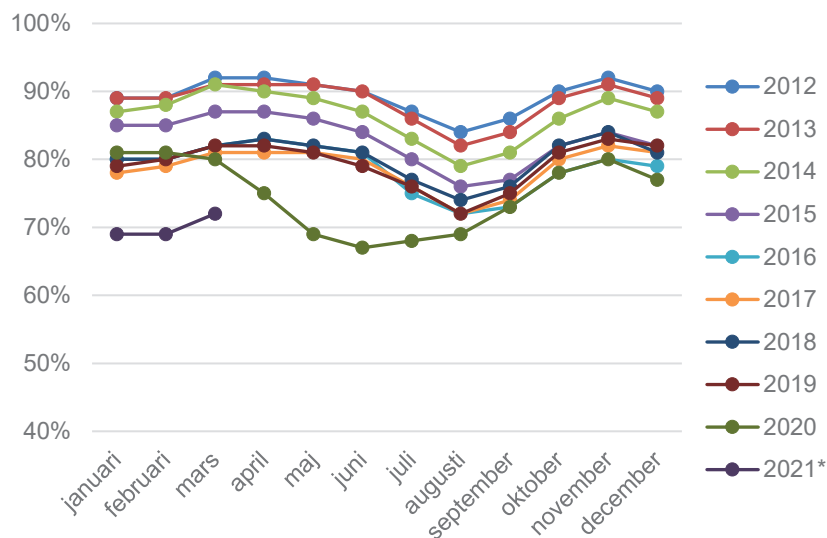
Utöver den lagstadgade vårdgarantin kom staten och dåvarande Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) år 2009 överens om en målsättning om en förstärkt vårdgaranti, för barn och unga, som skulle uppfyllas av regionerna år 2011. Målsättningen var att barn och ungdomar inte ska behöva vänta längre än 30 dagar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

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: Patientvald 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: Patientvald 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 läkare¹. Antalet operationer minskade med totalt 22 procent vilket motsvarar 100 897 operationer mellan mars 2020 och januari 2021 jämfört med motsvarande period 2019–2020².

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 sjukvårdssystemet 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. Regionerna 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 kvalitets-säkrad, 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. Uppföljningsmått 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.