



Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti

Sammanfattning

Utskottet ställer sig bakom regeringens förslag till ändringar i hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen.

Regeringens förslag innebär att landstingen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl ska vården få koncentreras geografiskt. Vidare föreslår regeringen att vårdgarantin inom primärvården ska stärkas. I dag är den formulerad så att den enskilde inom viss tid ska få besöka läkare. Enligt det nya förslaget ska den enskilde i stället inom en viss tid garanteras en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2019.

Utskottet föreslår vidare ett tillkännagivande till regeringen. Enligt utskottet bör regeringen ta initiativ till att skapa en samlad definition av primärvårdens uppdrag och funktion med syfte att stärka patientens tillgång till en jämlik primärvård oavsett var i landet patienten bor och återkomma till riksdagen med förslag. Utskottets förslag grundas på motionsyrkanden.

Utskottet anser att riksdagen bör avslå övriga motionsyrkanden.

I betänkandet finns 16 reservationer (S, M, SD, MP, C, V, L, KD). I en reservation (S, MP, V) föreslås att riksdagen inte ska göra något tillkännagivande till regeringen.

Behandlade förslag

Proposition 2017/18:83 Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.

15 yrkanden i följdmotioner.

Cirka 20 yrkanden i motioner från allmänna motionstiden 2015/16 och 2017/18.

Innehållsförteckning

Utskottets förslag till riksdagsbeslut	3
Redogörelse för ärendet	6
Ärendet och dess beredning.....	6
Propositionens huvudsakliga innehåll	6
Utskottets överväganden.....	7
Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.....	7
Propositionen	7
Motionerna.....	17
Utskottets ställningstagande.....	27
Reservationer	30
1. Regeringens lagförslag, punkt 1 (SD).....	30
2. Regeringens lagförslag, punkt 1 (C)	30
3. Ytterligare förslag om vårdgarantin, punkt 2 (SD, C)	31
4. Ytterligare förslag om vårdgarantin, punkt 2 (KD)	31
5. Uppföljning av den förstärkta vårdgarantin, punkt 3 (M).....	32
6. Uppföljning av den förstärkta vårdgarantin, punkt 3 (L).....	32
7. Uppföljning av den förstärkta vårdgarantin, punkt 3 (KD).....	33
8. Begreppet nära vård och primärvårdens uppdrag, punkt 4 (S, MP, V).....	34
9. Styrande principer inom hälso- och sjukvården, punkt 5 (V)	34
10. Fast läkare eller vårdkontakt, punkt 6 (M).....	35
11. Fast läkare eller vårdkontakt, punkt 6 (SD, C)	36
12. Fast läkare eller vårdkontakt, punkt 6 (L).....	36
13. Prestationsbaserat statsbidrag för att korta väntetiderna, punkt 7 (M, C, L, KD).....	37
14. Utvärdering och utvidgning av den nationella vårdgarantin, punkt 8 (M).....	38
15. Utvärdering och utvidgning av den nationella vårdgarantin, punkt 8 (SD).....	38
16. Utvärdering och utvidgning av den nationella vårdgarantin, punkt 8 (V)	39
<i>Bilaga 1</i>	
Förteckning över behandlade förslag	41
Propositionen	41
Följdmotionerna	41
Motion från allmänna motionstiden 2015/16	42
Motioner från allmänna motionstiden 2017/18	43
<i>Bilaga 2</i>	
Regeringens lagförslag	45

Utskottets förslag till riksdagsbeslut

1. Regeringens lagförslag

Riksdagen antar regeringens förslag till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),
2. lag om ändring i patientlagen (2014:821).

Därmed bifaller riksdagen proposition 2017/18:83 punkterna 1 och 2 samt avslår motionerna

2017/18:3983 av Per Ramhorn m.fl. (SD) och

2017/18:3989 av Anders W Jonsson (C) yrkande 1.

Reservation 1 (SD)

Reservation 2 (C)

2. Ytterligare förslag om vårdgarantin

Riksdagen avslår motionerna

2017/18:3987 av Emma Henriksson m.fl. (KD) yrkandena 2–4 och

2017/18:3989 av Anders W Jonsson (C) yrkande 2.

Reservation 3 (SD, C)

Reservation 4 (KD)

3. Uppföljning av den förstärkta vårdgarantin

Riksdagen avslår motionerna

2017/18:3987 av Emma Henriksson m.fl. (KD) yrkande 5,

2017/18:3988 av Bengt Eliasson m.fl. (L) yrkande 2 och

2017/18:3990 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M) yrkande 2.

Reservation 5 (M)

Reservation 6 (L)

Reservation 7 (KD)

4. Begreppet nära vård och primärvårdens uppdrag

Riksdagen ställer sig bakom det som utskottet anför om att regeringen bör ta initiativ till att skapa en samlad definition av primärvårdens uppdrag och funktion med syfte att stärka patientens tillgång till en jämlik primärvård oavsett var i landet patienten bor och återkomma till riksdagen med förslag och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motionerna

2017/18:3421 av Cecilia Widegren m.fl. (M) yrkandena 7 och 10,

2017/18:3568 av Ulf Kristersson m.fl. (M) yrkandena 9 och 10,

2017/18:3651 av Emma Henriksson m.fl. (KD, M, C, L) yrkande 3 och

2017/18:3987 av Emma Henriksson m.fl. (KD) yrkande 1.

Reservation 8 (S, MP, V)

5. **Styrande principer inom hälso- och sjukvården**

Riksdagen avslår motionerna

2017/18:2147 av Lars Mejern Larsson m.fl. (S) yrkandena 1–3 och

2017/18:3982 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkandena 1 och 2.

Reservation 9 (V)

6. **Fast läkare eller vårdkontakt**

Riksdagen avslår motionerna

2017/18:3421 av Cecilia Widegren m.fl. (M) yrkande 9,

2017/18:3568 av Ulf Kristersson m.fl. (M) yrkande 8,

2017/18:3685 av Annie Lööf m.fl. (C) yrkande 56,

2017/18:3988 av Bengt Eliasson m.fl. (L) yrkande 1 och

2017/18:3990 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M) yrkande 3.

Reservation 10 (M)

Reservation 11 (SD, C)

Reservation 12 (L)

7. **Prestationsbaserat statsbidrag för att korta vårdköerna**

Riksdagen avslår motionerna

2017/18:3651 av Emma Henriksson m.fl. (KD, M, C, L) yrkande 1 och

2017/18:3990 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M) yrkande 1.

Reservation 13 (M, C, L, KD)

8. **Utvärdering och utvidgning av den nationella vårdgarantin**

Riksdagen avslår motionerna

2015/16:3226 av Cecilia Widegren m.fl. (M) yrkande 52,

2017/18:802 av Rikard Larsson m.fl. (S) yrkande 4,

2017/18:1638 av Per Ramhorn m.fl. (SD) yrkandena 24, 28, 53, 75 och 80,

2017/18:2940 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 2,

2017/18:3421 av Cecilia Widegren m.fl. (M) yrkande 2 och

2017/18:3568 av Ulf Kristersson m.fl. (M) yrkande 2.

Reservation 14 (M)

Reservation 15 (SD)

Reservation 16 (V)

Stockholm den 24 april 2018

På socialutskottets vägnar

Emma Henriksson

Följande ledamöter har deltagit i beslutet: Emma Henriksson (KD), Anna-Lena Sörenson (S), Camilla Waltersson Grönvall (M), Lennart Axelsson (S), Katarina Brännström (M), Catharina Bråkenhielm (S), Per Ramhorn (SD), Amir Adan (M), Mikael Dahlgvist (S), Anders W Jonsson (C), Jan Lindholm (MP), Kristina Nilsson (S), Carina Ståhl Herrstedt (SD), Barbro Westerholm (L), Karin Rågsjö (V), Hans Hoff (S) och Ann-Britt Åsebol (M).

Redogörelse för ärendet

Ärendet och dess beredning

I betänkandet behandlar utskottet regeringens proposition 2017/18:83 Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti, 15 yrkanden i följdmotioner och 22 yrkanden i motioner från allmänna motionstiden 2015/16 och 2017/18.

Regeringens förslag till riksdagsbeslut och förslagen i motionerna finns i bilaga 1. Lagförslagen finns i bilaga 2.

I propositionen finns en redogörelse för ärendets beredning fram till regeringens beslut om propositionen.

Propositionens huvudsakliga innehåll

Propositionen är ett första steg i regeringens avsedda omstrukturering av hälso- och sjukvården där primärvården ska bli den tydliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården.

I propositionen görs bedömningen att alla vårdens intressenter och aktörer bör sträva åt samma håll i omstruktureringen av hälso- och sjukvården. En förflyttning bör ske från dagens sjukhustunga hälso- och sjukvård till en förstärkt första linjens hälso- och sjukvård. Grunden är en god och nära vård som tydligt utgår från patientens behov.

I propositionen föreslår regeringen en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) om att landstingen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl får vården koncentreras geografiskt.

Vidare föreslås att vårdgarantin inom primärvården ska stärkas. I dag är den formulerad så att den enskilde inom viss tid ska få besöka läkare. Enligt det nya förslaget ska den enskilde i stället inom en viss tid garanteras en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det är patientens behov som ska styra vilken yrkesgrupp hon eller han får träffa. Syftet är att använda så mycket som möjligt av den kompetens som finns inom primärvården för att på bästa sätt möta patienternas behov. Fördelarna med detta är att patienten snabbare får träffa någon med den kompetens man har störst behov av och att läkartid kan frigöras för de patienter som har behov av en läkare.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2019.

Utskottets överväganden

Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen antar regeringens lagförslag och avslår motionsyrkanden om avslag och delvis avslag på propositionen. Vidare ställer sig riksdagen bakom det som utskottet anför om att regeringen bör ta initiativ till att skapa en samlad definition av primärvårdens uppdrag och funktion med syfte att stärka patientens tillgång till en jämlik primärvård oavsett var i landet patienten bor och återkomma till riksdagen med förslag, och detta tillkännager riksdagen för regeringen. Riksdagen bifaller därmed sex motionsyrkanden. Motionsyrkanden om styrande principer inom hälso- och sjukvården, fast läkare eller vårdkontakt, medicinsk bedömning inom primärvården, uppföljning av den förstärkta vårdgaranti och prestationsbaserat statsbidrag avslås.

Jämför reservation 1 (SD), 2 (C), 3 (SD, C), 4 (KD), 5 (M), 6 (L), 7 (KD), 8 (S, MP, V), 9 (V), 10 (M), 11 (SD, C), 12 (L), 13 (M, C, L, KD), 14 (M), 15 (SD) och 16 (V).

Propositionen

En god och nära vård

Bakgrund

Regeringen anför att propositionen är ett första steg i regeringens avsedda omstrukturering av hälso- och sjukvården där primärvården ska bli den tydliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) första delbetänkande God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53) utgör grunden för propositionen. Utredningen ska lämna ytterligare två betänkanden 2018 och 2019. I utredningens uppdrag ligger bl.a. att, i dialog med företrädare för samtliga landsting, myndigheter och andra berörda aktörer, utarbeta och presentera en nationell plan för primärvården för en ökad närhet till patienten.

Regeringen anför i propositionen att hälso- och sjukvården i Sverige enligt flera olika internationella jämförelser uppnår medicinska resultat i världsklass. Ytterligare andra undersökningar, bl.a. från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys), visar emellertid att det också finns stora utmaningar t.ex. när det gäller tillgänglighet, kontinuitet och patienternas upplevelse av delaktighet. I betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) anger

utredaren att Sverige har ett sjukhustungt system som i mångt och mycket är uppbyggt utifrån att möta, diagnostisera och behandla patienter med akuta sjukdomstillstånd. Denna typ av insatser har hälso- och sjukvårdssystemet hanterat väl, men befolkningens behov har över tid förändrats både på grund av den medicinska utvecklingen och förbättrade levnadsvillkor. Medellivslängden ökar och med ökande ålder drabbas fler av kroniska sjukdomar som de behöver hälso- och sjukvårdens hjälp att hantera under lång tid. Dessutom ökar befolkningens storlek. Det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet bedöms framöver, enligt betänkandet Effektiv vård, inte förmå att använda de begränsade resurserna på ett tillräckligt effektivt sätt med bibehållen eller förbättrad vårdkvalitet.

Om Sverige ska bibehålla och öka kvaliteten i hälso- och sjukvården, möta den demografiska utvecklingen och samtidigt ha kontroll på kostnaderna i vården går det, enligt regeringen, inte att fortsätta att tillhandahålla vård och omsorg på samma sätt som i dag. Givet de begränsade resurserna finns det i dag ett behov av att i möjligaste mån effektivisera hälso- och sjukvårdens insatser och styra resurserna dit där de gör mest nytta för patienterna. Ett personcentrerat synsätt bygger på att se hela personens samlade vårdbehov. Primärvården är den vårdnivå som, tillsammans med delaktiga patienter, borde ha bäst förutsättningar att tillgodose det. I betänkandet Effektiv vård görs bedömningen att en förstärkning av primärvården är nödvändig och att det sannolikt är den enskilt viktigaste åtgärd som hälso- och sjukvården kan vidta för att minska ojämlikheten i hälsa bland befolkningen. Kommissionen för jämlik hälsa instämmer också i att en välfungerande primärvård är särskilt viktig för att åstadkomma en jämlik hälsa (SOU 2017:47). Personer med sämre socioekonomiska förutsättningar kontakter enligt Vårdanalys primärvården i högre grad än befolkningen i övrigt. Att stärka primärvården så att den har förutsättningar att erbjuda en vård av högre kvalitet kan alltså särskilt komma att gynna dessa grupper och därigenom leda till en mer jämlik vård. Primärvården är också den del av hälso- och sjukvården som enligt utredningen borde ha bäst förutsättningar att se till personers samlade vårdbehov.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har i betänkandet God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53) presenterat en färdplan för omstruktureringen som sträcker sig över tio år. Att förändra ett komplext system på ett hållbart sätt med bibehållen kvalitet behöver få ta tid. Många olika typer av förändringar behöver göras i många steg och i olika skeden. Det är avgörande att alla berörda aktörer förmår att samverka och att hålla engagemanget levande både på kort och på lång sikt.

En gemensam målbild för en god och nära vård

Regeringen bedömer att alla vårdens intressenter och aktörer bör sträva åt samma håll i omstruktureringen av svensk hälso- och sjukvård. En förflyttning bör ske från dagens sjukhustunga hälso- och sjukvård till en förstärkt första linjens hälso- och sjukvård. Grunden är en god och nära vård som tydligt utgår från patientens behov.

Som anförts ovan kan vård och omsorg inte organiseras på samma sätt som i dag, om Sverige ska bibehålla eller öka kvaliteten i hälso- och sjukvården, möta den demografiska utvecklingen och samtidigt ha kontroll på kostnaderna. Det krävs en förändring av strukturen och sättet att organisera som utgår från patientens behov och möjlighet till patientmedverkan för att åstadkomma såväl ökad kvalitet som bättre tillgänglighet och effektivare resursutnyttjande. Hälso- och sjukvården behöver bli mer jämlik. Det måste finnas förutsättningar att använda bästa tillgängliga kunskap i varje patientmöte, möjlighet att följa upp medicinska resultat och möjlighet att i högre grad utnyttja digitaliseringens möjligheter för att förbättra kvalitet, effektivitet och tillgänglighet. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver reformeras så att mer resurser styrs till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienter och komplexiteten i sjukdomstillstånd. En förstärkning av primärvården är nödvändig.

För att primärvården ska kunna utgöra en verklig första linjens hälso- och sjukvård är det enligt regeringen mycket viktigt att utveckla och förstärka den. Detta krävs för att möta patienternas behov och uppnå en socialt och ekonomiskt hållbar hälso- och sjukvård med ökad kontinuitet och tillgänglighet. En starkare och mer tillgänglig primärvård kan avlasta sjukhusens akutmottagningar. Den önskade utvecklingen ställer nya krav på primärvårdens utformning och innehåll, där dagens ohälsoutmaningar måste få utrymme att tas om hand på ett annat sätt än i dag. Ett nytt sjukvårdssystem med primärvården som tydlig bas måste också vara organiserat för att möta behovet av stärkt kontinuitet och tillgänglighet. I och med att mer vård ska bedrivas utanför sjukhusens väggar kommer det att behövas en förflyttning av kompetenser från akutsjukhusen ut till den nya nära vården. En av anledningarna till att tidigare försök till förstärkning av primärvården inte fallit så väl ut kan vara att behovet av denna kompetensförflyttning har underskattats. Sjukhusvårdens organisering är liksom läkarkåren uppbyggd utifrån olika medicinska specialiteter. Primärvård och övrig öppen vård behöver bli en mer attraktiv arbetsplats för läkare och annan personal med tydligare utvecklingsmöjligheter och karriärvägar. Det behöver finnas goda förutsättningar för att bedriva utbildning och forskning.

Regeringen bedömer att det är viktigt att redan tidigt i detta omfattande omstruktureringsarbete enas om, och sluta upp bakom, en gemensam grundläggande målbild. Denna målbild kan sedan stegvis fördjupas och specificeras under arbetets gång. Svensk hälso- och sjukvårds utmaningar finns på många olika nivåer och områden, såväl inom styrning och ledning som inom verksamhet och administration. Därför krävs ett samordnat arbete som involverar många olika aktörer i riktning mot en gemensam målbild som vårdens olika intressenter och aktörer principiellt kan stå bakom. Engagemanget och uthålligheten från samtliga aktörer i systemet är avgörande. Det är nödvändigt om verkliga, hållbara förändringar ska kunna uppnås för hela befolkningen. Målbilden involverar två centrala begrepp: god vård och nära vård.

God vård

God vård är en övergripande beskrivning av hur vården ska bedrivas för att uppfylla kraven i HSL. Vården ska enligt 5 kap. 1 § HSL särskilt vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och vara lätt tillgänglig.

Begreppet god vård, i nuvarande och tidigare form, är inarbetat i sjukvårdens ledningssystem för kvalitet, i dag reglerat i Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och ligger till grund för Socialstyrelsens arbete med bl.a. nationella indikatorer för god vård.

Nära vård

Nära vård är en term som används såväl i betänkandet Effektiv vård ("närvård") som i arbetet hos flera av vårdens huvudmän, och som beskriver hur vården i allt större utsträckning förflyttas från byggnaden "sjukhuset" och ut i andra vårdformer: till vårdcentral, hälsocentral, andra former av externt belägna specialistmottagningar, sjukstugor, mobila team, digitala lösningar eller patientens hem. Att vården är nära kan ibland innebära geografiskt nära, ibland kan närheten också åstadkommas med hjälp av tekniska och digitala lösningar. Enligt direktiven till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) ska ett nationellt uppdrag för primärvården formuleras i ett kommande delbetänkande. Utredningen anger i det första delbetänkandet att en gemensam definition av begreppet nära vård kommer att formuleras i samband med detta.

Styrande principer för vårdens organisation

Regeringen föreslår i propositionen att landstingen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt. Regeringen bedömer att vården i första hand bör ges som öppen vård.

I 5 § i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) angavs att det för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska finnas sjukhus, att vård som ges under intagning benämns slutna vård och att annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. I betänkandet Effektiv vård kritiserades paragrafen för att vara föråldrad och bidragande till ett alltför sjukhuscentrerat hälso- och sjukvårdssystem. Utredningen ansåg bl.a. att lagstiftningen inte överensstämde med den inriktning av hälso- och sjukvårdssystemet som är mest effektiv ur ett resursperspektiv (SOU 2016:2 s. 357 f.). Sedan den 1 april 2017 gäller i stället den nya hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. I denna lag har bl.a. bestämmelsen om att det ska finnas sjukhus placerats efter bestämmelsen om hur landstingen ska organisera primärvården (7 kap. 3 och 4 §§ HSL). Enligt regeringens mening utgår den nya HSL inte i samma utsträckning från sjukhusvårdens perspektiv. Det finns dock

fortfarande ett behov av att i lag införa grundläggande styrande principer för hur vården bör organiseras, som ett stöd för att alla inblandade aktörer strävar åt samma håll i omstruktureringen av vården. Som konstateras ovan kräver en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård att fokus skiftas från dagens sjukhustunga hälso- och sjukvård till en förstärkt första linjens hälso- och sjukvård. Enligt regeringen är det angeläget att i lagstiftningen markera den inriktning som eftersträvas.

Regeringen bedömer således att det i lagstiftningen behövs en bestämmelse om att vården ska ges nära invånarna. Även i fortsättningen ska vården i första hand finnas fysiskt nära patienterna. I allt större utsträckning kommer dock vården framöver att distribueras via olika tekniska lösningar. Målsättningen med denna förändring är att åstadkomma en större flexibilitet, där patientens behov med större individuell utformning och anpassning kan tillgodoses av vården.

Det finns tillfällen när vården av olika skäl inte kan finnas fysiskt nära alla i befolkningen utan behöver koncentreras geografiskt. Regeringen har nyligen presenterat förslag till ändringar i HSL som innebär en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården. Den nya processen ska fr.o.m. den 1 juli 2018 ersätta systemet med rikssjukvård och den nationella nivåstruktureringen av cancervården (prop. 2017/18:40, bet. 2017/18:SoU18, rskr. 2017/18:176).

Det kan också finnas t.ex. budgetmässiga eller samhällsekonomiska skäl för en geografisk centralisering. Det finns en gräns för hur mycket vård som distribueras på ett visst sätt kan få kosta, jämfört med andra skattefinansierade behov. Detta är enligt regeringen svåra prioriteringar, där målkonflikter mellan olika perspektiv kan uppkomma och måste hanteras.

Enligt regeringen behöver en bestämmelse om nära vård inte gälla exempelvis den kommunala hälso- och sjukvården, elevhälsovården eller den hälso- och sjukvård som ges med staten som huvudman eftersom den redan ges nära människor. Vidare bör bestämmelsen inte heller gälla inom privat verksamhet utan offentlig finansiering.

Tillgängligheten i primärvården behöver öka

Dagens vårdgaranti (0-7-90-90)

Bestämmelser om vårdgaranti finns i dag i 9 kap. HSL, 2 kap. 3 § patientlagen och 6 kap. hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Två av vårdgarantins fyra delar riktar sig mot primärvården. Landstingen ska garantera en kontakt med primärvården samma dag som patienten söker hjälp (0). Det kan ske via telefon eller genom besök. Landstingen ska också garantera ett läkarbesök inom primärvården. Om vårdgivaren bedömer att patienten behöver träffa en läkare, ska patienten få en tid inom sju dagar från det att han eller hon har tagit kontakt (7). De två övriga delarna av vårdgaranti rör besök och behandling i planerad specialiserad vård. Om man får en remiss till den planerade specialiserade vården, ska man få en tid för besök inom 90 dagar (90) från det att remissen utfärdats. Om man sökt vård utan remiss, ska man få besöka en

specialist inom 90 dagar från det att man sökt kontakt med den specialiserade vården. Efter beslut om behandling, t.ex. en operation, ska man få en tid till detta inom 90 dagar (90). I dessa tidsfrister ska det inte räknas in tid då den enskilde av medicinska skäl inte kan ges vård, utnyttjar sin möjlighet att välja vård i ett annat landsting eller frivilligt avstår från vård.

Om landstinget inte uppfyller besöksgarantin inom den specialiserade vården eller behandlingsgarantin, ska landstinget se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare. Det kan vara inom det egna landstinget eller hos något annat landsting/region. Detta ska ske utan merkostnad för patienten. Man kan avstå från detta erbjudande och välja att vänta längre. Om man senare ångrar sig kan man alltid kontakta sin vårdgivare på nytt. Vårdgarantin börjar då gälla från detta datum. Vårdgarantin gäller inte för medicinsk service såsom laboratorie- och röntgenundersökning, utredningar och undersökningar, hjälpmedelsförsörjning med undantag av utprovning av hörapparater och återbesök.

Av förarbetena till bestämmelserna om vårdgaranti i den förra hälso- och sjukvårdslagen (prop. 2009/10:67 s. 39 f.) framgår tydligt att vårdgarantin inte reglerar om vård ska ges eller vilken vård som kan komma i fråga. I stället är vårdgarantin i allt väsentligt en garanti som anger den tid som en patient längst ska behöva vänta för att få kontakt, besök eller behandling. Vårdgarantin för varje enskilt fall vilar på beslut av den medicinska professionen. I primärvården är det alltså en garanti om kontakt och besök inom en viss tid.

Av 9 kap. 3 § HSL framgår att landstingen ska rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas. Denna rapporteringsskyldighet ska enligt 6 kap. 3 § hälso- och sjukvårdsförordningen fullgöras genom att landstingen lämnar uppgifter om väntetider till den nationella väntetidsdatabas som förs av SKL (www.vantetider.se). Varje landsting ansvarar för att uppgifter lämnas enligt de instruktioner och fastställda definitioner som tillhandahålls av SKL och är ansvarigt för att uppgifter som lämnas till databasen är aktuella, tillförlitliga och kvalitetssäkrade.

Mätningen för väntetider till läkarbesök i primärvården genomförs varje år under två veckor på våren respektive hösten. Det har tidigare riktats kritik mot den metod som använts för inrapportering av väntetider. Kritiken har framför allt gällt tillförlitligheten och hur representativ mätningen är mot bakgrund av att det varit känt när i tiden mätningarna skulle ske. På så sätt har vårdcentralerna haft möjlighet att planera sin verksamhet för att öka tillgängligheten under de specifika mätperioderna. Under senare år har det skett en positiv utveckling och i dagsläget bedöms tillförlitligheten vara högre än tidigare. I dag redovisar 16 landsting tillgängligheten månatligen via automatiserade överföringar. SKL gör därefter uttagen av resultaten för de två veckor som SKL beslutat att mätningarna ska gälla. Fem landsting rapporterar fortfarande in data för de aktuella veckorna ”manuellt”. Information om vilka veckor som är aktuella lämnas så sent som möjligt för att undvika att vårdcentralerna planerar verksamheten på ett sätt som påverkar resultaten.

Målet är att samtliga landsting i framtiden ska redovisa tillgängligheten till allmänläkarbesök varje månad via automatiserade överföringar.

Vem patienten får träffa avgörs i dag vid den första kontakten med vården. Dagens vårdgaranti utesluter inte att patienten träffar personal från någon annan yrkesgrupp än läkare när han eller hon söker primärvården. I dag träffar dock patienten ofta personal ur dessa yrkesgrupper efter att först ha träffat läkare på vårdcentralen. Patienter med behov som passar dessa yrkesgruppers kompetens skulle enligt regeringen snabbare kunna få hjälp med sitt problem om de fick möta dem direkt. Om patienten efter en första kontakt med primärvården bokas in hos någon annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare, är emellertid inte vårdgarantins tidsgräns tillämplig enligt dagens vårdgaranti. Besöket syns inte i den nationella statistiken i väntetidsdatabasen och det är därför svårt att säga något om hur tillgängligheten till dessa yrkesgrupper är och hur stor andel av nybesöken som sker hos dem. Däremot finns nationell statistik som visar på hur det totala antalet besök i primärvården fördelar sig mellan olika yrkesgrupper. Av den framgår t.ex. att av drygt 42 miljoner besök i primärvården under 2016 var en dryg tredjedel läkarbesök. Av de ca 27,6 miljoner besök som sker hos andra professionsgrupper än läkare, är ungefär hälften besök hos en sjuksköterska eller barnmorska (13,7 miljoner) och en tredjedel besök hos fysioterapeuter och arbetsterapeuter (8,6 miljoner). Av resterande 5,4 miljoner besök sker många hos undersköterskor och psykologer.

En förstärkt vårdgaranti inom primärvården

Regeringen föreslår i propositionen att den enskilde inom en viss tid ska få en medicinsk bedömning av en läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården.

En stärkt vårdgaranti i primärvården innebär enligt regeringen principiellt viktiga steg i riktning mot regeringens målbild av en god och nära vård. Patienterna ska inte behöva känna att de måste vända sig till sjukhusens akutmottagningar för att få en första kontakt och en väg in i vården för problem som skulle kunna avhjälpas i primärvården. En mer tillgänglig primärvård och förbättrade möjligheter att få rätt vård på rätt nivå i hälso- och sjukvårdssystemet kommer på sikt att avlasta akutsjukvården och den öppna specialistvården och därmed ge ökad tillgänglighet även i dessa delar av vården.

Regeringen instämmer med utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård i att det tydligare bör öppnas upp för andra sätt att förmedla vård än det fysiska besöket. Regeringen föreslår därför att besöksgarantin inom primärvården ersätts av en bestämmelse om att patienten inom en viss tid ska få en medicinsk bedömning. Genom att gå från en besöks- till en bedömningsgaranti görs vårdgarantin behovsstyrd vad gäller vårdens förmedlingsform. Det är inte likgiltigt vilken förmedlingsform vårdcentralen använder. Beroende på den enskildes situation, behov och individuella förutsättningar kan det spela stor roll på vilket sätt bedömningen görs och

kommuniceras. Bedömningen ska ges via den förmedlingsform som ger patienten störst värde och tillfredsställer patientens behov av förståelig information. Om det är ändamålsenligt kan inhämtande av information och i vissa fall t.o.m. undersökning ske på distans genom någon form av teknisk lösning, och bedömningen om diagnos och/eller vårdbehov kan på samma sätt förmedlas på distans om det är lämpligt. I de flesta fall får man dock räkna med att det är det fysiska besöket som i närtid kommer att vara det vanligaste valet och även den form av kontakt som många patienter föredrar. Det avgörande är en strävan att låta kommunikationen ske alltmer på patientens villkor och inte bara utifrån vad som av tradition varit mest praktiskt eller effektivt för vårdinrättningen.

Genom att betona den medicinska bedömningen vill regeringen poängtera det kvalitetsmässiga innehållet ur ett patientperspektiv jämfört med det mer passiva begreppet besök. Det bör noteras att en patient redan i dag får flera bedömningar i samband med kontakten med vårdcentralen. En typ av bedömning sker i samband med den första kontakten, den s.k. nollan i vårdgarantin. Där sker bedömningen av om patientens tillstånd är sådant att vidare kontakt med vårdcentralen är befogad, dvs. att garantin till besök i primärvården aktiveras. Den medicinska bedömning som avses i förslaget syftar dock inte på denna första kontakt utan på den medicinska bedömning som görs av personal ur den yrkesgrupp som patienten därefter möter inom ramen för vårdgarantin.

Termen ”medicinsk bedömning” finns i 2 kap. 2 § patientlagen och samma uttryckssätt fanns även i den gamla hälso- och sjukvårdslagen. Av förarbetena framgår att en så tidig bedömning som möjligt är grundläggande för det framtida behandlingsresultatet samt att den första bedömningen bör göras av väl kvalificerad personal med hög kompetens (prop. 1996/97:60 s. 40). En medicinsk bedömning är inte något som enbart kan göras av läkare. Det avgörande är att bedömningen görs av någon med tillräcklig kompetens för att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Det medicinska yrkesansvaret innebär att var och en som arbetar inom vården har ett ansvar för sina egna bedömningar, beslut och åtgärder inom yrkesutövningen. Den som innehar en legitimation har dessutom ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården och kan få sin legitimation indragen om han eller hon missköter sig allvarligt.

I en utvecklad och förstärkt primärvård kommer det enligt regeringen att vara nödvändigt att nyttja befintlig kompetens så bra som möjligt och att utveckla arbetssätten efter patientens behov. Regeringen anför att det är viktigt att den som gör den medicinska bedömningen har den kompetens och behörighet som behövs för det av patienten sökta ändamålet. Inom primärvården finns det ett antal legitimerade yrkesgrupper med specifik yrkeskompetens, t.ex. sjuksköterskor, fysioterapeuter, apotekare och psykologer. I dagens system träffar patienten ofta personal ur dessa yrkesgrupper efter att först ha träffat läkare på vårdcentralen. Patienter med

behov som bäst avhjälpas av dessa kompetenser kan snabbare få hjälp om de får möta dem direkt.

I propositionen konstateras att ett par remissinstanser lyfter risken för att exempelvis patienter med kroniska sjukdomar ska drabbas av undanträngningseffekter. Regeringen vill poängtera att vårdgarantin liksom tidigare inte är överordnad den etiska plattformens principer. Den med störst behov ska ges företräde till vården. Det är också rimligt att det är patientens behov som avgör vilken profession som patienten ska träffa och inte lagstiftningen.

Vidare anförs att flera remissinstanser anser att begreppet medicinsk bedömning bör förtydligas så att det framgår att bedömningen innefattar mer än en bedömning av patientens vårdbehov. De har uttryckt oro för att den medicinska bedömningen kanske inte kommer att följas av en åtgärd eller diagnos och att besöken får karaktären av ”kulissbesök” för att uppfylla vårdgarantin. Regeringen konstaterar att det inom den nuvarande garantin om att få besöka läkare naturligtvis ingår att läkaren, förutom att rent fysiskt ta emot patienten, även gör en medicinsk bedömning och vidtar de övriga konkreta och adekvata åtgärder som bör och kan vidtas vid besöket. Detta får anses ingå i yrkesansvaret. Samma utgångspunkt bör gälla även i fråga om den medicinska bedömningen. Regeringen förutsätter således att en medicinsk bedömning enligt den föreslagna bestämmelsen i praktiken får en vidare innebörd än en ren bedömning av patientens hälsotillstånd och vårdbehov. Vilka åtgärder som kan vidtas i samband med den medicinska bedömningen beror dock bl.a. på vilken profession som den hälso- och sjukvårdspersonal som gör bedömningen tillhör.

Användningen av begreppet ”medicinsk bedömning” ifrågasätts av några remissinstanser, såsom Vårdförbundet som anser att det kan uppfattas som onödigt inskränkande till kunskapsområdet medicin medan andra yrkesgrupper kanske gör sina bedömningar utifrån andra kunskapsområden. Regeringen vill framhålla att avsikten med förslaget är att vårdgarantin i denna del ska vara professionsneutral. Begreppet omfattar således inte uteslutande bedömningar av medicinskt utbildad personal i uttryckets strikta betydelse. Det kan konstateras att ordet ”medicinsk” används i flera andra författningar på hälso- och sjukvårdsområdet utan att tillämpningsområdet begränsats, se exempelvis definitionerna av hälso- och sjukvård och primärvård i 2 kap. 1 respektive 6 §§ HSL. I förarbetena till den gamla hälso- och sjukvårdslagen anges för övrigt att med medicinskt utbildad personal avses även personal vars utbildning inriktas på patientomvårdnad och rehabilitering (prop. 1981/82:97 s. 44).

Vissa remissinstanser föreslår att den nuvarande garantin om att inom viss tid få besöka en läkare ska gälla parallellt med den nya bestämmelsen om medicinsk bedömning. Regeringen konstaterar att det saknas underlag att i detta lagstiftningsärende föreslå en sådan ordning.

Att på ett patientsäkert sätt styra patienten mot rätt profession innebär enligt regeringen utmaningar som behöver tas på största allvar. Lokalt behöver vården säkerställa strukturer för hur patientens behov styrs till rätt vård-

kompetens. Några remissinstanser uttrycker oro för att patienter som behöver träffa en läkare hänvisas till andra professioner och att detta skulle innebära att kompromissa med patientsäkerheten. Regeringen bedömer att denna oro bör tas på allvar och att det bl.a. är viktigt att den funktion som sköter triageringen, dvs. bedömningen och prioriteringen av patienters vårdbehov, har tillgång till ett väl fungerande beslutsstöd. Redan i dag sköter ofta erfarna sjuksköterskor eller distriktssköterskor triageringen, och framöver kommer de sannolikt i ökad utsträckning att ha behov av goda möjligheter att samråda med olika kompetenser på plats.

Regeringen vill framhålla vikten av att vårdgarantin kontinuerligt följs upp och utvärderas för att man sedan, på basis av bättre kunskap, ska kunna ta nya steg för att ytterligare stärka tillgängligheten och förbättra uppföljningen. Den ökade omfattningen av vårdgarantin kommer enligt regeringen att ge förbättrade möjligheter till detta genom att även tillgången till övriga legitimerade yrkesgrupper inom primärvården än läkare rapporteras kontinuerligt, då uppföljningen via väntetidsdatabasen också kommer att inkludera dem.

Ikraftträdande

De föreslagna lagändringarna utgör tillsammans de första stegen i en önskad omstrukturering av svensk hälso- och sjukvård. För att ge utrymme för förberedelser hos huvudmännen, föreslår regeringen att lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2019.

Övergripande konsekvenser av förslagen

Både förslaget om styrande principer och förslaget om en förstärkt vårdgaranti innebär viktiga steg i omstruktureringen av hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Regeringens förslag syftar till att bättre möta dagens ohälsoutmaningar samtidigt som de gemensamma resurserna används mer effektivt. Regeringen bedömer att förslaget om styrande principer kan anses begränsa den kommunala självstyrelsen men att förslaget anger en inriktning för organiseringen av hälso- och sjukvården på ett övergripande plan och inte är detaljstyrande. Regeringens förslag om en förstärkt vårdgaranti i primärvård bedöms innebära en ökad frihet för huvudmännen att organisera sin verksamhet eftersom förslaget inte, som dagens besöksgaranti, styr patienten till en specifik yrkesgrupp (läkare) utan breddar till att inkludera övriga legitimerade professioner. Regeringen bedömer att båda förslagen skapar behov av förändrade arbetssätt som t.ex. omfördelning av arbetsuppgifter, s.k. arbetsväxling mellan olika yrkesgrupper eller mellan olika vårdnivåer. Regeringen bedömer att förslagen innebär en omfördelning av ekonomiska och personella resurser snarare än ett behov av omfattande tillskott och nyanställningar. Sett över tid innebär båda förslagen en betydande besparingspotential för hälso- och sjukvården.

Motionerna

Avslag på propositionen

I motion 2017/18:3989 av Anders W Jonsson (C) föreslås i yrkande 1 att riksdagen avslår proposition 2017/18:83. Motionären motsätter sig förslaget att ge patienten rätt till en medicinsk bedömning av en läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Svaret på krisen i primärvården och den akuta läkarbristen är enligt motionären inte att ta bort patientens rätt att träffa en läkare.

Förstärkt vårdgaranti

I kommittémotion 2017/18:3983 av Per Ramhorn m.fl. (SD) föreslås att riksdagen avslår propositionen i de delar den avser ändringar i 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 2 kap. 3 § patientlagen (2014:821). Motionärerna anser bl.a. att förslaget om att en medicinsk bedömning kan göras av annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal än läkare kommer att leda till ett försämrat värdeerbjudande och på sikt riskerar att urholka förtroendet för primärvården.

I motion 2017/18:3989 av Anders W Jonsson (C) föreslås i yrkande 2 ett tillkännagivande om att skärpa vårdgarantin och ge patienter rätt till läkarbedömning inom tre dagar. Motionären motsätter sig regeringens förslag om att en medicinsk bedömning kan göras av annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal än läkare. Motionären vill i stället se en skärpt vårdgaranti som ger patienten rätt till en läkarbedömning inom tre dagar.

I kommittémotion 2017/18:3987 av Emma Henriksson m.fl. (KD) yrkande 2 föreslås ett tillkännagivande om att ytterligare förstärka vårdgarantin. I yrkande 3 föreslås ett tillkännagivande om att vårdgarantin bör ge patienter rätt till bedömning av rätt vårdprofession inom 24 timmar. Motionärerna anser att bedömningen ska ske inom 24 timmar, i stället för inom tre dagar som regeringen föreslår. I yrkande 4 föreslås ett tillkännagivande om att rätten att träffa en läkare inom viss tid inte ska minska. Syftet med den förändrade vårdgarantin bör enligt motionärerna vara att stärka rätten till bedömning hos andra vårdprofessioner än läkare – utan att minska rätten att träffa en läkare då det behövs.

Uppföljning av den förstärkta vårdgarantin

I kommittémotion 2017/18:3990 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M) föreslås i yrkande 2 ett tillkännagivande om kontinuerlig uppföljning av den förstärkta vårdgarantin. Motionärerna anför att det behövs en tidig första kontrollstation för att säkerställa att alla patienter som så önskar får komma i kontakt med en läkare och för att i övrigt följa upp att den förstärkta vårdgarantin efterlevs.

Även i kommittémotion 2017/18:3988 av Bengt Eliasson m.fl. (L) yrkande 2 föreslås ett tillkännagivande om en utvärdering av den breddade

vårdgarantin. Motionärerna anför att de farhågor som förts fram bör tas på stort allvar. Effekterna av den nya vårdgarantin behöver följas noga, så att den i praktiken inte urholkas. Motionärerna anser att en utvärdering bör göras inom två år från ikraftträdandet, med beredskap att förtydliga lagen om den visar sig ha haft oönskade konsekvenser.

I kommittémotion 2017/18:3987 av Emma Henriksson m.fl. (KD) yrkande 5 föreslås ett tillkännagivande om att följa upp hur förändringen av vårdgarantin påverkar dess tillämpning när det gäller rätten att träffa en läkare. Det finns en risk att tillgängliga resurser lokalt kommer att styra vilken vårdprofession patienten får möta snarare än vårdbehovet. Detta skulle öka de regionala skillnaderna ytterligare.

Begreppet nära vård och primärvårdens uppdrag

I kommittémotion 2017/18:3651 av Emma Henriksson m.fl. (KD, M, C, L) yrkande 3 föreslås ett tillkännagivande om att öka tillgängligheten i primärvården. Motionärerna anser bl.a. att det behövs en samlad definition av primärvårdens uppdrag och funktion.

I kommittémotion 2017/18:3987 av Emma Henriksson m.fl. (KD) föreslås i yrkande 1 ett tillkännagivande om vikten av att skyndsamt presentera en nationell definition av begreppet nära vård och primärvårdens uppdrag. I dag skiljer sig primärvårdens uppdrag, organisation och styrning kraftigt åt från landsting till landsting. Detta utgör enligt motionärerna ett hinder för att alla – i hela landet – ska få tillgång till god vård.

I partimotion 2017/18:3568 av Ulf KristerSSon m.fl. (M) yrkande 9 föreslås ett tillkännagivande om att ta fram och införa en nationell samlad definition av primärvården och den nära vårdens uppdrag. Motionärerna anför att denna definition bör tas fram av Socialstyrelsen tillsammans med huvudmännen, patientorganisationer och vårdens medarbetare. Den ska beskriva vilken vård som ska ges inom primärvården och hur exempelvis öppettider ska anpassas efter patienternas behov. Ett likalydande förslag finns i motion 2017/18:3421 av Cecilia Widegren m.fl. (M) yrkande 7.

I partimotion 2017/18:3568 av Ulf KristerSSon m.fl. (M) yrkande 10 föreslås ett tillkännagivande om att ge ett nationellt primärvårdsuppdrag till samtliga landsting, regioner och kommuner. Ett likalydande förslag finns i kommittémotion 2017/18:3421 av Cecilia Widegren m.fl. (M) yrkande 10.

Styrande principer inom hälso- och sjukvården

I kommittémotion 2017/18:3982 av Karin Rågsjö m.fl. (V) föreslås i yrkande 1 ett tillkännagivande om att det av de styrande principerna för sjukvårdens organisation bör framgå att patientsäkerheten – förutom kvalitetsskäl och effektivitetsskäl – ska vara i fokus vid centralisering av vården geografiskt. I yrkande 2 föreslås ett tillkännagivande om att landstingen bör organisera digitala förutsättningar för att kunna nå patienter som ett komplement till den stationära primärvården. Motionärerna anför att

landstingen själva bör bygga upp digitala tjänster med läkarkontakter och att digitala vårdgivare helst ska ha en koppling till en fysisk mottagning som härbärgeras av landstingen.

I motion 2017/18:2147 av Lars Mejern Larsson m.fl. (S) yrkande 1 föreslås ett tillkännagivande om behovet av nya styrande principer för hälso- och sjukvården. I yrkande 2 föreslås ett tillkännagivande om att inriktningen bör vara att vården ska ges nära befolkningen och genom öppenvård i första hand, och i yrkande 3 föreslås ett tillkännagivande om att vårdstrukturerings börjar genomföras så att vården kan utformas närmare befolkningen.

Fast läkare eller vårdkontakt

I kommittémotion 2017/18:3990 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M) föreslås i yrkande 3 ett tillkännagivande om fast vårdkontakt för alla patienter i den nära vården. Motionärerna anför att patienter ska kunna få en fast vårdkontakt, t.ex. en läkare eller kontaktsjuksköterska. Ett samordningsansvar bör införas, så att patienter och anhöriga alltid vet vart de ska vända sig i vården. Liknande yrkanden föreslås i partimotion 2017/18:3568 av Ulf Kristersson m.fl. (M) yrkande 8 och i kommittémotion 2017/18:3421 av Cecilia Widegren m.fl. (M) yrkande 9.

I partimotion 2017/18:3685 av Annie Lööf m.fl. (C) yrkande 56 föreslås ett tillkännagivande om människors möjlighet att få en fast läkarkontakt i primärvården bl.a. genom att människor får rätt att lista sig hos läkare i stället för på mottagningar

I kommittémotion 2017/18:3988 av Bengt Eliasson m.fl. (L) föreslås i yrkande 1 ett tillkännagivande om att nästa steg i att utveckla den nära vården bör vara en fastläkarreform. Alla patienter ska i denna reform ha rätt till en fast husläkare som ansvarar för sina listade patienter och samordnar den vård som behövs.

Prestationsbaserat statsbidrag

I kommittémotion 2017/18:3990 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M) föreslås i yrkande 1 ett tillkännagivande om att låta utreda ett prestationsbaserat statsbidrag för att stimulera och belöna ett systematiskt arbete med att korta värdköerna och för att öka efterlevnaden av den förstärkta vårdgarantin.

I kommittémotion 2017/18:3651 av Emma Henriksson m.fl. (KD, M, C, L) föreslås i yrkande 1 ett tillkännagivande om en stärkt vårdgaranti. Motionärerna anser att de statsbidrag som utbetalas ska vara prestationsbaserade för att landstingen ska få förutsättningar och drivkraft att arbeta kontinuerligt, strategiskt och metodiskt för att korta värdköerna och stärka vårdgarantin.

Utvärdering och utvidgning av den nationella vårdgarantin

I partimotion 2017/18:3568 av Ulf Kristersson m.fl. (M) yrkande 2 föreslås ett tillkännagivande om att ge en eller två myndigheter i uppdrag att följa upp, utvärdera och redovisa efterlevnaden av vårdgarantin. Ett liknande förslag

finns i kommittémotion 2017/18:3421 av Cecilia Widegren m.fl. (M) yrkande 2.

I kommittémotion 2015/16:3226 av Cecilia Widegren m.fl. (M) föreslås i yrkande 52 ett tillkännagivande om att lika viktigt som att en operation eller annan vårdinsats utförs i tid är att uppföljning och rehabilitering sker inom skäligen tid.

I kommittémotion 2017/18:1638 av Per Ramhorn m.fl. (SD) yrkande 24 föreslås ett tillkännagivande om att verka för att vårdgarantin efterlevs och säkerställs. I yrkandena 75 och 80 föreslås tillkännagivanden om att tydliggöra i hälso- och sjukvårdslagen att landstingen (vårdgivare) aktivt ska arbeta med att vårdgarantin efterlevs och säkerställs. I yrkande 28 föreslås ett tillkännagivande om att verka för att gällande vårdgaranti kompletteras med rätten att vid behov garanteras en vårdplats på rätt klinik, bemannad och med rätt kompetens. I yrkande 53 föreslås ett tillkännagivande om att verka för målsättningen att korta ned den nuvarande vårdgarantin från 187 dagar till max 30 dagar. Vid särskilt allvarliga sjukdomar ska maximal väntetid vara 14 dagar.

I kommittémotion 2017/18:2940 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 2 föreslås ett tillkännagivande om att vårdgarantin och väntetiderna bör utvärderas ur patienternas perspektiv.

I motion 2017/18:802 av Rikard Larsson m.fl. (S) yrkande 4 föreslås ett tillkännagivande om att utreda en ny vårdgaranti i två delar. Den nuvarande vårdgarantin i specialistsjukvården bör ersättas av en ny garanti i två delar som innebär dels en lagreglerad tidsfrist för bedömning/utredning, dels en individuellt anpassad behandlingsgaranti baserad på patientens medicinska behov.

Gällande rätt

Fast vårdkontakt och individuell planering

Patientlagen (2014:821) syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning och att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet (1 kap. 1 §). Enligt 6 kap. 1 § patientlagen ska patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (6 kap. 2 §).

Vidare ska patienten få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården (6 kap. 3 §). I 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) anges att landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster och få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem).

Enligt 6 kap. 4 § patientlagen ska en individuell plan upprättas under de förutsättningar som anges i 16 kap. 4 § HSL för en enskild som har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten.

Vårdgaranti

Enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, ska landstinget erbjuda vårdgaranti åt dem som omfattas av landstingets ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 § HSL. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården
2. besöka läkare inom primärvården
3. besöka den specialiserade vården
4. planerad vård.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om de tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld samt föreskrifter i övrigt om vårdgarantins innehåll (9 kap. 4 § HSL).

Enligt 9 kap. 2 § HSL ska landstinget, om det inte uppfyller besöksgarantin eller behandlingsgarantin enligt 9 kap. 1 § första stycket 3 eller 4 HSL, se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten. Enligt 9 kap. 3 § HSL ska landstinget rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas, och enligt 9 kap. 4 § HSL får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela föreskrifter om de tidsperioder inom vilka vårdgarantin enligt 1 § ska vara uppfylld och i övrigt om garantins innehåll, och landstingens rapporteringsskyldighet enligt 3 §.

Av 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), förkortad HSF, framgår att vårdgarantin enligt 9 kap. 1 § HSL ska innehålla en försäkran om att den enskilde får

1. kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti)
2. besöka läkare inom primärvården inom 7 dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver besöka läkare (besöksgaranti inom primärvården)
3. besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti inom den specialiserade vården)
4. planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården (behandlingsgaranti).

Vid bedömningen av om vårdgarantin enligt 6 kap. 1 § 3 eller 4 HSF är uppfylld ska inte räknas tid då den enskilde

1. av medicinska skäl inte kan ges vård
2. utnyttjat sin möjlighet att välja vård i ett annat landsting enligt 9 kap. 1 § patientlagen (2014:82)
3. frivilligt avstår från vård.

Den enskilde ska anses frivilligt avstå från vård om han eller hon har

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

Av 6 kap. 3 § HSF framgår att landstingens rapporteringsskyldighet enligt 9 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska fullgöras genom att landstingen lämnar uppgifter om väntetider till den nationella väntetidsdatabas som förs av Sveriges Kommuner och Landsting.

Kompletterande information

Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan

I oktober 2017 publicerade Socialstyrelsen vägledningen Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan. Syftet med vägledningen är att bidra till att patienter med omfattande behov i större utsträckning än tidigare erbjuds en fast vårdkontakt samt att det vid långvariga behov av både vård och omsorg upprättas en samordnad individuell plan. Vägledningen kan användas som ett kunskapsunderlag till hur lokala rutiner kan utformas. Informationskällorna är en systematisk litteratursökning, insamling av beprövad erfarenhet, kartläggning av befintliga rutiner om fast vårdkontakt samt aktuella bestämmelser. I vägledningen beskrivs varför en fast vårdkontakt ska utses, vem som kan utses till fast vårdkontakt, när, var och hur en fast vårdkontakt kan arbeta, samt de bestämmelser som gäller. Därefter ges exempel från intervjuer om befintliga arbetssätt inom olika vårdområden, liksom förslag på nödvändiga organisatoriska förutsättningar. Personer som behöver insatser från både kommun och landsting kan behöva en samordnad individuell plan, vilket också beskrivs.

- När – en fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.
- Var – en fast vårdkontakt kan utses i alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård.
- Hur – en fast vårdkontakt bör kunna bistå patienten i att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter och vara patientens kontaktperson.
- Vem – det kan vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, psykolog, undersköterska eller mentalskötare. Vid livshotande tillstånd ska en läkare utses.

- Varför – en fast vårdkontakt ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Samordning har visats kunna minska mängden sjukhusvård för patienter med omfattande behov av vård och omsorg.

Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin (2017:6)

Vårdanalys har följt upp hur väntetiderna till hälso- och sjukvården har utvecklats de senaste åren och i vilken utsträckning landstingen ger vård till befolkningen inom vårdgarantins tidsgränser. I juli 2017 presenterade Vårdanalys rapporten *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin (2017:6)*. Av rapporten framgår bl.a. att

- tillgängligheten har försämrats i vårdgarantins alla fyra delar
- det finns stora skillnader mellan landsting, vårdområden och verksamheter i hur väl vårdgarantin efterlevs
- antalet patienter som har väntat på nybesök eller behandling inom den specialiserade vården har ökat väsentligt de senaste åren
- det finns en flerårig obalans mellan antalet vårdsökande och antalet behandlade som successivt har skapat längre köer.

Det är landstingen som ytterst har ansvaret för att vården är tillgänglig, och landstingen är också skyldiga att säkerställa att vårdgarantins tidsgränser hålls. För att minska väntetiderna behöver landstingen, enligt Vårdanalys, utveckla sitt arbete med att följa upp vårdgarantins efterlevnad, anpassa sina åtgärder efter lokala förutsättningar och utmaningar samt se till att åtgärderna genomförs i verksamheterna. Landstingen behöver också utveckla sin produktions- och kapacitetsplanering för att säkerställa att man har förmåga att möta framtida förändringar i vårdbehov. Regeringen bör, enligt Vårdanalys, bidra långsiktigt till landstingens tillgänglighetsarbete med fokus på utvecklad strategisk styrning, dialog och uppföljning.

Tillgänglighet i hälso- och sjukvården – februari 2018

I februari 2018 publicerade Socialstyrelsen rapporten *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården*. I rapporten presenteras tillgänglighet till vården utifrån väntetider enligt vårdgarantin och väntetider på akutmottagningar samt ytterligare tillgänglighetsaspekter inom både hälso- och sjukvården och tandvården. Även befolkningens och patienternas upplevelser av tillgängligheten presenteras.

Uppföljningen av vårdgarantin januari–september 2017 visar att 72–91 procent av patienterna får vård inom vårdgarantins tidsgränser:

- 91 procent av patienterna får kontakt med primärvården inom en dag
- 84 procent av patienterna får ett läkarbesök inom sju dagar
- 84 procent får ett första besök till specialistvården inom 90 dagar

- 72 procent får en planerad åtgärd inom specialistvården inom 90 dagar.

Mätningen av väntetider inom akutvården omfattar perioden juni 2016–maj 2017. Resultatet visar att vistelsetiden har ökat med 7 minuter jämfört med året innan. Medianvistelsetiden är 3 timmar och 30 minuter. Patienter som är 80 år och äldre har längst väntetid med 3 timmar och 58 minuter. Tiden för de 10 procent som väntar längst har ökat med 22 minuter.

Skillnader i väntetider mellan olika landsting och regioner och mellan olika specialiteter förklaras främst av systemens komplexitet, organisering och landstingens och regionernas prioriteringar. Det krävs enligt rapporten fortsatta förbättringar och eventuellt vissa systemförändringar för att minska väntetiderna.

Socialstyrelsen har också undersökt andra tillgänglighetsaspekter än väntetider. Resultatet visar följande:

- I stora delar av landet finns få eller inga alternativ till akutmottagningen om en person behöver uppsöka hälso- och sjukvården kväll, helg eller natt. Resultatet speglar befolkningens upplevelser av att deras besök på akuten ibland borde ha kunnat tas om hand på en vårdcentral.
- Kvinnor har ofta sämre upplevelser av olika tillgänglighetsaspekter än män. Kvinnor avstår i större utsträckning från vård och tandvård på grund av kostnaden.
- Yngre patienter visar ett större missnöje än äldre när det gäller hur de i dagsläget kan komma i kontakt med sin vårdcentral.
- Personer med ett dåligt allmäntillstånd har lägre förtroende för vårdcentraler i sitt landsting eller sin region jämfört med de som skattar sitt allmäntillstånd som gott. Likaså har kvinnor och personer i åldern 18–59 år ett lägre förtroende för vårdpersonalen i slutenvården än män respektive personer över 80 år. Patienter som i lägre utsträckning upplever att deras vårdbehov blivit tillgodosett har också ett lägre förtroende för vården.

Patientmiljarden

I budgetpropositionen för 2018 föreslog regeringen en patientmiljard som ska bidra till en snabbare vård för patienter. I propositionen avsattes 1 000 000 000 kronor för detta ändamål 2018 (prop. 2017/18:1 utg.omr. 9, bet. 2017/18:SoU1, rskr. 2017/18:121). Motsvarande belopp beräknas för 2019–2021. Enligt regeringens förslag ska patientmiljarden under perioden 2018–2021 stödja införandet av en skärpt vårdgaranti inom primärvården och därmed förbättra tillgängligheten till primärvården. Den ska också uppmuntra landstingen att införa patientkontrakt. Patientkontraktet syftar till att patientens sammanlagda tid för vård och behandling ska bli så kort som möjligt och att alla ska få den vård de behöver inom rimlig tid. Genom samverkan mellan vårdgivare, landsting och kommun ska vårdens övergångar samordnas och säkras. Patientkontrakt är enligt regeringen särskilt viktigt för

patienter med komplexa vårdbehov och många vårdkontakter som t.ex. personer med kroniska sjukdomar eller sällsynta diagnoser. Några landsting inledde under 2017 med stöd från regeringen en försöksverksamhet med patientkontrakt.

Överenskommelse om insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården

I december 2017 godkände styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) fyra överenskommelser mellan regeringen och SKL på vårdområdet. En av dessa rörde patientmiljarden (Insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården, S2017/07321/FS). Målet med överenskommelsen om en patientmiljard är att bidra till utvecklingen av tillgängligheten till primärvården och samordningen av patienternas vårdinsatser. Genom överenskommelsen bestämdes att 490 000 000 kronor ska gå till landsting och regioner för att stötta införandet av den förstärkta vårdgarantin i primärvården som regeringen vill införa från den 1 januari 2019. Landsting och regioner ska även förbereda för att kunna mäta uppfyllelsen av det nya förslaget till vårdgaranti.

Vidare ska 490 000 000 kronor gå till att stödja införandet av patientkontrakt, som i dag finns som pilotprojekt i tre landsting och regioner. Landsting och regioner ska under 2018 säkerställa att man har rutiner för att erbjuda patienter fast vårdkontakt och se till att patienter i högre grad kan få en tid till nästa vårdkontakt direkt i handen och få tider anpassade till egna önskemål och behov. Under 2018 kommer ett utvecklingsarbete för att närmare specificera form och innehåll för patientkontrakten att bedrivas.

Uppdrag till Socialstyrelsen

Av Socialstyrelsens regleringsbrev för 2018 (S2017/07302/RS) framgår att myndigheten ska sammanställa och analysera de handlingsplaner som landstingen lämnar in med anledning av överenskommelsen mellan staten och SKL om patientmiljarden (S2017/07321/FS). I uppdraget ingår bl.a. att beskriva vilka insatser som genomförs för att förbereda för, införa och följa upp en skärpt vårdgaranti och patientkontrakt. I uppdraget ingår också att analysera hur arbetet med överenskommelsen behöver utvecklas för att bidra till landstingens förbättrings- och förändringsarbete mot en mer tillgänglig och samordnad hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen ska vidare i samråd med landsting och SKL fortsätta arbetet med att kunna följa patientens väg genom vården, genom exempelvis utveckling av process-id, och genom att inleda framtagande av ett nationellt och standardiserat kodverk för kontaktorsaker. Uppdraget att sammanställa och analysera landstingens handlingsplaner ska slutredovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2022, med delredovisningar senast den 30 oktober 2018, 2019, 2020 och 2021. Uppdraget att ta fram ett kodverk för kontaktorsaker ska redovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 februari 2019.

Svar på skriftliga frågor

Den 7 februari 2018 besvarade socialminister Annika Strandhäll en skriftlig fråga om kömiljarden (fr. 2017/18:669). Ministern anförde följande:

Jenny Petersson har frågat mig vilka experter, uppföljningar och utvärderingar jag hänvisar till när jag skriver att kömiljarden kritiserades för att leda till undanträngningseffekter och kreativ registrering av väntetiderna.

Det korta svaret är att dessa farhågor framförts i ett antal olika rapporter bl.a. från statliga myndigheter, Läkarförbundet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) beskriver exempelvis i rapporten Varierande väntan på vård från 2015 en enkätundersökning som visade att 55 procent av de tillfrågade verksamhets- och klinikkcheferna ansåg att kömiljarden ledde till undanträngning. I sin senaste rapport om väntetider, Löftesfri garanti, från 2017 skriver Vårdanalys att den bristande tillgängligheten är ett långvarigt och strukturellt problem som inte löstes långsiktigt med kömiljarden och att kömiljarden inte har gett upphov till långsiktiga förbättringar efter att den avslutats. Vårdanalys råder regeringen att inrikta den statliga styrningen på att mer strategiskt och långsiktigt stödja landstingen i deras tillgänglighetsarbete.

Även Socialstyrelsen har utvärderat kömiljarden. De skriver i sin uppföljningsrapport från 2012 att det framkommit att det under 2009 och 2010 förekom att vårdgivarna omprioriterade återbesökspatienter för att uppnå prestationskraven när medel från kömiljarden skulle fördelas. Socialstyrelsen visade också i en intervjuundersökning genomförd i slutet av 2011 att hälso- och sjukvårdspersonalens attityd till kömiljarden inte var positiv. Problem som nämndes av personalen var till exempel att ersättningarna från kömiljarden gått till landsting som redan har en god ekonomi och att den har lett till ”fiffel” med redovisningen för att nå upp till kraven.

Läkarförbundet har varit uttalat kritiska till kömiljarden vilket de upprepat har framfört i debatten. I rapporten Medicin med detsamma från 2013 framförs bl.a. att intervjuade läkare menade att undanträngningseffekter förekom inom både specialistvård och primärvård. Grupper som enligt dessa läkare drabbades mest av undanträngning var äldre, multisjuka och/eller kroniskt sjuka patienter.

Efter de rapporter som kom från Socialstyrelsen och Läkarförbundet om att kömiljarden lett till undanträngningseffekter beslutade landstingsrevisorerna i Stockholm att undersöka om det fanns tecken på att återbesök minskat i relation till nybesök. Siffrorna pekade på att det de facto var så vilket, enligt revisorerna, kunde utgöra en indikation på viss undanträngning av återbesökspatienter. (Läkartidningen nr 1–2 2013 volym 110).

SKL skriver i sin rapport Väntetider och vårdgarantier – vad är det som är så svårt? från 2016 att prestationsbaserade krav med tillfälliga stimulansmedel såsom kömiljarden leder till snabba förbättringar och uppmuntrar verksamheternas ”tävlingsinstinkt”, men att det finns risk att fokus på andra viktiga områden minskar. SKL konstaterar i rapporten att inte är särskilt sannolikt att mer av samma medicin kommer att ge ett bättre resultat framåt.

Den 7 mars 2018 besvarade socialminister Annika Strandhäll (S) en skriftlig fråga om prestationsbaserade riktade satsningar (fr. 2017/18:884). (I samma

frågesvar ingick svar på skriftliga frågor om växande vårdköer och regionala skillnader [fr. 2017/18:875] och prestationsbaserade satsningar riktade till barn- och ungdomspsykiatri [fr. 2017/18:883]). Ministern anförde bl.a. följande:

Camilla Waltersson Grönvall nämner i sina frågor den avskaffade så kallade kömiljarden. I sammanhanget är det värt att notera att de köer vi ser idag har byggts upp över tid ända sedan 2013 och att den prestationsbaserade kömiljarden inte bidrog till att lösa problemen långsiktigt. Regeringen valde att inte fortsätta med kömiljarden bland annat då den snarare angrep problemens symptom än dess orsaker. Kömiljarden kritiserades även för att leda till undanträngningseffekter och kreativ registrering av väntetider. Den typen av prestationsbaserade statsbidrag ska av bland annat dessa skäl användas med försiktighet. Regeringen har däremot använt andra typer av prestationsbaserade villkor, exempelvis som en del av cancersatsningen. Vissa typer av prestationsbaserade ersättningar kan bli aktuella också i framtiden, men däremot inte en modell likt den tidigare kömiljarden.

Utskottets ställningstagande

Utskottet välkomnar de lagändringar som regeringen föreslår och ställer sig bakom propositionen. Propositionen är ett första steg i regeringens avsedda omstrukturering av hälso- och sjukvården där primärvården ska bli den tydliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården.

Utskottet delar regeringens bedömning att alla vårdens intressenter och aktörer bör sträva åt samma håll i omstruktureringen av hälso- och sjukvården. En förflyttning bör ske från dagens sjukhustunga hälso- och sjukvård till en förstärkt första linjens hälso- och sjukvård. Utskottet välkomnar förslaget att landstingen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Vården får koncentreras geografiskt om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl.

Utskottet ser även positivt på regeringens förslag till en förstärkt vårdgaranti, vilken innebär att den enskilde inom en viss tid ska garanteras en medicinsk bedömning av en läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det är enligt utskottet viktigt att patientens behov ska styra vilken yrkesgrupp hon eller han får träffa. Utskottet delar regeringens bedömning att fördelarna med förslaget bl.a. är att patienten snabbare får träffa den kompetens man har störst behov av och att läkartid kan frigöras för de patienter som har behov av en läkare. Sammantaget anser utskottet att regeringens förslag till förstärkt vårdgaranti är väl avvägd och innebär ett viktigt steg i riktning mot en god och nära vård.

Mot denna bakgrund anser utskottet att riksdagen bör anta regeringens lagförslag och avslå motionerna 2017/18:3983 (SD), 2017/18:3987 (KD) yrkandena 2–4 och 2017/18:3989 (C) yrkandena 1 och 2.

Liksom regeringen vill utskottet framhålla vikten av att den förstärkta vårdgarantin kontinuerligt följs upp och utvärderas för att nya steg att stärka tillgängligheten och förbättra uppföljningen sedan ska kunna tas. Motionerna

2017/18:3987 (KD) yrkande 5, 2017/18:3988 (L) yrkande 2 och 2017/18:3990 (M) yrkande 2 bör avslås i den mån de inte är tillgodosedda.

Enligt utskottet är det viktigt att tillgängligheten i primärvården förbättras. Utskottet anser därför att regeringen bör ta initiativ till att skapa en samlad definition av primärvårdens uppdrag och funktion med syftet att stärka patientens tillgång till en jämlik primärvård oavsett var i landet patienten bor och återkomma till riksdagen med förslag. Riksdagen bör ställa sig bakom det som utskottet anför och tillkännage detta för regeringen. Motionerna 2017/18:3421 (M) yrkandena 7 och 10, 2017/18:3568 (M) yrkandena 9 och 10, 2017/18:3651 (KD, M, C, L) yrkande 3 och 2017/18:3987 (KD) yrkande 1 bör bifallas.

I ett yrkande påtalas vikten av att det av de styrande principerna för sjukvårdens organisation framgår att patientsäkerheten – förutom kvalitets- och effektivitetsaspekter – är i fokus vid centralisering av vården geografiskt. Utskottet anser att regeringens förslag om styrande principer inom hälso- och sjukvården är väl avvägda. Utskottet vill också i detta sammanhang påminna om att riksdagen nyligen har beslutat om en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården (prop. 2017/18:40, bet. 2017/18:SoU18, rskr. 2017/18:176). Med nationell högspecialiserad vård avses offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje sjukvårdsregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och för att ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås. Det är inte nödvändigt för riksdagen att ta några initiativ med anledning av motion 2017/18:3982 (V) yrkandena 1 och 2. Motionen bör avslås. Motion 2017/18:2147 (S) yrkandena 1–3 bör avslås i den mån den inte kan anses vara tillgodosedd.

När det gäller motionsyrkandena om fast läkare eller vårdkontakt kan utskottet konstatera att regeringen i budgetpropositionen för 2018 föreslog en patientmiljard som ska bidra till en snabbare vård för patienter (prop. 2017/18:1 utg.omr. 9, bet. 2017/18:SoU1, rskr. 2017/18:121). Vidare noterar utskottet att regeringen och SKL ingått en överenskommelse om patientmiljarden. Genom överenskommelsen bestämdes bl.a. att medel ska tillföras landsting och regioner för att införa patientkontrakt. Landsting och regioner ska under 2018 säkerställa att man bl.a. har rutiner för att erbjuda patienter fast vårdkontakt. Utskottet ser positivt på detta. Motionerna 2017/18:3421 (M) yrkande 9, 2017/18:3568 (M) yrkande 8, 2017/18:3685 (C) yrkande 56, 2017/18:3988 (L) yrkande 1 och 2017/18:3990 (M) yrkande 3 bör avslås.

Av överenskommelsen mellan regeringen och SKL om patientmiljarden framgår även att medel ska gå till landsting och regioner för att stötta införandet av det nu aktuella förslaget om förstärkt vårdgaranti i primärvården. Landsting och regioner ska även förbereda för att kunna mäta uppfyllelsen av det nya förslaget till vårdgaranti. Utskottet välkomnar denna överenskommelse. När det gäller prestationsbaserade statsbidrag anser utskottet att de

ska användas med försiktighet. Motionerna 2017/18:3651 (KD, M, C, L) yrkande 1 och 2017/18:3990 (M) yrkande 1 bör avslås.

Av 9 kap. 3 § HSL framgår att landstingen ska rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas. Denna rapporteringsskyldighet ska fullgöras genom att landstingen lämnar uppgifter om väntetider till den nationella väntetidsdatabas som förs av SKL. Utskottet anser att det är viktigt att tillgängligheten till vården utifrån vårdgarantin regelbundet följs upp. Utskottet kan konstatera att Socialstyrelsen nyligen har presenterat en sådan uppföljning. Även Vårdanalys har följt upp hur väntetiderna till hälso- och sjukvården har utvecklats och i vilken utsträckning landstingen ger vård till befolkningen inom vårdgarantins gränser. Utskottet anser inte att det finns skäl för riksdagen att ta några initiativ med anledning av motionerna 2017/18:1638 (SD) yrkandena 24, 75 och 80, 2017/18:2940 (V) yrkande 2, 2017/18:3421 (M) yrkande 2 och 2017/18:3568 (M) yrkande 2. Motionerna bör avslås. Vidare anser utskottet inte att det är nödvändigt med förändringar i vårdgarantin enligt vad som framförs i motionerna 2015/16:3226 (M) yrkande 52, 2017/18:802 (S) yrkande 4 och 2017/18:1638 (SD) yrkandena 28 och 53. Motionerna bör avslås.

Reservationer

1. Regeringens lagförslag, punkt 1 (SD)

av Per Ramhorn (SD) och Carina Ståhl Herrstedt (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 1 borde ha följande lydelse:

Riksdagen

- a) antar regeringens förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) i de delar det avser 7 kap. 2 a § och avslår lagförslaget i övrigt,
- b) avslår regeringens förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821).

Därmed bifaller riksdagen motion

2017/18:3983 av Per Ramhorn m.fl. (SD),

bifaller delvis proposition 2017/18:83 punkt 1 och motion

2017/18:3989 av Anders W Jonsson (C) yrkande 1 och

avslår proposition 2017/18:83 punkt 2.

Ställningstagande

Vi anser att förslaget om att en medicinsk bedömning kan göras av annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal än läkare riskerar att urholka förtroendet för primärvården – både hos befolkningen och professionen. Riksdagen bör därför avslå propositionen i de delar den avser ändringar i 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 2 kap. 3 § patientlagen (2014:821). I övrigt ställer vi oss bakom propositionen.

2. Regeringens lagförslag, punkt 1 (C)

av Anders W Jonsson (C).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 1 borde ha följande lydelse:

Riksdagen avslår regeringens förslag.

Därmed bifaller riksdagen motion

2017/18:3989 av Anders W Jonsson (C) yrkande 1,

bifaller delvis motion

2017/18:3983 av Per Ramhorn m.fl. (SD) och

avslår proposition 2017/18:83 punkterna 1 och 2.

Ställningstagande

Enligt min mening bör regeringens proposition avslås. Jag delar regeringens uppfattning att det behövs en omfattande reform som stärker primärvårdens roll inom svensk sjukvård. En sådan reform kräver dock ett målmedvetet arbete för att öka rekryteringen av läkare till primärvården. Det är därför mycket anmärkningsvärt att man från regeringens sida anser att det första steget mot en sådan omstrukturering ska tas genom att ta bort patientens rätt att träffa en läkare inom sju dagar. Förslagen i propositionen riskerar att urholka vårdgarantin och ytterst även patientens rättigheter.

3. Ytterligare förslag om vårdgarantin, punkt 2 (SD, C)

av Per Ramhorn (SD), Anders W Jonsson (C) och Carina Ståhl Herrstedt (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 2 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion

2017/18:3989 av Anders W Jonsson (C) yrkande 2 och

avslår motion

2017/18:3987 av Emma Henriksson m.fl. (KD) yrkandena 2–4.

Ställningstagande

Dagens vårdgaranti ger patienten rätt att träffa en läkare inom sju dagar. Regeringen föreslår i den lagda propositionen att den rättigheten ska ändras till att ge patienten rätt till en medicinsk bedömning av en läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Vi vill i stället se en skärpt vårdgaranti som ger patienten rätt till en läkarbedömning inom tre dagar. Regeringen bör återkomma med ett sådant förslag.

4. Ytterligare förslag om vårdgarantin, punkt 2 (KD)

av Emma Henriksson (KD).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 2 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion
2017/18:3987 av Emma Henriksson m.fl. (KD) yrkandena 2–4 och
avslår motion
2017/18:3989 av Anders W Jonsson (C) yrkande 2.

Ställningstagande

Jag välkomnar att regeringen tagit steg för att stärka vårdgarantin inom primärvården. Det är positivt att regeringen föreslår att den vårdsökande ska kunna få en medicinsk bedömning inom primärvården av annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal än en läkare. Enligt min mening ska dock vårdgarantin ge rätt till ett besök inom 24 timmar i stället för tre dagar, som anförs i propositionen. Regeringen bör återkomma med förslag enligt ovan.

5. Uppföljning av den förstärkta vårdgarantin, punkt 3 (M)

av Camilla Waltersson Grönvall (M), Katarina Brännström (M), Amir Adan (M) och Ann-Britt Åsebol (M).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 3 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion
2017/18:3990 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M) yrkande 2 och
bifaller delvis motionerna
2017/18:3987 av Emma Henriksson m.fl. (KD) yrkande 5 och
2017/18:3988 av Bengt Eliasson m.fl. (L) yrkande 2.

Ställningstagande

Enligt vår mening bör förslaget om den nya förstärkta professionsneutrala vårdgarantin följas upp kontinuerligt. Det behövs en tidig första kontrollstation för att säkerställa att alla patienter som så önskar får komma i kontakt med en läkare och i övrigt följa upp att den förstärkta vårdgarantin efterlevs. Regeringen bör se till att detta sker.

6. Uppföljning av den förstärkta vårdgarantin, punkt 3 (L)

av Barbro Westerholm (L).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 3 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion

2017/18:3988 av Bengt Eliasson m.fl. (L) yrkande 2 och

bifaller delvis motionerna

2017/18:3987 av Emma Henriksson m.fl. (KD) yrkande 5 och

2017/18:3990 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M) yrkande 2.

Ställningstagande

De farhågor som framförts bland remissinstanser mot den förstärkta vårdgarantin bör tas på stort allvar. Effekterna av den nya vårdgarantin behöver följas noga, så att de inte i praktiken innebär att den urholkas. Enligt min mening bör en utvärdering göras inom två år från ikraftträdandet, med beredskap för att förtydliga lagen om den visar sig ha haft oönskade konsekvenser.

7. Uppföljning av den förstärkta vårdgarantin, punkt 3 (KD)

av Emma Henriksson (KD).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 3 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion

2017/18:3987 av Emma Henriksson m.fl. (KD) yrkande 5 och

bifaller delvis motionerna

2017/18:3988 av Bengt Eliasson m.fl. (L) yrkande 2 och

2017/18:3990 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M) yrkande 2.

Ställningstagande

Det är viktigt att följa upp hur förändringen av vårdgarantin påverkar dess tillämpning. Det finns en risk för att det blir tillgängliga resurser lokalt som styr vilken vårdprofession patienten får möta snarare än vårdbehovet. Därmed riskerar den regionala ojämlikheten att öka ytterligare. Regeringen bör därför uppdraga åt lämplig myndighet att följa upp den förstärkta vårdgarantin.

8. Begreppet nära vård och primärvårdens uppdrag, punkt 4 (S, MP, V)

av Anna-Lena Sörenson (S), Lennart Axelsson (S), Catharina Bråkenhielm (S), Mikael Dahlqvist (S), Jan Lindholm (MP), Kristina Nilsson (S), Karin Rågsjö (V) och Hans Hoff (S).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 4 borde ha följande lydelse:

Riksdagen avslår motionerna

2017/18:3421 av Cecilia Widegren m.fl. (M) yrkandena 7 och 10,

2017/18:3568 av Ulf Kristersson m.fl. (M) yrkandena 9 och 10,

2017/18:3651 av Emma Henriksson m.fl. (KD, M, C, L) yrkande 3 och

2017/18:3987 av Emma Henriksson m.fl. (KD) yrkande 1.

Ställningstagande

Enligt direktiven till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) ska ett nationellt uppdrag för primärvården formuleras i ett kommande delbetänkande. Utredningen anger i det första delbetänkandet att en gemensam definition av begreppet nära vård kommer att formuleras i samband med detta. Vi anser inte att utredningens arbete bör föregripas. Riksdagen bör inte ta några initiativ med anledning av motionerna. Dessa bör avslås.

9. Styrande principer inom hälso- och sjukvården, punkt 5 (V)

av Karin Rågsjö (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 5 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion

2017/18:3982 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkandena 1 och 2 samt

avslår motion

2017/18:2147 av Lars Mejern Larsson m.fl. (S) yrkandena 1–3.

Ställningstagande

Vänsterpartiet anser att det är av yttersta vikt att kravet på effektivitet som nämns i propositionen inte endast syftar på organisation och landstingets ekonomiska avvägningar, utan även på människors rätt till en tillgänglig vård

samt patientsäkerheten. När vården organiseras bör en av de viktigaste frågorna vara vad som är mest effektivt för patienterna. Av de styrande principerna för hälso- och sjukvårdens organisering bör det därför framgå att patientsäkerheten – utöver kvalitets- och effektivitetsaspekter – ska vara i fokus vid centralisering av vården geografiskt.

Vidare anser jag att det är av stor vikt att den digitala vården inte lämnas som en arena för vårdgivare med fokus på vinst.. Landstingen bör därför själva bygga upp digitala tjänster med läkarkontakter, och de digitala vårdgivarna ska helst ha en koppling till en fysisk mottagning. Regeringen bör återkomma till riksdagen med förslag på hur landstingen ska organisera digital vård som ett komplement till den stationära primärvården.

10. Fast läkare eller vårdkontakt, punkt 6 (M)

av Camilla Waltersson Grönvall (M), Katarina Brännström (M), Amir Adan (M) och Ann-Britt Åsebol (M).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 6 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motionerna
2017/18:3421 av Cecilia Widegren m.fl. (M) yrkande 9,
2017/18:3568 av Ulf KristerSSon m.fl. (M) yrkande 8 och
2017/18:3990 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M) yrkande 3 och
avslår motionerna
2017/18:3685 av Annie Lööf m.fl. (C) yrkande 56 och
2017/18:3988 av Bengt Eliasson m.fl. (L) yrkande 1.

Ställningstagande

Enligt nuvarande hälso- och sjukvårdslag har patienten redan rätt till en fast vårdkontakt. Detta fungerar emellertid inte särskilt väl i praktiken. Vi föreslår därför att alla patienter som vill ha en fast vårdkontakt i den nära vården aktivt ska erbjudas det. Patienter ska kunna få en fast vårdkontakt, exempelvis genom en läkare eller kontaktsjuksköterska. Ett samordningsansvar för patienter bör införas, så att patienter och anhöriga alltid vet vart de ska vända sig i vården. Regeringen bör återkomma till riksdagen med ett förslag om detta.

11. Fast läkare eller vårdkontakt, punkt 6 (SD, C)

av Per Ramhorn (SD), Anders W Jonsson (C) och Carina Ståhl Herrstedt (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 6 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion

2017/18:3685 av Annie Lööf m.fl. (C) yrkande 56,

bifaller delvis motion

2017/18:3988 av Bengt Eliasson m.fl. (L) yrkande 1 och
avslår motionerna

2017/18:3421 av Cecilia Widegren m.fl. (M) yrkande 9,

2017/18:3568 av Ulf Kristersson m.fl. (M) yrkande 8 och

2017/18:3990 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M) yrkande 3.

Ställningstagande

Det är viktigt att alla patienter har rätt till en fast läkarkontakt i primärvården. I syfte att nå detta vill Centerpartiet att de patienter som vill ska få lista sig på läkare i stället för på mottagningar, som i dag. I syfte att få fler fasta läkare till den nära vården bör Sverige också göra som i Norge och låta det räcka med en läkarlegitimation för att kunna etablera sig i primärvården med eget patientansvar. Regeringen bör återkomma till riksdagen med förslag om detta.

12. Fast läkare eller vårdkontakt, punkt 6 (L)

av Barbro Westerholm (L).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 6 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion

2017/18:3988 av Bengt Eliasson m.fl. (L) yrkande 1,

bifaller delvis motion

2017/18:3685 av Annie Lööf m.fl. (C) yrkande 56 och
avslår motionerna

2017/18:3421 av Cecilia Widegren m.fl. (M) yrkande 9,

2017/18:3568 av Ulf Kristersson m.fl. (M) yrkande 8 och

2017/18:3990 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M) yrkande 3.

Ställningstagande

Svensk sjukvårdsdebatt kretsar ofta kring byggnader som sjukhus och vårdcentraler, och det finns en risk att nära vård förstås som att man ska ha nära till en vårdcentral. Men det centrala i vården är människorna – patienter och vårdens medarbetare. Det är de som ska vara nära. Nästa steg i att utveckla den nära vården bör vara en fastläkarreform där alla patienter har rätt till en fast husläkare som ansvarar för sina listade patienter och samordnar den vård som behövs. Regeringen bör återkomma till riksdagen med förslag om detta.

13. Prestationsbaserat statsbidrag för att korta vårdköerna, punkt 7 (M, C, L, KD)

av Emma Henriksson (KD), Camilla Waltersson Grönvall (M), Katarina Brännström (M), Amir Adan (M), Anders W Jonsson (C), Barbro Westerholm (L) och Ann-Britt Åsebol (M).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 7 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motionerna

2017/18:3651 av Emma Henriksson m.fl. (KD, M, C, L) yrkande 1 och

2017/18:3990 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M) yrkande 1.

Ställningstagande

Under Alliansens tid vid makten genomförde vi en rad viktiga satsningar på minskade köer inom hälso- och sjukvården. Genom reformer som kömiljarden och lagen om valfrihetssystem minskade köerna och vårdgarantin stärktes. Den numera avvecklade kömiljarden var en prestationsrelaterad ersättning till de landsting som kortade vårdköerna ännu mer än vårdgarantin krävde. I syfte att ge landstingen förutsättningar och drivkraft att arbeta kontinuerligt, strategiskt och metodiskt för att korta vårdköerna och stärka vårdgarantin anser vi att de statsbidrag som utbetalas ska vara prestationsbaserade. Ett statsbidrag som bör utvärderas regelbundet, även efter det att bidraget har upphört. Enligt vår mening bör regeringen låta utreda ett prestationsbaserat statsbidrag för att stimulera och belöna ett systematiskt arbete att korta vårdköerna och för att öka efterlevnaden av den förstärkta vårdgarantin

14. Utvärdering och utvidgning av den nationella vårdgarantin, punkt 8 (M)

av Camilla Waltersson Grönvall (M), Katarina Brännström (M), Amir Adan (M) och Ann-Britt Åsebol (M).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 8 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motionerna

2015/16:3226 av Cecilia Widegren m.fl. (M) yrkande 52,

2017/18:3421 av Cecilia Widegren m.fl. (M) yrkande 2 och

2017/18:3568 av Ulf Kristersson m.fl. (M) yrkande 2 och

avslår motionerna

2017/18:802 av Rikard Larsson m.fl. (S) yrkande 4,

2017/18:1638 av Per Ramhorn m.fl. (SD) yrkandena 24, 28, 53, 75 och 80 samt

2017/18:2940 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 2.

Ställningstagande

Vi anser att en eller flera statliga myndigheter ska i ges uppdrag att följa upp, utvärdera och redovisa efterlevnaden av hela den nationella vårdgarantin. Redovisningen ska ske regelbundet, öppet och med så korta tidsintervall som möjligt för att underlätta en mer effektiv styrning. Resultaten ska redovisas så lättillgängligt och lättförståeligt som möjligt för allmänheten. Vidare anser vi att uppföljning och rehabilitering ska ske inom rimlig tid. Det är lika viktigt som att en operation eller annan vårdinsats utförs i rätt tid. Regeringen bör återkomma till riksdagen med förslag om detta.

15. Utvärdering och utvidgning av den nationella vårdgarantin, punkt 8 (SD)

av Per Ramhorn (SD) och Carina Ståhl Herrstedt (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 8 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion

2017/18:1638 av Per Ramhorn m.fl. (SD) yrkandena 24, 28, 53, 75 och 80 samt

avslår motionerna

2015/16:3226 av Cecilia Widegren m.fl. (M) yrkande 52,
2017/18:802 av Rikard Larsson m.fl. (S) yrkande 4,
2017/18:2940 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 2,
2017/18:3421 av Cecilia Widegren m.fl. (M) yrkande 2 och
2017/18:3568 av Ulf KristerSSon m.fl. (M) yrkande 2.

Ställningstagande

Att komma till rätta med vårdplatsbristen är en av sjukvårdens enskilt viktigaste frågor. Vi anser därför att gällande vårdgaranti bör kompletteras med rätten att vid behov garanteras en vårdplats på rätt klinik, bemannad och med rätt kompetens. Vidare anser vi att det ska tydliggöras i hälso- och sjukvårdslagen att landstingen (vårdgivare) aktivt ska arbeta med att vårdgarantin efterlevs och säkerställs. Vi anser även att målsättningen bör vara att vårdgarantin kortas ned från 187 dagar till max 30 dagar. Vid särskilt allvarliga sjukdomar ska maximal väntetid vara 14 dagar. Regeringen bör återkomma till riksdagen med förslag enligt ovan.

16. Utvärdering och utvidgning av den nationella vårdgarantin, punkt 8 (V)

av Karin Rågsjö (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 8 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion

2017/18:2940 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 2 och
avslår motionerna
2015/16:3226 av Cecilia Widegren m.fl. (M) yrkande 52,
2017/18:802 av Rikard Larsson m.fl. (S) yrkande 4,
2017/18:1638 av Per Ramhorn m.fl. (SD) yrkandena 24, 28, 53, 75 och 80,
2017/18:3421 av Cecilia Widegren m.fl. (M) yrkande 2 och
2017/18:3568 av Ulf KristerSSon m.fl. (M) yrkande 2.

Ställningstagande

Sjukvården ska styras efter behov. Återbesöket och den andra behandlingen kan ibland vara mycket viktigare än att vårdgarantidagarna hålls. Detta är något som enligt min mening ska avgöras av professionen. I och med införandet av vårdgarantidagarna förskjuter man dock prioriteringsordningen.

Jag anser därför att vårdgarantin och väntetiderna bör utvärderas ur patienternas perspektiv.

BILAGA 1

Förteckning över behandlade förslag

Propositionen

Proposition 2017/18:83 Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti:

1. Riksdagen antar regeringens förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
2. Riksdagen antar regeringens förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821).

Följdmotionerna

2017/18:3982 av Karin Rågsjö m.fl. (V):

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att förutom kvalitetsskäl och effektivitetsskäl ska patientsäkerheten vara i fokus vid centralisering av vården geografiskt och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att landstingen bör organisera digitala förutsättningar för att kunna nå patienter som ett komplement till den stationära primärvården och tillkännager detta för regeringen.

2017/18:3983 av Per Ramhorn m.fl. (SD):

Riksdagen avslår propositionen i de delar det avser ändringar i 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 2 kap. 3 § patientlagen (2014:821).

2017/18:3987 av Emma Henriksson m.fl. (KD):

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om vikten av att skyndsamt presentera en nationell definition av begreppet nära vård samt primärvårdens uppdrag och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ytterligare förstärka vårdgarantin och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att vårdgarantin bör ge patienter rätt till bedömning av rätt vårdprofession inom 24 timmar och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att rätten att träffa läkare inom en viss tid inte ska minska och tillkännager detta för regeringen.

5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att följa upp hur förändringen av vårdgarantin påverkar dess tillämpning när det gäller rätten att träffa en läkare och tillkännager detta för regeringen.

2017/18:3988 av Bengt Eliasson m.fl. (L):

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att nästa steg i att utveckla den nära vården bör vara en fastläkarreform och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en utvärdering av den breddade vårdgarantin och tillkännager detta för regeringen.

2017/18:3989 av Anders W Jonsson (C):

1. Riksdagen avslår proposition 2017/18:83.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att skärpa vårdgarantin och ge patienten rätt till läkarbedömning inom tre dagar och tillkännager detta för regeringen.

2017/18:3990 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M):

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att låta utreda ett prestationsbaserat statsbidrag för att stimulera och belöna ett systematiskt arbete att korta värdköerna och för att öka efterlevnaden av den förstärkta vårdgarantin och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om kontinuerlig uppföljning av den förstärkta vårdgarantin och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om fast vårdkontakt för alla patienter i den nära vården och tillkännager detta för regeringen.

Motion från allmänna motionstiden 2015/16

2015/16:3226 av Cecilia Widegren m.fl. (M):

52. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att lika viktigt som att en operation eller annan vårdinsats utförs i tid är att uppföljning och rehabilitering sker inom skälig tid och tillkännager detta för regeringen.

Motioner från allmänna motionstiden 2017/18

2017/18:802 av Rikard Larsson m.fl. (S):

4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda en ny vårdgaranti i två delar och tillkännager detta för regeringen.

2017/18:1638 av Per Ramhorn m.fl. (SD):

24. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att vårdgarantin efterlevs och säkerställs, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
28. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att gällande vårdgaranti kompletteras med rätten att vid behov garanteras en vårdplats på rätt klinik, bemannad och med rätt kompetens och tillkännager detta för regeringen.
53. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att korta ned nuvarande vårdgarantin från 187 dagar till max 30 dagar och tillkännager detta för regeringen.
75. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för ett tydligare ansvar för vårdgivaren och tillkännager detta för regeringen.
80. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att verka för att tydliggöra i hälso- och sjukvårdslagen att vårdgivarna ska arbeta aktivt med att vårdgarantin ska efterlevas och säkerställas och tillkännager detta för regeringen.

2017/18:2147 av Lars Mejern Larsson m.fl. (S):

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om behovet av nya styrande principer för hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att inriktningen bör vara att vården ska ges nära befolkningen och genom öppenvård i första hand och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att vårdstrukturering bör börja genomföras så att vården kan utformas närmare befolkningen och tillkännager detta för regeringen.

2017/18:2940 av Karin Rågsjö m.fl. (V):

2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att vårdgarantin och väntetiderna bör utvärderas ur patienternas perspektiv och tillkännager detta för regeringen.

2017/18:3421 av Cecilia Widegren m.fl. (M):

2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att följa upp, utvärdera och redovisa efterlevnaden av vårdgarantin och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ta fram och införa en nationell samlad definition av primärvården och den nära vårdens uppdrag och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett samordningsansvar i den nära vården för att ge patienten fast vårdkontakt och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge ett nationellt primärvårdsuppdrag till samtliga landsting, regioner och kommuner och tillkännager detta för regeringen.

2017/18:3568 av Ulf KristerSSon m.fl. (M):

2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge en eller flera statliga myndigheter i uppdrag att följa upp, utvärdera och redovisa efterlevnaden av vårdgarantin och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om ett samordningsansvar i den nära vården för att ge patienten fast vårdkontakt och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ta fram och införa en nationell samlad definition av primärvårdens uppdrag och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ge ett nationellt primärvårdsuppdrag till samtliga landsting, regioner och kommuner och tillkännager detta för regeringen.

2017/18:3651 av Emma Henriksson m.fl. (KD, M, C, L):

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en stärkt vårdgaranti och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att öka tillgängligheten i primärvården och tillkännager detta för regeringen.

2017/18:3685 av Annie Lööf m.fl. (C):

56. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om människors möjlighet att få en fast läkarkontakt i primärvården bl.a. genom att människor får rätt att lista sig hos läkare i stället för på mottagningar och tillkännager detta för regeringen.

BILAGA 2

Regeringens lagförslag

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

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) dels att 9 kap. 1 § ska ha följande lydelse, dels att det ska införas en ny paragraf, 7 kap. 2 a §, av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse***7 kap.****2 a §**

Landstinget ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt.

9 kap.**1 §**

Landstinget ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av landstingets ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 §. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

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

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2019.

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

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 3 § patientlagen (2014:821) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

3 §¹

Enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. Den ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

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

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2019.

¹ Senaste lydelse 2017:66.