

BESLUT

Diarienummer V 2021/1986

Datum 2021-11-04

Rektor

Yttrande över Socialdepartementets betänkande Vägen till tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan

Ert dnr S2021/05439

Lunds universitet har anmodats att ge synpunkter på rubricerat betänkande. Juridiska fakulteten och Medicinska fakulteten har inkommit med varsitt yttrande vilka båda bifogas i sin helhet.

Universitet konstaterar att frågan om tillgänglighet, och minimering av väntetider till alla former av sjukvård, är ytterst angelägna områden. Universitetet är i grunden positivt till utredningens förslag. Det finns behov av ytterligare författningsändringar för att förbättra tillgängligheten och patienters tillgång till jämlik vård. För att säkerställa att rätt åtgärder sätts in krävs enligt universitetets uppfattning en mer djupgående analys av orsakerna till den bristande tillgängligheten än den som presenteras i betänkandet, och en bredare inventering av möjliga åtgärder för förbättringar. Universitetet saknar också ett utvidgat utbildnings- och forskningsperspektiv och en tydlig diskussion om kostnader för helheten.

Beslut

Beslut om att avge detta yttrande har fattats av undertecknad rektor i närvaro av förvaltningschef Susanne Kristensson efter hörande av representant för Lunds universitets studentkårer och efter föredragning av utredare Magnus Gudmundsson, Universitetsledningens stab.

Erik Renström

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

S2021/05439

Juridiska fakultetsstyrelsen, Lunds universitet, som har anmodats att yttra sig över rubricerat betänkande, får härmed avge följande yttrande, som utarbetats av biträdande universitetslektor Anna Nilsson, jur. dr. My Bergius och docent Lena Wahlberg. Yttrandet inleds med ett par generella synpunkter på utredningens arbete och ställningstaganden, vilka följs av kommentarer till de konkreta förslag på författningsändringar som läggs fram i betänkandet.

Generella synpunkter

Utredningen handlar om de långa väntetiderna för att få tillgång till vård, inte minst specialistvård. Flera orsaker till de långa väntetiderna identifieras, bland annat att vårdgarantin tenderar att betraktas som en målsättning snarare än som en skyldighet att tillhandahålla den vård som anges i 9 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) inom de tidsgränser som preciseras i 9 kap. hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Enligt utredningen väntar en del regioner till tidsfristerna löpt ut innan åtgärder vidtas. Patienter förväntas också i många fall själva ta kontakt med annan vårdgivare när vårdgarantin inte kan hållas. Mot denna bakgrund pekar utredningen på behov av författningsändringar som ska tydliggöra vårdgivarens skyldigheter gentemot patienten och leda till ökad delaktighet i samband med tidsbokning.

Vi delar utredningens uppfattning att det finns behov av ytterligare författningsändringar för att förbättra tillgängligheten och patienters tillgång till jämlik vård. Vi delar även utredningens uppfattning att utredningens direktiv i vissa avseenden är alltför snäva. För att säkerställa att rätt åtgärder sätts in krävs enligt vår uppfattning dock sannolikt både en mer djupgående analys av orsakerna till den

bristande tillgängligheten än den som presenteras i betänkandet, och en bredare inventering av möjliga åtgärder för förbättringar. Betänkandet ägnar till exempel förhållandevis lite uppmärksamhet åt resultatet av tidigare analyser och rapporter på samma tema. Vi skulle också gärna se en mer förutsättningslös diskussion om vilken betydelse det i sammanhanget har att svenska patienter saknar möjligheter att utkräva den vård som enligt lagstiftningen ska erbjudas, och om det hade kunnat vara en framkomlig väg att stärka patientens rättigheter i detta avseende för att åstadkomma den kulturförändring som efterlyses i betänkandet.

Synpunkter på konkreta förslag till författningsändringar

Utredningen föreslår att det införs två nya paragrafer i HSL och tre nya paragrafer i tillhörande hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80). Genom den föreslagna bestämmelsen 7 kap. 6 a § första stycket HSL, åläggs regionerna att se till att alla som omfattas av regionens ansvar och vistas i regionen kan få hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans. Rådgivningen ska omfatta åtgärder som den enskilde själv kan vidta med anledning av sina symtom (s.k. egenvård) och en bedömning av om den enskilde har behov av ytterligare hälso- och sjukvård, och därför bör uppsöka en vårdhet. Denna bedömning ska enligt betänkandet inte betraktas som en medicinsk bedömning (s. 304). Vi tror att ett mer effektivt sätt att öka tillgängligheten vore att erbjuda också vissa medicinska bedömningar på distans. Om detta inte ska ske bör det dock tydligare framgå av lagtexten att bedömningen på distans inte är att betrakta som en medicinsk bedömning som omfattats av vårdgarantin enligt 9 kap. 1 § 2 p. HSL, och att patienten har rätt till en sådan bedömning oavsett om denne utnyttjat möjligheten till bedömning av vårdbehov på distans.

Den föreslagna bestämmelsen (7 kap. 6a § HSL) anger inte hur kommunikationen mellan vårdsökande och rådgivare ska ske. Utredningen föreslår emellertid att hälso- och sjukvårdsförordningen ska förtydliga att regionerna är skyldiga att tillhandahålla rådgivning via telefon, som ett minimikrav, och att regeringen bemyndigas att ställa krav på att regionerna tillhandahåller rådgivning via andra medier när ”tiden är mogen” (s. 311). Vi undrar om inte detta är att sätta ribban för lågt. Redan idag används andra kanaler i kontakten

mellan vårdgivare och vårdsökande. Nätläkare erbjuder ofta videokontakt eller möjlighet att skicka bilder via chatt eller webbformulär. Det finns flera fördelar med att använda sådana kanaler. Rådgivaren och individen kan se varandra, vilket kan underlätta kommunikationen dem emellan. Dessutom kan individen visa upp en skada eller ett symptom för att underlätta bedömningen av om vederbörande kan avhjälpa problemet själv eller behöver uppsöka vårdcentralen. Utredningen anger att den är positiv till användningen av video och chatt i rådgivningssituationen men ser ett behov av att följa upp och utvärdera hur dessa kanaler fungerar (s. 311). Vi ställer oss frågande till vad – mer specifikt – som behöver utvärderas innan tiden är mogen för att kräva att regionerna erbjuder rådgivning via video eller liknande media. Utredningens försiktighet i detta avseende ligger inte heller helt i linje med dess generella hållning att en ökad digitalisering av hälso- och sjukvården är en förutsättning för att klara omställningen till en tillgänglig vård (se t.ex. s. 24 och avsnitt 7.5.2).

Fakulteten anser att det är positivt att det i förordningen (7 kap. 3 §) tydligt anges att rådgivningen ska tillhandahållas på ett sätt som är tillgängligt för personer med nedsatt tal och hörsel. Detta är inte bara i linje med HSL:s mål om att tillhandahålla vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 §) utan även i linje med Sveriges åtaganden enligt Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (artiklarna 25 och 9). Lika angeläget är det förstås att ålägga regionerna att se till att webbplatsen är tillgänglig och användbar för personer med olika funktionsnedsättningar, vilket också skulle kunna förtydligas i förordningen.

Formuleringen av de föreslagna kraven på att tillhandahålla telefonrådgivning och information på webben på andra språk än svenska skapar utrymme för skönsmässiga bedömningar. Telefonrådgivning ska erbjudas ”på de andra språk som är motiverade utifrån befolkningens behov”. Information på webben ”ska erbjudas på andra språk, om det med hänsyn till informationens art, befolkningens behov och omständigheterna i övrigt framstår som lämpligt” (7 kap. 4 §). I sin motivering till bestämmelsen pekar utredningen på vikten av att distansrådgivning är tillgänglig även för dem som inte kan kommunicera på svenska, då rådgivningstjänsten är en ”första ingång” till hälso- och sjukvården (s. 313). Behovet av att

erbjuda rådgivning på andra språk än svenska ökar, enligt utredningen, av att invånare som inte kan svenska också kan ha mindre kunskap om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och ha svårigheter att bedöma när vård bör sökas och hos vem (ibid.). Avsikten med bestämmelsen är, enligt utredningen, att införa ett ”tydligt krav” på att erbjuda rådgivning på andra språk än svenska när behov finns och på så sätt undanröja tveksamheter kring vilka språk som rådgivningen behöver behärska (s. 314). Om bestämmelsen ska tjäna detta syfte är ett rakare språk att föredra, utan hänvisningar till vad som är ”motiverat” och ”lämpligt”, vilket kan ge intryck av att regionen har ett stort utrymme att göra egna bedömningar.

Avslutningsvis har fakulteten ytterligare ett par språkliga kommentarer:

Regionernas ansvar för distansrådgivning i 7 kap. 6a §, första stycket, är formulerad som ett ansvar att se till att alla som omfattas av regionens ansvar och vistas i regionen ”kan få hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans”. Denna formulering ger intryck av att regionerna även bär ansvar för att den enskilde har tillgång till telefon eller annat kommunikationsmedel för att kunna ta kontakt med rådgivningen. Det vore därför bättre att formulera ansvaret som en skyldighet för regionerna att tillhandahålla eller erbjuda hälso- och sjukvårdsrådgivning på distans.

Den föreslagna bestämmelsen i 7 kap. 3 § i förordningen anger att distansrådgivningen ska vara anpassad till personer med nedsatt tal och hörsel. För att undvika att bestämmelsen tolkas så att den enbart kräver anpassningar gentemot personer som både har nedsatt tal och nedsatt hörsel bör ”och” ersättas med ”eller”.

”De” i 7 kap. 5 §, andra punkten, bör ersättas med ”dem”.

Enligt delegation

Anna Nilsson

My Bergius

Lena Wahlberg

2021-10-27

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

Generella kommentarer

Medicinska fakulteten, Lunds universitet, har ombetts inkomma med synpunkter på denna utredning. Tillgänglighet, och minimering av väntetider till alla former av sjukvård, är ytterst angelägna områden. Vi är i grunden positiva till utredningens förslag. Sammanfattningsvis saknar vi dock ett utvidgat utbildnings- och forskningsperspektiv. Vi saknar dessutom en tydlig diskussion om kostnader för helheten.

Bakgrund

Sverige har en bristande tillgänglighet med långa väntetider inom hälso- och sjukvården. Orsakerna kan vara flera, vilket inte belyses optimalt, vilket är viktigt för att förbättra tillgänglighet utan att kompromettera kvalitet, kompetens och kontinuitet. Effekterna av pandemin har försämrat tillgängligheten långsiktigt, men också medfört ett generellt stort tapp i undervisnings- och forskningsinsatser, vilket inte säkert kommer att kunna upphämtas i framtiden.

Utveckling av en nära och tillgänglig vård förefaller mycket naturligt och är bra att fokusera mot, men utredningen har genomgående undvikit att belysa hur undervisning och forskning skall beaktas i tillgänglighetsfrågan. Undervisning är en viktig komponent i kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården, och ett långsiktigt lärande är av stor betydelse för kvaliteten.

Vi anser inte att utredningen tillräckligt lyfter den betydelse som undervisning och forskning har för kompetensförsörjning. Det föreligger ett stort behov av strategiska satsningar på utbildning, genom exempelvis utökning av lärartjänster.

Kommentarer till utredningens förslag

Det långsiktiga tillgänglighetsarbetet är viktigt, men måste kompletteras med långsiktig kompetensförsörjning inbegripande undervisning samt forskning, både klinisk och translationell. De

mätbara och tidsatta målen bör därför även inkludera vilka insatser som görs för dessa områden.

Vi är också positiva till förslaget att använda kömiljarden även till förbättringsarbete och inte enbart till att premiera uppnådda prestationskrav.

Vi välkomnar också förslagen om gemensamma lösningar, men anser att de är för få. En gemensam styrning och gemensamma tekniska lösningar är ett fundament som krävs för att uppnå jämlikhet och effektivitet i vården.

Nära vård

Det är utmärkt att utredningen betonar mer nära vård i regioner och kommuner med fokus på primärvård, men det är oklart hur detta kan implementeras med bibehållen, eller hellre förbättrad, undervisning och forskning, inte minst inom primärvården. Kontinuitet i primärvården är ett av de centrala målen, men detta gäller i hög grad även specialistvården och befrämjar såväl undervisning som forskning inom respektive verksamheter.

Medicinska fakulteten instämmer i förslaget att primärvård och specialiserad vård skall driva arbetet framåt gemensamt. Utredaren betonar särskilt att de vårdprofessionella personerna behöver ta en större övergripande ansvar för tillgängligheten, vilket är bra, om också lärare och forskare inom vården inkluderas.

Digitalisering

Förväntningar på digitalisering inom vården är (orimligt) stora, men bör anpassas till vilken verksamhet som avses. En sådan verksamhet kan fungera väl, goda exempel är digital specialistkonsult och teledermatoskopi, men måste också anpassas till en utbildningssituation. Att enbart, som beskrivs i utredningen, ”forskning behöver ingå i regionernas och kommunernas arbete med omställning till nära vård” är svagt och vagt beskrivet; inte minst då dessa aktiviteter inom kommuner är mycket begränsade.

En baksida med en ökande digitalisering av patientbesök är att det riskerar att få konsekvenser för kvaliteten på utbildning av

sjukvårdspersonal, vilket kan komma att påverka kompetensförsörjningen inom dessa områden. Vi förordar starkt att ett vetenskapligt synsätt anslås, så att förändringarna som föreslås, också följs upp och utvärderas med vetenskapliga metoder.

Ett optimalt utnyttjande av kapacitet inom vården måste balanseras så att tillgänglighetskonceptet inte påverkar kontinuiteten. Detta är framför allt viktigt ur ett patientsäkerhetsperspektiv, särskilt avseende personer med kroniska sjukdomar, men är också betydelsefullt för utbildning och forskning enligt ovan. En personalförsörjning av hög kvalitet och med kontinuitet borgar också för en god utbildning, samt faciliterar en hög forskningsaktivitet. Det är redan idag svårt att genomföra kliniska studier och kliniska prövningar inom hälso- och sjukvården i Sverige.

Hur en digital infrastruktur inom hälso- och sjukvården skall utformas och regleras har inte utredningens direktiv omfattat, utan skall genomlysas separat, vilket är olyckligt.

Bättre tekniska funktioner utvecklas kontinuerligt. Med moderna mobilapplikationer kan patienter redan idag skicka bilder och filmer, t ex av hudförändringar, samt av kliniska symptom. Det är nödvändigt också att utveckla applikationer för mobiltelefoner som är anpassade för sjukvårdens och patienternas behov och som är lättanvända också för olika kategorier av patienter, t ex för äldre, av utländsk härkomst etc. Applikationerna bör möjliggöra att information kan skickas som text, på olika språk, och att instruktionsfilmer kan skickas över för visning offline osv. Tillgängligheten kan begränsas av om de digitala plattformarna är för svåra att använda för stora patientpopulationer. Applikationerna måste uppfylla kravet på dokumentation och journalföring vid vårdkontakter.

Digitalisering erbjuder möjligheter för hälso- och sjukvården, men också utmaningar och ovisshet kring frågor som rör patientsäkerhet. För att bättre förstå hur bedömning, triagering, behandling och utvärdering kan ske patientsäkert i ett digitaliserat vårdlandskap behövs forskning som är dedikerad till dessa frågor.

Kompetenscentrum på regional nivå och akademiska tjänster med inriktning mot digital och stegvis vård är därför eftersträvansvärda.

Nationell samordning av hälso- och sjukvårdsrådgivning

Det är utmärkt med ökad nationell samordning av hälso- och sjukvårdsrådgivning. Dagens enormt spretiga situation med 21 olika lösningar, som delvis överlappar varandra, ter sig onekligen märkligt, tveksamt funktionellt, och sannolikt ineffektivt. Utvecklingen verkar dessutom nu gå åt fel håll – de olika regionerna utvecklar nu egna tjänster och tekniska lösningar för rådgivningen, vilket försvårar framtida samverkan.

Det är viktigt att man vid nationell samverkan av rådgivningen och vid utveckling av nationell digital infrastruktur beaktar betydelsen av medicinsk forskning och utveckling. Kunskapen om kvaliteten på de råd och stöd som ges idag är låg, och främst baserad på beprövad erfarenhet eller konsensus. Vi vet mycket lite om huruvida råden följs, och hur det går för de personer som fått råd och stöd. Därmed kan vi inte heller utvärdera och förbättra rådgivningens kvalitet. Vi anser att data som lagras från rådgivningen bör vara strukturerade, avseende den uppringandes problem och givna råd, att data på individnivå ska kunna kopplas till data från övriga hälso- och sjukvården, samt att samtliga data blir tillgängliga på ett enkelt sätt för FoU. En nationell digital infrastruktur kommer här att underlätta strukturerad datalagring. Problem kan emellertid uppstå genom att privata företag tillhandahåller tjänsterna, och att finansieringen ofta sker på årsbasis, vilket försvårar långsiktiga utvecklingsprojekt. En annan svårighet utgörs av koppling till regionernas olika journal- och IT-system, som dessutom ibland tenderar att bytas ut. Krav bör också kunna ställas på att ett internt råd granskar informationsinnehållet i vårdguiden, liksom på standardiserad utbildning av operatörer.

Det bör också inrättas rutiner och en tydlig organisation för granskning och kunskapsbaserad uppdatering av ett nationellt samordnat sjukvårdsrådgivningssystem, inklusive dess koppling till forskning och universitet.

Vi ser det som positivt att möjliga kontaktvägar utökas, innefattande digitala kontakter av olika slag. Samtidigt måste hänsyn tas till personer som saknar tillgång till digitala vägar. Parallellt måste också valmöjligheterna för ”gränslösa” vårdkontakter (t ex ”nätläkare”)

styras upp, dels för att värna kontinuiteten i primärvården, dels för att bevara prioriteringsordningen. Den enhet där personen är listad bör därför också svara för de digitala kontakterna.

En gemensam teknisk plattform för digitala kontakter torde öka jämlikheten i vården. Det finns dock redan idag en färdig plattform för digitala textkontakter, 1177, som skulle kunna kompletteras med video. För alla lösningar krävs dock att samtliga regioner ansluter sig. Anslutning bör således vara ett krav, vilket skulle kunna ske via författningsreglering. Kostnads- och ansvarsfördelningen mellan regionerna för en gemensam teknisk plattform måste då också lösas. Vi ser också ett behov av att analysera riskerna med de idag långa väntetiderna till sjukvårdsrådgivningen, då en betydande andel av de som kontaktar systemet behöver brådskande hjälp, som att omgående uppsöka en akutmottagning eller att kontakta 112.

Barn och ungdomspsykiatri

Utredningen beskriver att tillgängligheten till specialiserad barn- och ungdomspsykiatri sjunkit. Andelen patienter som väntat högst 90 dagar på första besök inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin har ökat under perioden 2012 till 2021. Barn- och ungdomspsykiatrin kommer att fortsätta ha ett undantag från de generella reglerna för väntetid. Nittio dagar (som gäller för andra specialistnivåer) gäller inte för BUP, utan 30.

Vi håller med utredningen om att det för barn och unga med psykiska besvär och psykiatriska tillstånd är viktigt att arbeta med hela vårdkedjan. Vården skall bli sömlös från primärvårdens första linjens vård för förebyggande av psykisk ohälsa och vård av lätta symtom, till den specialiserade vården inom barn- och ungdomspsykiatrin. För att åstadkomma detta krävs ett fortsatt utvecklings- och forskningsarbete. Det behövs även ett gott samarbete mellan alla vårdgivare, primärvård, barn och ungdomspsykiatri, habilitering och hälsa, ungdomsmottagningar, skola, socialtjänst och privata vårdgivare. Ökade kunskaper inom alla instanser och vårdnivåer är avgörande för att samarbetet skall fungera och här har universitetet en betydelsefull roll.

Digitalisering kan vara intressant i detta patientflöde, men man behöver utreda hur första linjen och den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien kan samverka. En stegvis vårdmodell är ett sätt att ge fler tillgång till evidensbaserad vård. Lågintensiva insatser kan ges i ett första skede, med möjlighet till mer intensiv behandling vid behov. Flera insatser kan fungera som steg 1 i en denna modell. Ett exempel på detta, som utnyttjar digitaliseringens potential, är internetförmiddad kognitiv beteendeterapi (IKBT). Genom att erbjuda IKBT som ett första steg kan kliniker använda sin begränsade tid till att behandla fler patienter eller fokusera på mer komplexa fall. Sverige ligger internationellt i framkant vad gäller IKBT för barn och unga med psykiatriska tillstånd, men fortsatt forskning behövs för att vetenskapligt utvärdera implementering, vårdmodeller och patientflöden.

Här vill vi omnämna behov för fortsatt satsning på kvalitetsregister. Exempelvis ger Svenska internetbehandlingsregistret SiBER möjlighet att säkra vårdens kvalitet med standardiserade mått och återkoppling till anslutna enheter. Data i registret kan även ge information om vilka patientkategorier och tillstånd som behandlingarna fungerar för samt hur behandlingarna kan utvecklas vidare.

Utredningen anser även att det är av vikt att den specialiserade vårdens kompetenser kan stötta primärvården och elevhälsan så att kunskap om psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga ökar inom dessa instanser. Vi tycker inte att utredningen tillräckligt lyfter den betydelse som undervisning och forskning har för kompetensförsörjning. För att kunna klara den ökade kompetensförsörjningen inom barn- och ungdomspsykiatri som beskrivs i utredningen, anser vi att det behövs strategiska satsningar på utbildning, från grundutbildning till specialistnivå. Idag har inte alla lärosäten i Sverige lärartjänster i ämnet barn- och ungdomspsykiatri, vilket är en förutsättning för såväl kompetenshöjande insatser som rekrytering. Undervisningen i barn och ungdomspsykiatri på nya läkarprogrammet behöver utökas. För att klara ökade utbildningssatsningar vill vi peka på behovet av utökad

antal akademiska lärartjänster på både läkar- och psykologprogrammen.

Vi håller med utredningen om att utbilda och utveckla bra ledare för hälso- och sjukvården är en av de viktigaste insatserna för god tillgänglighet i vården samt att det är ett ansvar för såväl utbildningsväsendet som samtliga regioner. Utredningen beskriver vidare att bristen på kompetens och svårigheten att rekrytera är genomgående för BUP. Här vill vi understryka betydelsen av attraktiva utvecklingsvägar såsom kombinationstjänster, dvs. klinisk tjänstgöring kombinerat med forskning i en tjänst, för kliniker inom såväl första linjen som den specialiserade barn och ungdomspsykiatrin.

Medicinska fakultetens remissvar har skrivits av Anders Beckman, Lars B. Dahlin, Ulf Ekelund, Per-Anders Fransson, Mats Jerkeman och Eva Serlachius.

Kristina Åkesson
Dekan

Birgitta Larsson
Utredare