

Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Slutredovisning av regeringsuppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas



Citera gärna ur IVO:s publikationer, men ange alltid källa. Kom ihåg att bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Rapporten finns publicerad på www.ivo.se

Artikelnr | IVO 2021-7

Foto | Johnér Bildbyrå

Utgiven | Juni 2021, www.ivo.se

Förord

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vård på lika villkor för hela befolkningen innebär att det ska vara möjligt för alla att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Hälso- och sjukvården ska därför vara lätt tillgänglig.

Långa väntetider är ett sedan länge känt problem i den svenska hälso- och sjukvården. Att inte få vård i rätt tid kan öka riskerna för att patienter drabbas av vårdskador. En tillgänglig hälso- och sjukvård har, förutom rimliga och patientsäkra väntetider, låga barriärer för befolkningen att söka vård på rätt sätt, vid rätt tillfälle eller på rätt ställe.

Regeringen har gett Inspektionen för vård och omsorg i uppdrag att lämna förslag på hur myndigheten kan utveckla sin tillsyn utifrån de risker som bristande tillgänglighet i hälso- och sjukvården kan medföra för patientsäkerheten samt andra konsekvenser ur ett patientperspektiv (S2020/07838 [delvis]). I den här rapporten svarar vi på regeringens uppdrag.

Vi vill rikta ett varmt tack till de patient- och anhörigföreningar, professionsföreningar, branschföreträdare och myndighetsföreträdare som vi har samrått med under arbetet med uppdraget.

Stockholm, den 15 juni 2021

*Sofia Wallström
Generaldirektör*

Sammanfattning

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vård på lika villkor för hela befolkningen innebär att det ska vara möjligt för alla att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Hälso- och sjukvården ska därför vara lätt tillgänglig.

Om tillgängligheten brister riskerar patienter att inte få den vård de behöver eller att inte få den i rätt tid. Bristande tillgänglighet kan alltså leda till patientsäkerhetsrisker och ökad risk för att drabbas av vårdskada, men det kan till exempel också leda till sämre psykisk hälsa, inkomstbortfall och minskat förtroende för hälso- och sjukvården hos både patienter och närstående. Riskerna kan uppstå både när tillgängligheten till vården på lika villkor brister, och när väntetiderna i vården är för långa.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har haft regeringens uppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet i hälso- och sjukvården och lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas (S2020/07838 [delvis]). I uppdraget har bland annat ingått att beskriva och analysera de rättsliga förutsättningarna som myndigheten har att bedriva tillsyn och agera utifrån olika aspekter av tillgänglighet, att göra en internationell utblick för att beskriva hur tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården bedrivs i andra närliggande länder och att beskriva vilka förutsättningar som är nödvändiga i form av datatillgång och annan infrastruktur för att kunna utveckla tillsynen.

Här sammanfattar vi våra iakttagelser och bedömningar utifrån regeringens uppdrag:

- Lagstiftningen som styr hälso- och sjukvården ger individen få möjligheter till ansvarsutkrävande genom domstolsprövning. Den statliga tillsynen är därmed ett viktigt verktyg för att se till att vårdens skyldigheter i förhållande till patienterna faktiskt iakttas.
- Tillgänglighet inom hälso- och sjukvården är ett mångfacetterat och komplext område. Tillsynen bör därför bedrivas på ett allsidigt sätt, på flera ansvarsnivåer, mot offentliga och privata aktörer och utifrån flera olika aspekter av bristande tillgänglighet.
- IVO bedömer att det finns rättsliga möjligheter att inom ramen för våra nuvarande befogenheter utveckla och utöka omfattningen av vår tillsyn av hur huvudmän, vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal säkerställer hög patientsäkerhet när tillgängligheten brister.
- Ansvar för en patientsäker tillgänglighet vilar på huvudmän, vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal. Vi bedömer att tillsynen har tillräckliga rättsliga möjligheter att agera mot vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal.
- IVO saknar idag befogenheter att besluta om rättsligt bindande åtgärder mot huvudmän. Vi bedömer därmed att tillsynen inte har tillräckliga rättsliga möjligheter att agera mot huvudmän, i de fall frivillig rättelse inte sker. Vi menar att

intresset av en effektiv tillsyn på alla ansvarsnivåer talar för att IVO bör ha befogenhet att besluta om sanktioner i form av föreläggande, med eller utan vite, mot huvudmän. Rättssäkerhetsskäl talar också för att IVO:s tillsynsåtgärder mot huvudmän i vissa fall bör kunna prövas i domstol. Eftersom frågan rör avvägningen mellan statens kontrollmakt och det kommunala självstyret överlämnar vi till lagstiftaren att utreda den.

- IVO utvecklar tillsynen av risker med väntetider. Orsakerna till riskerna med långa väntetider finns på systemnivå i hälso- och sjukvården, varför tillsynen behöver präglas av ett systemperspektiv. Vi bedriver nu en tillsyn av kvalitet och säkerhet inom cancervården, där riskerna med att inte få vård i rätt tid är betydande. Vi har identifierat ytterligare tillsynsområden, som vi kommer att beakta i vår fortsatta riskanalys och prioritering av tillsynsinsatser.
- IVO behöver samtidigt utveckla tillsynen av befolkningens tillgänglighet till hälso- och sjukvården på lika villkor. Vi har identifierat möjliga tillsynsområden, som vi kommer att beakta i vår fortsatta riskanalys och prioritering av tillsynsinsatser.
- Den internationella utblicken visar att flera tillsynsmyndigheter systematiskt samlar in och analyserar data om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, att de har en tydlig process för att hantera resultatet och vid behov eskalera med ändamålsenliga tillsynsåtgärder och att de offentliggör resultaten av sina analyser och sin tillsyn. Utblicken pekar också på att rak kommunikation, tydliga tidsplaner och föreläggande med vite från tillsynsmyndighetens sida kan bidra till bättre tillgänglighet.
- En del i en utvecklad tillsyn handlar om att IVO behöver monitorera risker, med data om hinder för att komma in i hälso- och sjukvården och med data om väntetider i hela vårdkedjan. Data i befintliga register svarar inte fullt ut mot tillsynens behov. Vi utvecklar därför metoder för att granska stora mängder patientjournaler och att göra många patienter och närstående delaktiga i tillsynen.
- För att kunna utveckla monitoreringen av risker med bristande tillgänglighet behöver vi också befogenheter att ta del av uppgifter från andra aktörer än verksamheter och personal inom hälso- och sjukvården. IVO avser att återkomma till regeringen i denna fråga.
- IVO bedömer att det är angeläget att fortsätta att utveckla möjligheterna att kunna följa patienternas väg genom vården. Det skulle ge tillsynen bättre förutsättningar att granska och följa upp kvalitet, säkerhet och sammantagna väntetider ur ett patientperspektiv inom hälso- och sjukvården.

Innehåll

Förord.....	3
Sammanfattning	4
Inledning	9
Uppdraget	9
Uppdragets genomförande	9
Avgränsningar.....	10
Rapportens disposition	10
Tillgänglighet till hälso- och sjukvård	11
Långa väntetider är ett sedan länge känt problem i Sverige	11
Tillgänglighet och en god vård på lika villkor och efter behov	12
Kort om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet	13
Om tillgänglighetsbegreppet	15
Tillgänglighet är ett mångfacetterat och komplext område.....	17
Styrning för ökad tillgänglighet.....	21
Tillbakablick på IVO:s tillsyn av risker med bristande tillgänglighet.....	22
Tillsynens effekter och utveckling	25
Patientsäkerhetsrisker och andra konsekvenser	27
Sammanfattning.....	27
Långa väntetider kan öka risken för vårdskador	28
En majoritet av befolkningen anser att vård ges på lika villkor.....	30
Tillgänglighet till vård påverkar befolkningens uppfattningar om och förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet	31
Nio av tio i befolkningen anser sig ha tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver	32
Den fysiska tillgängligheten till vård varierar	34
Följsamheten till svensk väntetidsnormering brister.....	35
Sverige har längre självskattade väntetider än andra länder	37
Tillgänglighet i hälso- och sjukvårdslagstiftningen med tillsyn som verktyg	39

Några rättsliga utgångspunkter	39
Tillgänglighet till en god och patientsäker vård i rimlig tid	41
Ansvar för tillgänglighet.....	48
Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården	51
Internationell utblick.....	68
Inledning	68
Väntetidsmål	69
Utveckling av tillgänglighet.....	70
Tillsyn av tillgänglighet	73
Intressenternas synpunkter på hur tillsynen kan utvecklas	76
Hur tillsynen kan utvecklas	80
Sammanfattning.....	80
Rättsliga utgångspunkter för en utvecklad tillsyn av tillgänglighet	81
Slutsatser från den internationella utblicken	83
IVO utvecklar tillsynen av risker med väntetider	85
IVO behöver utveckla tillsynen av andra aspekter av tillgänglighet inom hälso- och sjukvården än väntetider	89
Hur IVO kan redovisa och följa upp iakttagelser från utvecklad tillsyn.....	91
Nödvändiga förutsättningar: tillgång till data och infrastruktur	92
Sammanfattning.....	92
Utgångspunkter	92
IVO behöver monitorera risker med data om tillgänglighetsbarriärer	95
IVO behöver monitorera risker med data om väntetider i hela vårdkedjan ..	96
Fortsatt utveckling behövs för att öka möjligheterna att kunna följa patienten genom vården.....	98
Det är en nödvändig förutsättning för IVO att granska många journaler	99
Det är en nödvändig förutsättning för IVO att göra många patienter och närstående delaktiga i tillsynen.....	100
IVO behöver nya befogenheter för att få tillgång till data från andra aktörer än verksamheter och personal inom hälso- och sjukvården	100
Referenser	102
Bilaga 1. Intressenter som IVO har samrått med i uppdraget	117
Bilaga 2. Internationell utblick: redovisning per land	118
Inledning	118

Australien.....	119
Danmark	123
England.....	128
Finland	132
Island	136
Nederländerna	140
Norge	144

Inledning

Uppdraget

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har haft regeringens uppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på tillsyn (S2020/07838 [delvis]).

I uppdraget har ingått att:

- Lämna förslag på hur myndigheten kan utveckla sin tillsyn utifrån de risker som bristande tillgänglighet i hälso- och sjukvården kan medföra för patientsäkerheten samt andra konsekvenser ur ett patientperspektiv.
- Beskriva de rättsliga förutsättningarna som myndigheten har att bedriva tillsyn utifrån olika aspekter av tillgänglighet och att analysera huruvida myndigheten har tillräckliga rättsliga möjligheter att agera när det gäller sin tillsyn inom tillgänglighetsområdet.
- Beskriva den tillsyn som myndigheten redan i dag gör av risker som har koppling till bristande tillgänglighet i hälso- och sjukvården.
- Göra en internationell utblick, främst till de nordiska grannländerna, för att beskriva hur tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården bedrivs i andra närliggande länder.
- Lämna förslag på hur iakttagelser från tillsynsverksamheten kan redovisas samt följas upp av myndigheten.
- Beskriva vilka förutsättningar som är nödvändiga i form av datatillgång och annan infrastruktur för att kunna utveckla tillsynen utifrån ovanstående.

Uppdragets genomförande

IVO har genomfört en rättsutredning för att beskriva och analysera grundläggande rättsliga utgångspunkter för att åstadkomma en tillgänglig hälso- och sjukvård, vad tillgänglighet till en god och patientsäker vård innebär ur ett rättsligt perspektiv, vem som bär ansvar för att åstadkomma tillgänglighet och hur tillsynen fungerar som verktyg för att förverkliga tillgängligheten för patienterna. Ida Asplund, juris doktor och universitetsadjunkt, verksam vid juridiska institutionen vid Umeå universitet, har i egenskap av huvudförfattare för detta avsnitt tillsammans med medarbetare från IVO genomfört rättsutredningen (s. 39–67). Rätts-utredningen har genomförts med rättsvetenskaplig metod, det vill säga en kvalitativ textanalys i vilken kunskap om rättens formella och materiella innehåll härrör från inomrättsliga kriterier och hierarkier.

Vi har genomfört en internationell jämförelse för att kunna svara på uppdraget om en internationell utblick. Jämförelsen har genomförts av Sirona Health Solutions på uppdrag av IVO. För att sätta en jämförelse av hur tillsyn bedrivs i olika länder i sitt sammanhang, har vi även jämfört ländernas hälso- och sjukvårdssystem, normering av

väntetider och utveckling av väntetider. Vi har sammanfattat litteraturen om risker och andra konsekvenser med bristande tillgänglighet.

Vi har samrått med patient- och anhörigföreningar, professionsföreningar, företrädare för branschen, vissa myndigheter och Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Samråden syftade till att ta del av kunskaper och erfarenheter om patient-säkerhetsrisker och andra konsekvenser samt att föra dialog om hur IVO:s tillsyn skulle kunna utvecklas.

Avgränsningar

Tillgänglighet inom hälso- och sjukvården är ett stort, mångfacetterat och komplext område. Med andra ord kan bristande tillgänglighet ge upphov till många olika typer av patientsäkerhetsrisker och konsekvenser för olika delar av befolkningen och inom olika patientgrupper. IVO har inte inom ramen för det här uppdraget kvantifierat riskerna och prioriterat dem mot varandra. Inom flera områden finns det också utmaningar att mäta tillgängligheten och riskerna.

Vi har avgränsat den internationella utblicken till Australien, Danmark, England, Finland, Island, Nederländerna och Norge samt till väntetider till elektiv (i förväg utvald) specialistsjukvård.

Redovisningen avser inte tandvården. IVO kommer att lämna synpunkter som gäller tandvården i samband med myndighetens remissvar kring betänkandet från Utredningen om jämlik tandhälsa, ”När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8).

Rapportens disposition

Vi inleder med ett kapitel som ger en bakgrundsbeskrivning om tillgänglighet i hälso- och sjukvården (s. 11 ff.). Här svarar vi delvis på uppdraget att beskriva den nuvarande tillsynen.

Vi beskriver sedan patientsäkerhetsrisker och andra konsekvenser med bristande tillgänglighet i hälso- och sjukvården (s. 27 ff.) innan vi redogör för de rättsliga förutsättningarna för tillsyn av tillgänglighet (s. 39 ff.). Därefter beskriver vi resultat av den internationella utblicken (s. 68 ff.). Redovisningen av iakttagelser om de enskilda studerade länderna i jämförelsen finns i bilaga 2 (s. 118 ff.).

Efter den internationella utblicken redogör vi för de förslag på hur IVO kan utveckla tillsynen som framkom i samråd med våra intressenter (s. 76 ff.). I bilaga 1 finns en förteckning över de intressenter som deltog i samråden (s. 117 f.).

Vi redogör sedan för hur tillsynen kan utvecklas (s. 80 ff.). Här svarar vi delvis på uppdraget att beskriva den nuvarande tillsynen samt på uppdraget att lämna förslag till hur iakttagelser från tillsynsverksamheten kan redovisas och följas upp av IVO. Slutligen beskriver vi nödvändiga förutsättningar i form av datatillgång och annan infrastruktur för en utvecklad tillsyn (s. 92 ff.).

Tillgänglighet till hälso- och sjukvård

I det här kapitlet ger vi en bakgrundsbeskrivning till tillgänglighetsområdet. Vi beskriver tillgänglighet i förhållande till de övergripande målen med all hälso- och sjukvård, det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, hur vi ser på tillgänglighetsbegreppet och vad litteraturen säger om hur tillgängligheten kan förbättras. Vi beskriver sedan styrningen för ökad tillgänglighet. Avslutningsvis ger vi en tillbakablick på IVO:s tillsyn på tillgänglighetsområdet och sammanfattar kunskapen om tillsynens effekter.

Långa väntetider är ett sedan länge känt problem i Sverige

Regeringen har i en proposition om omställningen till en god och nära vård sammanfattat den svenska historien om väntetider inom hälso- och sjukvården (prop. 2017/18:83). Redan år 1958 pekade en statlig utredning på väntetider som ett problem. Under 1960-talet rapporterade Socialstyrelsen om långa väntetider. 1987 togs ett första nationellt initiativ för att minska köerna, i form av ekonomiska incitament. Den första vårdgarantin tillkom 1992. Utvärderingar visade på positiva effekter av åtgärderna från 1987 och 1992, men effekterna var kortvariga.

Under 1990-talet fick vårdgarantin i stort sett den utformning som den har idag. Under 2000-talets början inleddes de nationella väntetidsmätningarna. Under 2000- och 2010-talen fortsatte staten att med olika ekonomiska incitament korta köerna i vården. Vårdvalssystem, som infördes under denna tid, förväntades kunna korta väntetider. Under 2010-talet infördes standardiserade vårdförlopp inom cancervården.

När Myndigheten för vård- och omsorgsanalys följde upp den nationella vårdgarantin 2017 konstaterade myndigheten att måluppfyllelsen av de fyra garantierna enligt mätningarna hade försämrats och att måluppfyllelsen för år 2016 var den lägsta nivån sedan 2012 (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017).

Socialstyrelsen konstaterade för några år sedan att ”det svenska hälso- och sjukvårdssystemet under flera decennier, och trots omfattande reformer inriktade mot att minska väntetider och lagkrav på tidsgränser, fortsätter att ha ett utfall med relativt höga väntetider och med fortsatt stora variationer”. Myndigheten menade att det utifrån ett systemteoretiskt perspektiv finns mycket som tyder på att ”väntetiderna även fortsättningsvis kommer att ligga på nuvarande nivåer i stort om inte märkbara systemförändringar genomförs” (Socialstyrelsen, 2018b, s. 52).

Tillgänglighet och en god vård på lika villkor och efter behov

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Det framgår av 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

För att hälso- och sjukvården ska kunna uppnå målen måste befolkningen över huvud taget kunna komma i åtnjutande av hälso- och sjukvården. Att hälso- och sjukvården är tillgänglig för befolkningen är alltså en förutsättning för målet om en vård på lika villkor. Vård på lika villkor för hela befolkningen innebär att det ska vara möjligt för alla – oavsett var de bor i landet – att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Möjligheterna att erhålla vård får inte påverkas av sådana förhållanden som ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet eller kulturella olikheter (prop. 1981/82:97, s. 20 f. och s. 112 f.; prop. 1996/97:60, s. 18 f. och s. 40 f).

Målet om vård efter behov, att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården, bygger på de grundläggande etiska principerna: människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen (prop. 1996/97:60). Riktlinjerna exemplifieras med breda prioriteringsgrupper. Avsikten är att riktlinjerna ska vara vägledande för dem som i olika sammanhang har att fatta beslut som rör prioriteringar. Det är oförenligt med de etiska principerna att generellt låta behoven stå tillbaka på grund av ålder, födelsevikt, livsstil eller ekonomiska och sociala förhållanden. En förutsättning för vård efter behov är att vården är tillgänglig för patienterna, så att vården bedömer och prioriterar patienternas behov i rimlig tid efter att patienterna har fått kontakt med hälso- och sjukvården.

En lätt tillgänglig vård är också ett kriterium för kravet på god vård. Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska, enligt 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen, bedrivas så att kraven på god vård uppfylls. Det innebär bland annat krav på att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och att vården tillgodoser patienternas behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Kravet på att vården ska vara lätt tillgänglig kan till exempel handla om hur tillgänglig viss vård eller behandling är, det vill säga hur länge patienten behöver vänta innan hen kan inleda vård och behandling utifrån sina behov eller hur länge patienten behöver vänta på att följa upp om vården och behandlingen ger avsedd effekt.

Att vården är tillgänglig för befolkningen är alltså en förutsättning för målen om en god vård på lika villkor och efter behov ska kunna realiseras. Förutom mål och krav om att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig, finns det i lagstiftningen specifika krav på tillgänglighet i olika delar av vårdkedjan. Patienten ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd, enligt 2 kap. 2 § patientlagen (2014:821). Patienten har också rätt att få kontakt, besök och vård inom viss tid enligt den nationella vårdgarantin, som regleras i 9 kap. hälso- och sjukvårdslagen och i 6 kap. hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Läs mer i kapitlet som beskriver resultatet av vår rättsutredning (s. 39 ff.).

Kort om det svenska hälso- och sjukvårdssystemet

Hälso- och sjukvård beskrivs ofta som komplexa och adaptiva system (Inspektionen för vård och omsorg, 2020b). I sådana system går det inte att på ett enkelt sätt hitta rättvisande samband mellan vissa åtgärder, processer eller organisationsformer och ett visst resultat som systemet skapar. Utfallet av komplexa system bör ses som ”något som uppstår som en konsekvens av systemets funktion och dynamik snarare än något som främst kan planeras och styras fram” (Socialstyrelsen, 2018b, s. 53).

I Sverige har vi 21 regioner, tillika sjukvårdshuvudmän. Varje region kan ses som ett eget hälso- och sjukvårdssystem. Varje system har egenskaper som skiljer det åt från de andra systemen, till exempel i termer av befolkningens behov av vård, politiska prioriteringar, hur vården i regionens egen regi är organiserad, i vilken utsträckning regionen har avtal med privata utförare, med mera. Systemens egenskaper förändras löpande. Dessutom påverkar de olika systemen varandra. Därtill kommer 290 kommuner, som också är sjukvårdshuvudmän och som interagerar med varandra och med regionerna.

Kvaliteten i svensk hälso- och sjukvård är jämförelsevis god

I OECD:s senaste *Country Health Profile* från 2019 anges det svenska hälso- och sjukvårdssystemet fungera väl och ge befolkningen tillgång till vård av hög kvalitet, dock till en relativt hög kostnad (OECD, 2019f).

I Sverige är det en högre andel (77 procent) som rapporterar att de har god hälsa än genomsnittet i EU (70 procent) – andelen som rapporterar god hälsa i Sverige varierar dock med inkomst på samma sätt som i övriga länder (OECD, 2019f). I Sverige är det också en lägre andel (48 procent) av befolkningen över 65 år som rapporterar att de har en eller fler kroniska sjukdomar än genomsnittet i EU-25 (54 procent) och en lägre andel som rapporterar att de har minst ett hinder i aktiviteter för daglig livsföring (11 respektive 18 procent) (OECD, 2019f).

Sverige har relativt sett lägre dödlighet av undvikbara och behandlingsbara orsaker än genomsnittet i EU. OECD rapporterar att år 2016 var Sveriges undvikbara dödlighet 121 per 100 000 invånare och behandlingsbara dödlighet 68 per 100 000 invånare, vilket kan jämföras med EU-genomsnittet på 161 per 100 000 invånare respektive 93 per 100 000 invånare (åldersstandardiserad dödlighet) (OECD, 2019f).

Sveriges sjukhus har i ett jämförande perspektiv goda kliniska resultat för personer som behöver akut vård för livshotande tillstånd. Det gäller till exempel 30-dagarsmortalitet för hjärtinfarkt och stroke; överlevnaden i cancersjukdomar är bland de högsta i EU-26; och Sverige har lägre nivåer av undvikbara sjukhusinläggningar för kroniska sjukdomar än genomsnittet i EU (OECD, 2019f).

Sverige lägger relativt sett mycket resurser på hälso- och sjukvården

I Europa finns det stora skillnader i ländernas hälso- och sjukvårdsutgifter (OECD,

2020b). Utgifterna per capita är högst i Schweiz och Norge. Sverige – tillsammans med Tyskland, Österrike och Nederländerna – ligger 50 procent över genomsnittet i EU. Även sett till hälso- och sjukvårdsutgifterna som andel av bruttonationalprodukten (BNP) ligger Sverige högt: 2019 var utgifterna 10,9 procent av BNP i Sverige, att jämföra med 8,3 procent i genomsnitt för EU-27.

Även sett till tillgången läkare och sjuksköterskor ligger Sverige över genomsnittet i EU (OECD, 2020b). Det finns alltså inte anledning att anta att bristande tillgänglighet primärt skulle handla om den totala tillgången till dessa yrkeskategorier. Sverige hade 2018 4,3 praktiserande läkare per 1 000 invånare, att jämföra med genomsnittet i EU-27 på 3,8 läkare per 1 000 invånare. Även sett till antalet praktiserande sjuksköterskor per 1 000 invånare låg Sverige över genomsnittet: 10,9 mot genomsnittet i EU-27 på 8,2.

Sverige hade däremot betydligt färre vårdplatser på sjukhus än genomsnittet i EU-27 år 2018: 2,1 respektive 5,0 vårdplatser per 1 000 invånare. Sverige hade också kortare vårdtider på sjukhus än genomsnittet (OECD, 2020b). Samtidigt ligger utgifterna för primärvården i Sverige, som andel av de totala hälso- och sjukvårdsutgifter, något lägre än genomsnittet för EU-21 (12,0 procent jämfört med 13,1 procent år 2018).

Produktiviteten i Sverige avviker negativt jämfört med andra länder

I en jämförelse av sjukhusvård finner Rehnberg för svenskt vidkommande framför allt brister i långa väntetider och låg produktivitet (Rehnberg, 2019). Sverige uppvisar exempelvis betydligt färre konsultationer med läkare per person än genomsnittet i EU: 2,7 konsultationer med läkare per person 2018 respektive 6,7 i EU-23. Samma sak gäller uppskattat antal konsultationer per läkare: 656 konsultationer per läkare i Sverige år 2018, att jämföra med genomsnittet på 1 939 i EU-22 (OECD, 2020b). Antalet uppskattade konsultationer per läkare är framför allt lågt i de nordiska länderna, och Sverige ligger lägst. Socialförsäkringsländerna har genomsnittligt, mätt på det här sättet, något högre produktivitet än de skattebaserade systemen (OECD, 2020b).

Privata sjukvårdsförsäkringar har ökat i antal

Vid utgången av år 2019 hade mer än 681 000 personer en privat sjukvårdsförsäkring i Sverige. Det motsvarar en ökning med 57 procent sedan år 2010. Ökningen är större än befolkningsökningen, som under samma period var knappt 10 procent. Enligt branschorganisationen Svensk Försäkring motsvarade sjukvårdsförsäkringarna en procent av de totala kostnaderna för vård i Sverige under 2016 (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020a).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har konstaterat att personer med privat sjukvårdsförsäkring i genomsnitt får vård snabbare än personer som får vård genom den offentligt finansierade vården, och att det inte är sannolikt att det beror på att de i genomsnitt har större medicinska behov (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020a). Genom att analysera information från den nationella väntetidsdatabasen konstaterade Vård- och omsorgsanalys att över hälften av patienterna i den offentligt finansierade vården, totalt sett i landet, väntade mer än 30 dagar på ett planerat första besök respektive åtgärd inom den specialiserade vården. Vilket kan jämföras med de

tidsgränser som ofta gäller för försäkringsfinansierade patienter, som i försäkringsvillkoren ofta är besök inom 3–7 dagar och åtgärd inom 14–21 dagar (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020a).

Enligt Vård- och omsorgsanalys (2020a) saknas förutsättningar för en systematisk insamlad information som skulle kunna ligga till grund för att följa utvecklingen. Det finns exempelvis ingen information om hur patientvolymerna fördelar sig mellan offentligt och privat finansierad vård, så som via privata försäkringar. Det är inte heller möjligt att i till exempel kvalitetsregister följa upp om det föreligger medicinska skillnader mellan patienter i de två grupperna.¹

Om tillgänglighetsbegreppet

I denna redovisning använder vi ett samhällsvetenskapligt och ett rättsvetenskapligt perspektiv när vi beskriver och analyserar tillgänglighet. Perspektiven kompletterar varandra. Tillgänglighet är ett komplext begrepp, både samhällsvetenskapligt och rättsvetenskapligt.

Ur ett rättsvetenskapligt perspektiv är det viktigt att betona att det saknas en legaldefinition av tillgänglighet i svensk hälso- och sjukvårdsrätt, att tillgänglighet är en av flera viktiga förutsättningar för patientsäkerhet och att tillgänglighet kan ha en varierande innebörd där olika aspekter kan vara av olika stor betydelse beroende på vem den enskilde patienten är. Eftersom tillsynens syfte är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter är det rättsvetenskapliga perspektivet avgörande för vad IVO bör och ska göra i tillsynen. Vår rättsvetenskapliga analys finns på s. 39–67.

Ur ett samhällsvetenskapligt perspektiv finns det i litteraturen flera konceptualiseringar av tillgänglighet, med olika för- och nackdelar. År 2013 introducerade Levesque ett ramverk som har använts av både Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Levesque, Harris, & Russell, 2013). Ramverket har översatts och bearbetats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Myndigheten för vårdanalys, 2013; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017). I ramverket definieras tillgänglighet som *möjligheten att få adekvat vård i situationer av upplevt behov av vård*.² Ramverket bygger på och utvecklar den tidigare litteraturen.

Levesques ramverk har fått bred användning i litteraturen om tillgång till hälso- och sjukvård. I en nyligen genomförd undersökning av hur ramverket har använts konstateras att det framgångsrikt har använts för att utforska, bedöma och mäta den komplexa och dynamiska process som skapar tillgänglighet till hälso- och sjukvård (Cu, Meister, Lefebvre & Ridde, 2021). Undersökningen fann i litteraturen 147 unika frågor om till-

¹ Regeringen har gett en särskild utredare i uppdrag att bland annat föreslå åtgärder som säkerställer att patienter med privat sjukvårdsförsäkring inte får snabbare tillgång till vård eller bättre vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården framför patienter utan sådan försäkring och på så vis säkerställa att alla patienter får vård på lika villkor i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården (Dir. 2020:83).

² "[T]he opportunity to reach and obtain appropriate health care services in situations of perceived need for care", (Levesque, Harris, & Russell, 2013).

gänglighet till hälso- och sjukvård, vilket visar på komplexiteten i tillgänglighetsbegreppet.

Ur ett samhällsvetenskapligt perspektiv skiljer vi i den här redovisningen på tillgänglighetsbarriärer och väntetider. Vi menar att det för våra syften är en enkel och kraftfull konceptualisering.

- *Tillgänglighetsbarriärer* är hinder för att komma in i hälso- och sjukvårdssystemet. Det handlar alltså om möjligheten att över huvud taget kunna komma i åtnjutande av hälso- och sjukvårdens tjänster. Låga tillgänglighetsbarriärer kan därför ses som en förutsättning för vård på lika villkor. Höga barriärer gör det svårt för befolkningen att söka vård på rätt sätt, vid rätt tillfälle eller på rätt ställe.

”Barriärerna kan vara av olika slag, exempelvis fysiska (lokaler som inte är anpassade eller långa avstånd), kostnadsmissiga (man har inte råd att exempelvis ta sig till och besöka sjukvården eller hämta ut läkemedel), informationsmissiga (avsaknad av information om hur och var man ska söka vård), språkliga (svårigheter att förstå den information som ges) och kulturella (erfarenhet av hälso- och sjukvårdssystem som fungerar på ett annat sätt)” (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2019, s. 51 f.).

- *Väntetider* är den tid patienterna behöver vänta till nästa steg i vårdkedjan, efter det att patienterna väl har kommit in i hälso- och sjukvårdssystemet. Väntetider handlar alltså om patienternas tillgång till medicinska bedömningar och prioriteringar, till vård och behandling och till uppföljning av vård och behandling.

Väntetiderna ”till nästa steg i kedjan [kan] vara långa eller korta. Vad som är en rimlig väntetid kan skilja sig från person till person och från situation till situation. Vården ska ges efter behov, och medicinskt brådskande fall ska gå före mindre medicinskt brådskande fall. Därför måste väntetiden vara olika från fall till fall” (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2019, s. 52).

Patienternas möjligheter att få adekvat vård i situationer av upplevt behov av vård handlar både om tillgänglighet till vården på lika villkor och om tillgänglighet i vården på lika villkor och efter behov.

IVO:s tillsyn över hälso- och sjukvården definieras i 7 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) som granskning av att verksamheten och personalen uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. I lagstiftningen finns krav och mål som rör både tillgänglighetsbarriärer (exempelvis hälso- och sjukvårdslagens mål om vård på lika villkor och patientlagens krav på information, samtycke och delaktighet) och väntetider (exempelvis den nationella vårdgarantin och att kravet att vården ska vara lätt tillgänglig). Båda aspekterna är alltså relevanta för IVO:s tillsyn.

I detta inledande kapitel redogör vi för tillgänglighet ur ett i huvudsak samhällsvetenskapligt perspektiv, i syfte att beskriva det bredare sammanhang som tillsyn av risker och konsekvenser med bristande tillgänglighet befinner sig i.

Tillgänglighet är ett mångfacetterat och komplext område

Frågan om vem som får sina behov tillgodosedda av hälso- och sjukvården handlar om mycket mer än vem som aktivt efterfrågar vård. Höga tillgänglighetsbarriärer och långa väntetider kan leda till att efterfrågan på vård är lägre än vad det faktiska behovet av vård är i befolkningen. Vissa grupper i befolkningen kan vara bättre på att efterfråga vård än andra grupper, och hälso- och sjukvården kan vara bättre på att erbjuda vård som faktiskt är användbar för vissa grupper i befolkningen än för andra. Detta kan leda till att principerna om vård på lika villkor och efter behov inte realiserar. Hälso- och sjukvårdssystemet kan också påverka vilka behov som tillgodoses, till exempel genom att prioritera vissa behov lägre eller högre än andra genom nationell normering och regionala och lokala prioriteringar.

Tillgänglighet interagerar med andra värden i hälso- och sjukvården på ett mångfacetterat och personcentrerat sätt. För att befolkningen ska kunna få tillgång till hälso- och sjukvården på lika villkor och efter behov, behöver hälso- och sjukvården kunna tillgodose personcentrerade behov av bland annat information, kommunikation, delaktighet, kontinuitet, trygghet och samordning. Bristande personcentrering i interaktionen med befolkningen och patienterna i förhållande till sådana värden, riskerar att ur ett patientperspektiv resa tillgänglighetsbarriärer, som kan påverka om det upplevda behovet av vård kommer att bedömas, prioriteras och tillgodoses av hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen har visat att patienter inom den vuxenpsykiatriska vården anser att god tillgänglighet handlar om väntetider, fysisk tillgänglighet, kontinuitet och samordning, bemötande av vårdare, förtroende till vårdare, delaktighet, information och kompetens (Socialstyrelsen, 2016). De samråd som IVO har genomfört inom ramen för det här uppdraget indikerar samma sak: att tillgång till hälso- och sjukvård ur ett patientperspektiv kan handla om fysiska, kognitiva och kommunikativa tillgänglighetsbarriärer, om patienters och anhörigas delaktighet i vården, om vård för vissa patientgrupper ges på lika villkor i hela landet, om den vård som ges är användbar för patienterna, hur väl samordningen av och kontinuiteten i vården fungerar. Samråden visar också att tillgänglighet ur ett patientperspektiv gäller hela vårdkedjan, från att individer söker kontakt med vården till att individerna får uppföljning, rehabilitering och eftervård.

Behovsprincipen innebär att den som har störst behov ska ges företräde till vården. All vård ska uppfylla kravet på god vård, vilket bland annat innebär att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vägledande för all vård är att inga åtgärder får vidtas utan patientens samtycke. Vägledande är också möjligheten till information och kravet på att vården och behandlingen så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Alla personer ska alltså inte få vård i samma tid, men alla personer ska vara delaktiga i utformningen och genomförandet av vården. Att ta hänsyn till individuella preferenser kan till exempel innebära att vården behöver utformas och genomföras med hänsyn både till individuella och till medicinska måldatum.

Befolkningens bedömningar kan vara förenade med risker utifrån målet om vård på lika villkor. Olika personer kan exempelvis behöva prioritera olika mellan kostnader och fysisk tillgänglighet. En person kan exempelvis behöva prioritera låga kostnader framför möjligheten av kortare väntetider på annan geografisk plats (till exempel i en annan region eller i ett annat EU-land), eftersom hen inte har råd att ta den högre alternativkostnaden att inte arbeta som det skulle innebära. En annan person kan ha råd att ta sådana alternativkostnader och kan därför prioritera kortare väntetider på annan geografisk plats.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har undersökt vad befolkningen ansåg om de kvalitetsområden som myndigheten föreslog för en nationell uppföljning av hälso- och sjukvården (hälsoutfall av vården, personcentrering och tillgänglighet). Undersökningen visade att de svarande ansåg att hälsoutfallet var viktigast. I undersökningen fördelade de svarande ungefär dubbelt så många poäng till hälsoutfall som till personcentrering och tillgänglighet. Övriga kvalitetsområden värderades lika i förhållande till varandra. Undersökningen visade också att de svarande värderade väntetider i olika delar av vårdkedjan som lika viktiga. Men här fanns stor variation mellan högsta och lägsta svar i varje del, vilket tyder på att de svarande hade olika uppfattningar i denna fråga (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2019).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har också analyserat hur befolkningen väljer när de ställs inför hypotetiska valsituationer mellan fiktiva vårdcentraler som skiljer sig åt utifrån fyra kvalitetsaspekter: olika typer av fast vårdkontakt, olika grad av delaktighet och samordning samt olika väntetider till icke-akuta besök. Resultaten visar att de svarande värderade delaktighet högst. Samordning värderades i genomsnitt minst jämfört med övriga aspekter. De svarande kunde i genomsnitt tänka sig att vänta längre än vårdgarantins maxgräns på tre dagar till icke-akuta besök, under förutsättning att vårdcentralen lever upp till andra centrala kvalitetsaspekter. Ökad grad av delaktighet är den kvalitetsaspekt som de svarande är benägna att vänta längst för att få (13 respektive 18 dagar), jämfört med att vårdpersonalen beslutar om behandlingen. Analysen visar att befolkningen har skilda preferenser och myndigheten identifierar tre tydliga preferensklasser som de kallar ”relationssökande”, ”väntetidsminimerare” och ”delaktiga beslutsfattare” (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020b).

Väntetider handlar om samspelet mellan utbud och efterfrågan

Väntetider är ett vanligt sätt att följa upp och jämföra olika hälso- och sjukvårdssystemers tillgänglighet mot varandra. När en ändlig resurs ska fördelas och efterfrågan på resursen är större än utbudet uppstår en kö. Resursen som ska fördelas kan till exempel vara besök, medicinsk bedömning, vård och behandling i hälso- och sjukvården. I vårt fall kan vi säga att kösystemet består av patienter som når hälso- och sjukvårdens tjänster (som har tagit sig över eventuella tillgänglighetsbarriärer) och som sedan väntar på en medicinsk bedömning och på att få vård och behandling, och sedan får vård, behandling, uppföljning och rehabilitering (väntetider).

Ett vanligt sätt att beskriva vad som påverkar väntetiderna i ett visst sammanhang är se till efterfrågan på och utbudet av hälso- och sjukvård och hur dessa två samspekar

(OECD, 2020a).

- Efterfrågan på hälso- och sjukvård påverkas av befolkningens upplevda behov av vård, deras preferenser och hälsostatus. Efterfrågan kan exempelvis också påverkas av vad befolkningen vet om hälso- och sjukvården och hur den fungerar, av kostnader som är förenade med att söka vård och av hur lätt eller svårt det är att söka vård. Efterfrågan kan också påverkas av mixen av offentligt och privat finansierad vård.
- Utbudet på hälso- och sjukvård påverkas exempelvis av faktorer som storleken på och egenskaperna hos arbetskraften i hälso- och sjukvården, vilken utrustning och vilka lokaler vården har tillgång till, teknologiska genombrott, hur vården är organiserad, hur indikationsgränser tillämpas och vilka medicinska prioriteringar och överväganden om behovstäckning som görs. Men utbudet påverkas också av produktiviteten i vården, som i sin tur kan bero på ersättningssystem, avtalsförhållanden, organisation, arbetsmiljö och styrning.

Väntetider i hälso- och sjukvården är dynamiska. I ett scenario där grundförutsättningarna inte förändras kommer väntetiderna att bli längre om efterfrågan över tid överstiger utbudet. Och väntetiderna kommer att bli kortare om utbudet över tid överstiger efterfrågan. Men ett scenario där grundförutsättningarna inte förändras är inte det mest sannolika. Den förväntade ökningen av antalet och andelen äldre i befolkningen kommer sannolikt att öka efterfrågan på hälso- och sjukvård. Samtidigt kommer den tekniska och digitala utvecklingen sannolikt att öka utbudet (OECD, 2020a, s. 24).

Samtidigt sker det kontinuerligt både större och mindre förändringar som påverkar de faktorer som bygger upp efterfrågan och utbudet. Exempel på större förändringar är covid-19-pandemins kort- och långsiktiga konsekvenser på såväl befolkningens hälsostatus (efterfrågan) som storleken på den uppskjutna vården (utbud). En annan är det pågående arbetet med att långsiktigt stärka den svenska primärvården och den nära vården (utbud). Exempel på andra förändringar som kan påverka tillgängligheten kan vara lokala eller regionala förändringar av styrningen och organiseringen av vården som påverkar graden av samverkan (exempelvis förekomsten av gemensamma väntelistor), arbetsmiljön och produktiviteten (utbud) och etableringen av nya eller förbättrade möjligheter att söka och ha kontakt med vården digitalt (utbud och efterfrågan).

Vissa gemensamma drag i hur olika länder har arbetat för att korta väntetider

Rehnberg konstaterar i en studie om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv att det är svårt att göra internationella jämförelser av väntetider (Rehnberg, 2019). Dels skiljer sig sättet att mäta och registrera registerdata om väntetider åt mellan olika länder, dels innebär de olika nationella kontexterna att det kan vara svårt att tolka attitydundersökningar som görs i befolkningarna.

Av de jämförelser som finns, och med beaktande av metodologiska svårigheter, konstaterar Rehnberg att tillgängligheten generellt sett är bättre inom socialförsäkringsystemen än inom skattebaserade system (Rehnberg, 2019). I Skandinavien och Storbritannien finns en tradition av att finansiera vården med skatter. Länder som

Frankrike, Nederländerna och Tyskland har en tradition av att finansiera vården med socialförsäkringspremier, som betalas av arbetsgivare och arbetstagare, och vissa skatter. Rehnberg menar att en förklaring kan vara att det i socialförsäkringssystemen finns tydligare incitament till behandling samt konkurrens mellan vårdgivare.

OECD beskriver, i en aktuell analys av väntetider till elektiv (i förväg utvald) vård, att det finns vissa gemensamma drag i hur olika länder har arbetat för att korta väntetider: etablerandet av målvärden för maximal väntetid, åtgärder både på utbuds- och efterfrågesidan och en regelbunden uppföljning och kontroll av hur väntetiderna utvecklas. Målvärden kan användas som mål för utförarna och som garantier för befolkningen. Sanktioner kan användas när målvärdena inte uppfylls. Garantier kan kopplas till åtgärder för valfrihet, så att patienterna får större valfrihet av utförare när de maximala målvärdena nås eller närmar sig. På utbudssidan finner OECD att kortare väntetider endast kan nås med ett oavbrutet ökande utbud, vilket i sin tur riskerar att kompenseras av en motsvarande ökning i efterfrågan. På efterfrågesidan kan utvecklad prioritering bidra till att endast personer med behov över en viss nivå faktiskt väntar på vård, att de med störst behov väntar kortast tid och att primärvårdens remittering bidrar till att specialistvårdens resurser används på ett effektivt sätt (OECD, 2020a).

Det finns inga enkla svar för bättre tillgänglighet

Det finns olika förklaringsmodeller till att väntetider uppstår, som ger olika vägledning i fråga om vilka åtgärder som är mest lämpliga. Efter intervjuer med hälso- och sjukvårdspersonal sammanfattade Socialstyrelsen 2008 en rad olika förklaringsmodeller (citerat i Sveriges Kommuner och Landsting, 2016):

- Ledning/produktionsplanering: Bristande fokus eller avsaknad av uppföljning, kunskap eller verktyg för analys.
- Patienter: Har ökade förväntningar. Är inte tillräckligt delaktiga i bokningen eller i användning av ny teknik för kommunikation såsom mejl, sms etc.
- Medicinsk prioritering: Otydliga och varierande medicinska indikationer för vård, ny kunskap och teknologi som ger vidgade indikationer.
- Administration: Bristande samordning och bristfällig hantering av remisser och planeringslistor.
- Logistik: Flaskhalsar i verksamhetens strukturer och processer.
- Ekonomi: Mindre resurser, bristande tillgång till kompetens eller lokaler. Större efterfrågan.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) sammanfattade 2016 landstingens arbete för kortare väntetider till vården, från 1980-talet och framåt (Sveriges Kommuner och Landsting, 2016). SKL betonade att de aktörer och verksamheter som långsiktigt har haft relativt sett kortare väntetider har haft ett samspel av flera olika åtgärder och ett engagerat och uthålligt ledarskap, med kontinuerlig uppföljning och fokus på resultat och anpassning. SKL menade att det inte finns några enkla genvägar till ett uthålligt uppföljnings- och förbättringsarbete och betonade vikten av att ha fokus på patienten, en

tillgänglig trygghet och en lärande ledning och kunskapsbaserade stödsystem.

Socialstyrelsen genomförde för något år sedan en studie som undersökte hur en regions samlade agerande när det gäller styrning, organisation och administration kan påverka tillgänglighet och väntetider (Socialstyrelsen, 2019b). Myndigheten pekade på att ledarskap och uthållighet i förändringsarbetet är avgörande för att lyckas korta köerna i vården, tillsammans med tydliga regelverk och stödfunktioner för att omsätta mål och visioner till handling. Ett resultat från studien var att en verksamhetskultur med fokus på tillgänglighet banar väg för kortare köer. I detta fall avser Socialstyrelsen med verksamhetskultur främst följsamhet till praxis, fastställda tillämpningsanvisningar och rutiner. Studien pekar också på att en aspekt av ekonomistyrningen kan ha betydelse: om det är den remitterande kliniken, eller annat kostnadsställe, som bär kostnaden för utomlänsvård av patienter som remitteras för att regionen inte kan ge vård inom vårdgarantin. Andra förklaringar som studien pekar på är skillnader i hur hälso- och sjukvården är organiserad och hur den styrs, vilket i sin tur beror på hur befolkningsunderlaget ser ut och hur uppdraget till verksamheterna är formulerade. Slutligen pekade studien på förekomsten av kapacitetsproblem, på grund av kompetensbrister och hur väl personalen nyttjades till kliniska uppgifter.

Styrning för ökad tillgänglighet

Det pågår en omställning mot en god och nära vård i Sverige. Omställningen är komplex och omfattande. Syftet är att nå en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. För att åstadkomma detta räcker det inte att göra förändringar i primärvården. Hela hälso- och sjukvårdssystemet måste omfattas av förändringen (SOU 2019:29).

Överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner

Regeringen har träffat överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om god och nära vård. Överenskommelserna ska stödja utvecklingen av hälso- och sjukvården och har bland annat omfattat satsningar på ökad tillgänglighet i primärvården och i barnhälsovården (Socialdepartementet, 2019a; Socialdepartementet, 2020a; Socialdepartementet, 2021a). Regeringen har också tecknat överenskommelser med SKR om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (Socialdepartementet, 2019b; Socialdepartementet, 2020b; Socialdepartementet, 2020c). Överenskommelser mellan staten och SKR som rör insatser för bättre tillgänglighet finns också för exempelvis cancervården, mödrahälso- och förlossningsvården och inom området psykisk hälsa och suicidprevention (Socialdepartementet, 2021b; Socialdepartementet, 2020d; Socialdepartementet, 2020e).

Tillgänglighetsdelegationen

Regeringen har tillsatt en delegation som ska arbeta för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (dir. 2020:81). Delegationen ska bland annat stödja regionernas arbete med att ta fram och genomföra regionala handlingsplaner för ökad tillgänglighet, stödja ett effektivt resursutnyttjande och kortare väntetider genom att informera om patienters

valmöjligheter och stödja regionernas och kommunernas arbete med utvecklingen av en nära och tillgänglig vård. Delegationen ska också utreda en utökad vårdgaranti och lämna nödvändiga författningsförslag. Uppdraget ska slutredovisas i maj 2022.

Uppdrag till myndigheter

Socialstyrelsen har haft regeringsuppdrag på tillgänglighetsområdet sedan 2009. Det har handlat om att utvärdera och följa upp vårdgarantin, utvärdera kömiljarden, följa upp väntetider i vården och att utveckla uppföljningen av tillgänglighet i vården. Även i andra uppdrag som myndigheten har, är tillgänglighet en viktig del, exempelvis i uppföljningen av standardiserade vårdförlopp inom cancervården och i analysen av hälso- och sjukvårdens kapacitet (Socialstyrelsen, 2019b; Socialstyrelsen, 2018a; Socialstyrelsen, 2018b). Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa upp och analysera överenskommelsen mellan staten och SKR om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2020a), att analysera uppdämda vårdbehov inom hälso- och sjukvården samt följa och analysera väntetider och vårdköer i hälso- och sjukvården, med särskilt fokus på konsekvenser av covid-19.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har regeringens uppdrag att följa och utvärdera hälso- och sjukvårdens omställning till en god och nära vård. Myndigheten har analyserat patienters uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021b). Myndigheten har även haft andra analysuppdrag som rör tillgänglighetsområdet, till exempel om privata sjukvårdsförsäkringar (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020a). Myndigheten har också uppdrag att följa upp patientlagens genomslag, att kartlägga landsbygdens primärvård och om det finns skillnader i tillgänglighet och kvalitet i primärvården mellan landsbygd, tätorter och storstäder.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att utarbeta en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet, som ska bidra till att utveckla och samordna arbetet med patientsäkerhet i landet (Socialstyrelsen, 2020b). Socialstyrelsen konstaterar att den nationella uppföljningen inom patientsäkerhetsområdet behöver utvecklas så att den återspeglar den utveckling som behövs för en säkrare vård.

Tillbakablick på IVO:s tillsyn av risker med bristande tillgänglighet

Vid en tillbakablick på IVO:s sammanfattande analyser av tillsynen kan vi se att myndigheten har pekat på flera risker och brister som har med bristande tillgänglighet att göra (Inspektionen för vård och omsorg, 2019; Inspektionen för vård och omsorg, 2020a; Inspektionen för vård och omsorg, 2021a; Inspektionen för vård och omsorg, 2018a).

När IVO har pekat på att patienter inte får, eller riskerar att inte få, vård i rätt tid har myndigheten pekat på orsaker som bristande samverkan mellan olika professioner och vårdnivåer och bristande samordning av olika insatser runt patienterna; bristande informationsöverföring; brist på personal, lokaler och utrustning; bristande kompetensförsörjning; och långa väntetider i olika skeden av vårdkedjan.

IVO har exempelvis rapporterat om fördröjda, felaktiga och uteblivna diagnoser, vård och behandling när det inte finns tillräckligt med personal eller personal med rätt kompetens eller att patienterna av andra skäl behöver vänta på diagnostik, vård och behandling. Det kan leda till allvarliga konsekvenser för patienterna. IVO har också rapporterat om mer utdragna vårdförlopp, ökat lidande och bestående men. Men också om allvarligt försämrade sjukdomstillstånd, som kräver mer omfattande behandlingar eller som inte längre går att behandla. Tillsynen har genom åren uppmärksammat sådana brister inom primärvården, vid akutmottagningarna, inom den somatiska och den psykiatriska specialistsjukvården.

IVO har rapporterat om att bristen på helhetsansvar och samordning för äldre personer riskerar att leda till fördröjd behandling och utebliven medicinering som kan leda till försämrad hälsa, som i sin tur inte uppmärksammas i tid, exempelvis viktnedgång. Även för personer som behöver psykiatrisk specialistsjukvård har myndigheten rapporterat om att bristande helhetssyn och samordning innebär sämre tillgång till adekvat vård.

Under 2017 genomförde IVO en nationell riskbaserad tillsyn av väntetiderna i samband med patienternas övergång från akutmottagning till slutenvård på sjukhus (Inspektionen för vård och omsorg, 2018b). Tillsynen visade att huvudorsaken till väntetiderna var vårdplatsbrister inom slutenvården. Väntetiderna gjorde att akutmottagningarna tidvis hade svårt att sörja för patienternas omvårdnadsbehov. Tillsynen visade dock att vårdgivarna i de flesta fall lyckades erbjuda patienterna en god vård, trots långa väntetider på akutmottagningarna, och att drygt hälften av de granskade akutmottagningarna sällan hade problem med långa väntetider.

Under 2019 genomförde IVO en nationell tillsyn av patientsäkerheten för utlokaliserade patienter inom den somatiska specialistsjukvården (Inspektionen för vård och omsorg, 2021a). Utgångspunkten för tillsynen var att antalet utlokaliseringar i den somatiska vården hade ökat över tid. Utlokalisering innebär att patienterna vårdas på en vårdplats som inte har fysisk utformning eller bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. Det var med andra ord en tillsyn av konsekvenserna av bristande tillgänglighet. Patienter som vårdas utlokaliserat i somatisk vård har dessutom 60–70 procent högre risk att drabbas av vårdskador än patienter som inte vårdas utlokaliserat. IVO fann brister vid 20 av de 23 granskade sjukhusen.

I IVO:s årliga rapport till regeringen för verksamhetsåret 2019 aviserade myndigheten att befolkningens tillgänglighet till vård och omsorg var ett av flera områden som IVO avsåg att följa för att kunna analysera och beskriva utvecklingen av kvalitet och säkerhet inom vård och omsorg (Inspektionen för vård och omsorg, 2020a). Detta var första gången som IVO tydligt adresserade frågan om tillgänglighet för att beskriva utvecklingen av kvalitet och säkerhet i vården. IVO konstaterade exempelvis att antalet operationer och besök i den specialiserade vården inte hade ökat i samma takt som antalet patienter som väntar på första besök och operationer under perioden 2013–2018.

I 2020 års rapport fördjupade IVO analysen av befolkningens tillgänglighet till hälso- och sjukvården (Inspektionen för vård och omsorg, 2021a). IVO rapporterade om

resultaten av en kvantitativ analys av hur covid-19-pandemin hade påverkat tillgängligheten till vård och behandling inom specialistvården. Det var första gången som IVO rapporterade resultatet av en systematisk och datadriven analys av tillgängligheten i hälso- och sjukvården.

Utifrån den analys som IVO gjorde under 2020 förde myndigheten dialogsamtal med regionerna om den uppskjutna vård som covid-19-pandemin hade fört med sig. IVO har också inlett en nationell tillsyn av cancersjukvården, där IVO bedömer att uppskjuten vård innebär allvarliga risker för patientsäkerheten och att det finns påtagliga risker för vårdskador om människor inte får vård i rätt tid (s. 86 f.).

Kort om IVO:s tidigare tillsyn

Vi har inom ramen för det här uppdraget undersökt möjligheterna att identifiera historiska tillsynsärenden där IVO har granskat risker och konsekvenser av bristande tillgänglighet inom hälso- och sjukvården, i syfte att beskriva och analysera den tidigare tillsynen inom området. Vi konstaterar att det inte låter sig göras med rutinbaserade åtgärder. IVO registrerar inte tillsynsärenden på ett sådant sätt att för uppdraget relevanta ärenden går att söka fram på ett tillförlitligt sätt utan en resurskrävande manuell genomgång. Vi bedömde att kostnaderna för att göra en manuell genomgång inte svarade mot den förväntade nyttan.

När det gäller egeninitierade tillsynsärenden och ärenden som rör klagomål på hälso- och sjukvården, enligt patientsäkerhetslagen, registrerar IVO vilket eller vilka granskningsområden som tillsynsärendet har avsett. Sett över perioden 2016–2020 har IVO fattat beslut i cirka 100 klagomålsärenden enligt patientsäkerhetslagen som har registrerats med granskningsområde ”tillgänglighet” och cirka 160 klagomålsärenden som har registrerats med granskningsområde ”väntetider”. I den egeninitierade tillsynen har IVO fattat beslut i cirka 170 respektive 50 ärenden som har registrerat med granskningsområde ”tillgänglighet” respektive ”väntetider”. Uppgifterna ska tolkas med försiktighet, eftersom det saknas begreppsdefinitioner till stöd för registreringen. Ärenden kan också registreras med båda granskningsområdena.

Vi har undersökt om granskningsområdena ”tillgänglighet” och ”väntetider” vore ett tillförlitligt sätt att identifiera relevanta ärenden. Så är inte fallet. Vi har tagit ut en lista över samtliga ärenden som har registrerats med dessa granskningsområden och gjort stickprovskontroller av om sökningen träffar relevanta ärenden. Vi fann att sökningen både gav falska positiva svar och att förväntade tillsynsärenden inte fångades upp av sökningen.

Med beaktande av de begränsningar som följer av hur våra tillsynsärenden registreras valde vi att söka fram samtliga ärenden som har registrerats med granskningsområden ”tillgänglighet” och ”väntetid” under perioden 2018–2020. Vi gjorde en översiktlig manuell genomgång av de beslut där IVO konstaterade brister eller riktade kritik i egeninitierade ärenden och klagomålsärenden enligt patientsäkerhetslagen.

Genomgången visar att de ärenden som faktiskt har avsett risker med bristande tillgänglighet primärt har handlat om väntetider: till exempel väntetider till utredning,

bedömning och behandling, väntetider i telefon samt uppföljning av patienter som står på väntelistor och hur deras medicinska tillstånd har följts upp under väntetiden. IVO:s granskning i ärendena i genomgången har primärt rört sig på individ- och verksamhetsnivå, inte på den politiskt ansvariga nivån. Bedömningarna i besluten vilar framför allt på 5 kap. 1–2 §§ hälso- och sjukvårdslagen (kraven på god vård och att det ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges), 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (kravet att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls) och 6 kap. 1 § patientlagen (kravet att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses). Vi har inte funnit att IVO i något av dessa ärenden har gått vidare från beslut med kritik och brister till beslut med föreläggande.

Tillsynens effekter och utveckling

Forskning om tillsynens effekter finns, men i begränsad omfattning. Forskningen visar att det ofta är svårt att visa på orsakssamband mellan tillsyn och effekter. Att vissa styrsystem är svåra att utvärdera, innebär däremot inte att de inte kan bidra till önskade effekter. Tillsynsutredningen menade att vissa styrsystem inte på ett enkelt sätt låter sig utvärderas och att det i slutändan handlar om att lägga samman indikationer och göra rimlighetsbedömningar (SOU 2002:14).

Tillitsdelegationen konstaterade att forskningen om tillsynens effekter sammanfattningsvis inte kan anses ha klarlagt vilken påverkan tillsyn har på vårdens, skolans och omsorgens kvalitet (SOU 2018:48). Delegationens litteraturgenomgång pekar bland annat på att effekterna kan bero på faktorer som hur myndighetens återkoppling ser ut och om den upplevs vara relevant och legitim i verksamheterna, men även på inspektörernas bemötande och på inspektionsmetoderna. Fler studier tyder på att granskade verksamheter med goda resultat tenderar att vara mer kritiska till tillsynen, medan verksamheter med lägre resultat ofta rättar sig efter tillsynen. Annan forskning visar att tillsynen kan öka medvetenheten om vad som behöver förbättras i verksamheten och vilka regler som gäller för den aktuella verksamhetstypen.

Tillitsdelegationen konstaterade att verksamhetsföreträdare inom skola och omsorg i enkäter uppger att tillsynen bidrog till förbättringsarbete och utveckling. Det är framför allt samtalen med inspektörer och kollegor och förberedelserna inför granskningen som anses bidra till förbättring, mer än själva tillsynsbesluten. Delegationen framhäver vikten av inspektörernas bemötande och att legitimiteten för tillsynen upplevs öka om inspektörerna har egen erfarenhet från den typ av verksamhet som de granskar (SOU 2018:48).

Statskontoret har nyligen genomfört en studie om den statliga tillsynens utveckling (Statskontoret, 2020). Statskontorets lärdomar av utvecklingen av den statliga tillsynen är att en tillsyn som riktas in på mer kvalitativa aspekter kan bli mer träffsäker och minska den administrativa bördan för de tillsynade samt att tillsynsmyndigheterna behöver värdera riskerna systematiskt och kontinuerligt ompröva och utveckla sina riskanalyser, för att öka träffsäkerheten. Statskontoret betonade att tillsyn är ett viktigt

kontrollinstrument som kan visa på vilka konsekvenser som olika brister kan leda till. Statskontoret menade samtidigt att tillsyn som styrinstrument inte kan lösa grundläggande problem och brister i en verksamhet och att det därför måste finnas en rimlig förväntan på vilka problem tillsynen kan lösa.

På en övergripande nivå är effekten av IVO:s tillsyn okänd

Riksrevisionen har nyligen granskat IVO:s tillsynsverksamhet (Riksrevisionen, 2019). Riksrevisionens sammanfattande bedömning var att det inte går att avgöra om eller hur IVO:s tillsyn påverkar vården och omsorgen. Det fanns flera skäl till bedömningen: att inspektörerna har olika tillsynsstilar; att myndighetens uppföljningar fokuserade på IVO:s verksamhet och inte var jämförbara över tid; att IVO:s uppföljning mätte förtroendet för tillsynen och inte det faktiska resultatet. Riksrevisionen menade därför att det är svårt för IVO att redovisa vad som hänt till följd av tillsynsinsatser och inspektioner. Samtidigt visade granskningen att det fanns en positiv bild hos både inspektörer och granskade verksamheter vad gäller återföringen av tillsynsresultat.

Patientsäkerhetsrisker och andra konsekvenser

I det här kapitlet sammanfattar vi kunskapsläget om patientsäkerhetsrisker och andra konsekvenser som bristande tillgänglighet kan leda till.

Sammanfattning

Tillgänglighet till hälso- och sjukvård har förbättrats ur ett globalt perspektiv. Undersökningen The Global Burden of Disease Study rapporterar om att Global Healthcare Access and Quality Index ökar över tid, från 37,6 år 1900 till 42,4 år 2000 och 54,4 år 2016 (maxvärdet är 100). Samtidigt är tillgänglighet ett väsentligt problem. Cirka 7,3 miljarder människor hade 2017 inte tillgång till all hälso- och sjukvård de behöver och i en studie av 137 länder uppskattades år 2016 en överdödlighet om 8,6 miljoner dödsfall på grund av bristande tillgänglighet till eller kvalitetsbrister i hälso- och sjukvården (Cu, Meister, Lefebvre & Ridde, 2021).

I Sverige anser nio av tio i befolkningen sig ha tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver. De som rapporterar om dåligt eller mycket dåligt upplevt allmänt hälso-tillstånd, anser i mindre utsträckning att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver. På nationell nivå uppfattar 60 procent av befolkningen att vården ges på lika villkor i den egna regionen, men variationen mellan regionerna är stor. Sverige avviker negativt jämfört med andra länder när det gäller andelen som anser att det är mycket eller ganska lätt att få vård på kvällen, på helgen eller på en helgdag. Följsamheten till svensk väntetidsnormering brister, och har gjort det under lång tid, och de svenska patienterna bedömer att hälso- och sjukvården är mindre tillgänglig än patienter i jämförbara länder.

Tillgänglighetsbarriärer kan leda till att personer avstår från att söka vård i tid, att patienter inte uppfattar viktig information, inte följer behandlingsrekommendationer eller inte kommer på återbesök trots att hälsotillståndet eller sjukdomen kräver det. Individer som har en nedsatt hälsa eller upplever en lägre självskattad hälsa har en större benägenhet att avstå från vård än personer med god hälsa, och bedömer oftare att det finns hinder i tillgången till vård (Sveriges Kommuner och Regioner, 2021; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021c).

Långa väntetider leder inte bara till att patienter kan få vänta orimligt länge på vård, utan ger också upphov till patientsäkerhetsrisker och kan leda till vårdskador. Enligt patientsäkerhetslagen är vårdgivare skyldiga att vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Detta gäller även skador som uppstår som en konsekvens av att patienten inte får vård i rätt tid eller inte får tillgång till den vård som hen är i behov av. Lång väntan kan också leda till negativa ekonomiska konsekvenser för enskilda och produktionsbortfall i samhället.

Att hälso- och sjukvården har rimliga väntetider och uppfattas som tillgänglig av befolkningen är väsentligt för att säkerställa den långsiktiga hållbarheten i hälso- och sjukvårdssystemet (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017). Detta eftersom bristande tillgänglighet till hälso- och sjukvård riskerar att påverka befolkningens förtroende för vården (Socialdepartementet, 2020b). Majoriteten av Sveriges befolkning har förtroende för hälso- och sjukvården. Vid en jämförelse av svenska patienter mot patienter i andra, likvärdiga länder kan vi dock se att svenska patienter bedömer hälso- och sjukvården som mindre tillgänglig än patienter i jämförbara länder.

Långa väntetider kan öka risken för vårdskador

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) anger att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvård ska vara lätt tillgänglig och den som har störst behovet av vård ska ges företräde. Att säkerställa en god tillgänglighet till vård för hela befolkningen är en sedan länge känd utmaning för hälso- och sjukvården i Sverige. Framförallt gäller det bristande tillgänglighet i form av långa väntetider till vård och behandling och låg måluppfyllelse till vårdgarantin. En bristande tillgänglighet till hälso- och sjukvård leder inte bara till att patienter kan få vänta onödigt länge utan ger också upphov till patientsäkerhetsrisker och kan leda till undvikbara vårdskador. Enligt patientsäkerhetslagen är vårdgivare skyldiga att vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador (Inspektionen för vård och omsorg, 2021a). Detta gäller även skador som uppstår som en konsekvens av att patienten inte får vård i rätt tid eller vid kontakterna med hälso- och sjukvården inte får tillgång till den vård som hen är i behov av.

Riskerna med och effekterna av bristande tillgänglighet i form av lång väntan på vård eller behandling ter sig olika beroende på sjukdomstillståndet och dess allvarlighet. Lång väntan kan förvärra symptom, försämra patientens status och leda till ett sämre kliniskt resultat. Vid allvarliga tillstånd som exempelvis hjärtsjukdomar och sjukdomar i cirkulationssystemet, kan långa väntetider leda till allvarliga plötsliga biverkningar, funktionsnedsättning eller dödsfall (Socialstyrelsen, 2018b). Vid akuta symptom så som hjärtproblematik, visar litteraturen på att långa väntetider till operation för till exempel kranskärlsoperation kan leda till sämre utfall för patienten. En förlängd väntan kan öka riskerna för att patienten behöver läggas in akut och kan i värsta fall leda till att patienten avlider (Siciliani, Borowitz, & Moran, 2013). Även för andra allvarliga sjukdomstillstånd är väntetiden en avgörande faktor. Sådant exempel är cancersjukdomar där långa väntetider kan kopplas till försämrade prognos och ökad dödlighet (Nilbert, 2016).

Studier visar att kortare tid till diagnosticering bidrar till ökad överlevnad och förbättrad livskvalitet för patienten, men att effekten varierar mellan olika cancerformer (Neal, o.a., 2015). Även för andra tillstånd inom exempelvis ortopedisk kirurgi såsom problematik med rörelseorganen som knän- eller höftleder och som kräver operation kan det konstateras att det finns risk för sämre hälsa och förvärrat medicinskt tillstånd för patienten, om hen tvingas vänta en längre tid (Siciliani, Borowitz, & Moran, 2013). Patienter riskerar ett ökat behov av läkemedel eller hjälpmedel. Likaså kan patienter

tvingas till fler eller förnyade kontakter med sjukvården som konsekvens av lång väntan (Socialstyrelsen, 2018b).

Förutom risk för sämre kliniskt resultat och förvärrat sjukdomstillstånd är patienternas upplevelser av väntan en viktig aspekt att beakta. De är svårare att uppskatta och mäta. Lång väntan kan leda till negativa psykiska effekter såsom ångest och stress hos individen, även om väntan i sig självt inte försämrar sjukdomstillståndet. Även vid tillstånd där en lång väntetid i sig inte påverkar det medicinska utfallet för patienten negativt så är det rimligt att anta att en lång väntan har negativ inverkan på patienten i form av försämrad livskvalitet, ökad oro, stress, olika former av besvär och andra konsekvenser, vilket på längre sikt kan ha negativ inverkan på patientens hälsa och sjukdomsutfall (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2019). Att vänta på en medicinsk åtgärd eller behandling kan påverka det dagliga livet för patienten med konsekvenser så som hämmad rörlighet, minskad fysisk aktivitet och begränsad socialt umgänge (Socialstyrelsen, 2018b).

Lång väntan på vård eller behandling kan också ha negativ inverkan på närstående. Det kan till exempel visa sig genom ökad oro för en familjemedlem som har ett obehandlat sjukdomstillstånd. Men patienten kan också få ett ökat beroende till sina närstående för att klara det dagliga livet, vilket ökar på oro och stress för de närstående (Barua, Esmail, & Jackson, 2014).

Långa väntetider kan leda till både direkta och indirekta kostnader

Under tiden patienten väntar på behandling kan patientens tillstånd försämrans, vilket bland annat kan innebära att undersökningar kan behöva göras om och att patienten kan få ett ökat vårdbehov, som i sin tur kräver ytterligare vård och behandling. Förutom att detta kan påverka hälsotillståndet hos patienten negativt, kan det leda till både direkta och indirekta kostnader. Med behovet av ytterligare undersökningar, vård och behandling kommer ökade direkta kostnader för hälso- och sjukvården. Dessutom tar behovet av att hantera själva kön administrativa resurser i anspråk. Patientens behov av sjuk-skrivning kan öka, vilket innebär risk för inkomstförsämringar. Om patienten blir missnöjd med väntetiden eller får sämre förtroende för hälso- och sjukvården, kan det leda till att patienten både undviker vården och att patienten söker sig till flera andra vårdenheter (Socialstyrelsen, 2018b).

Betydande indirekta kostnader för hälso- och sjukvård

Forskare vid Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi har på en övergripande nivå beräknat samtliga kostnader för hälso- och sjukvård till 872 miljarder kronor 2017. Det omfattar både hälsoräkenskaperna och en beräkning av de indirekta kostnaderna, alltså de varor och tjänster som skulle kunnat produceras om inte människor dött eller fått reducerad arbetskapacitet som en följd av sjukdom eller olycka (Hjalte, Gralén, & Persson, 2019). Forskarna uppskattade att 40 procent av kostnaderna är indirekta kostnader. Det är rimligt att anta att de indirekta kostnaderna ökar när tillgängligheten till hälso- och sjukvården brister. Vi har dock inte funnit någon uppskattning av de indirekta kostnaderna som kan knytas till bristande tillgänglighet.

Bristande tillgänglighet riskerar att leda till längre sjukskrivningar

Studier har visat att sjukfall kan bli längre än nödvändigt på grund av långa väntetider i sjukvården (Socialstyrelsen, 2017). I en enkätundersökning som forskare vid Karolinska institutet genomförde bland praktiserande läkare 2012, uppgav strax över 30 procent att de någon gång per månad sjukskrev en patient längre än nödvändigt på grund av väntetider till utredning eller behandling inom vården. Det finns också indikationer på något slags samband mellan måluppfyllelse till vårdgarantin och sjukskrivningars längd. Socialstyrelsen har rapporterat om en analys som visade att tre av fem landsting med sjukskrivningar längre än genomsnittet hade en låg grad av måluppfyllelse till vårdgarantin när det gäller första besök inom specialistvården. Det finns också geografiska variationer när det gäller tillgång till fasta läkare. Hyrläkare som arbetar korta perioder på vårdcentraler kan leda till sämre kontinuitet, vilket har lyfts fram som en risk för längre sjukskrivningar.

Betydande direkta kostnader för extra vårdtid på grund av vårdskador

Bristande tillgång till disponibla vårdplatser leder till utlokalisering av patienter och överbeläggning på vårdavdelningar. Utlokaliserade patienter har högre risk att drabbas av skador och vårdskador än patienter som inte är utlokaliserade och det finns ett samband mellan frekvensen av vårdskador och beläggningsgraden (Sveriges Kommuner och Regioner, 2020). Vårdtiden för patienter som får vårdskador är i genomsnitt sju dagar längre än för de patienter som inte skadas. Kostnaden för den extra vårdtid som till stor del beror på vårdskador har beräknats till 7–8 miljarder kronor 2019 (Sveriges Kommuner och Regioner, 2020).

En majoritet av befolkningen anser att vård ges på lika villkor

Hälso- och sjukvården ska vara utformad så att den inte utestänger någon från vård. Vårdens bemötande av patienten är en av grunderna för en jämlik vård som främjar delaktighet, patientinflytande och patientsäkerhet (Socialstyrelsen, 2018c). Det är därför väsentligt för vårdens tillgänglighet att kommunikation och bemötande sker på den enskildes villkor. Effekterna om vården brister i dessa delar kan bli stora för den enskilde patienten som kan bli missnöjd och få sämre förtroende för hälso- och sjukvården, vilket i sin tur kan leda till att hen till exempel undviker att söka vård vid behov (Socialstyrelsen, 2018b).

Flertalet patienter upplever sig bli bemötta med respekt och värdighet

Av nationell patientenkät inom primärvården från 2019 framgår att 92 procent av patienterna kände sig bemötta med respekt och värdighet oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder (de svarade 4 eller 5 på en femgradig skala där 5 motsvarade ”Ja, helt och hållet”). Den regionala variationen var liten, från 89 till 94 procent (Sveriges Kommuner och Regioner, uå f). I 2018 års nationella patientenkät inom öppen och sluten specialiserad sjukhusvård ställdes samma fråga. I båda enkäterna är resultaten höga på nationell nivå (96 respektive 93 procent) och variationen mellan regionerna är små (Sveriges Kommuner och Regioner, uå i; Sveriges

Kommuner och Regioner, uå j).

Åtta av tio patienter upplever sig delaktiga i besluten om vård och behandling

Av nationell patientenkät inom primärvården 2019 framgår att 82 procent av patienterna upplever sig delaktiga i besluten om sin vård och behandling i den utsträckning som de önskade, men en regional variation från 77 till 85 procent. Resultaten inom den öppna specialiserade vården från 2018 är jämförbara, 86 procent på nationell nivå med en liten regional variation. I den slutna specialiserade vården är resultaten något lägre än i den öppna, 80 procent på nationell nivå med regional variation från 73 till 87 procent (Sveriges Kommuner och Regioner, uå f; Sveriges Kommuner och Regioner, uå i; Sveriges Kommuner och Regioner, uå j). IHP visar att 92 procent i Sverige uppger att de var delaktiga i besluten vid sjukhusvård, vilket både är en ökning från 2016 och ett relativt bra resultat jämfört med övriga länder i undersökningen (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021a).

Sex av tio i befolkningen anser att vården ges på lika villkor

Hälso- och sjukvårdsbarometern för 2020 innehåller en fråga om befolkningen uppfattar att vården ges på lika villkor i sin region. På nationell nivå uppfattar 60 procent att så är fallet i 2020 års undersökning. Det är en ökning jämfört med medelvärdet för de tre föregående åren, som är 53 procent. Variationen mellan regionerna är stor, från 52 till 71 procent. Frågan ställs till alla, oavsett om de har haft kontakt med hälso- och sjukvården i närtid eller inte. De äldsta och de yngsta uppfattar i högst utsträckning att vården ges på lika villkor och män är mer positiva än kvinnor (Sveriges Kommuner och Regioner, 2021; Sveriges Kommuner och Regioner, uå g).

Tillgänglighet till vård påverkar befolkningens uppfattningar om och förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet

Att hälso- och sjukvården har rimliga väntetider och uppfattas som tillgänglig av befolkningen är väsentligt för att säkerställa den långsiktiga hållbarheten i hälso- och sjukvårdssystemet (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017). Bristande tillgänglighet till hälso- och sjukvård riskerar att påverka befolkningens förtroende för vården (Socialdepartementet, 2019b).

Vi kan konstatera att tillgången till hälso- och sjukvård generellt sett upplevs som relativt god av befolkningen i Sverige. Utifrån SKR:s årliga mätning av befolkningens attityder, förtroende och uppfattning om hälso- och sjukvården ökar andelen av befolkningen som upplever vården som tillgänglig jämfört med föregående års mätningar (Sveriges Kommuner och Regioner, 2021).

I 2020 års mätning uppgav 88 procent av de tillfrågade att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver. 56 procent av de tillfrågade svarade också att de uppfattar väntetiderna till besök och behandling på sjukhus i Sverige som rimliga, 71 procent av de svarande ansåg att väntetiderna till vård på hälso- eller vårdcentraler är rimliga. Mätningen visade också att ålder är en faktor som påverkar den upplevda nöjdheten med vårdens tillgänglighet. De som är 60 år eller äldre är mer nöjda med tillgången till

vård jämfört med den yngre andelen av befolkningen (Sveriges Kommuner och Regioner, 2021).

Det finns ett samband mellan tillgänglighet och förtroende för sjukvården

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys analyserade för några år sedan befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018). En av utgångspunkterna för analysen var att befolkningen behöver kunna lita på att den offentligt finansierade hälso- och sjukvården kan ge oss tillgång till den vård vi kan komma att behöva under livet. Analysen visade att tillgängligheten, kontinuiteten och relationella faktorer som att bli tagen på allvar och lyssnad på i mötet med vården är vanliga orsaker till att ha ett litet förtroende för hälso- och sjukvården. Exempelvis samvarierade förtroendet för primärvården starkt med primärvårdens tillgänglighet. Befolkningens förtroende är viktigt både för hälso- och sjukvårdssystemet (det underlättar exempelvis kontakterna mellan vården och befolkningen och genomförandet av beslut och reformer) och för befolkningen ("låglitare" är exempelvis mindre benägna att söka vård och avstå från föreslagen behandling).

Sju av tio i befolkningen har ett högt förtroende för hälso- och sjukvården

Majoriteten av Sveriges befolkning har idag förtroende för hälso- och sjukvården och andelen av befolkningen som upplever ett stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården tycks också öka. Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020 visar att 69 procent av invånarna menar att de har ett stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sin egen region (Sveriges Kommuner och Regioner, 2021). Det är en ökning från medelvärdet för 2017–2019, som var 60,5 procent (Sveriges Kommuner och Regioner, uå d). Hur förtroendet ser ut skiljer sig emellertid mycket åt mellan regionerna. Över 80 procent anser sig ha högt eller mycket högt förtroende för hälso- och sjukvården i region Kalmar län, jämfört med endast 56 procent i Region Västernorrland (Sveriges Kommuner och Regioner, 2021).

Nio av tio i befolkningen anser sig ha tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver

I hälso- och sjukvårdsbarometern får respondenterna ta ställning till ett påstående om de anser sig ha tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver. Andelen som helt eller delvis har instämt i påståendet har på riksnivå varierat mellan 81 och 88 procent under perioden 2017–2020. Medelvärdet för 2017–2019 är 83 procent. Variationen mellan den region med högst respektive lägst andel har under 2017–2020 varit förhållandevis stabil, med som lägst 10 och som högst 12 procentenheters variation. År 2020 instämde 88 procent av respondenterna helt eller delvis i påståendet, med en variation mellan regionerna från 84 till 94 procent. De äldre är mer positiva än de yngre, men i samtliga åldersgrupper överväger de positiva svaren. De som rapporterar om dåligt eller mycket dåligt upplevt allmänt hälsotillstånd, anser i mindre utsträckning att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver (69 procent) (Sveriges Kommuner och Regioner, uå a; Sveriges Kommuner och Regioner, 2021).

Tre fjärdedelar av patienterna ansåg att det var lätt att komma i kontakt med primärvården

I nationell patientenkät om primärvården finns en fråga om patienterna var nöjda med de sätt de kan komma i kontakt med hälso-/vårdcentralen. I 2019 års enkät deltog samtliga regioner. Andelen positiva svar var 76 procent, med variation mellan regionerna från 71 till 84 procent (svarade 4 eller 5 på en femgradig skala där 5 motsvarade ”Ja, helt och hållet”) (Sveriges Kommuner och Regioner, uå f).

Telefontillgängligheten i primärvården är hög, men det finns regionala skillnader

Alla som ringer primärvården ska enligt vårdgarantin få kontakt samma dag. Måluppfyllelse till vårdgarantin om telefontillgänglighet i primärvården har på nationell nivå legat förhållandevis stabilt över tid, mellan 85 och 93 procent under 2018–2020 (andelen patienter som fick kontakt samma dag). Under de senaste två åren har skillnaden mellan regionen med högst respektive lägst måluppfyllelse varierat mellan 11 och 24 procentenheter. Lägst måluppfyllelse per region har under samma period varierat mellan 75 och 80 procent. Vårdgarantin om telefontillgänglighet i primärvården, som mäts två gånger per år, har fortsatt att ligga stabilt runt 90 procents måluppfyllelse under pandemiåret 2020 (Sveriges Kommuner och Regioner, uå b).

Digitalt utanförskap kan vara en tillgänglighetsbarriär

De senaste åren har det skett en snabb utveckling av digitala vårdtjänster. Inte minst har covid-19-pandemin bidragit till denna ökning, och i detta sammanhang nämns framför allt den ökade användningen av vårdmöten via video. Begreppet digitala vårdtjänster omfattar flera olika sätt att få tillgång till vård bland annat via telefoni, video, chatt, e-post, textmeddelanden, bildmeddelanden och mobilapplikationer (Socialstyrelsen, 2018e).

Digitala vårdtjänster ökar möjligheterna för befolkningen att få tillgång till information och kan bidra till kontroll och inflytande över sin hälsa och sitt sjukdomstillstånd. Digitala vårdtjänster kan bidra till en mer jämlik vård och öka tillgängligheten. Detta gäller särskilt för personer som av olika skäl har svårt att uppsöka vården där den rent geografiskt befinner sig (Socialstyrelsen, 2018e). Samtidigt finns kritiska röster till att dagens ersättningssystem för digital vård bidrar till att allokeringen av resurser inte sker till dem med störst behov (Socialstyrelsen, 2018e).

År 2020 hade 96 procent av Sveriges befolkning tillgång till internet och 73 procent av personer över 76 år använde internet (Internetstiftelsen, 2020). Tjänster som digital tidsbokning till fysiska läkarbesök och att läsa provsvar online hör till de vanligaste och nyttjas idag av varannan medborgare (Socialstyrelsen, 2020c).

Det finns stora skillnader i användandet mellan olika grupper i samhället. Äldre och personer med kort utbildning använder i mindre utsträckning digitala vårdtjänster (Socialstyrelsen, 2020c). För de individer i Sverige som inte använder internet kan detta leda till ett ”digitalt utanförskap”. Framförallt pekas de äldre i befolkningen ut som en utsatt grupp. Äldre har ofta det största behovet av samhällstjänster, inte minst inom

vården, men har samtidigt sämre möjligheter att utnyttja dem (Internetstiftelsen, 2020).

Den fysiska tillgängligheten till vård varierar

De geografiska förhållandena är en aspekt av tillgänglighet som lyfts i förarbetena till kravet på att vården ska vara lätt tillgänglig.

Nio av tio primärvårdspatienter ansåg att det var lätt att ta sig till vårdcentralen

Nationell patientenkät om primärvården från 2019 visar också att 90 procent av patienterna var positiva till frågan om det var enkelt att ta sig till hälso-/vårdcentralen (svarade 4 eller 5 på en femgradig skala där 5 motsvarade ”Ja, helt och hållet”). Variationen mellan regionerna är relativt liten, från 87 till 92 procent (Sveriges Kommuner och Regioner, uå f).

Få i befolkningen anser att det är lätt att få vård på kvällar och helger

Undersökningen International Health Policy Survey mäter andelen som anser att det är mycket eller ganska lätt att få vård på kvällen, på helgen eller på en helgdag, utan att gå till akutmottagningar på sjukhus. Resultaten visar att Sverige avviker från övriga länder. Sverige är det land där minst andel av befolkningen anser att det är mycket eller ganska lätt: 24 procent i 2020 års undersökning (en försämring med tre procentenheter sedan 2016 års undersökning). Medelvärdet i undersökningen ligger på 48 procent. Norge och Nederländerna, som ligger i topp i undersökningen, redovisar andelar på 65 respektive 72 procent (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021c).

Den fysiska tillgängligheten minskar under kvällar och helger

International Health Policy Survey 2020 visar att andelen i befolkningen som svarat att det är mycket eller ganska lätt att få vård på kvällen, på helgen eller på en helgdag, utan att gå till akutmottagningar på sjukhus, är låg i Sverige (24 procent) och lägst bland länderna i undersökningen. Medelvärdet är 48 procent och högst andelar finns i Nederländerna och Norge med 72 respektive 65 procent. Det svenska resultatet har minskat med tre procentenheter sedan motsvarande undersökning 2016 (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021c).

Socialstyrelsen gjorde år 2018 en analys av öppettider och tidsavstånd till vårdcentraler. Analysen visade att den fysiska tillgängligheten minskade kraftigt under vardagskvällar och helger samt att akutvården stod för den mesta av den fysiskt tillgängliga vården nattetid. Analysen visade också att befolkningens tidsavstånd till en vårdcentral ökade när den fysiska tillgängligheten minskade under kvällar, helger och nattetid (Socialstyrelsen, 2018b).

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har år 2020 undersökt hur primärvårdsläkare i Sverige upplever att vården fungerar och jämfört med vad primärvårdsläkare i tio andra OECD-länder tycker. Undersökningen visar att Sverige ligger lågt när det gäller andel primärvårdsläkare som uppger att vårdcentralen har öppet efter klockan 18 en eller flera dagar i veckan. Medelvärdet är 44 procent och Sverige ligger på 12 procent. I Frankrike och Storbritannien svarar 91 respektive 75 procent att det finns sådana

öppningstider. Sverige ligger också lågt i andelen primärvårdsläkare som uppger att vårdcentralen har öppet på helger en eller flera gånger i månaden. På frågan om det finns någon annan mottagning dit patienter kan vända sig för vård efter klockan 18, utöver sjukhusens akutmottagningar, är det svenska resultatet däremot mycket nära medelvärdet (77 procent mot medelvärdet på 75 procent) (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020c).

Följsamheten till svensk väntetidsnormering brister

Ett vanligt sätt att mäta och bedöma väntetider i hälso- och sjukvården är att utgå från den nationella vårdgarantin. När Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2017 följde upp hur efterlevnaden av vårdgarantin hade utvecklats sedan 2012 konstaterade myndigheten försämrade tillgänglighet i vårdgarantins alla delar, bestående skillnader mellan landstingen och att allt fler patienter stod på väntelistorna till specialistvård allt längre tid jämfört med tidigare år (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017).

Den tidigare vårdgarantin om besök i primärvården

Fram till och med 2018 gällde en vårdgaranti om att alla skulle få ett läkarbesök i primärvården inom sju dagar. På nationell nivå var måluppfyllelsen stabil över tid, mellan 89 och 90 procent 2016–2018. Under de sista två åren med denna vårdgaranti varierade skillnaden mellan den region som hade högst respektive lägst måluppfyllelse mellan 13 och 20 procentenheter. Lägst måluppfyllelse varierade under samma period mellan 73 och 79 procent (Sveriges Kommuner och Regioner, uå c).

Vårdgarantin om medicinsk bedömning i primärvården

Från och med 2019 gäller en vårdgaranti om en medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar. På nationell nivå har måluppfyllelsen varierat mellan 79 och 86 procent under 2020. Primärvårdens uppgifter för 2019 är bristande i rapporteringen till nationella väntetidsdatabasen (Socialstyrelsen, 2021b).³

Vårdgarantin om första besök i specialistvården

Under 2019 varierade andelen genomförda besök i specialistvården inom 90 dagar mellan 81 och 90 procent, och under 2020 mellan 84 och 92 procent. Andelen väntande personer som väntat 90 dagar eller kortare till första besök varierade under 2019 mellan 72 och 83 procent, och under 2020 mellan 68 och 81 procent. Andelen genomförda besök inom vårdgarantins tidsgräns var som högst i april, juli och december, när antalet besök totalt sett var färre (Socialstyrelsen, 2021b).⁴ Vi vet inte hur många personer som har undvikit att söka vård under pandemin, och därmed vet vi inte heller hur väl måluppfyllelsen speglar befolkningens behov (Inspektionen för vård och omsorg, 2021a).

³ Exklusive patientvald väntan, medicinskt orsakad väntan och särskilt orsakad väntan.

⁴ Exklusive patientvald väntan, medicinskt orsakad väntan och särskilt orsakad väntan.

Vårdgarantin om operation eller åtgärder i specialistvården

Måluppfyllelsen för vårdgarantin om operation eller åtgärd i den specialiserade vården inom 90 dagar har en återkommande säsongsvariation, med minskad måluppfyllelse under sommarmånaderna. Under 2019 varierade andelen genomförda operationer eller åtgärder i specialistvården inom 90 dagar mellan 70 och 89 procent, och under 2020 mellan 70 och 93 procent. Andelen väntande personer som väntat 90 dagar eller kortare till operationer eller åtgärder i specialistvården varierade under 2019 mellan 59 och 76 procent, och under 2020 mellan 44 och 72 procent (Socialstyrelsen, 2021b).⁵

I juli 2020 var måluppfyllelsen som lägst under året: 44 procent. Det kan jämföras med att de lägsta värdena under 2017–2019 har varierat mellan 59 och 62 procent (samtliga i augusti månad). Den högsta måluppfyllelsen för enskilda månader har under 2017–2020 varierat mellan 72 och 76 procent (Inspektionen för vård och omsorg, 2021a).

Även här är det svårt att veta hur väl måluppfyllelsen under 2020 speglar befolkningens behov av specialistvård, eftersom det är osäkert hur många personer som har valt att inte söka vård under pandemin.

Under pandemin har väntetiderna till operation eller åtgärder ökat mest

Medianen för antalet väntade dagar till första besök inom specialistvården inom vårdgarantin var 44 dagar i december 2020, att jämföra med 40 dagar i december 2019. I den tredje kvartilen var motsvarande siffror 91 jämfört med 77 dagar. För operation eller åtgärd inom vårdgarantin var medianväntetiden 72 dagar i december 2020, att jämföra med 48 dagar i december 2019. I den tredje kvartilen var motsvarande siffror 189 jämfört med 91 dagar (Socialstyrelsen, 2021b).

I december 2020 väntade flest antal personer på sitt första besök inom ögonsjukvård, ortopedi och öron-näsa-halssjukvård. Ökningen av antalet personer i kö mellan december 2019 och december 2020 var som störst inom barn- och ungdomspsykiatri, reumatisk sjukvård, och handkirurgi. Inom operation eller åtgärd var antalet personer i kö i december 2020 som störst inom ortopedi, kirurgi och ögonsjukvård. Ökningen i antalet personer i kö mellan december 2019 och december 2020 var som störst inom ortopedi, gynekologi och kirurgi (Inspektionen för vård och omsorg, 2021a).

Ledtiderna i de standardiserade vårdförloppen inom cancervården

År 2015 infördes de fem första standardiserade vårdförloppen (SVF) inom cancer-vården. Därefter har ytterligare 26 SVF införts under perioden 2016–2019. Syftet har varit att korta väntetiderna samt att minska de regionala skillnaderna för att skapa en mer jämlik cancervård med ökad kvalitet. Regeringens mål är att minst 70 procent av de som insjuknar i cancer inom aktuella diagnoser ska utredas via ett SVF och att minst 80 procent av dessa patienter ska gå igenom respektive vårdförlopp inom de ledtider som anges i SVF (RCC i samverkan, 2021).

Regionala cancercentrum i samverkan har i en rapport från 2021 analyserat status för

⁵ Exklusive patientvald väntan, medicinskt orsakad väntan och särskilt orsakad väntan.

inklusions- och ledtidsmålen (RCC i samverkan, 2021). De konstaterar att inklusionsmålet är uppfyllt på nationell nivå och att ledtidsmålet inte är uppnått. Rapporten visar att det är svårt att ge enhetlig bild av väntetidsläget då spridningen av väntetider mellan såväl cancerdiagnoser som regioner är stor. Ledtidsmålet på riksnivå har förbättrats, från 44 procent 2019 till 51 procent 2020. Ingen region klarar målet att 80 procent av patienterna ska få sin behandling inom angiven ledtid. Spridning mellan regionerna var 40 till 67 procent 2020. Variationen är också stor mellan olika vårdförlopp, från 15 procent för cancer i urinblåsa och urinvägar till 87 procent för akut leukemi.

Väntetiderna inom barn- och ungdomspsykiatri

Väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatri kan mätas genom uppföljning av väntetider till första bedömning respektive fördjupad utredning och behandling. Under perioden 2010–2015 var andelen som fick en första bedömning inom 30 dagar 90 procent eller högre. Därefter har andelen fallit till 77 procent år 2017 och ner till 62 procent år 2018. Måluppfyllelsen varierar numera betydligt mellan regionerna. År 2020 varierade måluppfyllelsen hos regionerna mellan 21 och 94 procent. Måluppfyllelsen har också minskat över tid. År 2013 uppnådde 16 av Sveriges 21 regioner minst 90 procents måluppfyllelse. År 2018 och 2020 var det endast tre regioner som uppnådde 90 procents måluppfyllelse. Väntetiderna brister även till start av fördjupad utredning eller behandling (Inspektionen för vård och omsorg, 2021a; Socialstyrelsen, 2019e).

Sverige har längre självskattade väntetider än andra länder

Svenska patienter bedömer att hälso- och sjukvården är mindre tillgänglig än vad patienter gör i jämförbara länder. Exempelvis anser svenska patienter att de i högre grad måste vänta på att få tid hos läkare eller sjuksköterska. Svenska patienter upplever också en lägre tillgänglighet till vård på kvällar och helger (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017; Socialdepartementet, 2019b).

I undersökningen International Health Policy Survey (IHP) finns resultat från elva länder. Den svenska befolkningen anger längst väntetid till vård som inte sker på akut-mottagning på sjukhus. 37 procent av den svenska befolkningen uppger att de fick ett besök inom två dagar senaste gången de var sjuka, vilket är lägst andel i jämförelsen. I jämförbara länder som Tyskland och Nederländerna ligger motsvarande andel på 76 respektive 70 procent. Jämförelse över tid är inte möjlig här, eftersom frågan har ändrats (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021a).

IHP mäter också den upplevda väntetiden till läkare inom specialistvården inom 30 respektive 90 dagar, för de personer som uppger att de har haft ett behov att träffa en specialist inom de senaste två åren. Även här uppvisar Sverige låga resultat, näst lägst resultat i undersökningen. 42 procent av den svenska befolkningen uppger att de fick träffa en specialist inom en månad att jämföra med upp emot 70 procent i andra länder som Tyskland, Schweiz och Nederländerna. Även när det gäller väntetid till operation eller behandling upplever den svenska befolkningen längre väntetider än i andra länder. 23 procent av svenskarna uppger att de fick vård inom en månad, att jämföra med flertalet övriga länder som ligger runt 50 procent. Sverige ligger något närmare övriga

länder när det gäller väntetid till vård inom tre månader. I Sverige svarade 75 procent att de fick vård inom tre månader (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021a).

IHP mäter vad befolkningen uppger om att få svar från sin vårdcentral samma dag som kontakten sker. 78 procent av befolkningen i Sverige uppger att de alltid eller oftast får kontakt samma dag. Det är ett genomsnittligt resultat, sett till övriga länder. Några länder utmärker sig, bland annat Tyskland, där 93 procent uppger att de alltid eller oftast får kontakt samma dag (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021a).

Tillgänglighet i hälso- och sjukvårdslagstiftningen med tillsyn som verktyg

Här redovisar vi resultatet av vår rättsutredning. Vi presenterar grundläggande rättsliga utgångspunkter för att åstadkomma en tillgänglig hälso- och sjukvård, vad tillgänglighet till en god och patientsäker vård innebär ur ett rättsligt perspektiv, vem som bär ansvar för att åstadkomma tillgänglighet och hur tillsynen fungerar som verktyg för att förverkliga tillgängligheten för patienterna.

Rättsutredningen har genomförts med rättsvetenskaplig metod. Det innebär i sammanhanget en kvalitativ textanalys i vilken kunskap om rättens formella och materiella innehåll härrör från inomrättsliga kriterier och hierarkier (Olsen, 2004, s. 109 ff.; Gräns, 2013, s. 11).

Tillgång till god vård utgör ett grundläggande fundament i ett välfärdssamhälle och för den enskilde individens liv, hälsa och välbefinnande. Även om svensk hälso- och sjukvård medicinskt står sig väl internationellt har brister konstaterats i fråga om tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. Några indikatorer är att antalet patienter som väntar på specialistsjukvård har ökat sedan år 2014, att antalet patienter som väntat på vård väsentligt längre än vårdgarantin anger har ökat och att en stor andel av patienterna vänder sig till akutmottagningarna eller andra instanser för att det saknas en tillgänglig vårdinstans (prop. 2019/20:164 s. 11; SOU 2016:2). Frågan om tillgänglighet i hälso- och sjukvården har både en kollektiv och individuell dimension. Oavsett vilken kvalitet hälso- och sjukvården håller är det av underordnad betydelse om vården inte är åtkomlig i rimlig tid för patienterna som är i behov av den. Beroende på vem patienten är och vilka förutsättningar han eller hon har kan tillgången till god vård och dess tillgänglighet i praktiken variera och hindren vara av olika slag.

Några rättsliga utgångspunkter

Sociala rättigheter såsom hälsa är ofta formulerade som principer för lagstiftaren och skyldigheter för staten att tillse medborgarnas behov (Kotkas, 2017, s. 25 f.). Hälsa utgör alltså inte en individuellt utkrävbar rättighet utan kan främst betraktas som ett politiskt styrmedel för att uppnå ett kollektivt rättighetsskydd för alla individer (Lind, 2009, s. 39 f.; Young, 2010, s. 360 f.).

Detta återspeglas även i regeringsformen. Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd utgör enligt 1 kap. 2 § regeringsformen ett grundläggande mål för den offentliga verksamheten och det allmänna ska särskilt verka för goda förutsättningar för hälsa. Bestämmelsen som trädde i kraft år 1977 uttrycker en målsättning för staten, till skillnad från de fri- och rättigheter som regleras som bindande rättsregler i 2 kap.

regeringsformen (SFS 1976:871). Målsättningsbestämmelsen uttrycker en politisk strävan och inte en utkrävbar rätt till viss vård av en särskild standard som svarar mot ett definierat behov för individen. Ändå har det ansetts väsentligt att i grundlag ge uttryck för viktiga värden i form av sociala rättigheter som får stor betydelse för den enskildes välfärd och som också utgör en grundläggande förutsättning för demokrati (prop. 1975/76:209 s. 128; prop. 2009/10:80 s. 246; SOU 1975:75 s. 93 och 183 f.).

Hälsa kan också anknyta till civila rättigheter, såsom rätten till liv. Staten har en skyldighet att skapa förutsättningar för en tillgänglig hälso- och sjukvård utifrån rätten till liv i artikel 2 i den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen). Exempelvis finns i Europadomstolens praxis stöd för att stater ska ha ett adekvat system för hälso- och sjukvård som är tillgängligt för alla i livshotande tillstånd (*Cyprus v. Turkey*, no. 25781/94 [GC], 10 maj 2001 p. 219, *Nitecki v. Poland*, no. 65653/01, 21 mars 2002 p. 1 och *Pentiacova and others v. Moldova*, no. 14462/03, 4 januari 2005). Stater har vidare en positiv skyldighet att ta fram regelverk som tvingar offentliga och privata vårdgivare att vidta åtgärder för att skydda patienters liv (*Calvelli and Ciglio v. Italy* [GC], no. 32967/96, 17 januari 2002 p. 49, *VO v. France* [GC], no. 53924/00, 8 juli 2004 p. 89, *Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal* [GC], no. 56080/13, 19 december 2017 p. 166). Stater har därmed ett regulatoriskt ansvar för att värna patienternas rätt till liv (*Arskaya v. Ukraine*, no. 45076/05, 5 december 2013 p. 63–66).

Regleringen av hälso- och sjukvårdens verksamhet balanserar mellan hänsyn till den kommunala självstyrelsen och statens intresse av att tillse en likvärdig vård för alla, eftersom ansvaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvård till befolkningen är delat mellan regioner, kommuner och staten. Detta återspeglas i att 2017 års hälso- och sjukvårdsplan och dess föregångare utformats med bestämmelser om övergripande mål och ansvarsförhållanden. Därmed ges regionerna och kommunerna förutsättningar att utifrån lokala behov och förutsättningar besluta om planering, finansiering och organisation av hälso- och sjukvården. Samtidigt är det av betydelse för individen att hälso- och sjukvården fungerar ändamålsenligt och att staten tar ett övergripande ansvar (prop. 2016/17:43 s. 72 och 80).

Den kommunala självstyrelsen som stadgas i 1 kap. 1 § regeringsformen begränsar statens inflytande i hälso- och sjukvårdens organisering och utgör en viktig del av det demokratiska systemet (prop. 2001/02:80 s. 73). Kommunal självstyrelse definieras dock inte och är tänkt att kunna ändras till sitt innehåll i takt med samhällsutvecklingen. Den kommunala initiativrätten och den fria sektorn inom vilken kommuner kan ombesörja egna angelägenheter bildar en kärna i den kommunala självstyrelsen såsom den kommer till uttryck i regeringsformen (prop. 1973:90 s. 190 f.). Enligt 14 kap. 2 § regeringsformen ska kommunerna sköta lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Kommunerna sköter också de övriga angelägenheterna som bestäms i lag. Närmare bestämmelser framgår av kommunallagen (2017:725). En inskränkning av den kommunala självstyrelsen får enligt 14 kap. 3 § regeringsformen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Den sistnämnda bestämmelsen infördes år 2011 och innebär att

inskränkningar i den kommunala självstyrelsen ska göras med tillämpning av en proportionalitetsprincip. Bestämmelsen riktar sig primärt till riksdagen som regelmässigt förutsätts beakta den kommunala självstyrelsen i förhållande till andra intressen (prop. 2009/10:80 s. 212). Ett annat uttryck för det kommunala självbestämmandet är enligt 8 kap. 2 § 3 regeringsformen att föreskrifter som regel ska meddelas genom lag om de avser grunderna för kommunernas organisation och verksamhetsformer, beskattning eller kommunernas befogenheter och åligganden i övrigt.

Vad som ovan nämnts innebär att IVO:s tillsyn konkretiserar en viktig del av statens ansvar att ytterst tillgodose behovet av en tillgänglig hälso- och sjukvård för alla individer. IVO:s tillsyn har också betydelse i fråga om det regulatoriska ansvar som Sverige har enligt Europakonventionen för att åstadkomma en tillgänglig hälso- och sjukvård som värnar patienternas rätt till liv. Det kommunala självstyret får betydelse för IVO:s förutsättningar att verka för tillgänglighet på hälso- och sjukvårdens område, eftersom en betydande del av tillgänglighet i hälso- och sjukvården är beroende av organisatoriska åtgärder av regioner eller kommuner.

Tillgänglighet till en god och patientsäker vård i rimlig tid

Mål, etiska principer och prioriteringar

Tillgänglighet i hälso- och sjukvården ska förverkligas inom ramen för välfärdsstatlig lagstiftning, som är till största delen målrational och inrymmer få legala rättigheter som patienterna kan utkräva genom domstolsprövning (se exempelvis Lind, 2009 s. 37; Rynning, 2011, s. 314 ff.; Vahlne Westerhäll, 2012, s. 17). Två undantag utgörs av möjligheten för en patient att överklaga ett nekande beslut gällande att få del av sin patientjournal samt ett negativt beslut gällande ansökan om att få ersättning för gränsöverskridande vård i annat EES-land till allmän förvaltningsdomstol. Gränsöverskridande vård utgör för övrigt ett möjligt vägval för patienten vid brister i vårdens tillgänglighet. Det är även möjligt att förvaltningslagen (2017:900), som till skillnad från tidigare förvaltningslagar inte gör undantag för hälso- och sjukvården, innebär att fler beslut kommer att kunna överklagas till domstol.

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen är i stället huvudsakligen konstruerad som en skyldighetslagstiftning för främst huvudmän, vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal (prop. 2016/17:43 s. 71). Lagstiftningen kräver professionskunskap för att kunna konkretiseras, exempelvis i fråga om vad som utgör god vård, om patientens behov har beaktats eller om patientsäkerhet har iakttagits i ett visst fall. Samtidigt som denna typ av lagstiftning möjliggör att beslut anpassas till den enskilde patientens behov minskar förutsebarheten. Tillsynen får av rättssäkerhetsskäl en särskild betydelse på hälso- och sjukvårdsområdet med tanke på att domstolsprövning sällan aktualiseras och att den enskilde därför har sämre möjligheter att genomdriva rätten (SOU 1997:154 s. 62 f.; Lind, 2009, s. 39 f.). Tillsynen får dessutom en viktig roll i att uttolka rätten.

Målet med hälso- och sjukvården är enligt 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Med god hälsa för befolkningen avses åtgärder för att befästa, skapa eller återställa ett så gott

hälsotillstånd som möjligt för den enskilde individen. Vård på lika villkor för hela befolkningen förutsätter att det i princip är möjligt för alla individer oberoende av ekonomiska, sociala, språkliga, religiösa, kulturella eller geografiska omständigheter att få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Möjligheten att få vård i rimlig tid får inte heller påverkas av faktorer som ålder, kön, initiativförmåga, utbildning, ekonomiska förutsättningar, nationalitet, kulturella olikheter eller sjukdomens art eller varaktighet (prop. 1981/82:97 s. 27). I bestämmelsen infördes år 1997 grundläggande etiska principer som ska iakttas i hälso- och sjukvården: människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen som dock regleras i 4 kap. 1 § samma lag (SFS 1997:142). De etiska principerna ska vara vägledande vid prioriteringar i hälso- och sjukvården. Principerna är hierarkiskt ordnade på så sätt att människovärdesprincipen kommer främst och behovsprincipen har företräde framför kostnadseffektivitetsprincipen.

Innebörden av principerna är att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och samhällsfunktioner, att resurserna bör fördelas efter patienternas behov samt strävan efter en rimlig relation mellan kostnader och förbättrad hälsa eller livskvalitet i fråga om olika åtgärder. Behovet av vård ska ensamt vara avgörande för vårdens omfattning och karaktär. Vid prioritering mellan två patienter ska den patient som har det mest akuta behovet av vård ges företräde. Effektivitetsprincipen i hälso- och sjukvården innebär att patientens behov ska tillgodoses på bästa sätt. Att låta behoven stå tillbaka på grund av ålder, födelsevikt, livsstil eller ekonomiska och sociala förhållanden lyfts fram som en form av diskriminering. Ålder bör inte utgöra en prioriteringsgrund i sig och självförvållade skador bör inte leda till negativ särbehandling. Dock är det förenligt med de etiska principerna att i varje enskilt fall beakta omständigheter som begränsar nyttan av medicinska åtgärder (prop. 1996/97:60 s. 21 ff.; prop. 1981/82:97 s. 27 f.).

Individuella och generella aspekter av tillgänglighet

Tillgänglighet i vården utgör en av flera viktiga förutsättningar för patientsäkerhet som har individuella och kollektiva aspekter. Det anspråk på tillgänglighet som kan uppställas av patienten är beroende av vem patienten är och var han eller hon är bosatt. Regionen ska enligt 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Även i övrigt ska regionen verka för en god hälsa hos befolkningen. Regionen har därutöver, enligt 8 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen, en skyldighet att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, och den som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken (2010:110) och som omfattas av förordningen. Vården ska erbjudas av den region inom vars område personen är förvärvsverksam eller, i fråga om en person som är arbetslös, den region inom vars område denne är registrerad som arbetssökande. I den utsträckning familjemedlemmar till dessa personer har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av förordningen, ska familjemedlemmarna erbjudas vård av samma region. Enligt 8 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen måste öppen vård erbjudas åt den som omfattas av annan

regions ansvar för vården och sådana patienter omfattas inte av vårdgarantin. Om patienten omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård svarar den regionen för kostnaderna för vård som ges till patienten, med undantag för om den regionen ställer krav på remiss för vården samt om remissreglerna inte följs. Regionen har vidare enligt 8 kap. 4 § samma lag en skyldighet att erbjuda omedelbar hälso- och sjukvård till individer som vistas inom en region utan att vara bosatta där. Regionen kan enligt 8 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen frivilligt erbjuda hälso- och sjukvård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård om regionerna kommer överens om det eller om det är fråga om nationell högspecialiserad vård. Skyldigheterna som regionen har gäller enligt 8 kap. 6 § samma lag dock inte för hälso- och sjukvård som en kommun inom regionen har ansvar för. Vidare har regionen ett ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård enligt lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. samt lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Tillgänglighet i hälso- och sjukvården kan ha en varierande innebörd. Olika aspekter kan vara av olika stor betydelse beroende på vem den enskilde patienten är. Exempelvis kan tillgänglighet handla om tillgång till rådgivning, tidsbokning, bedömning, behandling, geografisk tillgänglighet, öppettider, jourtjänstgöring, kötider, tillgång till information eller en vård som anpassats till patientens förutsättningar (prop. 2019/20:164 s. 13; prop. 1981/82:97 s. 57 och 117). Också genom digitala och andra tekniska lösningar kan hälso- och sjukvården uppfylla kravet på närhet och lättillgänglighet för patienten (prop. 2017/18:83 s. 23; prop. 2019/20:164 s. 79). Även om en så tidig bedömning som möjligt av väl kvalificerad personal med hög kompetens visserligen får en betydande inverkan på behandlingsresultatet för den enskilde patienten innebär en tillgänglig vård inte en kortare väntetid i alla sammanhang för alla hälsotillstånd. Tidsmässig tillgänglighet måste alltid underordnas behovsprincipen, som innebär att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde (prop. 1996/97:60 s. 40; prop. 2019/20:164 s. 12 f.).

Det finns också generella bestämmelser om tillgänglighet i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Enligt 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvården vara lätt tillgänglig. Tillgänglighet utgör enligt denna bestämmelse en av fem särskilt omnämnda grundläggande förutsättningar för god vård. Att hälso- och sjukvården ska vara tillgänglig framgår också av 2 kap. 1 § patientlagen (2014:821), vilket syftar framförallt på geografiska förhållanden på så sätt att strävan ska vara att alla patienter i hela landet oavsett bostadsort ska ha närhet till hälso- och sjukvården, särskilt primärvården. Det gäller både patientbesök och när vårdpersonal gör besök hos patienter. Andra aspekter av tillgänglighet som åsyftas är öppettider, jourtjänstgöring, kötider och planering av kollektivtrafik (prop. 2013/14:106 s. 113; prop. 1981/82:97 s. 57 samt 117).

Fler faktorer som berör tillgänglighet är att patienten enligt 2 kap. 2 § patientlagen om det inte är uppenbart obehövt, snarast ska få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Bestämmelsen ger uttryck för att ett adekvat omhändertagande förutsätter en snar och kvalificerad bedömning av vårdbehovet och vårdinsatsen. Bedömningen kan i

många fall göras på vårdcentralen men måste vid svåra akuta sjukdomar och skador göras av specialist. Eftersom en så tidig bedömning som möjligt är av grundläggande betydelse för det framtida behandlingsresultatet bör den första bedömningen göras av kvalificerad personal med hög kompetens (prop. 2013/14:106 s. 113; prop. 1996/97:60 s. 40 f. och s. 44). Patienter ska enligt 2 kap. 3 § patientlagen erbjudas vårdgaranti och för det fall att vårdgarantin inte kan uppfyllas enligt 2 kap. 4 § samma lag erbjudas vård hos annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten. Vårdgarantin diskuteras nedan.

Det finns också ett flertal bestämmelser som reglerar språklig tillgänglighet. Svenska utgör enligt 5 § språklagen (2009:600) samhällets gemensamma språk som ska kunna användas inom alla samhällsområden. Språket i offentlig verksamhet ska enligt 11 § språklagen vara vårdat, enkelt och begripligt. Journalhandlingar som upprättas ska enligt 3 kap. 13 § patientdatalagen (2008:355) vara skrivna på svenska språket, vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå för patienten. Ytterligare en bestämmelse som kan nämnas är 8 § lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk som anger att enskilda har rätt att använda finska, meänkieli och samiska vid muntliga och skriftliga kontakter med en förvaltningsmyndighet vars geografiska verksamhetsområde helt eller delvis sammanfaller med minoritetsspråkets förvaltningsområde. Detta gäller i ärenden i vilka den enskilde är part eller ställföreträdare för part, om ärendet har anknytning till förvaltningsområdet.

Serviceskyldigheten i 6-7 §§ förvaltningslagen innebär att en myndighet ska se till att kontakterna med enskilda blir smidiga och enkla och hjälpa den enskilde att ta tillvara sina intressen och vara tillgänglig för kontakter med enskilda. Myndigheten ska också vidta de åtgärder i fråga om tillgänglighet som behövs när det gäller rätten att ta del av allmänna handlingar. Ytterligare en bestämmelse om tillgänglighet är 10 § lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service, som anger att digital service som tillhandahålls av en offentlig aktör ska följa uppställda tillgänglighetskrav.

Enligt 7 kap. 2 a § hälso- och sjukvårdslagen ska regionen organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl får vården koncentreras geografiskt (prop. 2017/18:83 s. 19 f. och s. 46). Den 1 juli 2021 träder 13 a kap. i hälso- och sjukvårdslagen i kraft. I 1 § anges att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov, se till att vården är lätt tillgänglig, tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar samt samordna olika insatser för patienten (SFS 2020:1043). Genom bestämmelsen har primärvårdens grunduppdrag lagfästas för att möta framtidens behov och vara det naturliga förstahandsvalet för medborgarna. I primärvårdens grunduppdrag ingår tillgänglighet som en av fem faktorer. Tillgänglighet omfattar främst geografisk närhet men också öppethållningstider, jourtjänstgöring och förekomsten av patientköer, men tillgänglighet kan också förverkligas genom digitala möten eller andra icke-fysiska kommunikationssätt. Den hälso- och sjukvård som erbjuds genom kommunal finansiering enligt 12 kap. 1 och 2 §§ hälso- och sjukvårdslagen ges främst i patientens hem genom hemsjukvård eller i särskilda boendeformer enligt

socialtjänstlagen (2001:453). Denna vård får därmed anses lätt tillgänglig genom sin konstruktion (prop. 2019/20:164 s. 79).

Tillgänglighetshinder i hälso- och sjukvården kan också knyta an till patientens personliga förutsättningar. Enligt 1 kap. 2 § regeringsformen ska den offentliga makten utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet. Det allmänna ska verka för att alla människor ska kunna uppnå delaktighet och jämlikhet i samhället och för att barns rätt tas till vara. Det allmänna ska motverka diskriminering av människor på grund av kön, hudfärg, nationellt eller etniskt ursprung, språklig eller religiös tillhörighet, funktionshinder, sexuell läggning, ålder eller andra omständigheter som gäller den enskilde som person. I den rättsliga regleringen som omfattar hälso- och sjukvårdens verksamhet finns många bestämmelser som syftar till att åstadkomma en jämlik och god hälso- och sjukvård och tillgång till sådan vård för individen och undanröja de hinder som kan föreligga. Exempelvis anges i 2 kap. 13 § diskrimineringslagen (2008:567) att diskriminering är förbjuden i hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet. De diskrimineringsgrunder som omfattas är enligt 1 kap. 1 § diskrimineringslagen kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder. Enligt 8 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen ska regionen erbjuda habilitering och rehabilitering, hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning och tolktjänst för vardagstolkning för barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade och upprätta en individuell plan gällande beslutade insatser. Också kommunen har enligt 12 kap. 5 § hälso- och sjukvårdslagen under vissa förutsättningar ett sådant ansvar.

För IVO innebär vad som ovan nämnts att tillgänglighet i hälso- och sjukvården är ett komplext begrepp, vilket kan omfatta individuella aspekter som kan hindra patientens möjlighet att få en god och patientsäker vård i rimlig tid. I fråga om andra aspekter, exempelvis geografiska eller tidsmässiga, kan många patienter dela generella erfarenheter av bristande tillgänglighet. Tillsynen bör därför allsidigt värna en patientsäker och tillgänglig hälso- och sjukvård. Patientklagomål kan särskilt lyftas fram som en viktig del av tillsynen som kan identifiera komplexa tillgänglighetsproblem samt rättstillämpningsproblem, där situationsbedömningar sker i enskilda fall som beaktar de involverade parterna, och därför kan bidra till en ändamålsenlig tillsyn.

Vårdgaranti

Det har vidtagits flera rättsliga åtgärder med syfte att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. Vårdgarantin som infördes den 1 januari år 2010 i 1982 års hälso- och sjukvårdslag utgör ett sådant exempel (SFS 2010:243). Syftet med att reglera vårdgarantin i lag var att tydliggöra att regionerna är skyldiga att upprätthålla de krav på tillgänglighet som vårdgarantin innebär och möjliggöra för enskilda att utkräva politiskt ansvar (prop. 2009/10:67 s. 38 f.). Vårdgarantin regleras numera i 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen samt i 2 kap. 3 § patientlagen. Enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen ska regionen erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 §. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får kontakt med primärvården, en medicinsk bedömning av läkare eller annan

legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården, besöka den specialiserade vården, och erbjudas planerad vård. Om regionen inte uppfyller garantin ska den enligt 9 kap. 2 § samma lag se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten. Regionen har inom ramen för vårdgarantin enligt 9 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen en skyldighet att rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas. Privata vårdgivare kan genom avtal med en region beröras av vårdgarantin.

Vårdgarantin konkretiseras av fyra olika garantier som specificeras i 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80): tillgänglighetsgaranti, bedömningsgaranti inom primärvården, besöksgaranti inom den specialiserade vården och behandlingsgaranti. Dessa garantier innebär att den enskilde ska försäkras om att få kontakt med primärvården samma dag som kontakt söks med primärvården (tillgänglighetsgaranti), en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom tre dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt (garanti om bedömning inom primärvården), 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), och planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården (behandlingsgaranti). Enligt 6 kap. 2 § samma förordning räknas inte tid då den enskilde av medicinska skäl inte kan ges vård, utnyttjat sin möjlighet till fritt vårdval i annan region enligt 9 kap. 1 § patientlagen eller frivilligt avstår från vård, under förutsättning att den enskilde har informerats om och erbjudits vård i enlighet med vårdgarantin samt meddelat vårdgivaren om att han eller hon avstår från erbjudandet om vård.

Den nationella vårdgarantin omfattar inte hela vårdkedjan, även om det initialt fanns en ambition att i framtiden låta den omfatta patientens kontakt med vården i sin helhet (prop. 2009/10:67 s. 43). Exempelvis omfattas inte utredningar som krävs för att fastställa patientens vårdbehov eller diagnos, vilket kan innebära en betydande förlängning av den totala tidsutdräkten mellan ett läkarbesök och patientens slutliga behandling. Vidare omfattas inte heller patientens återbesök till vården, såsom regelbundna kontroller för kroniskt sjuka patienter (prop. 2009/10:67 s. 38 f.; SOU 2013:2 s. 124). I Patientmaktsutredningens betänkande ansågs att vårdgarantin borde vidareutvecklas och att särskilt diagnostiska åtgärder borde omfattas (SOU 2013:2 s. 228). Regeringens uppfattning var visserligen att tillgängligheten till vården borde förbättras ytterligare men att legitimiteten kunde försvagas av att införa en alltför omfattande vårdgaranti utan att den kunde förverkligas av huvudmännen (prop. 2013/14:106 s. 97 ff.).

Vårdgarantin förstärktes genom en lagändring som trädde i kraft den 1 januari år 2019 (SFS 2018:553). Syftet var att patienterna inte skulle behöva vända sig till akuten för att få en väg in i vården för sådant som primärvården skulle kunna avhjälpa. Besöksgarantin ersattes av en bedömningsgaranti, som omfattar den vårdkontakt som patienten

möter efter den initiala kontakten. Bedömningen kan i praktiken få en vidare innebörd än en ren bedömning av patientens hälsotillstånd och vårdbehov. Det framhölls att bedömningen måste ske på ett sätt som tillgodoser patientens behov av information, antingen på distans eller genom ett fysiskt besök. Vårdgarantin vidgades till att omfatta all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Patientens behov är tänkta att styra vem som bör utföra den medicinska bedömningen, hur den görs och kommuniceras. Det framfördes att den oro som förts fram för att patienter riskerar att hänvisas till andra än läkare och att detta kan medföra en patientsäkerhetsrisk bör tas på allvar (prop. 2017/18:83 s. 30 ff.). Socialutskottet tillstyrkte förslaget men anförde att tillgängligheten i primärvården borde förbättras och att regeringen därför borde ta initiativ till att skapa en samlad definition av primärvårdens uppdrag och funktion med syfte att stärka patientens tillgång till en jämlik primärvård. Utskottsförslaget tillstyrktes av riksdagen (bet. 2017/18:SoU22; rskr. 2017/18:294).

När vårdgarantin infördes utvidgades skyldigheten för vårdgivaren att lämna individuellt anpassad information om tillgänglighetsaspekter och valmöjligheter till patienten i 1982 års hälso- och sjukvårdslag. Numera framgår informationsskyldigheten i fråga om vårdgarantin explicit av 3 kap. 2 § 3 p. patientlagen. Att informationsansvaret upprätthålls utgör en del av vårdgivarens övergripande ansvar enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) för att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som skapar förutsättningar för god vård. Ansvaret för att ge patienten och dennes närstående information utgör enligt 6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen också en skyldighet för den hälso- och sjukvårdspersonal som har ansvaret för vården av en patient och är enligt 6 kap. 2 § samma lag personligt. Informationsskyldigheten gäller under hela vårdförloppet och omfattar exempelvis att informera om innehållet i och innebörden av vårdgarantin, huruvida det är förväntat att patienten kommer att kunna ges ett besök eller en åtgärd inom vårdgarantins tidsramar, eventuella väntetider eller hur skyldigheten att tillse att vård kan ges hos någon annan vårdgivare ska fullgöras. Informationskyldigheten omfattar också situationer som kan påverka väntetiden. Det framhölls att informationen måste anpassas till patientens särskilda förutsättningar och göras lättbegriplig och att särskild hänsyn måste tas till om patienten är ett barn, har svårigheter att förstå svenska eller har funktionsnedsättningar som gör att han eller hon har svårigheter att ta till sig information. Den som lämnar informationen är skyldig att hjälpa patienten att värdera informationen, ge aktiv vägledning och försäkra sig om att patienten har ett tillräckligt underlag för att kunna utöva delaktighet och självbestämmande (prop. 2009/10:67 s. 49 f.). Enligt 3 kap. 6 § patientdatalagen ska informationen som lämnats antecknas i patientjournalen.

Vårdgarantin innebär inte något beslut om huruvida vård ska ges eller vilken vård som ska ges, exempelvis behov av en behandling eller specialiserad vård. Det är alltså först efter att hälso- och sjukvårdspersonalen har gjort en individuell bedömning i det enskilda fallet om vården, dess innehåll och beaktat vilken patient som har störst behov och som ska prioriteras som vårdgarantin aktualiseras. Vårdgarantins genomslag är således beroende av och begränsad utifrån de prioriteringarna (prop. 2009/10:67 s. 40 f.). Det är frågan om en minimigaranti och det finns inga hinder för huvudmännen att erbjuda patienterna vård i snabbare takt (prop. 2013/14:106 s. 98). Hur snart en åtgärd

bör ske inom vården gällande en specifik sjukdom kräver alltid en individuell situationsbedömning i det enskilda fallet. Utgångspunkten för vårdgarantin är dock att det huvudsakligen aldrig kan anföras några medicinska eller ekonomiska skäl till att en behandling eller ett besök bör ske utanför vårdgarantins ramar (SOU 2013:2 s. 125). I motivuttalanden till patientlagen diskuterades den kritik som riktats mot vårdgarantin, bland annat att vårdgarantin kan innebära risk för felaktiga prioriteringar och negativa undanträngningseffekter så att lägre prioriterade patienter ges vård före patienter med större medicinskt behov, att vårdgarantin inte omfattar hela vårdkedjan samt att tidsgränserna borde skärpas (prop. 2013/14:106 s. 97 ff.). I betänkandet exemplifierades undanträngningseffekter med att återbesökspatienter kan få vänta längre för att vården ska kunna ta om hand de nya besöken, som framförallt kan drabba patienter med kroniska sjukdomar som ofta har livslånga kontakter med vården (SOU 2013:2 s. 230).

Sammanfattningsvis kan konstateras att vårdgarantin utgör en ram för en tidsmässig tillgänglighet i hälso- och sjukvården, som dock är sekundär i förhållande till de etiska principerna och prioriteringsordningen i hälso- och sjukvården. Detta får också betydelse för IVO:s förutsättningar att bedriva tillsyn, eftersom både kvantitativa och kvalitativa bedömningar är väsentliga för att allsidigt belysa huruvida vårdgarantin har åsidosatts av en huvudman. Samtidigt som incitament för att minska kötiderna kan värna en god vård finns en risk för att den offentliga vården inte förmår värna genomslaget av de etiska principerna och prioriteringsordningen i vården tillräckligt. Det innebär en risk för försvagad professionsstyrning i hälso- och sjukvården som kan innebära att rättssäkerheten för den enskilde patienten tas till vara sämre. Om IVO:s tillsyn alltför ensidigt fokuserar på vårdgarantin, utan att ta hänsyn till de etiska principerna och prioriteringsordningen, riskerar tillsynen att bidra till oönskade undanträngningseffekter, som kan motverka tillsynens syften och funktioner att främja patientsäkerhet.

Ansvar för tillgänglighet

Ansvar för att åstadkomma tillgänglighet i hälso- och sjukvården vilar huvudsakligen på huvudmän i form av regioner eller kommuner, vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal. Ett övergripande ansvar åvilar även staten. Ofta aktualiseras parallella ansvarsnivåer, vilket får betydelse för tillsynens genomförande. Begreppen huvudman och vårdgivare har sedan lång tid tillbaka använts i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Begreppen är dock något varierande till sitt innehåll, exempelvis vårdgivarbegreppet i patientsäkerhetslagen, patientdatalagen och patientskadelagen. I 1982 års hälso- och sjukvårdslag avsågs med begreppet huvudman den som hade ett författningsreglerat ansvar för vård. Ansvar innebar inte skyldighet att själv bedriva verksamhet. Med vårdgivare avsågs den som rent faktiskt meddelade vård, oavsett om det skedde genom frivillighet eller utgjorde en skyldighet (prop. 1981/82:97 s. 33).

Först i 2017 års hälso- och sjukvårdslag infördes en legaldefinition av såväl huvudman- som vårdgivarbegreppen. Enligt 2 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen avses med huvudman den region eller den kommun som ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom huvudmannens geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet. Med vårdgivare avses enligt 2 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen statlig

myndighet region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. Syftet med införandet av definitionerna var att tydliggöra huvudmännens och vårdgivarnas olikartade roller (prop. 2016/17:43 s. 89). Även om definitionen av vårdgivare inte överensstämmer med definitioner i annan lagstiftning ansågs detta inte medföra svårigheter i tillämpningen, inte heller vad beträffar IVO:s tillsynsansvar och möjligheten att vidta åtgärder (prop. 2016/17:43 s. 86 f.).

I 2017 års hälso- och sjukvårdslag åvilar ansvaret för kraven i avdelning II både vårdgivare och huvudmän. Regionernas och kommunernas särskilda ansvar som huvudmän framgår särskilt av avdelningarna III, IV och V. Regionen har exempelvis enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen det övergripande ansvaret att erbjuda vårdgaranti och därmed tillse att vårdgarantin uppfylls inom regionens geografiska område. Hälso- och sjukvårdslagen utgår fortsättningsvis från att regioner och kommuner förutsätts ha möjligheter att utifrån sina lokala behov och förutsättningar besluta om finansiering och organisation av hälso- och sjukvårdsverksamheten samtidigt som den enskilde har behov av en ändamålsenligt fungerande hälso- och sjukvård, som motiverar ett statligt övergripande ansvar (prop. 2016/17:43 s. 80). En huvudman får enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. Regionens eller kommunens övergripande ansvar för att alla medlemmar får god vård kvarstår och övergår inte på utföraren av vården (prop. 2016/17:43 s. 146; prop. 1993/94:188 s. 39 f.). Huvudmännens övergripande ansvar i en sådan avtalssituation anses exempelvis omfatta att bestämma om villkor för mål, inriktning och kvalitet samt att svara för uppföljning och kontroll av att vården bedrivs enligt föreskrifterna (prop. 2013/14:118 s. 57). Det övergripande ansvaret anses kunna säkerställas bland annat genom tillräckliga och relevanta krav i avtalen med vårdgivarna. Avtalen bör exempelvis reglera allas likhet inför lagen, saklighet och opartiskhet samt god förvaltning. Vidare bör avtalen reglera samarbete med vårdgrannar, patienters ombud och brukarorganisationer (prop. 2004/05:89 s. 19 ff. och 27). Avtalen är dock subsidiära i förhållande till de krav som ställs på verksamhetsutövaren genom föreskrifter respektive statlig tillsyn. Både huvudmannen och IVO anses ha ett ansvar för att kontrollera att verksamhetsutövaren uppfyller gällande föreskrifter. Om huvudmannen och IVO gör olika bedömningar bör IVO:s bedömning ges företräde (prop. 2013/14:118 s. 55 f.). Ett sådant avtal innebär inte att huvudmannen har rätt att besluta över den dagliga verksamheten hos vårdgivaren. Huvudmannens ansvar anses inte omfatta hälso- och sjukvård som endast bedrivs med privat finansiering och som tillhandahålls utan offentligt uppdrag (prop. 2016/17:43 s. 86 f.).

Också i 3 kap. 12 § kommunallagen anges att en region eller kommun under vissa förutsättningar kan överlämna skötseln av kommunala angelägenheter till privata utförare. Regionen eller kommunen behåller då det politiska ansvaret för verksamheten och dess mål, inriktning, omfattning och kvalitet. Regionen eller kommunen har enligt 10 kap. 8 § kommunallagen en skyldighet att kontrollera och följa upp verksamhet när

skötseln genom avtal har överlämnats till en privat utförare. Uppföljningen omfattar huruvida verksamheten följer föreskrifter och avtalsvillkor. Regionen eller kommunen måste också ha resurser och kunnande för att ta över verksamhet vid en eventuell konkurs hos utföraren (prop. 2013/14:118 s. 33 och 38).

Enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Vårdgivarens ansvar är detsamma oavsett om denne är huvudman eller ej och alla bestämmelser omfattar alla vårdgivare och vårdgivarskapet kan utgöra del av en viss aktörs verksamhet. Även vårdgivare som är underställda huvudmän vars verksamhet inte regleras i hälso- och sjukvårdslagen ska uppfylla dess krav i tillämpliga delar. Det gäller exempelvis vårdgivare som tillhandahåller elevhälsa enligt skollagen (2010:800) eller hälso- och sjukvård enligt fängelselagen (2010:610). Vårdgivarens skyldigheter i förhållande till vårdgarantin för det fall att vårdgivaren har tecknat avtal med en huvudman om att utföra hälso- och sjukvård finns inte uttryckligt reglerade i hälso- och sjukvårdslagen. Det står dock klart att samtliga vårdgivare har att leva upp till 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen och kravet som där uppställs på en god och kvalitativ vård, vilket kan inbegripa samma aspekter som vårdgarantin är satt att värna.

Hälso- och sjukvårdspersonalen är enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och bär enligt 6 kap. 2 § samma lag personligen ansvar för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Det innefattar enligt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen att ge patienten en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet, som så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten samt att patienten visas omtanke och respekt. Hälso- och sjukvårdspersonalens personliga ansvar har lyfts fram som betydelsefullt för vårdgarantins genomförande. Vårdgarantin kan numera förverkligas i fråga om medicinska bedömningar av all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, från att tidigare endast ha omfattat legitimerade läkare (SFS 2018:553). Det innebär att betydligt fler anställda inom hälso- och sjukvården bär ett personligt ansvar för att vårdgarantin i praktiken ska förverkligas på det sätt som avsetts i lagstiftningen. Skälet till att involvera andra kategorier, exempelvis undersköterskor, var just det personliga yrkesansvaret enligt 6 kap. 2 § patientsäkerhetslagen, legitimationsansvaret och skyldigheten att föra patientjournal enligt 3 kap. patientdatalagen som åligger legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det personliga ansvaret hos den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen ansågs alltså utgöra en garanti för vårdgarantins faktiska förverkligande (prop. 2017/18:83 s. 31 f.). Hur pass långtgående verkningar denna garanti får beror förstås på i vilken utsträckning IVO bedriver individtillsyn av hälso- och sjukvårdspersonalen.

En slutsats som kan dras utifrån ovanstående är att ansvaret för att åstadkomma en tillgänglig, god och patientsäker vård återfinns på flera nivåer. Det betyder för IVO:s del att det är viktigt att tillsynen bedrivs allsidigt på flera ansvarsnivåer parallellt för att värna tillgänglighet i hälso- och sjukvården på ett ändamålsenligt sätt. Tillsyn av huvudmän är väsentligt för att exempelvis utkräva ansvar för vårdgarantin. Vårdgivarna och hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar också för att förverkliga en stor del av

tillgängligheten i hälso- och sjukvården som den kommer till uttryck i lagstiftningen. Verksamhetstillsyn av vårdgivarnas egenkontroll lyfts fram i tillsynsregleringen mot bakgrund av att den i hög utsträckning anses bidra till patientsäkerhet och en god vård. IVO:s tillsyn av vårdgivarnas samt hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter får också en särskild betydelse ur rättssäkerhetsperspektiv för att kompensera för patientens begränsade möjligheter att genomdriva rätten.

Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Det finns ingen generell legaldefinition av tillsyn. Tillsyn kan beskrivas som ett kontrollmedel för att få vetskap om hur offentlig och privat verksamhet fungerar. Faktorer som skiljer tillsynen från andra granskningsformer är främst att den är reglerad i lag, ska bedöma rättssäkerhet och riktar sig till medborgaren som avnämare. Det rör sig om en verksamhet som självständigt granskar om tillsynsobjekten uppfyller de krav som följer av rättsreglerna och vid behov kan fatta beslut som kan leda till förbättringar (skr. 2009/10:79; rskr. 2009/10:210).

Syftet med tillsyn har beskrivits som att upprätthålla grundläggande värden i samhället såsom rättssäkerhet, effektivitet och demokrati (bet.2009/10:FiU12 s. 5, som återspeglas exempelvis i SOU 2015:46 s. 64 f.). Tillsyn syftar också till att skapa förutsättningar för god förvaltning och individens mänskliga rättigheter respektive grundläggande friheter (p. 1 i Europeiska kommissionens för demokrati genom lag (Venedigkommissionen) Opinion No. 897/2017, Principles on the Protection and Promotion of the Ombudsman Institution ("The Venice Principles") (CDL-AD(2019)005), antagna den 15–16 mars 2019). The International Ombudsman Associations (IOA) etiska kodex definierar verksamhetens syfte som att främja processuell rättvisa i verksamhet och förvaltning.

Tillsynens former, omfattning och innehåll

IVO:s tillsyn omfattar hälso- och sjukvårdsverksamhet, vilket innefattar huvudmän och vårdgivare, samt hälso- och sjukvårdspersonal och regleras i patientsäkerhetslagen. Förutom IVO bedriver flera tillsynsmyndigheter verksamhet för att åstadkomma en tillgänglig hälso- och sjukvård, vilket också aktualiserar frågor om samverkan mellan myndigheterna. Exempelvis gäller det tillsynen som bedrivs av DO vad beträffar diskriminering i hälso- och sjukvården, tillsynen av Konkurrensverket gällande lagen (2008:962) om valfrihetssystem, Integritetsskyddsmyndigheten vad gäller tillsyn av personuppgiftsbehandling i hälso- och sjukvården, Myndigheten för digital förvaltning vad gäller digital offentlig service samt uppföljningsansvaret hos Sametinget och Länsstyrelsen i Stockholms län vad gäller tillämpningen av minoritetsspråklagen. Dessutom förekommer tillsyn av hälso- och sjukvården också av de extraordinära tillsynsorganen Justitieombudsmannen (JO) och Justitiekanslern (JK) och de kan även hänskjuta ärenden till IVO.

Tillsynsbestämmelserna i patientsäkerhetslagen fördes över i princip oförändrade från lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (prop. 2009/10:210 s. 126 f.). Dessa bestämmelser överfördes i stort sett från lagen (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården (tillsynslagen, prop. 1997/98:109 s. 163). Dessförinnan reglerades verksamhetstillsyn i 1982 års hälso- och sjukvårdslag. Vid

denna tidpunkt bedrevs hälso- och sjukvården primärt i offentlig regi, vilket innebar att huvudmännen i princip alltid också var utövare av hälso- och sjukvården. Tillsynen omfattade hälso- och sjukvården och tillsynsmyndigheten skulle följa och stödja landstingskommunernas verksamhet samt ha rätt att företa inspektioner. Inspektioner motiverades av hänsyn till patienternas säkerhet (prop. 1981/82:97 s. 136). 1982 års hälso- och sjukvårdslag betonade kommunernas och landstingens ökade lokala handlingsfrihet och förordade en minskad statlig detaljkontroll genom tillsyn. Statlig tillsyn ansågs samtidigt motiverad mot bakgrund av behovet av jämlik, tillgänglig och god vård samt den enskilde medborgarens rättssäkerhet. Tanken var att tillsynen skulle följa, stödja och kontrollera verksamheten samt tillgodose medicinska, sociala och rättsliga säkerhetskrav för enskilda och verksamheter samt stödja huvudmännens verksamhet (prop. 1981/82:97 s. 90 f.).

I betänkandet till 1982 års hälso- och sjukvårdslag uttalades att den statliga tillsynen förutsattes minska i detaljkontroll och bli mer övergripande, rådgivande samt präglas av uppföljning och vägledning (SOU 1979:78 s. 354 f.). Att den statliga tillsynen förutsattes minska i fråga om detaljreglering och kontroll var också vad som uttalades i förslaget om Socialstyrelsens uppgifter och organisation (prop. 1979/80:6 s. 18). Genom tillsynslagen blev tillsynen mer kontrollorienterad än förebyggande, som den främst hade varit tidigare. Tanken var att tillsynen även skulle tillhandahålla rådgivning, information och verka för kunskapsutveckling. Tillsynen förutsattes omfatta enskilda ärenden och granskningar av identifierade riskområden (prop. 1995/96:176 s. 49 f.).

Patientsäkerhetslagen syftar enligt dess 1 kap. 1 § till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet. Patientsäkerhet definieras i 1 kap. 6 § patientsäkerhetslagen som skydd mot vårdskada. Begreppet patientsäkerhet utgör en väsentlig kvalitetsdimension i vården som är nära förknippat med god vård, som bland annat avser att den är av god kvalitet och tillgodoser patientens behov av trygghet och säkerhet. Patientsäkerhet avser ett tillstånd i vården som har att göra med i vilken grad vården förmår förhindra att patienter skadas i och av vården i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder eller avsaknad av åtgärder när sådana är motiverade utifrån patientens tillstånd. Om patientsäkerheten är god minskar risken för vårdskador. Begreppet patientsäkerhet säger dock inget om nivån på säkerheten eller hur eller av vem något ska göras. Vidare förutsätter hög patientsäkerhet att andra lagar eller föreskrifter som gäller inom vården följs, exempelvis att vården bedrivs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (prop. 2009/10:210 s. 191).

IVO:s uppdrag beskrivs som att i egenskap av en oberoende och självständig myndighet utföra granskning som syftar till kontroll av att den som är föremål för tillsynen uppfyller rättsliga krav på hälso- och sjukvårdsområdet. Tillsynen ska också genom råd och vägledning bidra till goda förutsättningar för god vård och hög patientsäkerhet (prop. 2009/10:210 s. 127). IVO:s tillsynsuppdrag omfattar hälso- och sjukvården och dess personal enligt 7 kap. 1 § patientsäkerhetslagen, vilket vanligen brukar betecknas som verksamhets- respektive individtillsyn.

Hälso- och sjukvård definieras i patientsäkerhetslagen som verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (2001:499) om

omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel. Hälsa- och sjukvård enligt patientsäkerhetslagen är således ett vidare begrepp än i hälsa- och sjukvårdslagen, där det enligt 2 kap. 1 § definieras som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, sjuktransporter, och omhändertagande av avlidna.

Hälsa- och sjukvårdspersonal avgränsas i 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen till den som har legitimation för ett yrke inom hälsa- och sjukvården, personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälsa- och sjukvård av patienter, den som i annat fall vid hälsa- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare, apotekspersonal som tillverkar eller expedierar läkemedel eller lämnar råd och upplysningar, personal vid Giftinformationscentralen som lämnar råd och upplysningar samt personal vid larmcentral och sjukvårdsrådgivning som förmedlar hjälp eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande. Med legitimerad yrkesutövare jämställs den som enligt särskilt förordnande har motsvarande behörighet. Enligt 7 kap. 2 § patientsäkerhetslagen står också den, som utan att bedriva hälsa- och sjukvård tar emot uppdrag från hälsa- och sjukvården avseende provtagning, analys eller annan utredning som utgör ett led i bedömningen av en patients hälsotillstånd eller behandling, under IVO:s tillsyn. Tillsynsuppdraget omfattar vidare enligt 7 kap. 7 § samma lag säkerheten vid sjukvårdsinrättningar där det får ges tvångsvård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.

Tillsyn definieras i 7 kap. 3 § patientsäkerhetslagen och innebär granskning av att ovan nämnd verksamhet och personal uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Främst ska tillsynen inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen. Inom ramen för tillsynen ska IVO lämna råd och ge vägledning, kontrollera att brister och missförhållanden avhjälps, förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen och informera och ge råd till allmänheten. IVO ska enligt 7 kap. 6 § patientsäkerhetslagen säkerställa att patienters erfarenheter fortlöpande används som underlag för beslut om tillsynens inriktning. Tillsynsbegreppet är tänkt att anpassas så att tillsynen utöver kontroll av kraven i lagarna, även granskar tillämpningen mot i lagen angivna mål och anvisningar. Tillsynen får inte koncentreras till områden där det är enkelt att vara tydlig utan ska även innefatta fält där utrymmet för tolkning är större. Tillsynens kontrollerande, förebyggande och främjande funktion lyfts fram samt att den ska innefatta granskning, såväl av hur verksamheter uppfyller sina åligganden i förhållande till krav i lagar och andra föreskrifter samt lever upp till mål i lagstiftningen. Kontrollerande tillsyn innebär framförallt inspektioner av olika slag medan granskning mot mål bör inriktas på förebyggande och främjande tillsyn som inte kan kopplas till sanktioner, vilket exempelvis kan innefatta diskussion kring förbättringsåtgärder, rådgivning och vägledning (prop. 2008/09:160 s. 72 f.).

I sina beslut kan IVO göra uttalanden om att en viss åtgärd exempelvis inte har utförts i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och därigenom rikta kritik mot hälsa-

och sjukvårdspersonalen eller vårdgivaren. IVO kan också fatta ”friande” beslut, förutsatt att myndigheten inte har funnit något som ger anledning till kritik (prop. 2009/10:210 s. 221 f.). IVO förväntas tillse att de bedömningar som myndighetens regionala tillsynsenheter gör av att lagstiftningen följs är så enhetliga som möjligt (prop. 2012/13:20 s. 81). IVO:s verksamhetstillsyn förväntas i högre grad inrikta sig på att kontrollera vårdgivarnas skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och tillsynsverksamheten förväntas ha ett systematiskt perspektiv i stället för att ”jaga” enskilda individer. Det har sin grund i att vårdgivarens egenkontroll anses utgöra en av de viktigaste faktorerna för att värna patientsäkerhet (prop. 2009/10:210 s. 126 f. och 129). Patienters erfarenheter ska enligt 7 kap. 6 § patientsäkerhetslagen användas av IVO som underlag för tillsynens inriktning, exempelvis genom ett uttryckligt krav på kontinuerlig samverkan med patientnämnderna enligt lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Patienter och närstående ska enligt 7 kap. 4 a § patientsäkerhetslagen som regeln höras om de förhållanden som tillsynen rör, vilket enligt 7 kap. 5 § samma lag också får inkludera hörande av barn om det kan antas att barnet inte tar skada av samtalet.

Förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg kompletterar bestämmelserna i patientsäkerhetslagen. Av 1 § följer att IVO:s verksamhet ska bedrivas strategiskt och effektivt samt på ett enhetligt sätt inom landet. Enligt 2 § samma förordning är syftet med tillsynen att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Därtill ska ett patient- och brukarperspektiv genomsyra tillsynen och villkor och förhållanden för kvinnor och män, flickor och pojkar ska särskilt belysas. Det anges också att tillsynen ska planeras och genomföras med utgångspunkt i egna riskanalyser om inte annat följer av lag, förordning eller särskilt beslut från regeringen samt innefatta kontroll av hur verksamheterna fullgör sin skyldighet att bedriva egenkontroll. Slutligen framhålls att resultatet av tillsynen ska redovisas till de granskade verksamheterna och till den region eller den kommun som berörs. Enligt 4 § förordningen ska IVO samverka med andra berörda myndigheter i syfte att uppnå ett effektivt kunskaps- och erfarenhetsutbyte i arbetet med tillsynen.

Enligt 7 kap. 3 § patientsäkerhetslagen ska tillsynen främst inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter enligt 3 kap. samma lag. Vårdgivare definieras i 1 kap. 3 § patientsäkerhetslagen som statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård. Vårdgivare är skyldiga att bedriva egenkontroll och ska enligt 3 kap. 1 § samma lag planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Vårdgivare ska enligt 3 kap. 2 § patientsäkerhetslagen vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Därtill anges i 3 kap. 3 § patientsäkerhetslagen att vårdgivare ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Vårdskada definieras som tidigare nämnts i 1 kap. 5 § samma lag. Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. Även ett psykiskt eller

fysiskt lidande som en följd av att inte få vård i rätt tid kan alltså utgöra en vårdskada. Det ska dock inte vara fråga om ett allt för bagatellartat tillstånd för att lidandet ska anses som en vårdskada i lagens mening (prop. 2009/10:210 s. 190). Vårdgivaren har en anmälningsskyldighet i förhållande till IVO enligt 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen och ska anmäla händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Motsvarande anmälningsskyldighet har den som bedriver verksamhet som avses i samma lag. Genom vårdgivarens anmälningsskyldighet enligt lex Maria får IVO information om allvarliga incidenter i vården. Anmälan ska göras snarast efter det att händelsen har inträffat. Vårdgivaren ska samtidigt med anmälan eller snarast därefter ge in sin utredning kring det inträffade. IVO ska enligt 7 kap. 8 § patientsäkerhetslagen säkerställa att händelsen har utretts i nödvändig omfattning samt att vårdgivaren har vidtagit de åtgärder som krävs för att uppnå hög patientsäkerhet. IVO ska även, enligt 7 kap. 9 § samma lag, sprida information till vårdgivare om inträffade händelser som anmälts till myndigheten samt i övrigt vidta de åtgärder som anmälan motiverar för att uppnå hög patientsäkerhet

Regionen ska enligt 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt där och har även ett ansvar för att organisera samt planera vården enligt 7 kap. samma lag. Som nämnts har regionerna även ansvar för vårdgarantin enligt 9 kap. hälso- och sjukvårdslagen. IVO:s tillsyn av huvudmännen i fråga om tillgänglighet kan mot denna bakgrund exempelvis handla om planeringsansvaret för att tillse kortare köer, hur huvudmännen samverkar med andra samt garanterar vårdgarantins uppfyllelse. Huvudmännens förtydligade ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen ansågs inte innebära problem för tillsynens bedrivande eller begränsa IVO:s möjligheter att vidta åtgärder enligt patientsäkerhetslagen (prop. 2016/17:43 s. 84 och 87). I fråga om sanktioner ställs dock denna fråga på sin spets, se följande avsnitt (s. 58 ff.). I sitt tillsynsuppdrag bör IVO bygga upp lämpliga samarbetsformer med huvudmännen så att inspektionens arbete bidrar till huvudmännens kvalitetsansvar (prop. 2012/13:20 s. 95). När vårdgarantin reglerades i hälso- och sjukvårdslagen uttalades att tillsynsuppdraget över garantin ansågs omfatta att följa tillämpningen av lagstiftningen, exempelvis hur vårdgarantin och tillgänglighetsarbetet utgör en del av regionernas arbete för att upprätthålla kvalitet och hög patientsäkerhet. Det uttalades vidare att tillsynen förutsattes omfatta hur vårdgarantin i praktiken tillämpas och efterlevs i regionerna, åtgärder i fråga om eventuella brister samt fullgörandet av informationsskyldigheten i fråga om vårdgarantin för regionerna och hälso- och sjukvårdspersonalen (prop. 2009/10:67 s. 71 f.). I fråga om regionens planeringsansvar enligt 7 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen har i litteraturen anförts att IVO visserligen inte har någon särskild roll i planeringsprocessen, men att regionen har en skyldighet att samverka med IVO i planeringsarbetet enligt 7 kap. 7 § samma lag (Johnsson, 2020, s. 171). IVO:s möjlighet att rikta kritik mot huvudmän omfattar både verksamhet som utförs i egen regi samt av privata utförare på uppdrag av regionen. Den överlappande kontroll som sker av privata utförare av hälso- och sjukvård genom huvudmännens uppföljnings- och kontrollansvar samt genom statlig tillsyn uppmärksammades och det påtalades att det rör sig om delvis olika syften och utföranden. Den statliga tillsynens uppgift uppgavs främst vara att tillse legalitet och kvalitetsutveckling hos

verksamheterna. Likaså uttalades att brister och missförhållanden hos vårdgivare borde föranleda tillsyn och eventuell kritik av dem, även om kritiken bedömdes härröra från brister i avtal mellan huvudman och vårdgivare. IVO:s bedömning av verksamhetsutövarens förmåga att iaktta lagenlighet borde som tidigare nämnts ges företräde i förhållande till huvudmannens (prop. 2013/14:118 s. 55 och 57).

IVO:s individtillsyn omfattar som ovan angetts hälso- och sjukvårdspersonal. Missförhållanden som rör hälso- och sjukvårdspersonalen kan komma till IVO:s kännedom på många sätt, exempelvis genom patientklagomål eller inom ramen för annan tillsyn. Vårdgivare har enligt 3 kap. 7 § patientsäkerhetslagen en anmälningsskyldighet i förhållande till IVO när det gäller legitimerade yrkesutövare som är eller har varit verksamma hos vårdgivaren som kan utgöra en fara för patientsäkerheten. Enligt 7 kap. 23 § samma lag ska IVO vidta åtgärder om någon har brutit mot en bestämmelse som gäller verksamhet som står under IVO:s tillsyn. Om IVO får kännedom om att hälso- och sjukvårdspersonal inte fullgör sina skyldigheter inom hälso- och sjukvården, ska myndigheten vidta åtgärder enligt 7 kap. 29 § samma lag för att fullgöra skyldigheterna. Om myndigheten upptäcker att en enskild yrkesutövare inte fullgör skyldigheter enligt lag eller annan författning bör det som regel alltid föranleda någon slags reaktion från myndighetens sida, men IVO får besluta vilken. Tanken är att IVO i sådana lägen ska föra en dialog med vårdgivaren som ansvarar för verksamheten och exempelvis påpeka att yrkesutövaren är i behov av råd och stöd (prop. 2009/10:210 s. 142 och 228). För det fall hälso- och sjukvårdspersonal misstänks för brott för vilket fängelse är föreskrivet ska IVO enligt huvudregeln göra åtalsanmälan. Om det finns skäl att vidta skyddsåtgärder mot den legitimerade yrkesutövaren är IVO skyldig att anmäla detta till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). För att kunna värna patientsäkerhet har IVO i detta avseende en mycket viktig roll. Det bör framhållas att i och med att disciplinansvaret avskaffades när patientsäkerhetslagen infördes förlorade patienten sin möjlighet att i egenskap av part anmäla hälso- och sjukvårdspersonal till HSAN. Därför åvilar det IVO ett stort ansvar att tillse att hälso- och sjukvårdspersonal i behov av skyddsåtgärder ställs inför prövning av HSAN.

Ytterligare en del av IVO:s tillsyn utgörs av patientklagomål. IVO har en skyldighet enligt 7 kap. 10 § patientsäkerhetslagen, att efter anmälan pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal. Behörig anmälare är den patient som saken gäller eller, om patienten inte själv kan anmäla saken, en närstående till honom eller henne. IVO:s utredningsskyldighet har dock kraftigt begränsats genom 2018 års patientklagomålsreform (SFS 2017:378). IVO:s utredningsskyldighet begränsas i 7 kap. 11 § patientsäkerhetslagen till de klagomål som berörd vårdgivare, enligt 3 kap. 8 b § samma lag, först har fått möjlighet att besvara och till händelser som ägt rum inom en tvåårsperiod. I övrigt är IVO skyldig att utreda alla klagomål som uppfyller de särskilda kriterier som anges i bestämmelsen. För övriga klagomål har IVO ingen lagstadgad utredningsskyldighet, men enligt andra stycket finns inget som hindrar att IVO ändå inleder utredning även i dessa fall. IVO ska enligt 7 kap. 13 och 15 §§ patientsäkerhetslagen göra den utredning som behövs för att pröva klagomålet och får utreda och pröva omständigheter som inte har åberopats i anmälan. Bestämmelser om kommunikering finns i 7 kap. 16 § samma lag. Ärenden om klagomål ska enligt 7 kap.

18 § patientsäkerhetslagen avgöras genom beslut efter att anmälaren och den som klagomålet avser har beretts tillfälle att yttra sig över förslaget till beslut. När det gäller IVO:s skyldighet att motivera beslut, exempelvis beslut att inte utreda klagomål av enskilda, kan den anses ha vidgats till följd av 32 § förvaltningslagen som inte längre omfattar endast parter. Motiveringsskyldigheten omfattar beslut som kan påverka någons situation på ett inte obetydligt sätt. Motiveringen ska innehålla uppgifter om vilka föreskrifter som tillämpats och vilka omständigheter som har varit avgörande för myndighetens ställningstagande (prop. 2016/17:180 s. 190 f.).

Enligt 7 kap. 19 § patientsäkerhetslagen kan IVO inleda en utredning på eget initiativ mot en vårdgivare eller mot hälso- och sjukvårdspersonal utan att det föreligger något klagomål. Dessa ärenden omfattas inte av samma formkrav som patientklagomålen. Den som berörs av utredningen ska då ges möjlighet att inkomma med yttrande. IVO behöver dock inte höra en patient som berörs av utredningen om det inte finns skäl för det och patienten endast berörs perifert. Dock bör patienten kontaktas om det under utredningens gång visar sig att patienten sannolikt har drabbats av en vårdskada. Innan ärendet avgörs ska den vårdgivare eller hälso- och sjukvårdspersonal som är föremål för utredning ges tillfälle att yttra sig om det inte är uppenbart obehövligt, exempelvis om IVO inte går vidare med utredningen. IVO kan utfärda kritik mot en vårdgivare eller hälso- och sjukvårdspersonal i beslut som grundas på bestämmelsen (prop. 2009/10:210 s. 223 f.). I motiven till bestämmelsen framgår inte att IVO måste kommunicera ett sådant beslutsförslag med berörda parter, till skillnad från vad som gäller beslut enligt 7 kap. 18 § patientsäkerhetslagen. JO har uttalat att rättssäkerhetsskäl talar för att också beslutsförslag enligt 7 kap. 19 § samma lag borde kommuniceras innan beslut fattas, bland annat därför att besluten inte kan överklagas (JO 2018/19 s. 122).

Ovanstående visar att IVO, för att anses bedriva en effektiv, strategisk och ändamålsenlig tillsyn som kan värna en tillgänglig hälso- och sjukvård, bör bedriva tillsynen i olika former och på flera och parallella nivåer. I fråga om huvudmän regleras tillsynen i förhållande till dem inte tydligt i lagstiftningen. Tillsynen ska enligt patientsäkerhetslagen fokusera på vårdgivarnas skyldighet att bedriva egenkontroll, vilket innebär att tillsynen främst kommer att fokusera på vårdgivarna och den tillgänglighet som de förväntas åstadkomma. Vad gäller vårdgarantin finns dock inget som hindrar IVO att i tillsynen beakta huruvida regionen i egenskap av vårdgivare eller privata vårdgivare med avtal med en region följer de riktlinjer och rutiner som huvudmannen har utarbetat kring vårdgarantins tillämpning eller de krav som framgår genom avtal. Arbetet med att förverkliga vårdgarantin kan då anses utgöra en del av vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen. I 3 kap. patientlagen finns ett uttryckligt krav på vårdgivaren att informera patienten om vårdgarantin. Liknande krav på patientinformation finns enligt 6 kap. patientsäkerhetslagen i förhållande till den hälso- och sjukvårdspersonal som ansvarar för den aktuella vården. Sedan patientsäkerhetslagen trädde i kraft år 2011 har IVO enligt 7 kap. 30 § patientsäkerhetslagen en nyckelroll för att anmäla eventuella skäl för beslut om skyddsåtgärder riktade mot hälso- och sjukvårdspersonal till HSN, som patienten tidigare själv förfogade över. Då disciplinåtgärder i samband med patientsäkerhetslagen avskaffats finns inte många

andra sätt att utkräva ansvar av berörd hälso- och sjukvårdspersonal. Exemplet vårdgarantin kan illustrera hur ansvaret för huvudmän, vårdgivare samt hälso- och sjukvårdspersonal hänger samman. Hur pass långtgående verkningar denna garanti får påverkas av i vilken utsträckning IVO:s tillsyn förmår bidra till ansvarsutkrävande på de olika nivåerna.

Befogenheter och sanktioner i tillsynen

Tillsynen är i första hand tänkt att ske med hjälp av frivilliga åtgärder. Brister i god vård kan ha olika orsaker som kan vara komplexa och där det kan vara svårt att fastställa konkret ansvar. Därför är dialogtillsyn ofta en tillräcklig och lämplig form av tillsyn som inte aktualiserar sanktioner. Det kan exempelvis vara frågan om att ändra rutiner eller att en individ ges råd och stöd. Om det krävs för att trygga patientsäkerheten ska IVO vidta ytterligare åtgärder, till exempel förelägga om rättelse eller som en sista åtgärd utfärda förbud mot att bedriva verksamheten. Om det behövs ska IVO göra åtalsanmälan (prop. 2009/10:210 s. 226 f. med hänvisning till prop. 1995/96:176 s. 82 ff. och s. 98 f.). Enligt tillsynslagen var verksamhetstillsynen främst tänkt att karaktäriseras av samarbete och dialog med verksamhetsutövare. Dock fanns också behov av skarpare åtgärder för att exempelvis kunna ta sikte på verksamhetens organisation och bemanning (prop. 1995/96:176 s. 79 f.). Genom tillsynslagen kom all hälso- och sjukvård att omfattas av tillsynens sanktioner, även privata vårdgivare, eftersom patienter ansågs ha samma behov av en god och säker vård oavsett vårdgivare. Det påtalades att offentlig och privat vård hade kommit att flätas samman allt mer. En varierad vårdstruktur med starka ekonomiska incitament och resursknapphet ansågs ställa ökade krav på kompetent kontroll vad gäller kvalitet och säkerhet i vården, rättvisa samt tillgänglighet i utbudet (prop. 1995/96:176 s. 44 f.). Om verksamheten avvek från kraven och avvikelserna medförde eller skulle kunna medföra allvarligt men eller fara för patientsäkerheten borde föreläggande övervägas. Några exempel som omnämndes var i fråga om ändrad inriktning av verksamheten, vid kompetensutvecklingsbehov, bristande respekt för enskildas integritet, brister i fråga om lokaler eller utrustning eller vid bristfälliga rutiner. Det faktum att tillsynsmyndigheten förfogade över sanktioner ansågs utgöra ett starkt incitament för att vårdgivarna skulle åtgärda bristerna innan de blivit allvarliga säkerhetsproblem (prop. 1995/96:176 s. 83 f.).

IVO:s sanktionsmöjligheter och befogenheter regleras främst i patientsäkerhetslagen och riktar sig huvudsakligen mot vårdgivare samt hälso- och sjukvårdspersonal. Det finns också vissa sanktionsmöjligheter för IVO som följer av annan lagstiftning, exempelvis 29-30 §§ lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster som gör det möjligt för IVO att ta ut sanktionsavgifter i hälso- och sjukvården. IVO:s sanktionsmöjligheter mot vårdgivare består av möjligheten att utfärda föreläggande enligt 7 kap. 20 och 24 §§ patientsäkerhetslagen och förbjuda verksamhet enligt 26-28 §§ samma lag. Om IVO finner att en vårdgivare eller enheter för rättspsykiatriska undersökningar inte fullgör sina skyldigheter enligt 3 kap. och det finns skäl att befara att underlåtenheten medför fara för patientsäkerheten eller andras säkerhet, ska IVO enligt 7 kap. 24 § patientsäkerhetslagen förelägga vårdgivaren eller enheten att fullgöra sina skyldigheter om det inte är uppenbart obehövligt. Det kan

också gälla verksamhet som avses i 2 § om verksamheten medför fara för patientsäkerheten. Föreläggandet ska enligt 7 kap. 25 § samma lag innehålla uppgifter om de åtgärder som IVO anser vara nödvändiga för att de påtalade missförhållandena ska kunna avhjälpas och när åtgärderna senast ska vara utförda. Om ett föreläggande inte följs och missförhållandena utgör en fara för patientsäkerheten eller annars är av allvarligt slag, får IVO enligt 7 kap. 26 § samma lag besluta att helt eller delvis förbjuda verksamheten. Ett sådant beslut kan enligt 7 kap. 27 § patientsäkerhetslagen även fattas utan föregående föreläggande om det finns påtaglig fara för patienters liv, hälsa eller personliga säkerhet i övrigt. IVO har slutligen enligt 7 kap. 28 § samma lag en möjlighet att fatta interimistiska beslut om att förbjuda verksamhet.

Dessa sanktionsmöjligheter får enligt 7 kap. 3 § patientsäkerhetslagen endast användas när verksamheten inte uppfyller de krav som framgår av lagar och andra föreskrifter. Sanktionsmöjligheterna får alltså inte användas i fråga om målsättningsstadganden. Den sistnämnda bestämmelsen infördes i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område år 2010 och överfördes i samma lydelse till patientsäkerhetslagen (SFS 2009:599, prop. 2009/10:210 s. 127 f.). Bestämmelsen definierade tillsyn som granskning av att verksamhet och personal uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut med stöd av sådana föreskrifter. Förelägganden och förbud fick endast användas när verksamheten inte uppfyller de krav som framgår av lagar och andra föreskrifter. Ramlagstiftningen inom vården ansågs förutsätta ett flexibelt regelsystem med en definition av tillsyn som inte skulle leda till ökad detaljreglering bara för att underlätta tillsynen. Det framhölls att det skulle vara svårt att komma åt problem om tillsynen bara skulle omfatta bindande lagstiftning. Vidare uttalades att tillsynsmyndigheter alltid granskar gällande regler i någon mån, men att målbestämmelserna på välfärdsområdet svårigen kan konkretiseras i föreskrifter. Det medför också ett större tolkningsansvar för tillsynsmyndigheten. Med en snäv definition av tillsyn ansågs det finnas en risk att tillsynen skulle koncentrera sig till områden där det är lätt att vara tydlig om man undviker områden med större tolkningsutrymme. Det betonades vidare att tillsynen har ett kontrollerande, förebyggande och främjande syfte (prop. 2008/09:160 s. 72 f.).

Patientsäkerhetslagens utgångspunkt är att IVO som regel ska utfärda ett föreläggande om 3 kap. inte har iakttagits av vårdgivaren under förutsättning att underlåtenheten medför fara för patientsäkerheten eller säkerheten för andra och att det inte är uppenbart obehövt. I föreläggandet kan IVO sätta ut vite. Bestämmelsen infördes för att det i betänkandet ansågs oklart om den tidigare gällande lagstiftningen omfattade möjlighet att ingripa på grund av åsidosättanden av det systematiska kvalitetssäkringsarbetet, vilket dock ansågs vara viktigt för patientsäkerheten (prop. 2009/10:210 s. 140 f.). Vårdgivaren ska i sitt arbete med att planera, leda och kontrollera verksamheten tillämpa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Sanktionerna har alltså kopplats till vårdgivarens ansvar för att tillse att det systematiska patientsäkerhetsarbetet iakttas och föreläggande är tänkt att vara huvudregel om dessa skyldigheter inte iakttas av vårdgivaren. Det är inte tillräckligt att vårdgivaren inte fullgör sina skyldigheter enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen, exempelvis brister i sin kontroll av att verksamheten

uppfyller kravet på god vård, underlåter att bedriva ett kontinuerligt och systematiskt patientsäkerhetsarbete och inte fullgör anmälningsskyldigheter. Det krävs också att det finns skäl att befara att underlåtenheten medför en fara för patientsäkerheten eller säkerheten för andra, såsom att en patient skadar en annan patient eller personal. Beviskravet anses vara lågt och bör vanligen vara uppfyllt om det står klart att vårdgivaren inte bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete som inkluderar regelbundna riskbedömningar, patientsäkerhetshöjande åtgärder utifrån identifierade vårdskaderisker och inträffade händelser. Högre krav anses omfatta vårdgivare i mer riskfyllda verksamheter. Om vårdgivaren på ett trovärdigt sätt kan visa att bristerna snarast kommer att åtgärdas och att det har upprättats en konkret handlingsplan med tidsangivelse för när bristerna ska vara åtgärdade ska föreläggande inte utfärdas. Om ett föreläggande inte följts bör alltid ett nytt utfärdas där vite sätts ut (prop. 2009/10:210 s. 226 f.; prop. 1995/96:176 s. 82 ff. och 98 f.).

Som påtryckningsmedel kan IVO förena förelägganden med viten. Då aktualiseras de krav som uppställs enligt lagen (1985:206) om viten (viteslagen). Utdömandet av viten prövas av förvaltningsrätt på ansökan av IVO i enlighet med 6 § viteslagen. För att ett vitesföreläggande ska kunna utfärdas måste flera kriterier vara uppfyllda. Det måste röra sig om ett individualiserat föreläggande i det enskilda fallet som syftar till att mottagaren ska åtgärda vissa angivna brister. Det får inte vara ett allmänt hållet eller generellt uttalande som exempelvis utmärker en rättsregel (jfr. prop. 1973:90 s. 203 f.). I rättspraxis har uppställt höga krav på precision i utformningen av ett vitesföreläggande. För att en tillsynsmyndighet inom ramen för sin tillsynsverksamhet ska kunna meddela förelägganden eller förbud krävs att åtgärden har författningsstöd (HFD 2016:46). Dessutom måste vitesföreläggandet vara tydligt formulerat så att mottagaren förstår vad denne ska göra eller underlåta att göra för att föreläggandet ska kunna iakttas, vilket väsentligen ska framgå direkt av föreläggandet (jfr. RÅ 1990 ref. 39 och RÅ 1994 ref. 29). Mottagaren måste få helt klart för sig vad som krävs för att vitesbeloppet inte ska dömas ut och därför måste det knytas till en klart definierad prestation eller underlåtenhet (RÅ 1990 ref. 39; RÅ 1993 ref. 41; RÅ 1994 ref. 29). Det får inte heller finnas valmöjligheter eller tolkningsutrymme i fråga om vad som krävs för att nå det eftersträvade resultatet. Detta innebär att en tillsynsmyndighet inte i ett vitesföreläggande får konstatera att det finns brister i ett visst avseende och låta mottagaren avgöra vilka åtgärder som krävs för att efterleva bestämmelserna, eftersom mottagaren då inte kan vara försäkrad om huruvida föreläggandet har följts. Det innebär även att ett vitesföreläggande inte får utformas på ett sätt som endast upprepar regleringens lydelse, såvida reglerna inte är så precisa att det inte kan råda något tvivel om vilka åtgärder som ska eller inte ska vidtas i det enskilda fallet. Vitesföreläggandet får inte heller utformas så att det bara anger det resultat som ska uppnås. Är lagstiftningen allmänt hållen och närmare föreskrifter saknas, begränsas myndighetens möjligheter att använda vitesförelägganden för att komma till rätta med konstaterade brister (HFD 2020:28).

Sammanfattningsvis kan konstateras att sanktionsmöjligheterna och befogenheterna som IVO har primärt riktar sig mot vårdgivare samt hälso- och sjukvårdspersonal. Även om IVO:s uppdrag regleras relativt noggrant i rättsreglerna finns ett betydande utrymme

för myndigheten att själv utforma sitt tillsynsuppdrag på det sätt som myndigheten anser bäst främjar tillsynens genomslag. Det är förstås också viktigt att IVO nyttjar det utrymme rättsreglerna ger för tillsynens bedrivande, vilket nyligen påpekades av JO (JO, 28 april 2021, dnr O 60-2019). IVO måste själv förhålla sig till vad som utgör effektiv och ändamålsenlig tillsyn, exempelvis erfarenheter av verkan av sanktioner. Effektivitetsbegreppet innehåller både kvantitativa och kvalitativa aspekter. Det är framförallt i förarbeten som vägledning kan hämtas av hur tillsynen är tänkt att bedrivas, liksom i den extraordinära tillsynens beslut, i synnerhet JO. Även ordinära tillsynsmyndigheters beslut kan beröra IVO:s möjligheter att bedriva tillsyn, exempelvis Integritetsskyddsmyndighetens tillsyn.

Vad som ovan sagts om vitesförelägganden får betydelse för IVO:s möjlighet att genom tillsyn försöka komma till rätta med missförhållanden. 3 kap. patientsäkerhetslagen samt ett tydligt föreskriftsstöd från Socialstyrelsen finns visserligen när det gäller vårdgivarens skyldigheter att bedriva egenkontroll på ett sätt som saknas i skollagstiftningen, som HFD 2020:28 gällde. Det kan dock kvarstå problem med att tillräckligt precist kunna ange kraven som uppställs i form av tydliga åtgärder med litet tolkningsutrymme och utan att endast upprepa vad som anges i lagstiftningen för att vitesförelägganden ska kunna utgöra ett effektivt medel i IVO:s tillsyn. Vidare måste IVO förstås beakta proportionalitetsprincipen i fråga om sanktioner och tillse att alla sanktioner är sakligt grundade. Vitesförelägganden riktade mot huvudmän endast i den egenskapen, det vill säga inte i egenskap av vårdgivare, är tveksamma ur rättsligt perspektiv, eftersom möjligheten att utfärda förelägganden mot huvudmän inte uttryckligen går att utläsa av 7 kap. patientsäkerhetslagen. Det skulle vidare krävas en högre grad av detaljreglering av huvudmännens skyldigheter för att IVO med hjälp av vitesförelägganden skulle kunna åstadkomma påtryckningar mot dem. Ytterst får dessa frågor avgöras av allmän förvaltningsdomstol. Även JO:s tillsyn kan komma att behandla dessa aspekter.

Konstitutionella ramar för IVO:s tillsyn

IVO:s tillsyn utgör en form av offentlig maktutövning som sker med stöd av lag. De olika verksamheter som bedrivs kan förvaltningsrättsligt betecknas som ärendehandläggning, myndighetsutövning mot enskild samt faktisk verksamhet. Oavsett verksamhet i tillsynen måste IVO precis som andra myndigheter iakttäta ett flertal offentligrättsliga principer som framgår av lagstiftningen och som utgör oskrivna rättsliga principer. Beroende på vilken typ av verksamhet IVO bedriver kan principerna få olika innebörd för verksamheten och påverka IVO:s eget handlingsutrymme och möjligheter att genom sin tillsyn uttolka rätten. IVO:s självständighet tryggas precis som för andra myndigheter genom 12 kap. 2 § regeringsformen. Bestämmelsen innebär att ingen annan myndighet och inte heller riksdagen får påverka hur IVO ska besluta i ett ärende som rör myndighetsutövning mot enskild eller en kommun eller som rör tillämpningen av lagstiftningen. Vid sidan av den domstolskontroll som kan omfatta delar av tillsynen står IVO under tillsyn av andra tillsynsorgan som JO, JK och Integritetsskyddsmyndigheten. Särskilt JO får betydelse för att bedöma IVO:s utövande av tillsyn.

Legalitetsprincipen är grundläggande för rättssäkerhet och kan allmänt beskrivas som ett skydd för den enskilde mot godtyckliga och icke-normbundna ingrepp av den offentliga makten (Frändberg, 1996, s. 40.) Principen framgår av 1 kap. 1 § regeringsformen och innebär att den offentliga makten utövas under lagarna. Den infördes bland annat för att tydliggöra att alla samhällsorgan är underkastade rättsordningens regler (prop. 1973:90 s. 397; bet. 1973:KU26 s. 59). Som konstitutionell princip kan legalitetsprincipen sägas bestå av tre huvudsakliga delar: normmässighet vid offentlig maktutövning, skarpt författningsstöd vid betungande beslut och strikt lagtolkning i vissa situationer. Kravet på normmässighet innebär både ett negativt krav på att den offentliga makten inte får utövas i strid med lagarna och ett positivt krav på lagstöd (Sterzel, 1998, s. 113 ff.; Sterzel, 2020, s. 79.) Som konstitutionell princip innebär legalitetsprincipen en miniminivå som begränsar handlingsutrymmet för IVO och andra myndigheter i alla sammanhang av maktutövning. Legalitetsprincipen kan också anses medföra att fler bestämmelser i regeringsformen bör beaktas, såsom 1 kap. 9 § regeringsformen (prop. 2016/17:180 s. 57 f.; Åhman, 2018, s. 458 f.).

I ett förvaltningsrättsligt sammanhang brukar legalitetsprincipen ofta beskrivas som att myndighetsbeslut måste vila på författningsstöd och när det gäller betungande beslut i förhållande till den enskilde kvalificerat författningsstöd (von Essen, Bohlin & Warnling Conradson, 2020, s. 103; Bull & Sterzel, 2015, s. 20 och 49). Legalitetsprincipen omnämns i 5 § förvaltningslagen och innebär där att en myndighet endast får vidta åtgärder med stöd av rättsordningen. Detta innebär att myndighetens agerande ska ha stöd i rättsordningen i vidsträckt mening och att all verksamhet som myndigheten bedriver ska ha en normmässig förankring. Det krävs alltså inte ett specifikt bemyndigande eller stöd i en viss lagregel eller andra föreskrifter som meddelats enligt 8 kap. regeringsformen (prop. 2016/17:180 s. 58 f.). Det nyss nämnda har kritiserats bland annat därför att kravet på strikt lagtolkning vid ingripande åtgärder mot enskilda och kvalificerat författningsstöd skulle ha minskat, när rättspraxis snarare har skärpt kravet (Åhman, 2018, s. 462 ff.) Det är oklart vilken handlingsfrihet myndigheter har i fråga om ramlagstiftning som exempelvis hälso- och sjukvårdslagen, men det fria skönet är begränsat och förutsätter tolkningsprinciper (Lebeck, 2015, s. 93 ff.; Lebeck, 2018, s. 401 ff.). Legalitetsprincipens styrka kan beskrivas på en skala och den får anses vara starkast i ärenden som innefattar myndighetsutövning. Faktiskt handlande omfattas också av legalitetskravet, men inte lika strikt (JO 2014/15 s. 182 samt Johansen 2019 s. 29 f. och s. 32 ff.). 2017 års förvaltningslag, som också omfattar delar av IVO:s verksamhet, har inneburit att fler ärenden omfattas av de särskilda förfarandereglerna (prop. 2016/17:180 s. 48 ff.). Därför kan legalitetsprincipens genomslag anses ha förstärkts genom lagen.

IVO:s tillsyn måste också bedrivas sakligt, opartiskt och med beaktande av allas likhet inför lagen. Detta innebär ett krav på att tillsynen inte bedrivs godtyckligt samt att den bedrivs på ett enhetligt och förutsebart sätt, vilket utgör en del av god förvaltning. Objektivitets- samt likhetsprincipen som kommer till uttryck i 1 kap. 9 § regeringsformen innebär att domstolar och förvaltningsmyndigheter samt andra som fullgör offentliga förvaltningsuppgifter i sin verksamhet ska beakta allas likhet inför lagen samt

iaktta saklighet och opartiskhet. Bestämmelsen gäller i all verksamhet, både ärendehandläggning och faktiskt handlande. Vad myndigheterna gör ska därför vila på saklig och opartisk grund och inte vara godtyckligt. Vidare får inte enskilda särbehandlas utan rättsligt stöd (prop. 1973:90 s. 234 f.). Principen omfattar både hur ett ärende faktiskt har handlagts och de verkliga skälen bakom ett beslut, liksom myndighetens agerande (JO, beslut den 18 december 2018, dnr. 1179-2018). Objektivitetsprincipen kan sägas ta vid efter legalitetsprincipen vid lämplighetsbedömningar (Wennergren, 1984, s. 378 och 381 f.). Tillsynen får därmed inte bedrivas godtyckligt, men IVO får använda det skönsmässiga utrymmet som myndigheten ges genom lagstiftningen. Rätten till god förvaltning så som den kommer till uttryck i EU-rätten samt Europadomstolens rättspraxis har delvis lyfts in i 5 § förvaltningslagen i fråga om legalitet, objektivitet och proportionalitet. En myndighet får bara vidta åtgärder med stöd av rättsordningen och i verksamheten ska myndigheten vara saklig och opartisk. Myndigheten får exempelvis bara ingripa i ett enskilt intresse om åtgärden kan antas leda till avsett resultat. Åtgärden får inte vara mer långtgående än vad som behövs och får vidtas endast om det avsedda resultatet står i rimlig proportion till de olägenheter som kan antas uppstå för den som åtgärden riktas emot. Beslut får endast grundas på sådana aspekter som enligt lagstiftningen får beaktas. Intressen som inte ska tillgodoses får inte beaktas och godtycke är inte tillåtet. Resultatet av bedömningarna som besluten vilar på måste alltså hela tiden vila på överväganden som objektivt sett kan anses vara riktiga (Lerwall, 2009, s. 233; Strömberg & Lundell, 2018, s. 71.). Det nyss nämnda får betydelse exempelvis när IVO gör urval av ärenden eller utformar riskanalyser. För att värna hur dessa principer beaktas i tillsynen kan interna styrdokument för exempelvis urvalsfaktorer vara ett sätt för IVO att värna konsekventa bedömningar som grundas på godtagbara hänsyn.

Kravet på saklighet begränsar potentiellt maktmissbruk som legalitetsprincipen inte kan hindra. Saklighetskravet kan anses omfatta beslutets grunder och opartiskheten värnar beslutets och förvaltningens legitimitet. Kravet på opartiskhet kan anses åskådliggöra att även det yttre förhållandet mellan myndigheten och den som är i beroendeställning får betydelse för att bedöma maktutövningens legitimitet och medborgarnas förtroende för den offentliga förvaltningen. Kravet omfattar också därför hur myndigheten internt organiserar ärenden, eftersom det kan påverka förtroendet för myndigheten (Wennergren, 1984, s. 381 f.; Bull, 2020, s. 105 ff.). Saklighet innebär att IVO:s beslut inte ska gynna eller missgynna enskilda utan stöd i lag, att de anställda bemöter enskilda korrekt och att besluten är förenliga med exempelvis enskildas fri- och rättigheter. Utgående från saklighetskravet i 1 kap. 9 § regeringsformen kan också hävdas att det föreligger ett visst krav på initiala utredningsåtgärder för IVO i fråga om klagomål, för att tillse att tillsynen bedrivs på ett sakligt sätt (Lundin, 2020, s. 211). Utredningsskyldigheten stadgas också i 23 § förvaltningslagen, men bestämmelsen gäller endast inom ramen för beredning av ärenden och innebär ett ansvar för att tillse att underlaget i ett ärende är tillräckligt omfattande för att kunna resultera i ett materiellt riktigt beslut. Vanligtvis krävs att IVO själv initierar ett ärende för att bestämmelsen ska aktualiseras (Asplund, 2021, s. 108 ff.). Likhetsprincipen innebär att allas likhet inför lagen ska beaktas. Den sträcker sig längre än objektivitetsprincipen, eftersom den förutsätter att IVO bedriver

tillsynen konsekvent, även om inget hindrar att myndigheten förändrar sin bedömningspraxis (Wennergren, 1984, s. 378 och 381 f.; Strömberg & Lundell, 2018, s. 72 f.; Bull, 2020, s. 105 f.) Av likhetsprincipen följer också att IVO bör konkretisera vilka hänsyn som får beaktas.

Att IVO har ett stort handlingsutrymme som dock inte är obegränsat kan också följande JO-beslut illustrera. Ur ett rättssäkerhetsperspektiv är det centralt att IVO utreder aspekter som rör enskildas grundläggande fri- och rättigheter, eftersom det vanligtvis saknas rättsliga fora där frågorna kan bedömas. Frågan aktualiserades i ett JO-beslut gällande IVO:s utredning av ett patientklagomål som bland annat omfattade användning av sänggrindar som hindrade patientens fria rörlighet utan stöd av dokumenterat samtycke. IVO utredde dock inte klagomålet i denna del, trots att det berörde patientens grundläggande fri- och rättigheter. JO framförde dock inte någon kritik mot IVO i beslutet (JO, beslut den 23 september 2019, dnr. 3661-2018). I fråga om socialtjänst-tillsyn har JO uttalat att anmälaren inte har någon absolut rätt att få utredda frågor som han eller hon har berört, men att IVO knappast kan underlåta att utreda en anmälan där grundläggande bestämmelser om ärendehandläggning inte har beaktats (JO 2006/07 s. 226). JO uttalar som regel inte synpunkter på de bedömningar som IVO gjort i ett visst ärende (JO 2015/16 s. 507, där JO dock framförde kritik mot IVO:s redogörelse för de bedömningar som låg till grund för beslut i ett patientklagomål). Enligt JO krävs att det faktiska händelseförloppet som bildar underlag för IVO:s beslut är klarlagt om beslutet innefattar kritik. Innan en bedömning görs av en åtgärd eller underlåtenhet måste IVO utreda vad som faktiskt hänt. Beslutets motivering måste tydligt redovisas så att den granskande myndigheten kan få klarhet i hur de påtalade bristerna ska kunna avhjälpas och inte inträffa igen. Om anmälares och yrkesutövares uppfattningar skiljer sig åt krävs att IVO tydliggör vilka uppgifter som har lagts till grund för myndighetens bedömning, eftersom beslutet trots att det saknar rättsverkningar mot yrkesutövaren ändå kan få konsekvenser för denne. JO har påpekat att välformulerade besluts-motiveringar påverkar allmänhetens och vårdens förtroende för tillsynen och utgör en rättssäkerhetsfråga (JO 2011/12 s. 401, JO 2015/16 s. 507, se även Statskontoret (2014:23) s. 49 f.). I ett annat tillsynsbeslut fann JO att det saknas ett klart och tydligt lagstöd för IVO att inhämta en yrkesutövares patientjournal inom ramen för ett tillsynsärende av yrkesutövaren (JO 2019/20 s. 168).

Med beaktande av vad som ovan sagts kan konstateras att den konstitutionella ramen som IVO har att förhålla sig till i sin tillsyn ser olika ut beroende på om det rör sig om ärendehandläggning eller inte och huruvida tillsynen inkluderar betungande beslut såsom sanktioner eller inte. Särskilt i fråga om betungande beslut mot enskilda, såväl privata vårdgivare som hälso- och sjukvårdspersonal, måste IVO beakta en striktare legalitetsprincip än i den tillsyn som bedrivs mot exempelvis huvudmän. En striktare legalitetsprincip kan också anses gällande när IVO i sin tillsyn använder sig av befogenheter att exempelvis inhämta underlag, förbjuda verksamhet eller utfärda förelägganden. I sådana situationer aktualiseras också proportionalitetsprincipen. Eftersom enskilda individers anmälningar till tillsynsmyndigheter normalt sett inte kan framtinga en utredningsskyldighet hos myndigheten får IVO vanligen fatta beslut om vilka anmälningar som ska föranleda tillsyn (Asplund, 2021, s. 108 ff.). Myndigheten

får dock inte agera godtyckligt och 1 kap. 9 § regeringsformen kan anses innebära ett krav på vissa initiala utredningsåtgärder från IVO:s sida. I IVO:s fall är utrednings-skyldigheten av patientklagomål i 7 kap. 10 § patientsäkerhetslagen begränsad genom bestämmelsen i 7 kap. 11 § samma lag. Det kan argumenteras för att IVO:s tillsyn särskilt bör ta sikte på aspekter där enskildas grundläggande fri- och rättigheter har åsidosatts, både i patientklagomål och i andra former av tillsyn. Genom att IVO utformar tydliga beslutsmotiveringar, oavsett om detta krävs enligt förvaltningslagen, underlättas den enskildes möjlighet att förstå IVO:s bedömningsgrunder och den enskilde ges möjlighet att tillvarata sina rättigheter på annat sätt. Väl utformade besluts-motiveringar är också ett sätt att öka legitimiteten för IVO:s tillsyn och för den offentliga förvaltningen som sådan.

Tillsynens betydelse som implementeringsverktyg för tillgänglighet

IVO:s tillsyn fyller en viktig rättsstatlig funktion genom att möjliggöra kontroll av bland annat legalitet på hälso- och sjukvårdens område, där exempelvis domstolsprövning är sällan förekommande. Därför kan tillsyn bidra till legitimitet för den offentliga förvaltningen som sådan (Asplund, 2021, s. 102 ff.). Andra aspekter som kan lyftas fram är att tillsyn möjliggör granskning av löpande verksamhet och processer samt privatiserad verksamhet, där överklagandemöjligheterna kan vara sämre (SOU 2002:14 s. 158 f.). Den rättsliga kontroll som sker genom tillsyn kan uppmärksamma fel och försummelser i enskilda ärenden, brister i lagstiftningen och bidra med en systematisk uppföljning av rättstillämpningen. Tillsynen kan även få betydelse för möjligheten att utkräva ekonomiskt ansvar genom skadestånd, befattningshavares straffrättsliga ansvar eller andra former av personligt ansvar (Marcusson, 2009, s. 248). I fråga om hälso- och sjukvård, där disciplinansvar avskaffades genom patientsäkerhetslagen, får tillsynen en direkt inverkan på möjligheterna att vidta skyddsåtgärder i HSAN.

Tillsynen möjliggör till skillnad från domstolsprövning en granskning som inte är kasuistisk och relativt formlös. Den omfattar faktiskt handlande som utgör den övervägande delen av hälso- och sjukvårdens verksamhet, kan bedöma tillämpningen av målsättningsstadganden som t.ex. 1 kap. 2 § regeringsformen samt likavärdes-, människovärdes- och behovsprincipen i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen samt hur förvaltningslagens förfaranderegler eller andra bestämmelser, exempelvis serviceskyldigheten, har tillämpats. Tillsynen kan alltså bidra till att standardisera vissa aspekter av hälso- och sjukvårdsrätten (prop. 2001/02:72 s. 24). Tillsyn kan således bidra till ökad likvärdighet i hälso- och sjukvård som bedrivs decentraliserat. Den rättsliga kontrollen genom tillsyn kan bidra med att utforma en ändamålsenlig praxis om ärendehandläggning och beslutsfattande samt en förvaltningspraxis som präglas av effektivitet och rättsenlighet – en preventiv legalitetskontroll (Marcusson, 2009, s. 248; Alexius Borgström, 2009, s. 21).

IVO:s tillsyn får betydelse för att implementera legalitetsprincipen. Målinriktad lagstiftning, som hälso- och sjukvårdslagen samt delar av patientsäkerhetslagen, förutsätter uppföljning av tillsynsmyndigheten (prop. 1981/82:97 s. 28). Som regel kan tillsynen inte ändra beslut och besluten som tillsynsmyndigheterna fattar är som regel inte bindande. Dock kan tillsynsmyndigheter vägleda vid uttolkning av rätten, i de flesta fall

gällande hälso- och sjukvården som sista instans. Det gäller exempelvis hur målrationella bestämmelser som god vård och patientsäkerhet ska förstås i konkreta situationer. Tillsyn utgör alltså ett viktigt verktyg för att åstadkomma en efterkontroll av legalitet och kvalitet i hälso- och sjukvården, som egentligen inte sker i något annat forum och därför kan sägas täcka ett ”legalitetshål” i förvaltningsrätten (JO, beslut den 25 maj 2010, dnr 3834-2009; JO 2009/10 s. 398; Bremdal, 2014, s. 63).

Också i den rättsliga regleringen av IVO:s verksamhet betonas tillsynsmyndighetens uppdrag att uttolka rätten. Syftet med IVO:s tillsyn är enligt 2 § IVO:s instruktion att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. I hälso- och sjukvården definieras tillsyn i 7 kap. 3 § patientsäkerhetslagen och innebär granskning av att ovan nämnd verksamhet och personal uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. I fråga om patientklagomål ska IVO enligt 7 kap. 18 § samma lag uttala sig om huruvida en åtgärd eller underlåtenhet av en vårdgivare strider mot lag eller annan föreskrift eller är olämplig med hänsyn till patientsäkerheten.

IVO kan genom sin tillsyn sammantaget bidra till att oberoende utföra både en preventiv och en reaktiv legalitetskontroll, som kan värna patienternas rättssäkerhet. IVO:s tillsyn kan alltså bidra till implementering av legalitetsprincipen, vilket främjar tillgänglighet i alla delar som framgår av den rättsliga regleringen. I vad mån så sker i praktiken beror exempelvis på i vad mån tillsynen är förutsebar, hur IVO handlägger ärenden, att myndigheten inte fattar godtyckliga beslut, motiverar besluten väl, att tillsynen bedrivs transparent och med beaktande av etiska hänsyn. Det kan särskilt noteras att den enskilde individens autonomi utgör ett av legalitetsprincipens centrala skyddsobjekt. Följaktligen är det viktigt att den enskilde själv kan utgöra ett aktivt subjekt i tillsynen genom processuell efterkontroll. Patientklagomålen fyller ur detta perspektiv en viktig funktion för att stärka legalitetsprincipens genomslag i IVO:s tillsyn. Patientklagomålen får därutöver betydelse för att värna både tillsynens legitimitet och legitimiteten hos den offentliga förvaltningen som sådan.

Det är den ordinära tillsynen, det vill säga bland annat IVO, som har den främsta expertisen för att bedöma sakfrågor inom hälso- och sjukvårdsrätten och dess tillämpning. De extraordinära tillsynsorganen JO och JK bedömer sällan sådana aspekter i sin tillsyn och ifrågasätter sällan tillsynsmyndigheternas bedömningar i sak. Detta innebär att IVO:s ansvar är större för att tillse väl avvägda bedömningar i sakfrågorna och den uttolkning av rätten som behandlas i tillsynen. Bedömningarna kan vara svåra att göra mot bakgrund av att individuella omständigheter får stor betydelse för att bedöma vårdens utformning, vid sidan om professionskunskap. Det ökar samtidigt betydelsen av tillsynen. Mot denna bakgrund kan också konstateras att tillsynen är av stor betydelse för den enskilde patienten och omvänt på flera sätt. Tillsynen är lättillgänglig, kostnadsfri, relativt formlös och tillhandahåller sakkunskap för att bedöma professionsbedömningar som den enskilde svårligen kan överblicka och som svårligen kan prövas i andra fora. Den enskilde är (trots det fria vårdvalet) i beroendeställning och kanske saknas möjligheter att få behoven tillgodosedda på andra

sätt. Den enskilde blir samtidigt en viktig aktör för att ge tillsynen insyn i missförhållanden för att den ska kunna fungera ändamålsenligt. För patienten kan tillsyn skapa förutsättningar för rättssäkerhet inom hälso- och sjukvården, vilket också har ett samband med den enskildes rättsliga ställning i tillsynens rättsliga reglering (Asplund, 2021). Tillsyn kan ses som en nödvändig kompensation för den rättssäkerhetsförlust som den enskilde delvis lider till följd av målrationell lagstiftning och bidra till att förverkliga välfärdsrättsliga kvalitetskrav (Alexius Borgström, 2009, s. 30 f).

IVO:s tillsynsuppdrag kommer alltid att vara begränsat av tillgängliga resurser och därigenom föranleda prioriteringar. Det finns många fördelar med att IVO använder sig av datadriven tillsyn för att exempelvis utveckla effektiva tillsynsmetoder. Detta möjliggör också en högre grad av mätbarhet i olika avseenden av tillsynen. Samtidigt bör det framhållas att det är av stor vikt för en god och patientsäker vård att IVO baserar kvantitativa datadrivna arbetssätt på kvalitativa aspekter och kombinerar dessa med kvalitativa bedömningar i enskilda fall. Grunden är alltid en uttolkning av rätten. Sådana bedömningar har under flera decennier framhållits som centrala i tillsynen, eftersom målrationell lagstiftning som den inom hälso- och sjukvården svårigen kan normeras i detalj. Kvalitativa situationsbedömningar får betraktas som centrala i IVO:s tillsyn för att tillsynen ska uppnå de syften och funktioner som framgår av lagstiftningen, för att värna tillsynens legitimitet samt patienternas rättssäkerhet.

Internationell utblick

I regeringsuppdraget ingår att göra en internationell utblick för att beskriva hur tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården bedrivs i andra länder, främst med avseende på de nordiska grannländerna.

I detta kapitel jämför vi valda aspekter för samtliga länder i utblicken. Först jämför vi väntetidsmålen för elektiv (i förväg utvald) specialistvård i de olika länderna. Sedan jämför vi den övergripande utvecklingen av tillgänglighet och möjliga förklaringar till denna utveckling diskuteras. Slutligen diskuterar vi likheter och skillnader mellan de olika ländernas arbetssätt för att förbättra tillgängligheten, inklusive tillsynsmyndigheternas arbetssätt.

I bilaga 2 beskriver vi de studerade länderna med avseende på utveckling och tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården (s. 118 ff.).

Inledning

De nordiska länderna har generellt hälso- och sjukvårdssystem som är jämförbara med Sveriges. Därför är dessa särskilt intressanta när det gäller lärdomar som är relevanta för den svenska tillsynen av tillgänglighet. Danmark, Finland, Island och Norge ingår därför i jämförelsen.

Urval av övriga länder har skett utifrån kriterierna att länderna bör ha högt rankade hälso- och sjukvårdssystem samt inkludera både skatte- och försäkringsfinansierade vårdssystem för att ge störst lärdomar för den svenska tillsynen av tillgänglighet. Vi gjorde bedömningen av hälso- och sjukvårdssystemen med utgångspunkt i en rapport av The Commonwealth Fund där olika länders sjukvårdssystem utvärderas, bland annat utifrån tillgänglighet (The Commonwealth Fund, 2017).

Sammantaget valdes följande länder att komplettera de nordiska i den internationella utblicken: England vars skattefinansierade hälso- och sjukvårdssystem rankas högst av de studerade länderna. Australien vars skattefinansierade hälso- och sjukvårdssystem rankas näst högst i studien. Nederländerna vars försäkringsfinansierade hälso- och sjukvårdssystem rankas tredje högst i studien.

Jämförelsen har avgränsats till att gälla väntetidsaspekten av tillgängligheten, mer precist till väntetid och tillgång till elektiv specialistsjukvård med fokus på första besök respektive väntetid till operation och åtgärd.

Vi har intervjuat en eller två personer per land (tillsynsmyndighet). Iakttagelserna är därför färgade av enskilda individers kunskaper, perspektiv och erfarenheter. Sammantaget, utifrån kvaliteten på de genomförda intervjuerna samt utifrån metodtriangulering av intervjuer och sekundärkällor som bekräftar den förmedlade bilden, ser vi ingen anledning att ifrågasätta resultaten.

Huvudsakligt fokus för jämförelsen, framför allt i intervjuerna med tillsynsmyndigheter i andra länder, har varit att förstå och jämföra det faktiska arbetssättet i länderna snarare än de juridiska förutsättningarna.

Utblicken har genomförts av Sirona Health Solutions på IVO:s uppdrag.

Väntetidsmål

Samtliga sju länder som omfattas av jämförelsen har olika väntetidsmål. I tre av de studerade länderna (Danmark, England och Finland) är väntetidsmålen en del av lagstiftningen kring tillgänglighet. I de övriga länderna är väntetidsmålen mer att betrakta som professionella riktlinjer där status och tillämpning ser olika ut. I Australien är de professionella riktlinjerna formaliserade och tydligt reglerade på myndighetsnivå, samt utgör grunden för ett systematiskt tillsynsarbete. Detta står i kontrast till exempelvis Nederländerna, där de professionella riktlinjerna ses som just riktlinjer för den enskilda läkare att förhålla sig till snarare än som en tvingande reglering, och Norge, där professionella riktlinjer existerar på klinisk nivå och används för att fastställa individuella väntetidsmål för varje patient.

Tabell 1 visar en sammanställning över väntetidsmål för respektive land. Mål för väntetider har delats upp i första besök och operation/åtgärd samt huruvida det är lagkrav eller riktlinjer.

Tabell 1. Väntetidsmål för specialistvård inom första besök och operation/åtgärd

Land	Lag-krav	Första besök	Operation/åtgärd	Kommentar
Australien	Nej	-	Från beslut 90 dagar	Avser semi-brådskande vård. Tre olika målnivåer beroende på brådskande.
Danmark	Ja	Från remiss 30 dagar	Från beslut 30 dagar	Särskilda väntetidsmål inom cancer och kardiologi.
England	Ja	-	Från remiss 126 dagar	Särskilda väntetidsmål inom brådskande ärenden.
Finland	Ja	Från remiss 90 dagar	Från beslut 180 dagar	-
Island	Nej	Från remiss 30 dagar	Från beslut 90 dagar	Väntetidsmål fastställt av tillsynsmyndighet.
Nederländerna	Nej	Inom 28 dagar	Från beslut 49 dagar	Professionella riktlinjer som inte följs systematiskt.
Norge	Nej ¹	-	-	Individuella datum utifrån behov. Väntetidsmål för standardiserade vårdförlopp.
Sverige	Ja	Från remiss 90 dagar	Från beslut 90 dagar	Väntetidsmål inom psykiatri och standardiserade vårdförlopp.

¹ Lagkrav på att individuella måldatum ska sättas utifrån behov.

Alla länder, förutom Norge, har fastställda rekommendationer/lagar för väntetider till operation/åtgärd. Väntetidsmålen inom operation/åtgärd skiljer sig dock både avseende målvärden (antal dagar) och från vilket tidpunkt tiden ska mätas. Vad gäller startpunkt mäter Australien, Danmark, Finland, Island och Nederländerna väntetid till operation/åtgärd från beslut medan England mäter väntetiden från remiss. Norge har ett annorlunda arbetssätt där individuella väntetidsmål för patienter fastställs utifrån vårdbehov och standardiserade vårdförlopp. Förutom väntetidsmål för första besök och operation/åtgärd har vissa länder även väntetidsmål för kontakt med sjukvården och/eller inom brådskande vård. Australien har exempelvis tre olika kategorier beroende på brådskande och Danmark har specifika väntetidsmål inom cancer och kardiologi.

Utveckling av tillgänglighet

Tabell 2 visar utveckling av tillgänglighet per land under det senaste decenniet. Utvecklingen jämför första värdet med sista mätbara värdet i respektive figur per land (bilaga 2). Exempelvis, om andelen patienter som väntar på operation minskat eller om

den genomsnittliga väntetiden till operation blivit kortare har tillgängligheten förbättrats (ökat).

Tabell 2. Utveckling av tillgänglighet utifrån väntetidsmål per land, 2010–2019

Land	Utveckling	Kommentar
Australien	Förbättring	Minskad andel väntande på vård, från 20 till 5 procent, inom semi-brådskande vård.
Danmark	Förbättring	31 procent kortare genomsnittlig väntetid i antal dagar.
England	Försämring	Ökad andel väntande på vård, från 9 till 13 procent. Minskning mellan 2011–2013 för att sedan öka.
Finland	Förbättring	Minskad andel väntande på operation. Kraftig nedgång 2010–2013.
Island	Förbättring	Minskad andel väntande på operation. Reducering 2016–2018
Nederländerna	Försämring	Ökad andel väntande på åtgärd. Procentuell minskning mellan 2010–2015, därefter ökning 2015–2018 främst på grund av personalbrist.
Norge	Oförändrat	Oförändrad genomsnittligt antal väntade dagar (80 dagar) under perioden.
Sverige	Försämring	Ökad andel väntande på operation, från 13 till 27 procent, som väntat mer än 90 dagar.

Fyra av de sju länderna har haft en positiv utveckling av tillgänglighet till hälso- och sjukvård under de senaste tio åren. I Sverige har dock tillgängligheten försämrats betydligt; 2019 hade 27 procent av patienterna som väntande på operation/åtgärd väntat längre än målet om 90 dagar. 2011 var motsvarande siffra endast 13 procent.

Det bör poängteras att tabell 2 beskriver den relativa förändringen inom varje land och att ländernas utgångsläge varit olika. Exempelvis har Nederländerna under lång tid haft en god tillgänglighet i sjukvården och trots en liten försämring var det vid periodens slut endast 24 procent som väntade längre än standard (mer än sju veckor för åtgärd), vilket kan jämföras med Island som länge haft tillgänglighetsproblem och där motsvarande siffra, trots en markant förbättring under tidsperioden, var att cirka 48 procent av patienterna väntat längre än målsättningen (mer än tre månader för elektiv operation).

Tillgänglighet i hälso- och sjukvården påverkas av många faktorer. På ett djupare plan är dock utmaningarna desamma för samtliga studerade länder: den medicintekniska utvecklingen har sedan 90-talet accelererat och resulterat i nya behandlingsmöjligheter vilket lett till ökad livslängd men även fler patienter med kroniska sjukdomar och andra åldersrelaterade sjukdomar. Utvecklingen har, och kommer ytterligare, accentueras av de stora årskullarna födda under efterkrigstiden på 1940- och 1950-talen.

Utifrån övergripande jämförelser av ländernas olika förutsättningar ser vi dock ingen omedelbar koppling mellan utvecklingen av tillgänglighet och andelen äldre eller hälso- och sjukvårdens kostnader per capita. I Finland har exempelvis tillgängligheten för-

bättrats trots att 23 procent av invånarna är över 65 år och hälso- och sjukvårdskostnader per capita motsvarande cirka 4 600 USD år 2019. I Norge motsvarar utgifterna för hälso- och sjukvård istället hela 6 600 USD per capita och endast 18 procent av invånarna är över 65 år – tillgängligheten är dock oförändrad under tidsperioden. Detta indikerar att även om utmaningarna är gemensamma har man i olika utsträckning lyckats möta dessa. I detta hänseende får man dock inte glömma bort att den bild som presenteras i tabell 2 avser tillgängligheten till operationer/åtgärder som i sammanhanget utgör en mycket begränsad delmängd av hela hälso- och sjukvårdssystemet.

Vissa av våra intervjupersoner har också lyft fram att en stor utmaning och orsak till försämrad tillgänglighet är brist på utbildad personal (Island och Nederländerna). Faktorer som dessa har stor påverkan på tillgänglighetsutvecklingen, vilket innebär att det är svårt att fastställa ett definitivt orsakssamband mellan tillsynsåtgärder och tillgänglighet. I några av länderna ser vi dock ett sannolikt samband mellan tillsynsåtgärder och tillgänglighetens utveckling. Framför allt gäller detta i införande av mål och mätetal (Australien och Danmark) samt införande av systematiskt arbetsätt för utvärdering och uppföljning av vårdgivares tillgänglighet (Australien och Finland).

Definitioner och mätning av tillgänglighet skiljer sig åt mellan länderna. Samtidigt visar erfarenheter från flera av de studerade länderna att just nya mål och mätetal har bidragit till en positiv utveckling. Väntetidsmål som är anpassade efter medicinsk angelägenhet ger tydligare vägledning för vårdgivare och flera länder pekar i intervjuer på hur flexibla väntetidsmål utifrån medicinsk angelägenhet har ökat tillgängligheten. I Australien fastställdes år 2012 tre väntetidskategorier beroende på hur brådskande vården är. Från 2012 till 2013 skedde en tydlig förbättring, där det inom samtliga kategorier var mindre än 7 procent som inte fick vård i tid. Danmark har sedan 2005 lagstadgade väntetidsmål inom exempelvis cancer och kardiologi och detta ses som en framgångsfaktor för förbättrad tillgänglighet.

Den övergripande tillgängligheten vars utveckling beskrivs i tabell 1 är en förenkling av den komplexa tillgänglighetsbild som finns inom varje land, där väntetider till specialistvård skiljer sig åt mellan olika patientgrupper. Tabell 3 visar OECD:s sammanställning av väntetidssiffror inom prostatektomi.

Tabell 3. Andel av patienter som väntar mer än 3 månader för undersökning inom prostatektomi (procent)

Land	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Australien	-	-	-	-	17	17	19	20	21
Danmark	14	11	14	10	11	9	11	7	8
Finland	27	26	25	22	22	22	20	19	22
Norge	-	-	54	56	54	56	55	60	57
Storbritannien	6,1	7,2	7,3	6,3	5,6	6,6	5,7	5,6	7,2
Sverige	-	-	-	-	-	-	-	21,2	-

Källa: (OECD, 2021a).

En jämförelse mellan den generella tillgänglighetsutvecklingen (tabell 2) och tillgängligheten till denna specifika åtgärd (tabell 3) illustrerar hur olika länders resultat varierar beroende på vilket mått som studeras. Exempelvis har Australien och Norge ökat andelen väntande inom prostatektomi och därmed minskat tillgängligheten samtidigt som de på generell nivå haft en förbättrad eller oförändrad tillgänglighet.

Tillsyn av tillgänglighet

Vid jämförelse av ländernas tillsyn av tillgänglighet blir det tydligt att det finns många olika metoder och arbetssätt. Vissa tillsynsmyndigheter bedriver en omfattande proaktiv datamonitorering och uppföljning medan andra främst agerar vid klagomål.

Det finns två tydliga kluster bland de studerade länderna där Australien, England, Finland och Island använder tillsyn och någon typ av eskaleringsystem vid bristande tillgänglighet medan Nederländerna, Norge och Danmark i stället förlitar sig på lagstadgade patienträttigheter i kombination med någon form av valfrihetssystem.

Länderna som använder den eskalerande metoden vid bristande tillgänglighet följer en liknande generisk process, som vi beskriver nedan.

- *Brist identifieras.* Brist dokumenteras och dialog förs med vårdgivaren.
- *Åtgärdsplan.* Förslag på åtgärder ges eller plan tas fram tillsammans med vårdgivaren.
- *Uppföljning.* Plan följs upp genom övervakning av data, inspektioner eller genom dialog.
- *Beslut.* Beslut fattas och offentliggörs, eventuellt med vite/böter, eller förändring av vårdgivarens ledning.

Under den första delen av processen identifieras en brist i tillgängligheten genom inspektioner, klagomål eller genom datamonitorering. I England fortsätter man i detta steg med att övervaka i hopp om förbättring medan man i övriga länder för en dialog med vårdgivaren. Om inte den identifierade bristen åtgärdas blir nästa steg att utforma en åtgärdsplan. Detta kan i vissa fall göras av vårdgivaren själv och i andra fall är det tillsynsmyndigheten som ger rekommendationer på åtgärder. I Australien kompletterar man med en mer omfattande strategi, för hur målvärden återigen ska nås, om planen inte följs. I processens tredje steg följs den utformade åtgärdsplanen upp och beroende på resultat fattar myndigheten ett beslut om böter, publikation eller förändring av vårdgivarens ledning och styrning. Det sistnämnda alternativet kan innebära nedstängning av verksamhet eller omorganisation i vårdgivarens ledningsgrupp.

Nederländerna, Norge och Danmark förlitar sig på patientens rättigheter i kombination med någon form av valfrihetssystem för att säkra god tillgänglighet till vård. Detta betyder att patienten har rätt att välja en annan vårdgivare om ursprunglig vårdgivare inte kan ge patienten vård inom fastställt datum eller inom bestämda riktlinjer/lagar. Med detta system har tillsynsmyndigheten en relativt sett svagare roll och i stället läggs ett stort ansvar på patienterna och andra aktörer såsom försäkringsbolag och vårdgivare.

I Nederländerna, som har ett konkurrensbaserat system, är det effektivt med hot om offentlig publikation om vårdgivare och försäkringsorganisationen, då patienter kan välja att byta försäkring.

Om vi jämför dessa två system för hantering av bristande tillgänglighet med information från intervjuer och ländernas utveckling av tillgänglighet kan vi se att Finland och Australien, som båda använder ett eskaleringsystem med tydlig uppföljning, har nått goda resultat i form av förbättrad tillgänglighet till vård. Detta indikerar att Sverige, som har en liknande eskaleringsmodell men utan samma nivå av systematik och tydlighet i uppföljningen, skulle kunna vinna på att vidareutveckla denna modell. Mot detta talar att flera intervjupersoner betonat att dialogen med vårdgivarna och ömsesidigt förtroende är det viktigaste för att uppnå varaktiga förbättringar. Vi ser även att Nederländerna, trots en mindre aktiv tillsyn, länge haft god tillgänglighet till vård genom ett system som betonar patientens rätt att välja försäkringsbolag och vårdgivare utifrån tydlig och transparent information om väntetider. Detta är alltså en alternativ väg att gå för att uppnå hög tillgänglighet. Trots detta bedömer vi det som sannolikt att den ökade hårda tillsynen orsakat förbättrad tillgänglighet i Australien och Finland, då vi ser en markant förbättring i samband med införandet, som svårligen kan förklaras av andra faktorer. Det kan därför vara en möjlig väg till förbättrad tillgänglighet även i Sverige. Det finns även andra fördelar med en tydlig eskaleringsprocess och ett systematiskt arbetssätt: det kan skapa en robust tillsyn som inte är personberoende och en trygg arbetssituation för enskilda inspektörer när hela myndigheten arbetar på ett strukturerat sätt mot samma mål.

Arbetssätt med sanktioner

Vi har jämfört de studerade tillsynsmyndigheternas arbetssätt med sanktioner i praktiken, inte de juridiska förutsättningarna för olika typer av sanktioner. Vi har delat in arbetssätten med sanktioner enligt nedan:

- Om tillsynen arbetar med att *offentliggöra* tillsynens resultat, exempelvis genom publikation av årliga rapporter eller resultat från en enskild inspektion.
- Om tillsynen i praktiken använder befogenheter att förelägga med *vite* eller på annat sätt hota verksamheter med *böter*.
- Om tillsynen i praktiken använder befogenheter till *nedstängning*, det vill säga att stänga ner verksamheter som inte följer fastställda krav och standarder.

Vid en jämförelse ser vi att samtliga länders tillsynsmyndigheter arbetar med någon form av offentliggörande av tillsynens resultat. I flera länder (Australien, England och Finland) har tillsynsmyndigheten också, i likhet med IVO, befogenheter att förelägga med vite eller på annat sätt hota verksamheter med böter. Information från våra intervjuer har dock visat att denna metod i praktiken sällan används: intervjupersonerna menar att hoten, och möjligheten att driva igenom viten/böter oftast räcker för att få till stånd en förbättring. Information från intervjuer indikerar också att de länders tillsynsmyndigheter (Australien, England och Finland) som har möjlighet att stänga ner verksamheter, vilket även IVO har, sällan eller aldrig använder denna metod.

Även om böter/vite och nedstängning sällan används av de tillsynsmyndigheter som har dessa befogenheter finns det exempel på situationer då användningen av dem har lett till goda resultat. Exempelvis ledde den finska tillsynsmyndigheten Valviras arbete med krav på tidsplan och förelägganden med vite till bättre tillgänglighet i Finland (se bilaga 2). Detta utan att myndigheten någon gång krävde in vitet. Detta tyder på att möjligheten till vite kan vara ett bra verktyg för en tillsynsmyndighet som vill arbeta med ökad tillgänglighet. Detta lyfts i vår intervju fram som avgörande för den omställning och kulturförändring som skett i Finland, där arbetet med tillgänglighet och väntetider fått högre prioritet hos vårdgivare. Även i Sverige finns möjlighet till viten mot vårdgivare. En skillnad mot Finland är att det är relativt sett enklare för Valvira att förelägga och verkställa viten.

Intressenternas synpunkter på hur tillsynen kan utvecklas

IVO har genomfört samråd med patient- och anhörigföreningar, professionsföreningar, företrädare för branschen, Socialstyrelsen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Försäkringskassan samt Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

Se bilaga 1 för en fullständig förteckning över vilka intressenter som har deltagit i genomförda samrådsmöten eller inkommit med skriftliga synpunkter (s. 117).

Vid samråden har IVO inhämtat erfarenheter och synpunkter på patientsäkerhetsrisker och andra konsekvenser ur ett patientperspektiv som bristande tillgänglighet i hälso- och sjukvården kan medföra. Vid samråden diskuterade vi också hur IVO kan utveckla sin tillsyn av dessa risker och konsekvenser.

Nedan har vi tematiserat synpunkterna vi har fått i våra samråd.

- *IVO:s tillsyn av bristande tillgänglighet bör prioriteras till de mest akuta problemen, där riskerna för vårdskador för patienterna är som störst.* Intressenterna upplevde att bristande tillgänglighet finns i stora delar av den svenska hälso- och sjukvården samt att riskerna och konsekvenserna skär igenom många olika aspekter av hälso- och sjukvården. Det framfördes synpunkter om att vissa delar av den bristande tillgängligheten går att mäta med olika datakällor, medan det saknas datakällor för andra delar av den bristande tillgängligheten. Tillsynen behöver identifiera de allvarligaste riskerna och konsekvenserna ur ett patientperspektiv och prioritera tillsynen inom dessa områden.
- *Utveckla tillsynen av att alla kan få behoven av hälso- och sjukvård bedömda på lika villkor och konsekvenserna av om så inte sker.* Flera intressenter pekade på risker att inte kunna få behoven av vård bedömda på lika villkor, på grund av olika tillgänglighetsbarriärer: fysiska, digitala, kognitiva och kommunikativa hinder i kontakterna med hälso- och sjukvården. Fler perspektiv belystes i diskussionerna: om hälso- och sjukvården är organiserad för att kunna ge vård nära hela befolkningen; om hälso- och sjukvården har lokaler, personal och utrustning som kan förverkliga målet om vård på lika villkor; att diskriminering utifrån funktionsvariationer kan innebära risker för att alla inte kan få sina behov bedömda på lika villkor och att behov av vård därmed inte uppmärksammas; hälso- och sjukvårdens förmåga att i enskilda möten anpassa sin kommunikation och sitt bemötande till den enskilda personens förutsättning, preferenser och behov; och risken att vissa personer och grupper missgynnas i den digitala utvecklingen, om det inte finns ändamålsenliga alternativ.
- *Utveckla tillsynen av att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården.* Flera intressenter menade att IVO kan utveckla tillsynen

av att behovsprincipen följs i praktiken: att rätt personer får tillgång till rätt vård i rätt tid, i enlighet med beslutade medicinska prioriteringar. Flera intressenter betonade att vårdgarantin är sekundär i förhållande till behovsprincipen och att det behöver avspeglas i tillsynen. Flera intressenter menade även att IVO:s tillsyn på ett unikt sätt kan bidra med kvalitativ granskning av behovsprincipen, för att bland annat bidra med kunskap om vilka konsekvenser bristande följsamhet kan leda till för patienterna och för att bidra med stöd i uttolkning och tillämpning av behovsprincipen.

- *Utveckla tillsynen av att hälso- och sjukvården tillgodoser patienternas behov av trygghet och säkerhet under den tid de behöver vänta på vård.* Givet de väntetider som finns i svensk hälso- och sjukvård, menade flera intressenter att IVO kan utveckla tillsynen av hur säkert det är att som patient behöva vänta på vård.
- *Utveckla tillsynen av hur hälso- och sjukvården hanterar vårdgarantin.* Här fanns förslag om att IVO kan utveckla tillsynen av hur regionerna som huvudmän nyttjar kapaciteten i hela hälso- och sjukvårdssystemet på bästa sätt. Här fanns också förslag om att IVO kan utveckla tillsynen av vårdgarantin ur ett patientperspektiv: IVO kan exempelvis granska om patienterna får information om vårdgarantin, om patienterna i rimlig tid får information om när de kan förvänta sig att få vård och om huvudmännen underlättar för patienterna att få vård hos annan vårdgivare om tidsgränsen i vårdgarantin inte kan uppfyllas.
- *Utveckla tillsynen av hur andra väntetider i hälso- och sjukvården, än de tidsgränser som finns i vårdgarantin, påverkar patientsäkerheten och tillgången till vård.* Exempelvis väntetider till olika diagnostiska och utredande åtgärder, väntetider till uppföljning och väntetider till rehabilitering.
- *Utveckla tillsynen av samordningen i hälso- och sjukvården och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.* Flera intressenter pekade på att en icke-fungerande samordning av olika insatser i hälso- och sjukvården och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten riskerar att leda till sämre tillgång till adekvat vård och omsorg. När verksamheterna inte tar ansvar för samordningen, skjuts ansvaret för samordningen över på patienterna och deras anhöriga.
- *Utveckla tillsynen av tillgängligheten till adekvat kompetens för vårdbehovet.* Flera intressenter pekade på att den pågående omställningen till en god och nära vård, med större fokus på primärvården, förutsätter att det finns adekvat kompetens i primärvården. Om det saknas adekvat kompetens för vårdbehovet, ökar risken att tillgängligheten till hälso- och sjukvården påverkas negativt. Här fanns exempelvis förslag om att utveckla tillsynen av primärvården kompetens och förmåga att arbeta med tidig upptäckt. Det framfördes exempelvis förslag om att IVO skulle kunna granska hur primärvården klarar av hemsjukvårdsansvaret genom att granska vårdkedjan för patienter som oplanerat läggs in på akutsjukhus.
- *Utveckla tillsynen av hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.* Flera intressenter pekade på att bristande tillgänglighet förklaras av brist på personal med rätt kompetens. Bristande kompetensförsörjning kan exempelvis leda till längre

väntetider till utredande, behandlande och uppföljande åtgärder och till minskat antal disponibla vårdplatser på sjukhus. Det framfördes också synpunkter om att bristande kompetensförsörjning riskerar att leda till sämre kvalitet i vården, exempelvis mer osäker diagnostik.

- *Utveckla tillsynen av tillgängligheten till god vård på lika villkor i hela landet.* Flera intressenter pekar på att tillgången till vård varierar allt för mycket beroende på var i landet patienterna bor. Intressenterna pekade exempelvis på vad de menade var omotiverade geografiska skillnader i vilken vård, rehabilitering och vilka hjälpmedel som finns tillgängliga för olika patientgrupper och omotiverade geografiska skillnader i väntetider till olika delar av vårdkedjan. Det framfördes förslag om att IVO skulle kunna utveckla tillsynen av att lägstaniivåerna i vårdens kvalitet, säkerhet och tillgänglighet är godtagbara i hela landet för jämförbara patientgrupper. Det framfördes också förslag om att IVO skulle kunna utveckla tillsynen av att den hälso- och sjukvård som erbjuds är tillräckligt personcentrerad.
- *Utveckla tillsynen av hur tillgängligheten till adekvat vård påverkas av bristande informationsöverföring.* Flera intressenter pekade på att bristande informationsöverföring mellan olika vårdnivåer och vårdadministrativa system samt mellan apoteken och hälso- och sjukvården bidrar till ineffektivitet i hälso- och sjukvården, som riskerar att påverka patienternas väntetider negativt. Vidare framfördes förslag om att IVO kan utveckla tillsynen av bristande förskrivning och hantering av läkemedel, för att bidra till att minska antalet inläggningar på sjukhus på grund av olika läkemedelsrelaterade problem. Det framfördes också synpunkter om att bristande informationsöverföring vid övergångar mellan olika vårdnivåer leder till längre väntetider för patienterna på den nya vårdnivån.
- *Utveckla tillsynen av hur hälso- och sjukvården arbetar för att förebygga ohälsa.* Det framfördes synpunkter om att hälso- och sjukvården av olika anledningar prioriterar ned det förebyggande arbetet, och att detta arbete är en viktig del i att kunna minska efterfrågan på och behovet av vård.
- *Utveckla tillsynen av vårdgivarnas och huvudmännens kvalitetsarbete.* Det framfördes förslag om att IVO skulle kunna utveckla tillsynen av hur vårdgivare och huvudmän arbetar med att identifiera, bedöma, hantera och följa upp patientsäkerhetsrisker inom ramen för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet på en mer övergripande nivå, specifikt sådana risker som hänger samman med höga tillgänglighetsbarriärer och långa väntetider. Synpunkter framfördes också om att IVO skulle kunna bidra till att sprida lärdomar om hur tillgängligheten kan förbättras i hälso- och sjukvården.
- *Utveckla analysen och tillsynen av vilka bakomliggande orsaker som har bidragit till de allvarliga vårdskador och risker för allvarliga vårdskador som rapporteras till IVO enligt bestämmelserna om lex Maria.* Det framfördes förslag om att IVO skulle kunna utveckla analysen och tillsynen av bakomliggande orsaker till oönskade händelser i vården, för att söka fördjupad kunskap om vilka konsekvenser bristande tillgänglighet faktiskt leder till.

- *Utveckla den kvantitativa analysen av vad som kan förklara skillnader i väntetider i hälso- och sjukvården. Det framfördes förslag om att IVO, med datadrivna analyser, skulle kunna söka förklaringar till skillnader i väntetider och sedan agera med lämpliga tillsynsåtgärder.*

Hur tillsynen kan utvecklas

Här beskriver vi hur IVO kan utveckla sin tillsyn utifrån de risker som bristande tillgänglighet i hälso- och sjukvården kan medföra för patientsäkerheten samt andra konsekvenser ur ett patientperspektiv. Vi beskriver rättsliga utgångspunkter för en utvecklad tillsyn, slutsatserna från den internationella utblicken, hur vi utvecklar tillsynen av risker med väntetider och behovet av att utveckla tillsynen av risker med tillgänglighetsbarriärer. Avslutningsvis beskriver vi hur iakttagelser från tillsynen kan redovisas och följas upp.

Sammanfattning

- Lagstiftningen som styr hälso- och sjukvården ger individen få möjligheter till ansvarsutkrävande genom domstolsprövning. Den statliga tillsynen är därmed ett viktigt verktyg för att se till att vårdens skyldigheter i förhållande till patienterna faktiskt iakttas.
- Tillgängligheten inom hälso- och sjukvården är ett mångfacetterat och komplext område. Tillsynen bör därför bedrivas på ett allsidigt sätt, på flera ansvarsnivåer, mot offentliga och privata aktörer och utifrån flera olika aspekter av bristande tillgänglighet.
- IVO bedömer att det finns rättsliga möjligheter att inom ramen för våra nuvarande befogenheter utveckla och utöka omfattningen av vår tillsyn av hur huvudmän, vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal säkerställer hög patientsäkerhet när tillgängligheten brister.
- Ansvaret för en patientsäker tillgänglighet vilar på huvudmän, vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal. Vi bedömer att tillsynen har tillräckliga rättsliga möjligheter att agera mot vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal.
- IVO saknar idag befogenheter att besluta om rättsligt bindande sanktioner mot huvudmän. Vi bedömer därmed att tillsynen inte har tillräckliga rättsliga möjligheter att agera mot huvudmän, i de fall frivillig rättelse inte sker. Vi menar att intresset av en effektiv tillsyn på alla ansvarsnivåer talar för att IVO bör ha befogenhet att besluta om rättsligt bindande sanktioner mot huvudmän. Rättssäkerhetsskäl talar också för att IVO:s tillsynsåtgärder mot huvudmän i vissa fall bör kunna prövas i domstol. Eftersom frågan rör avvägningen mellan statens kontrollmakt och det kommunala självstyret överlämnar vi till lagstiftaren att utreda den.
- IVO utvecklar tillsynen av risker med väntetider. Riskerna med långa väntetider finns på systemnivå i hälso- och sjukvården, varför även tillsynen behöver präglas av ett systemperspektiv. Vi bedriver nu en tillsyn av kvalitet och säkerhet inom cancervården, där riskerna med att inte få vård i rätt tid är betydande. Vi har identifierat ytterligare tillsynsområden, som vi kommer att beakta i vår fortsatta

riskanalys och prioritering av tillsynsinsatser.

- IVO behöver samtidigt utveckla tillsynen av befolkningens tillgänglighet till hälso- och sjukvården på lika villkor. Vi har identifierat möjliga tillsynsområden, som vi kommer att beakta i vår fortsatta riskanalys och prioritering av tillsynsinsatser.
- Den internationella utblicken visar att flera tillsynsmyndigheter systematiskt samlar in och analyserar data om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, att de har en tydlig process för att hantera resultatet och vid behov eskalera med ändamålsenliga tillsynsåtgärder och att de offentliggör resultaten av sina analyser och sin tillsyn. Utblicken pekar också på att rak kommunikation, tydliga tidsplaner och föreläggande med vite från tillsynsmyndighetens sida kan bidra till bättre tillgänglighet.
- Vi bedömer att en utvecklad tillsyn kan bidra på ett positivt sätt till fokusområdena i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet, exempelvis att öka kunskapen om vårdskador som beror på att vård inte ges i rätt tid, bidra till en säkrare vård här och nu för särskilda riskgrupper som utsätts för bristande tillgänglighet och att bidra till system och processer som är tillförlitliga och säkra ur ett tillgänglighetsperspektiv (Socialstyrelsen, 2020b).

Rättsliga utgångspunkter för en utvecklad tillsyn av tillgänglighet

Den statliga tillsynen är, på grund av hälso- och sjukvårdsrättens konstruktion med få möjligheter till individuellt ansvarsutkrävande, ett viktigt verktyg för att se till att rätten förverkligas i förhållande till patienterna. Det gäller inte minst tillgänglighet, som är ett komplext begrepp, där väntetider och vårdgarantin endast är en del.

IVO:s tillsynsansvar omfattar flera rättsregler som på olika sätt rör tillgänglighet. För att bidra till en patientsäker vård kan och ska IVO beakta och uttolka dessa bestämmelser i sin tillsyn. Rättsreglerna aktualiserar olika aspekter av tillgänglighet och träffar flera organisatoriska nivåer inom hälso- och sjukvården såsom huvudmän, vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal.

Vi konstaterar att IVO, redan inom ramen för nuvarande regelverk, har rättsliga möjligheter att agera på patientsäkerhetsrisker och andra konsekvenser av bristande tillgänglighet. Det är också tydligt att IVO kan utveckla och utöka tillsynen utifrån olika aspekter av tillgänglighet. IVO:s tillsynsuppdrag är brett och det finns rättsliga skäl att värna bredd och balans i uppdraget, generellt och specifikt i tillsynen av tillgänglighet. Det bör dock noteras att IVO:s handlingsutrymme påverkas av att tillsynsregleringen i patientsäkerhetslagen idag prioriterar tillsyn av vårdgivare och deras skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. IVO ska också prioritera att granska områden där patientsäkerhetsriskerna är störst.

Vi menar att ett brett och balanserat angreppssätt vid tillsyn av risker och konsekvenser av bristande tillgänglighet innebär att tillsynen bör bedrivas på flera sätt: gentemot offentliga och privata aktörer, på flera ansvarsnivåer, utifrån olika infallsvinklar och genom att nyttja myndighetens samtliga befogenheter. Ingen enskild tillsynsinsats kommer att kunna omfatta samtliga aspekter av tillgänglighet eller samtliga risker och

konsekvenser som hänger samman med bristande tillgänglighet.

I syfte att värna en allsidig tillsyn av bristande tillgänglighet bör IVO:s granskning omfatta både individuella aspekter, exempelvis hinder för att en patient får vård i rimlig tid, och generella aspekter, exempelvis geografiska eller tidsmässiga förhållanden som kan delas av många patienter. Tillsynen bör även organiseras så att den på ett effektivt sätt både förebygger bristande tillgänglighet och i efterhand granskar misstänkta brister. Det kan åstadkommas genom att IVO lyfter fram tillgänglighetsfrågor på flera plan: i riskanalyser, verksamhetstillsyner, patientklagomålsärenden och i tillsyn av legitimerad personal.

Lagstiftaren framhåller vikten av att lärande, dialogbaserad tillsyn tillämpas tillsammans med kontrollerande metoder för att tillsynen ska omfatta både krav- och målbestämmer i regelverket. Vilka tillsynsmetoder som används bör exempelvis avgöras utifrån vilken aspekt av tillgänglighet som är föremål för tillsyn, vilken ansvarsnivå som tillsynen träffar och beroende på vad som är lämpligt och proportionerligt i det enskilda fallet. Utgångspunkten är att IVO i första hand ska söka frivillig rättelse och att myndigheten ska utöva skarpa påtryckningar först när sådana åtgärder visat sig sakna effekt. Det framhålls även att tillsynen aldrig får koncentreras till områden där det är enkelt att vara tydlig eller där resultaten är enkla att mäta, utan också ska innefatta fält där utrymmet för tolkning är större.

Ansvar för att åstadkomma en tillgänglig hälso- och sjukvård finns på flera organisatoriska nivåer. Det blir tydligt till exempel i fråga om vårdgarantin, där regionerna i egenskap av huvudmän ansvarar för att erbjuda en vårdgaranti och vårdgivarna kan ha en skyldighet att bidra till att vårdgarantin förverkligas i praktiken samt informera och vägleda patienterna kring garantin. Ansvar för information och vägledning om vårdgarantin träffar även hälso- och sjukvårdspersonalen. Detta innebär att IVO i sin tillsyn kan behöva adressera flera ansvarsnivåer parallellt.

I patientsäkerhetslagen prioriteras tillsyn av vårdgivare och IVO har idag flera rättsliga möjligheter att agera mot dem. När bristande tillgänglighet kan härledas till brister i vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete aktualiseras patientsäkerhetslagens regler om föreläggande, med eller utan vite, vilket är IVO:s kanske främsta verktyg för att driva fram förändring. Ett föreläggande får bara utfärdas om de brister som IVO har uppmärksammat i vårdgivarens verksamhet även medför en fara för patientsäkerheten.

Tillgänglighet förverkligas i delar även på individnivå. Det gäller till exempel hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar att informera patienter om vårdgarantin eller göra individuella medicinska prioriteringar utifrån behov. En granskning av hälso- och sjukvårdspersonalens individuella ansvar kan bli aktuellt inom ramen för patientklagomålsärenden. Personalens agerande i situationer där tillgänglighetsaspekter aktualiseras kan även bli föremål för granskning i individärenden.

IVO har också tillsyn över hälso- och sjukvårdens huvudmän. Huvudmännen har genom bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen ett brett och komplext ansvar. De har stora möjligheter att verka för en god och likvärdig tillgänglighet som i förlängningen gäller

för patienter i hela landet. IVO ser flera fördelar med tillsyn på huvudmannanivå ur ett patientsäkerhetsperspektiv, till exempel när det gäller regionernas ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård och vårdgaranti. Det kan även handla om att granska hur huvudmännen styr och följer upp privata utförare som verkar inom deras område.

IVO har inte befogenheter att besluta om föreläggande eller andra tvingande åtgärder mot huvudmän, på motsvarande sätt som myndigheten har i förhållande till vårdgivare. IVO anser att det finns goda skäl att införa rättsligt bindande verktyg även i förhållande till huvudmännen för att använda i situationer när myndigheten har uttömt möjligheten att genomdriva huvudmännens ansvar med frivilliga metoder. Intresset av en effektiv tillsyn är centralt och det har i liknande sammanhang bedömts att det faktum att tillsynsmyndigheten förfogar över sanktioner utgör ett starkt incitament för att brister åtgärdas (prop. 1995/96:176, s. 83 f.). Även den internationella utblicken ger visst stöd för betydelsen av att tillsynsmyndigheten har påtryckningsmedel i form av sanktioner. Enligt IVO kan det vara lämpligt att införa en möjlighet för myndigheten att förelägga huvudmännen med eller utan vite, som ett incitament för frivillig rättelse. Även ur ett rättssäkerhetsperspektiv är det rimligt att vidtagna tillsynsåtgärder i vissa fall kan komma att prövas av domstol för vägledning och praxis. En utökad tillsyn över huvudmän ställer naturligtvis krav på IVO, som att säkerställa tillräcklig intern kompetens för tillsynens genomförande.

Frågan om IVO:s befogenheter att besluta om föreläggande, med eller utan vite, mot huvudmän rör avvägningen mellan statens kontrollmakt och det grundlagsskyddade kommunala självstyret, varför IVO bedömer att riksdag och regering är bäst lämpad att utreda frågan vidare.

Slutsatser från den internationella utblicken

Den internationella utblicken visar på två övergripande inriktningar för hur tillsyn av risker med bristande tillgänglighet i hälso- och sjukvården bedrivs. För det första en inriktning med fokus på den individuella patientens rättigheter och möjligheter att få vård och söka vård annorstädes (Danmark, Nederländerna och Norge). För det andra en hårdare målinriktad inriktning där varje vårdgivare har en delegerat ansvar att säkra att vård erbjuds på ett tillgängligt sätt, vilket tillsynsmyndigheten systematiskt övervakar, följer upp och agerar på (Australien, England och Finland).

Förutsättningarna att lyckas med den mjukare metoden är sannolikt större i delar av hälso- och sjukvårdssystemet som har relativt sett fler vårdval eller på annat sätt större valfrihet för patienterna. Tillsynsmyndigheten kan därför vinna på att ha befogenhet och förmåga att anpassa tillsynen utifrån lokala förutsättningar i hälso- och sjukvårdssystemet.

Båda tillsynsinriktningarna förutsätter en systematisk sammanställning av data om tillgängligheten i hälso- och sjukvården. I det första fallet ger det patienterna förutsättningar att agera genom att använda sina rättigheter och sin valfrihet. I det andra fallet ger det tillsynsmyndigheterna förutsättningar för att kunna bedriva proaktiv övervakning, uppföljning och tillsyn.

Den internationella jämförelsen visar också att tillsynsmyndigheterna i de länder som har en hårdare målinriktad inriktning (Australien, England och Finland) använder någon typ av eskaleringssystem vid bristande tillgänglighet medan övriga länder lägger större fokus på andra styrmedel än tillsyn (lagstadgade patienträttigheter i kombination med någon form av valfrihetssystem).

De studerade tillsynsmyndigheterna i Australien och Finland arbetar båda med systematisk monitorering av tillgängligheten i hälso- och sjukvården och ett eskaleringssystem med tydlig uppföljning. Vi ser också att båda länderna har nått goda resultat i form av förbättrad tillgänglighet till vård. Utifrån vår jämförelse bedömer vi det som sannolikt att tillsynen bidrog till den förbättrade tillgängligheten. Samtidigt är det viktigt att lyfta att flera intervjupersoner i vår jämförelse betonar att dialog och ömsesidigt förtroende mellan tillsynsmyndigheten och vårdgivarna är avgörande för att uppnå varaktiga förbättringar i tillgängligheten.

Samtliga studerade tillsynsmyndigheter arbetar med att offentliggöra sina resultat, som ett sätt att bidra till förbättring. Offentliggörande av resultat kan bidra till förbättring genom selektion (när befolkningen har mer kunskap kan de göra mer informerade val mellan olika utförare) och förändring (underlättar för utförarna att identifiera svagt presterande områden och motiverar dem till att söka konkurrensfördelar med hög kvalitet) (Rechel, o.a., 2016).

I flera länder har tillsynsmyndigheterna befogenheter att förelägga med vite eller på annat sätt hota verksamheter med böter. Våra intervjuer visar att detta sällan används i praktiken: oftast räcker möjligheten att hota och driva in viten och böter för att få till stånd en förbättring. Den finska tillsynsmyndigheten Valvira arbetade systematiskt med krav på tidsplaner och föreläggande med viten under inledningen av 2000-talet, vilket bidrog till att korta väntetiderna i Finland. Valvira krävde inte i något fall in viten. I vår intervju pekar Valvira på att rak kommunikation och tydliga tidsplaner var viktiga framgångsfaktorer i deras arbete. Intervjun indikerar också att Valviras arbetssätt bidrog till att arbetet med tillgänglighet och väntetider fick högre prioritet hos vårdgivarna.

Den internationella utblicken pekar sammanfattningsvis på följande lärdomar:

- Att tillsynsmyndigheten systematiskt och löpande samlar in och analyserar data om hälso- och sjukvårdsvårdens tillgänglighet.
- Att tillsynsmyndigheten har en tydlig process för att hantera resultatet och vid behov eskalera med ändamålsenliga tillsynsåtgärder utifrån omständigheterna i det enskilda fallet.
- Att det finns en god dialog och ett ömsesidigt förtroende mellan tillsynsmyndigheten och ansvariga inom hälso- och sjukvården.
- Att tillsynsmyndigheten offentliggör resultatet av analyser och tillsynsåtgärder.
- Att rak kommunikation, tydliga tidsplaner och föreläggande med vite från tillsynsmyndighetens sida kan bidra till bättre tillgänglighet.

IVO utvecklar tillsynen av risker med väntetider

Att inte få vård i rätt tid kan leda till att patienter drabbas av vårdskador. Risken att patienter drabbas av vårdskador på grund av att de inte får vård i rätt tid kan både handla om tillgänglighet till vården på lika villkor (tillgänglighetsbarriärer) och om tillgänglighet i vården på lika villkor och efter behov (väntetider). IVO utvecklar i nuläget tillsynen av de risker som är förenade med långa väntetider.

Vi konstaterar att tillsynen inte har uttömt möjligheterna att bidra till att minska patient-säkerhetsriskerna, och andra oönskade konsekvenser för patienterna, som den bristande tillgängligheten kan leda till. Det är en central uppgift för IVO att granska att hälso- och sjukvården har en tillfredsställande hantering av riskerna att patienter drabbas av vårdskador som en följd av långa väntetider.

Vi konstaterar att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har sedan länge kända utmaningar med långa väntetider. Måluppfyllelsen till vårdgarantierna brister och ledtidsmålet för de standardiserade vårdförloppen uppnås inte, inte heller sett över tid. IVO bedömer att riskerna med långa väntetider finns på systemnivå i hälso- och sjukvården. Under 60 års tid har olika aktörer pekat på långa väntetider i vården som ett problem. Trots omfattande åtgärder på olika nivåer i systemet och under lång tid kvarstår de långa väntetiderna.

Patientsäkerhetsriskerna ter sig olika beroende på sjukdomstillstånd och allvarlighet. Lång väntan kan förvärra symptom, försämra behandlingsprognosen och bidra till sämre medicinska resultat. Vid allvarliga tillstånd kan orimliga väntetider vara förenade med risk för liv och hälsa. Lång väntan på vård kan också leda till långvarig smärta och negativa psykiska effekter såsom otrygghet, ångest och stress. Även om väntan i sig inte påverkar det medicinska utfallet negativt kan sämre psykisk hälsa och negativ påverkan på aktiviteter i daglig livsföring på längre sikt ha negativ inverkan på hälsa och sjukdomsutfall. Om väntan på vård leder till nedsatt arbetsförmåga försämras de personliga inkomsterna och samhällets produktionsförmåga. Väntetider kan också påverka de närstående, exempelvis i form av ökad oro och otrygghet, ökade behov av att hjälpa till med aktiviteter i daglig livsföring och i förlängningen risk för nedsatt arbetsförmåga.

Att riskerna finns på systemnivå innebär att tillsynen behöver präglas av ett systemperspektiv. Ett system är en samling element som hänger samman med varandra så att de bildar en ordnad helhet. En central utgångspunkt i systemteori att helheten inte är densamma som summan av delarna, vilket bland annat innebär att ett system i sin helhet kan vara ineffektivt även om varje enskild del presterar väl (SOU 2013:40). Tillsynen behöver förstå hur olika aktörer, på olika nivåer och med olika arbetsuppgifter och ansvar, agerar och hur de påverkar och är beroende av varandra. Det handlar också om att förstå hur olika aktörer påverkar eller påverkas av de olika styr- och organisationsformer som finns i systemet. Helheten kan inte förstås utifrån enskilda delar, eftersom interaktionerna påverkar helheten.

Från och med 2020 har IVO utvecklat datafångst, analys och tillsyn av väntetider inom hälso- och sjukvården, framför allt inom specialistsjukvården (Inspektionen för vård och omsorg, 2021a; Inspektionen för vård och omsorg, 2020b). IVO fortsätter att utveckla

den löpande monitoreringen av hälso- och sjukvården, i syfte att skapa bättre förutsättningar för den riskbaserade tillsynen. Det är en viktig förutsättning för att vi ska kunna prioritera att granska vården för de grupper i befolkningen där riskerna med långa väntetider och att inte få vård i rätt tid är som störst. Se nedan (s. 92 ff.) för mer om nödvändiga förutsättningar.

IVO granskar kvalitet och säkerhet inom cancervården

IVO:s uppdrag är omfattande och rikstäckande. För att klara detta uppdrag utvecklar IVO en mer datadriven tillsyn. Det handlar framför allt om att kunna agera träffsäkrare och effektivare vid indikationer på risker.

Regeringen styr IVO, i 2021 års regleringsbrev, att ha en väl fungerande datainfrastruktur, som främjar en strategisk och effektiv tillsyns- och tillståndsverksamhet (Socialdepartementet, 2020f). Vidare ska IVO utveckla automatiserad inhämtning av information samt datadrivna analysmodeller som kan användas för att effektivisera tillsynen och tillståndsprövningen. Regeringen har också gett IVO i uppdrag att lämna förslag till utveckling av myndighetens förebyggande tillsyn avseende patientsäkerhetsrisker inom hälso- och sjukvården, särskilt risker som kan hänföras till brister på systemnivå.

Under 2020 har covid-19-pandemin inneburit att redan bristande måluppfyllelse och väntetider har försämrats inom vissa områden. Inom andra områden har måluppfyllelse och väntetiderna tvärtom blivit bättre när människor har undvikit att besöka vården (Inspektionen för vård och omsorg, 2021a).

IVO har inlett en tillsyn av cancervården. IVO bedömer att cancerpatienter löper stor risk att drabbas av vårdskador om de inte får vård i rätt tid. Den pågående utvecklingen av tillsynen av cancervården avser framtagande av en modell för strategiskt förebyggande datadriven tillsyn. Modellen avser att öka våra förutsättningar att arbeta med strategiskt förebyggande tillsyn, som i högre grad kan uppmärksamma tidiga indikationer på patientsäkerhetsrisker och låg kvalitet.

IVO utvecklar modellen i dialog med Sveriges regioner och med kunskapsstyrningsorganisationen. Med andra ord är detta ett pågående arbete, som kan komma att förändras.

Tillsynen bygger på att IVO systematiskt monitorerar data om kvalitet och säkerhet samt på en tydlig process för eskalering av tillsynsåtgärder.

Systematisk monitorering av data om kvalitet och säkerhet inom hälso- och sjukvården

Detta är en nödvändig förutsättning för att IVO ska kunna uppmärksamma tidiga indikationer på patientsäkerhetsrisker och låg kvalitet. I utvecklingen av modellen för vår monitorering utgår vi från kvalitetsssäkrade indikatorer och målvärden, med stöd i normeringen och som redan finns i hälso- och sjukvårdssystemet. Det kan till exempel handla om indikatorer från väntetidsdatabasen, Regionala cancercentrum i samverkan, Socialstyrelsens riktlinjer, olika kvalitetsregister som redovisas på Vården i siffror (vardenisiffror.se) och klagomål till patientnämnderna. Målsättningen är också att

relevanta indikatorer utifrån IVO:s egen data (tips, klagomål, anmälningar om vårdskador) och annan patientrapporterad data ska ingå i monitoreringen.

Genom en systematisk monitorering kan IVO uppmärksamma indikationer på en positiv eller negativ utveckling tidigare än vad vi kan idag. Därmed skapar vi också förutsättningar för att systematiskt kunna jämföra och analysera relevanta indikatorer både mot genomsnittliga värden och mot målvärden i existerande normering.

IVO:s monitorering kommer att vara transparent, det vill säga att IVO:s kommer att vara öppen gentemot huvudmän, vårdgivare, allmänhet och patienter om val av indikatorer och målvärden.

Den internationella utblicken visar att vissa av ländernas tillsynsmyndigheter bedriver en omfattande proaktiv datamonitorering och uppföljning. Andra länders tillsynsmyndigheter reagerar främst på klagomål. För att IVO ska kunna bedriva en sådan verksamhet som regeringen förväntar sig av oss, bedömer vi att det är högt prioriterat att IVO fortsätter att utveckla modeller och metoder för systematisk monitorering av data om kvalitet och säkerhet.

IVO utvecklar metoder för automatisk inhämtning av data och metoder för automatisk flaggning av indikatorer som avviker från normerade målvärden.

För tillsyn av cancervården utvecklar IVO en modell med indikatorer inom följande områden: tillgänglighet, delaktighet, kvalitet och säkerhet och vårdskador.

En tydlig process för eskalering av tillsynsåtgärder

Om den löpande och systematiska monitoreringen av data om kvalitet och säkerhet visar på indikationer på patientsäkerhetsrisker eller på låg kvalitet kommer IVO att analysera indikationerna och bedöma om det finns anledning för myndigheten att agera eller inte. Om bedömningen är att IVO inte ska agera, fortsätter IVO:s systematiska monitorering som förut. Om bedömningen är att myndigheten ska agera, inleder IVO ytterligare tillsynsåtgärder.

Utgångspunkten för dessa tillsynsåtgärder är att IVO ska agera förebyggande och att följa en tydlig process för eskalering av iakttagelser och brister. Exakt hur de ytterligare tillsynsåtgärderna ska utformas och genomföras måste avgöras utifrån omständigheterna i det enskilda fallet. Lagstiftarens intentioner med att använda tillsyn som styrform är att rättelser i första hand ska ske med hjälp av frivilliga åtgärder efter att tillsynen har pekat på brister. Om frivilliga rättelser inte sker, är det viktigt att IVO använder sig av hela det rättsliga utrymme som finns för att ge tillsynen ett så starkt genomslag som möjligt. IVO måste iaktta proportionalitetsprincipen i förhållande till de åtgärder som vidtas mot huvudmän, vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal.

Den internationella utblicken visar att det finns ett antal länder som använder tillsyn och någon form av eskaleringssystem. I en strategiskt förebyggande tillsyn kan IVO:s process för eskalering av tillsynsåtgärder på en generell nivå beskrivas enligt följande. Under hela processen fortsätter IVO:s systematiska monitorering av data om kvalitet och säkerhet för den aktuella huvudmannen eller vårdgivaren.

- *Dialog.* IVO inleder dialog med huvudmannen eller vårdgivaren för att lyfta fram positiva exempel utifrån den systematiska monitoreringen. IVO inleder också dialog med huvudmannen eller vårdgivaren om IVO ser indikationer på patientsäkerhetsrisker eller låg kvalitet. IVO för dialog med huvudmannen/vårdgivaren om indikationerna, vilka åtgärder huvudmannen/vårdgivaren vidtar och hur huvudmannen/vårdgivaren följer upp effekterna ur ett patientperspektiv.
- *Ytterligare tillsynsåtgärder.* Om IVO inte får tillfredsställande svar i dialogen med huvudmannen eller vårdgivaren vidtar IVO ytterligare tillsynsåtgärder, exempelvis ytterligare analys och inspektion av verksamheten för att bedöma om det föreligger brister. IVO kan behöva göra journalgranskning och patientintervjuer för att undersöka om vårdskada har uppstått.
- *Beslut.* Om tillsynen visar att det föreligger brister fattar IVO ett beslut. Beslutet kan vara förenat med krav på att huvudmannen eller vårdgivaren ska redovisa sin inställning till bristerna, vilka åtgärder som kommer vidtas och hur effekterna av dessa kommer att följas upp. Om bristerna innebär allvarliga risker för patientsäkerheten, kan IVO förelägga vårdgivare att vidta åtgärder. Ett föreläggande kan vara förenat med vite. (Vi argumenterar ovan för att IVO bör få befogenheter att även besluta om rättsligt bindande sanktioner mot huvudmän, se s. 81 f.)
- *Uppföljning.* IVO följer upp de tidigare konstaterade bristerna, de redovisade åtgärderna och den redovisade uppföljningen av effekterna. IVO bedömer om åtgärderna är sådana att det är visat att bristerna inte kvarstår. Om bristerna kvarstår, vidtar IVO ytterligare tillsynsåtgärder eller fattar direkt ett nytt beslut. Vid behov fortsätter eskaleringen till beslut med föreläggande med vite och ansökan om utdömande av vitet. IVO fortsätter att följa upp effekterna av åtgärderna så länge som krävs för att vi ska kunna konstatera faktiska förbättringar för patienterna.

Ytterligare tillsynsområden

Kravet på IVO att bedriva en riskbaserad tillsyn innebär att vi kontinuerligt behöver identifiera, kvantifiera, bedöma och prioritera olika risker mot varandra. Samtidigt behöver vi utveckla vår analysförmåga, så att våra riskanalyser blir allt mer träffsäkra.

Vi har inom ramen för det här regeringsuppdraget inte kvantifierat riskerna med bristande tillgänglighet och prioriterat dem mot varandra. Inom flera områden finns det också stora utmaningar med att mäta och bedöma tillgängligheten och riskerna. Vad vi har gjort är att identifiera ett antal ytterligare tillsynsområden, där vi bedömer att tillsyn kan komma att vara motiverat. I identifieringen av dessa tillsynsområden har vi haft stor nytta av de samråd med våra intressenter som vi har genomfört under uppdraget.

IVO kommer att beakta dessa områden i fortsatt riskanalys och prioritering.

- *Risken att det inte är den som har det största behovet av hälso- och sjukvård som ges företräde till vården.* Det handlar alltså om risken att behovsprincipen i hälso- och sjukvårdslagen inte följs i praktiken. IVO skulle kunna utveckla tillsynen av att patienter får vård i rätt tid, i enlighet med behovsbedömningar och beslutade medicinska prioriteringar. IVO skulle också kunna utveckla tillsynen av hur de

samlade väntetiderna till åtgärder i olika vårdkedjor påverkar behovsprincipens förverkligande och patientsäkerheten.

- *Risken att vårdgivarna inte vidtar de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador under den tid de behöver vänta på att få vård.* Oavsett om patienterna behöver vänta på vård kort eller lång tid har vårdgivaren en skyldighet att förebygga att patienterna drabbas av vårdskador under väntetiden. IVO skulle kunna utveckla tillsynen av att vårdgivarnas systematiska patientsäkerhetsarbete är tillräckligt för att förebygga att vårdskador uppstår när det förekommer väntetider. En sådan utvecklad tillsyn bör avse hela vårdskadebegreppet.
- *Risken att patienternas behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet inte tillgodoses under den tid de behöver vänta på att få vård.* Patienterna har rätt att få sina behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodosedda i sina kontakter med hälso- och sjukvården. Detta gäller oavsett om det finns en risk för vårdskada eller inte. IVO skulle kunna utveckla tillsynen av hur patienterna upplever väntan på vård, för att kunna bedöma om vårdgivarna tillgodoser patienternas behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.
- *Risken att regionerna inte erbjuder patienterna vårdgaranti på ett ändamålsenligt sätt.* IVO skulle kunna utveckla tillsynen av om patienterna får information om vårdgarantin; om patienterna i rimlig tid får information om när de kan förvänta sig att få vård; om patienterna får kontakt, medicinsk bedömning, besök och planerad vård inom vårdgarantins tidsgränser; om patienternas rätt till delaktighet tillgodoses under väntetiden; om regionerna, om de inte kan uppfylla vårdgarantin, ser till att patienterna får vård hos annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten; samt om ansvariga nämnder i regionerna utövar en tillräcklig planering och ledning av hälso- och sjukvården så att skyldigheten att erbjuda vårdgaranti kan realiseras.

IVO behöver utveckla tillsynen av andra aspekter av tillgänglighet inom hälso- och sjukvården än väntetider

De samråd som IVO har genomfört inom ramen för det här uppdraget visar att tillgång till hälso- och sjukvård ur ett patientperspektiv handlar om mycket mer än väntetider till vård. Att tillgänglighet är ett komplext begrepp framgår också i vår rättsutredning, där vi analyserar hur tillgänglighet är rättsligt konstruerat (s. 39 ff.).

Tillgänglighet kan exempelvis handla om fysiska, kognitiva och kommunikativa tillgänglighetsbarriärer; om patienternas och deras närståendes delaktighet i vården; om hälso- och sjukvården för specifika patientgrupper ges på lika villkor och med samma tillgänglighet i hela landet; om den vård som ges också är användbar i praktiken för patienterna; och hur väl samordningen av och kontinuiteten i hälso- och sjukvården fungerar. Tillgänglighet ur ett patientperspektiv gäller hela vårdkedjor, från att en person först söker kontakt med vården till att hen får uppföljning, rehabilitering och eftervård – och alla vårdkedjor, oavsett vilka behov personen har, vilka verksamheter inom hälso- och sjukvården hen möter samt vilka huvudmän som ansvarar för att erbjuda vård och vårdgivare som utför vården.

Detta breda perspektiv på risker och konsekvenser av bristande tillgänglighet har såvitt vi kan bedöma inte präglat IVO:s tidigare tillsyn. Regeringsuppdragets olika delar, inte minst rättsutredningen och samråden, bildar därför en solid grund för IVO att fortsätta utveckla tillsynen av andra aspekter av tillgänglighet än väntetider. Det understryker också vikten av att IVO utvecklar monitoreringen av hälso- och sjukvården, så att vi i våra riskanalyser får bättre förutsättningar att beakta fler risker och konsekvenser av bristande tillgänglighet.

IVO strävar efter att göra helhetsbedömningar av kvalitet och säkerhet inom vård och omsorg. I det perspektivet är tillgänglighet en av flera kvalitetsaspekter som tillsynen behöver ta hänsyn till. I vissa fall kommer det sannolikt att vara motiverat att bedriva tillsyn av specifika risker och konsekvenser med bristande tillgänglighet. I andra fall kommer det sannolikt att vara mer ändamålsenligt att granska patientsäkerhetsrisker med bristande tillgänglighet samtidigt som vi granskar andra kvalitetsaspekter.

Inom ramen för regeringsuppdraget har vi identifierat ett antal möjliga tillsynsområden som IVO kommer att beakta i fortsatt riskanalys och prioritering. I identifieringen av dessa områden har vi haft stor nytta av de samråd med våra intressenter som vi har genomfört under uppdraget.

- *Risken att alla personer i befolkningen inte kan få sina behov av hälso- och sjukvård bedömda på lika villkor och att detta leder till att vårdbehov inte tillgodoses.* IVO skulle kunna utveckla tillsynen av förekomsten och konsekvenserna av olika tillgänglighetsbarriärer till hälso- och sjukvården. Det kan handla om fysiska, kognitiva och kommunikativa barriärer i kontakterna med hälso- och sjukvården. Det kan också handla om hälso- och sjukvårdens förmåga att anpassa information och kommunikation till enskilda personers förutsättningar, preferenser och behov. En annan aspekt att uppmärksamma kan vara om hälso- och sjukvårdens är organiserad för att kunna ge vård nära hela befolkningen.
- *Risken att patienternas tillgänglighet till god vård på lika villkor i hela landet brister.* IVO har tillsyn över hela hälso- och sjukvårdslagen, även målbestämmelserna om vård på lika villkor. Detta är ett område där IVO har bedrivit relativt sett lite tillsyn. IVO skulle kunna utveckla tillsynen av om lägstaniåren är godtagbara i tillgänglighet, kvalitet och säkerhet där indikationer finns på omotiverade skillnader för specifika patientgrupper. (Se även vad vi skriver nedan om behovet av tillgång till uppgifter från andra aktörer än verksamheter och personal inom hälso- och sjukvården, s. 100 f.)
- *Risken att personer med behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten inte får samordnade insatser som svarar mot deras behov.* Att samordningen i svensk vård och omsorg brister är väl känt och är också en återkommande iakttagelse i IVO:s årliga rapport till regeringen. Bristande samordning riskerar att leda till att patienterna inte får tillgång till den vård och omsorg de behöver. IVO kan därför behöva utveckla tillsynen av samordningen i vården och omsorgen, så att tillsynens iakttagelser får bättre genomslag.

- *Risken att patienterna får sämre vård om de inte får tillgång till adekvat kompetens för vårdbehovet.* IVO kan bidra till omställningen till en god och nära vård, med större fokus på primärvården, med utvecklad tillsyn av att det finns adekvat kompetens i primärvården. IVO skulle också kunna utveckla tillsynen av att primärvården har kompetens och förmåga att arbeta med tidig upptäckt. Tillsynen skulle också kunna utvecklas av hur primärvården klarar av att ta hemsjukvårdsansvaret.
- *Utveckla tillsynen av vårdgivarnas och huvudmännens kompetensförsörjning.* IVO har tidigare konstaterat att det råder brist på flera yrkesgrupper inom vården och omsorgen och att det finns få tecken på att bristen kommer att minska i framtiden (Inspektionen för vård och omsorg, 2021a). Bristande kompetensförsörjning kan begränsa befolkningens tillgång till vård. Dessutom finns det ett samband mellan vårdskador och otillräcklig bemanning och kompetens (Socialstyrelsen, 2018d). Det finns visst stöd för IVO att granska den här typen av problematik (prop. 2008/09:160, s. 74).
- *Utveckla tillsynen av vårdgivarnas och huvudmännens systematiska kvalitetsarbete.* IVO skulle kunna utveckla tillsynen av hur vårdgivare på ledningsnivå planerar, leder och kontrollerar verksamheterna särskilt med avseende på ledningssystem och kvalitetsarbete identifiera, hantera och följa upp patient-säkerhetsrisker till följd av bristande tillgänglighet.

Hur IVO kan redovisa och följa upp iakttagelser från utvecklad tillsyn

IVO utvecklar metoder och infrastruktur för att kunna publicera iakttagelser från vår utvecklade monitorering och tillsyn av patientsäkerhetsrisker med bristande tillgänglighet. Det är vår målsättning att offentliggöra fler tillsynsbeslut, för att underlätta för befolkningen och vårdens aktörer att ta del av våra resultat.

IVO:s mål är att öka effekten av vår tillsyn genom att systematiskt övervaka kvaliteten och säkerheten inom vården och omsorgen. Ett led i vårt arbete är att utveckla uppföljningen av vår tillsyn. IVO:s uppföljning av tillsynens iakttagelser ska avse om de ansvariga aktörerna (huvudmän, vårdgivare, hälso- och sjukvårdspersonal) genomför förbättrande åtgärder, om de följer upp effekterna av åtgärderna ur ett patientperspektiv och om åtgärderna leder till faktiskt förbättring för patienterna. Genom att utveckla vår systematiska monitorering och genom att ha en tydlig process för eskalering av iakttagelser skapar vi bättre förutsättningar för att följa upp iakttagelser från tillsynen. Vilka metoder som krävs för att IVO ska kunna se om de ansvariga aktörernas åtgärder leder till faktiskt förbättring för patienterna behöver anpassas till omständigheterna i de enskilda ärendena.

Nödvändiga förutsättningar: tillgång till data och infrastruktur

I detta kapitel svarar vi på regeringens uppdrag att beskriva vilka förutsättningar som är nödvändiga i form av datatillgång och annan infrastruktur för att kunna utveckla tillsynen.

Sammanfattning

- IVO behöver generellt sett mer detaljerad data på mikronivå som är så aktuell i tid som möjlig. IVO behöver också utveckla mer automatiserad inhämtning och bearbetning av olika datakällor.
- IVO bedriver ett utvecklingsarbete för att ändra på interna arbetssätt och utredningsmetoder, så att vi arbetar mindre manuellt och mer databaserat. Det handlar bland annat om förbättring och utveckling av vår datafångst, våra analysverktyg och vår IT-infrastruktur.
- En del i en utvecklad tillsyn handlar om att IVO behöver monitorera risker med data om hinder för att komma in i hälso- och sjukvården och med data om väntetider i hela vårdkedjan. Data i befintliga register svarar inte fullt ut mot tillsynen behov. Vi utvecklar därför metoder för att granska stora mängder patientjournaler och att göra många patienter och närstående delaktiga i tillsynen.
- För att kunna utveckla monitoreringen av risker med bristande tillgänglighet behöver vi också befogenheter att ta del av uppgifter från andra aktörer än verksamheter och personal inom hälso- och sjukvården. IVO avser att återkomma till regeringen i denna fråga.
- IVO bedömer att det är angeläget att fortsätta att utveckla möjligheterna att kunna följa patienternas väg genom vården. Det skulle ge tillsynen bättre förutsättningar att granska och följa upp kvalitet, säkerhet och sammantagna väntetider ur ett patientperspektiv inom hälso- och sjukvården.

Utgångspunkter

Det är IVO:s uppdrag att bedriva en effektiv och riskbaserad tillsyn. Det förutsätter att IVO har god överblick över riskerna inom vården och omsorgen, så att vi kan agera där vi gör störst nytta för patienter och brukare.

IVO har inlett ett utvecklingsarbete för att löpande samla in och analysera betydligt mycket mer data om hur kvaliteten och säkerhet i vården och omsorgen utvecklas än vad vi historiskt sett har gjort. Med en bättre överblick kan vi följa och agera på de största riskerna och bristerna på system-, enhets- och individnivå.

IVO behöver stärka myndighetens förmåga till datadrivna analyser. Vi behöver också öka vår analyskapacitet. Under våren 2021 bildade IVO en helt ny analysavdelning, som stöttar verksamheten i datadriven tillsyn och tillståndsprövning för snabbare analyser av risker, kvalitet och säkerhet i svensk vård och omsorg.

I IVO:s budgetunderlag för perioden 2022–2024 har vi beskrivit att det krävs ytterligare resurser till IVO för att vi ska kunna lyckas i vårt utvecklingsarbete att få bättre överblick över riskerna, möta omvärldens behov och fullgöra myndighetens uppdrag (Inspektionen för vård och omsorg, 2021b).

IVO har i december 2020 i en rapport till regeringen beskrivit informationsförsörjningens betydelse för effektiv tillsyn (Inspektionen för vård och omsorg, 2020b). IVO pekade i rapporten på tillsynens behov av:

- *Detaljerad data på mikronivå*, exempelvis data på individnivå snarare än aggregerad på grupp- eller befolkningsnivå.
- Data som skapas och hämtas in *i realtid alternativt med så hög frekvens som möjligt* och därmed är så aktuell i tid som möjlig, exempelvis data om vad som händer i en verksamhet i princip i realtid snarare än aggregerad data för ett helt år som först kan presenteras långt i efterhand.
- *Automatiserad* inhämtning och bearbetning av olika datakällor, med lägre kostnader än manuell inhämtning och bearbetning.

För tillsyn av hälso- och sjukvården behöver IVO olika typer av data för att vi ska kunna göra välgrundade helhetsbedömningar av säkerheten och kvaliteten i vården. Data – det vill säga information eller uppgifter om något förhållande, någon egenskap eller annan fakta – kan vara både *kvalitativ* och *kvantitativ*. IVO behöver både kvalitativ (exempelvis uppgifter från journalgranskningar och intervjuer) och kvantitativ (mätvärden, sifferuppgifter annan kategoriserad information som kan analyseras med statistiska metoder) data.

Vilken typ av data och vilka datakällor IVO behöver för tillsynen måste kontinuerligt anpassas till tillsynens inriktning och kommer regelbundet att behöva uppdateras och omprövas.

IVO utgår från befintliga datakällor och kombinerar dem med kvantitativ och kvalitativ data som tillsynen genererar. Befintliga datakällor för tillsynen finns huvudsakligen som enkätdata, registerdata och patientjournaler. Därtill kommer tillsynsgenererad data. Genom att kombinera olika datakällor med varandra kan IVO dra säkrare slutsatser.

Typiska datakällor för tillsynen är:

- *Enkätdata*. Enkäter kan skickas till ett stort och representativt urval av befolkningen eller specifika patientgrupper. Enkäter ger mycket information. Ett växande problem är att allt färre väljer att delta i enkätundersökningar. Exempel på befintlig enkätdata som IVO kan behöva i tillsynen är de nationella patientenkäterna, patientrapporterade resultat i de standardiserade vårdförloppen och hälso- och sjukvårdsbarometern.

- *Registerdata.* Register innehåller data om många individer, till exempel alla som har fått sjukhusvård. Olika register innehåller olika mycket data om varje individ. Register har olika täckningsgrad, det vill säga hur stor andel av den avsedda populationen som återfinns i registret. Registerdata påverkas av förändringar i hur data registreras och kategoriseras. I vissa fall kan det vara svårt att avgöra om en ökning eller minskning av viss variabel är negativ eller positiv för patienterna utan att jämföra med andra datakällor. Exempel på befintlig registerdata som IVO kan behöva i tillsynen är väntetidsdatabasen, de nationella kvalitetsregistren, befolkningsstatistik och registerdata om kostnader och produktivitet.
- *Patientjournaler.* För att patienten ska få en god och säker vård ska en journal föras över de bedömningar och beslut som har gjorts avseende patientens vård och behandling. Journalhandlingar avser alla handlingar och anteckningar som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd och andra personliga förhållanden samt de åtgärder som genomförs eller planeras. Journalen är grunden för att kunna utvärdera, följa upp och granska vården för den enskilde patienten. Journalerna är därmed ett centralt och nödvändigt underlag för IVO:s tillsyn.
- *Tillsynsgenererad data.* Tillsynen genererar egen data i granskningsarbetet. Tillsynsgenererad data är både kvalitativ och kvantitativ. Det kan exempelvis vara resultatet av systematiska granskningar av patientjournaler och vårdens avvikelserapportering, tillsynens egna enkätundersökningar till patienter, vårdgivare och huvudmän och tillsynens intervjuer med patienter, anhöriga, personal och ledning.

IVO utvecklar metoder för systematisk och effektiv inhämtning av data

IVO bedriver ett utvecklingsarbete för att ändra på interna arbetssätt och utredningsmetoder, så att vi arbetar mindre manuellt och mer databaserat. Det handlar bland annat om förbättring och utveckling av vår datafångst, våra analysverktyg och vår IT-infrastruktur.

IVO utvecklar metoder för effektiv och automatiserad inhämtning av öppen data. Det handlar om att öka vår förmåga att effektivt och systematiskt monitorera riskerna i hälso- och sjukvården, för att vid behov kunna inleda tillsyn. Exempel på öppen data som IVO hämtar in är väntetidsuppgifter från Sveriges Kommuner och Regioners väntetidsdatabas (vantetider.se) och olika kvalitetsindikatorer om hälso- och sjukvården som redovisas på webbsidan Vården i siffror (vardenisiffror.se). Andra öppet tillgängliga indikatorer som IVO kan komma att behöva för riskmonitorering och tillsyn kan exempelvis finnas i statistikdatabasen Kolada om kommuner och regioner, i de nationella patientenkäterna och i Socialstyrelsens öppna jämförelser.

Patientnämnderna och IVO har en lagstadgat skyldighet att samverka med varandra. IVO ska systematiskt ta tillvara information som patientnämnderna lämnar till IVO. Patientnämnderna tar emot klagomål från patienter som bland annat rör tillgänglighet i hälso- och sjukvården, vilka IVO kan ha stor nytta av för att monitorera risker och bedriva tillsyn. Patientnämnderna och IVO har en överenskommelse om vissa gemensamma variabler för att registrera klagomål. Utöver de gemensamma variablerna

registrerar patientnämnderna i dagsläget delvis olika saker, på olika sätt och i olika tekniska system. Ett utvecklingsarbete pågår mellan IVO och patientnämnderna för att stärka tillvaratagandet av patientnämndernas information samt hur detta kan effektiviseras.

IVO behöver monitorera risker med data om tillgänglighetsbarriärer

Tillgänglighetsbarriärer är hinder för att komma in i hälso- och sjukvårdssystemet. Det handlar om möjligheten att över huvud taget kunna komma i åtnjutande av hälso- och sjukvårdens tjänster. Låga tillgänglighetsbarriärer är en förutsättning för vård på lika villkor. Höga barriärer gör det svårt för befolkningen att söka vård på rätt sätt, vid rätt tillfälle eller på rätt ställe.

Vi har tidigare beskrivit patientsäkerhetsrisker och andra konsekvenser ur ett patientperspektiv med bristande tillgänglighet (s. 27 ff.). För att monitorera risker som har med tillgänglighetsbarriärer att göra konstaterar vi att det finns återkommande befolkningsundersökningar som mäter förtroendet för hälso- och sjukvården och i vilken mån befolkningen anser sig ha tillgång till den hälso- och sjukvård de anser sig behöva (hälso- och sjukvårdsbarometern). Det finns även återkommande undersökningar av i vilken utsträckning befolkningen uppger sig avstå från vård på grund av kostnader (International Health Policy Survey). De nationella patientenkäterna innehåller frågor som är relevanta för att monitorera upplevda tillgänglighetsbarriärer.

Den här typen av befolkningsundersökningar kan identifiera skillnader utifrån individuella och kontextuella faktorer hos befolkningen, beroende på vilka bakgrundsfrågor som ställs. Undersökningarna kan alltså indikera att det finns risker inom olika grupper i befolkningen och därmed visa på behovet av ytterligare kunskap eller riskanalys. Undersökningarna genomförs mera sällan och kan inte kopplas ihop med specifika verksamheter som IVO behöver monitorera och granska. De behöver alltså kombineras med andra uppgifter för att kunna utgöra underlag för riskanalys.

Geografiska förhållanden kan utgöra tillgänglighetsbarriärer. IVO skulle exempelvis kunna analysera geografiska förhållanden för att identifiera indikationer på att vården inte fysiskt kan ges nära befolkningen, enligt bestämmelsen i 7 kap. 2 a § hälso- och sjukvårdslagen, om vi hade uppgifter om folkbokföringsadress på individnivå, uppgifter om vårdkontakter på individnivå och uppgifter om besöksadresser för olika vårdenheter. De sistnämnda uppgifterna ska vårdgivare anmäla till IVO:s vårdgivarregister enligt 2 kap. PSL. De två förstnämnda uppgifterna har IVO i dagsläget inte tillgång till.

För en mer fullödig riskanalys skulle IVO dessutom behöva komplettera analysen med information om andra typer av besök än fysiska besök, exempelvis om förekomst, användning och upplevelse av digitala sätt att komma i kontakt med hälso- och sjukvården (prop. 2017/18:83, s. 22ff).

Se även vad vi skriver nedan om att IVO kan behöva nya befogenheter för tillgång till data från andra aktörer än verksamheter och personal inom hälso- och sjukvården (s. 100 f.).

IVO behöver monitorera risker med data om väntetider i hela vårdkedjan

Väntetider är den tid patienterna behöver vänta till nästa steg i vårdkedjan, efter det att patienterna väl har kommit in i hälso- och sjukvårdssystemet. Väntetider handlar alltså om patienternas tillgång till medicinska bedömningar och prioriteringar, till vård och behandling och till uppföljning av vård och behandling.

Patientsäkerhetsrisker och andra oönskade konsekvenser ut ett patientperspektiv kan uppstå som en följd av väntetider genom hela vårdkedjan. IVO behöver därför data om väntetider i hela vårdkedjan – i den regionala, kommunala och privata vården.

Det finns uppgifter om upplevda väntetider från exempelvis befolkningsundersökningar och patientenkäter. Den här typen av uppgifter kan indikera vilka grupper som upplever att väntetiderna är långa och var i hälso- och sjukvårdssystemet långa väntetider upplevs finnas. IVO behöver följa den här typen av uppgifter när vi nu utvecklar vår systematiska användning av öppen data. Befolkningsundersökningar och patientenkäter kan dock vara svåra eller omöjliga att bryta ned på olika redovisningsnivåer samt koppla ihop med uppgifter om faktiska väntetider och medicinska behov.

På nationell nivå finns några olika möjligheter att följa upp väntetider i hälso- och sjukvården. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har nyligen kartlagt möjligheterna inom ramen för ett uppdrag om att föreslå en nationell uppföljning av hälso- och sjukvården (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2019). Dessa möjligheter är: att följa efterlevnaden av vårdgarantin genom väntetidsdatabasen, att följa efterlevnaden av tidsgränserna i de standardiserade vårdförloppen inom cancervården, att hämta information om väntetider i kvalitetsregistren och att använda den nationella patientenkäten där frågor har ställts om respondenterna fick besöka mottagningen inom rimlig tid. För en nationell uppföljning av hälso- och sjukvården rekommenderade Myndigheten för vård- och omsorgsanalys regeringen att använda väntetidsdatabasen, bland annat eftersom den täcker en bred patientpopulation. Även Socialstyrelsen har föreslagit att uppgifter från väntetidsdatabasen ska ingå i en nationell uppföljning av hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2019a).

Uppgifterna i väntetidsdatabasen används ofta för att beskriva tillgängligheten i hälso- och sjukvården. Databasen är författningsreglerad, förs av Sveriges Kommuner och Regioner och regionerna är skyldiga att rapportera in uppgifter om väntetider enligt den nationella vårdgarantin till databasen. Väntetidsdatabasen beskriver primärt följsamheten mot vårdgarantin, men innehåller också ytterligare information.⁶

Uppgifterna i väntetidsdatabasen beskriver inte väntetiderna i hela vårdkedjan. Det finns inte tidsgränser i vårdgarantin för samtliga steg i en tänkt vårdkedja. Till exempel innehåller den nationella vårdgarantin ingen tidsgräns för start av behandling i primärvården, inga tidsgränser för utredningar, kontroller, remisser och vidareremittering i

⁶ Exempelvis ingår i SKR:s uppföljningsmodell för specialiserad vård information om mätpunkter (sex mätpunkter med start i beslut att utföra aktivitet), patientnära information (exempelvis ålder, kön och kommunkod), vårdgivarinformation (exempelvis huvudman, vårdgivare och vårdenheter) och information om vårdkontakten (exempelvis om kontakten omfattas vårdgarantin, medicinskt verksamhetsområde och yrkesgrupp).

primärvården eller specialistvården, ingen tidsgräns för förnyad medicinsk bedömning, ingen tidsgräns för beslut om behandling i specialistvården och ingen tidsgräns för återbesök och uppföljning.

Uppgifterna i väntetidsdatabasen avser inte data på individnivå. Det gör att det exempelvis inte är möjligt att undersöka om samma person står i flera köer, om det finns grupper av individer som behöver vänta omotiverat länge utifrån ålder, kön, socio-ekonomiska faktorer och diagnoser. Databasen innehåller inte heller information om huvuddiagnos för patienterna. Det går därför inte att dela upp statistiken på sjukdomstillstånd eller svårighetsgrad, och analysera om det finns skillnader i uppfyllelsen av vårdgarantin mellan olika sjukdomsgrupper. Databasen avser endast verksamheter som drivs i regional regi eller som har avtal med regionen och därför rapporterar in till databasen.

För IVO:s tillsyn är det väsentligt att ha information om patienterna får vård i enlighet med beslutad medicinsk prioritet och medicinskt måldatum. Det kan vara ett tecken på allvarliga patientsäkerhetsrisker om så inte sker, både på grupp- och individnivå. Dessa uppgifter finns hos varje vårdgivare. Väntetidsdatabasen innehåller viss information om medicinskt måldatum, men inte tillräckligt för tillsynens behov av att kunna monitorera risker med data om väntetider i hela vårdkedjan.

Det finns också risker med avsaknaden av en tydlig kvalitetssäkring av uppgifterna i väntetidsdatabasen och möjligheter för regionerna att rapportera strategiskt, vilket minskar uppgifternas tillförlitlighet (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2019).

Socialstyrelsen har följt upp och analyserat regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen (Socialstyrelsen, 2020a). Socialstyrelsen har identifierat flera utmaningar som rör registrering och inrapportering av data, kvalitetssäkring och överföring av data, användning av inrapporterade data samt samarbete regionerna sinsemellan och med SKR. Analysen visar att inrapporteringen av obligatoriska variabler generellt är god, men att det finns fortsatta behov av att stärka rapportering av vissa icke-obligatoriska variabler. Analysen indikerar även att skillnader mellan regioner i rapportering av variabler för vårdgarantin påverkar möjligheten till jämförelser mellan regionerna.

Flera aktörer har pekat på behovet av en nationell systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå (SOU 2018:39). Socialstyrelsen har nyligen föreslagit att uppgifter från primärvården ska ingå i ett utvidgat nationellt patientregister (Socialstyrelsen, 2021a). Socialstyrelsen föreslår exempelvis att uppgift om besöksdatum ska samlas in, eftersom detta ger underlag för uppföljningar av bland annat väntetider. Uppgiften är även viktig för att kunna följa patientens vårdresa och i kronologisk ordning kunna se vad som skett, exempelvis från primärvård till akutvård, och möjligen även till slutenvård. Socialstyrelsen föreslår också att uppgift om planerad vårdkontakt ska samlas in: tillsammans med uppgifter om datum och tid kan det användas för att följa väntetider i vården vid akuta besök.

Socialstyrelsen har i ett pågående utvecklingsarbete av patientregistret fått i uppdrag av

regeringen att lämna förslag på författningsändringar för att datainsamlingen till patientregistret ska kunna innehålla data om samtliga patienter som behandlats inom den öppna vården som inte är primärvård (Socialdepartementet, 2020f).

IVO betonar tillsynens behov av att kunna ta del av den här typen av uppgifter, för att förbättra förutsättningarna för myndighetens tillsyn av risker och konsekvenser med bristande tillgänglighet.

Fortsatt utveckling behövs för att öka möjligheterna att kunna följa patienten genom vården

I dagsläget finns det inga möjligheter att med registeruppgifter kunna följa patientens väg genom vården. Samtidigt finns det behov av få en lättillgänglig överblick över patienternas olika vårdprocesser och att få en välstrukturerad överblick av olika händelser i ett vårdförlopp över både regiongränser och vårdgivare samt över tid.

För enskilda patienter skulle det kunna underlätta samordning av vård och behandling hos olika vårdgivare och i olika vårdprocesser. För vårdgivare och huvudmän skulle det kunna ge bättre förutsättningar för styrning och uppföljning och det systematiska patientsäkerhetsarbetet. För tillsynen skulle det kunna ge betydligt bättre förutsättningar för träffsäkra riskanalyser och därmed för den riskbaserade tillsynen.

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Regioner fortsätta arbetet med att kunna följa patientens väg genom vården genom exempelvis utveckling av process-id, och genom att inleda ett framtagande av ett nationellt kodverk för kontaktorsaker (S2017/07302/RS).

Uppdraget till Socialstyrelsen började med initiativet om att kunna följa väntetider på nationell nivå. Det finns dock en bredare tillämpning än att enbart följa väntetider. Att strukturera uppföljningen av vården med hjälp av mätpunkter för olika händelser i vårdkedjan skapar nämligen ett helhetsunderlag som kan användas för verksamhetsförbättring.

Socialstyrelsens skrev 2019 att en genomgång av ”regionernas möjligheter att följa patientens väg har visat att det finns förutsättningar för att koppla ihop vårdhändelser inom delar av en process. Men inte något av de informationssystem som används idag har möjlighet att följa hela patientens väg genom vården, det vill säga över vårdgivargränser såväl inom som utom regionen” (Socialstyrelsen, 2019c, s. 7).

IVO bedömer att det är angeläget att fortsätta att utveckla möjligheterna att kunna följa patientens väg genom vården. Det skulle ge bättre förutsättningar att granska och följa upp kvalitet och säkerhet inom vården generellt, samt bättre förutsättningar att granska sammantagna väntetider ur ett patientperspektiv.

Det är en nödvändig förutsättning för IVO att granska många journaler

För att IVO ska kunna utveckla tillsynen av patientsäkerhetsrisker och andra konsekvenser ur ett patientperspektiv med bristande tillgänglighet är det en nödvändig förutsättning att IVO granskar många journaler.

Vi utvecklar hur vi använder befintlig enkät- och registerdata i tillsynen. Här finns betydande möjligheter för oss att utveckla förutsättningarna för vår tillsyn och vår löpande monitorering av hälso- och sjukvården. Samtidigt konstaterar vi att tillsynens behov av detaljerad data på individnivå jämte data som är så aktuell som möjlig i dagsläget inte kan tillgodoses endast med enkät- och registerdata. Vi har ovan beskrivit några olika begränsningar, både i fråga om vilka uppgifter som finns i befintliga register och i fråga om vilka analyser som är möjliga att göra med befintlig registerdata.

I vår tillsyn av medicinsk vård och behandling på särskilda boenden för äldre granskade vi under 2020 ungefär 1 700 journaler avseende cirka 850 patienter. I vår fortsatta tillsyn och i en utvecklad tillsyn av risker med bristande tillgänglighet bedömer vi att vi behöver granska betydligt många fler journaler. Stora datamängder i tillsynen är en förutsättning för att vi ska kunna uttala oss om sådana risker som finns på systemnivå. Detta är ett arbete som redan pågår inom IVO.

Stora journalgranskningar är en nödvändig förutsättning för att IVO till exempel ska kunna granska hur säkert det är att som patient vänta på vård och om vårdgivarna vidtar tillräckliga åtgärder för att förebygga vårdskador. Det gäller både för patienter där väntan på vård är förenad med hög risk för försämrade medicinska tillstånd och för patienter där den risken är relativt sett lägre och som därför kan behöva vänta betydligt längre på att få den planerade vården. Stora journalgranskningar, tillsammans med att vi ställer frågor till många patienter, är också en nödvändig förutsättning för att vi ska kunna granska hur väl hälso- och sjukvården arbetar för att tillgodose patienternas rätt till information, samtycke och delaktighet.

IVO har de befogenheter som behövs för att vi ska kunna granska stora journalmängder. Det regleras i 7 kap. 20 § patientsäkerhetslagen att den som bedriver verksamhet som står under tillsyn enligt 7 kap. och hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att på IVO:s begäran lämna över handlingar, prover och annat material som rör verksamheten och lämna de upplysningar om verksamheten som inspektionen behöver för sin tillsyn.

Den här typen av stora journalgranskningar är ett nytt arbetssätt för IVO. Vi behöver därför ha beredskap för att det kan komma att uppstå administrativa och tekniska utmaningar i insamlingen och bearbetningen. För att effektivisera granskningen av stora journalmängder behöver vi också utveckla ändamålsenliga digitala verktyg som underlättar för IVO:s personal att göra de kvalitativa bedömningar som krävs.

Det är en nödvändig förutsättning för IVO att göra många patienter och närstående delaktiga i tillsynen

För att IVO ska kunna utveckla tillsynen av patientsäkerhetsrisker och andra konsekvenser ur ett patientperspektiv med bristande tillgänglighet är det en nödvändig förutsättning att IVO gör många patienter och närstående delaktiga i tillsynen.

Det är patienterna och deras närstående som kan ge IVO tillförlitlig information om hur väl hälso- och sjukvården i praktiken tillgodoser patienternas behov av och rätt till integritet, självbestämmande och delaktighet. Det är också patienterna och deras närstående som kan ge IVO tillförlitlig information om hur de i praktiken upplever situationer där tillgängligheten brister och vilka konsekvenser det får i deras liv.

I vår fortsatta tillsyn och i en utvecklad tillsyn av risker med bristande tillgänglighet bedömer vi att vi kan behöva kontakta betydligt många fler patienter och anhöriga än vad vi tidigare har gjort. Detta är ett arbete som redan pågår inom IVO.

IVO har de befogenheter som behövs för att vi ska kunna göra detta. IVO har också en skyldighet att inom ramen för tillsynen höra patienter och deras närstående om de förhållanden som tillsynen rör, om detta inte är olämpligt eller obehövligt. IVO ska också säkerställa att patienters erfarenheter fortlöpande används som underlag för beslut om tillsynens inriktning. Det framgår av 7 kap. 4 a § och 7 kap. 6 § patientsäkerhetslagen. IVO har också, enligt barnkonventionen, skyldigheter att göra barn delaktiga i tillsynen i alla frågor som rör dem. Vid tillsyn som rör barns förhållanden får IVO höra barn om det kan antas att barnen inte tar skada av samtalet.

IVO behöver nya befogenheter för att få tillgång till data från andra aktörer än verksamheter och personal inom hälso- och sjukvården

IVO bedömer att myndigheten behöver nya befogenheter för att få tillgång till data från andra aktörer än verksamheter och personal inom hälso- och sjukvården för att kunna utveckla tillsynen. IVO avser att återkomma till regeringen i denna fråga.

Regionerna har en lagstadgad rapporteringsskyldighet om väntetider till den nationella väntetidsdatabasen som SKR för. För att få tillgång till data om väntetider har IVO ett samarbete med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om att regelbundet ta del av uppgifterna i databasen. I dagsläget är IVO beroende av dessa uppgifter för att kunna utveckla tillsynen av risker och konsekvenser med bristande tillgänglighet (väntetider). SKR har ingen skyldighet att lämna ut uppgifterna till IVO och IVO har inte heller några befogenheter att kräva uppgifter av SKR. Våra befogenheter att begära uppgifter inom hälso- och sjukvården riktar sig till verksamheter och personal inom hälso- och sjukvården, enligt 7 kap. 20 § patientsäkerhetslagen. Det är givetvis mer effektivt att IVO tar del av uppgifterna från SKR, som ansvarar för databasen, än direkt från regionerna.

En annan aspekt av behovet av data från andra aktörer handlar om att IVO har tillsyn över hela hälso- och sjukvårdslagen, inklusive dess målbestämmelser. Det innebär att vi har tillsyn över målet att vården ges på lika villkor för hela befolkningen. Vård som inte

ges på lika villkor kan vara en patientsäkerhetsrisk för de personer som har relativt sett sämre tillgång till vård. Det riskerar också att försämra förtroendet för hälso- och sjukvården, vilket kan leda till oönskade konsekvenser både på system- och individnivå.

Tillgång till hälso- och sjukvården på lika villkor är en förutsättning för målet om vård på lika villkor. Personer som inte får sina behov av vård bedömda och patienter och grupper av patienter som inte får sina behov av vård tillgodosedda på grund av olika tillgänglighetsbarriärer i hälso- och sjukvården är därför viktiga att uppmärksamma i tillsynen.

För att IVO ska kunna bedriva en effektiv tillsyn över sådana risker och konsekvenser behöver myndigheten kunna analysera var riskerna är som störst. Det förutsätter i sin tur att IVO har befogenheter att ta del av uppgifter om befolkningen som myndigheten inte har tillgång till idag, i form av bakgrundsvariabler som exempelvis inkomst, utbildningsnivå och födelseland.

Vår bedömning är att bättre förutsättningar för kvantitativa analyser, så att vi kan ta hänsyn till relevanta bakgrundsvariabler, är nödvändiga för att vi ska kunna identifiera och bedöma risker som har med vård på lika villkor att göra på ett effektivt och träffsäkert sätt.

Referenser

- Alexius Borgström, Katarina. (2009). Kan målregel tillämpning vara rättssäker? JO och tillsynen över socialtjänsten i framtiden. I Ekroth, Jesper & Swanström, Kjell (Red.) *JO – lagarnas väktare*. Riksdagens ombudsmän – JO i samarbete med Riksbankens jubileumsfond: Stockholm.
- Asplund, Ida. (2021). *Den enskildes rättssäkerhet i individnära tillsyn*. (Doktorsavhandling, Umeå universitet.) Umeå: Umeå universitet, juridiska institutionen.
- Australian Government. (2021). *State and Territory Information*. Hämtat från Australian Government: <https://www.australia.gov.au/states> den 30 april 2021.
- Australian Institute of Health & Welfare and the Royal Australasian College of Surgeons. (2013). *National definitions for elective surgery urgency categories. Proposal for the Standing Council on Health*. Utan ort: Australian Institute of Health & Welfare and the Royal Australasian College of Surgeons. Hämtat från <https://www.aihw.gov.au/getmedia/509f8a18-73c9-416c-92a5-f5073201df46/15778.pdf.aspx?inline=true> den 30 april 2021.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2018). *Australia's health 2018*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare. Hämtat från Australian Institute of Health and Welfare: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/7c42913d-295f-4bc9-9c24-4e44eff4a04a/aihw-aus-221.pdf> den 30 april 2021.
- Australian Institute of Health and Welfare. (den 25 mars 2021). *Health system: Accessibility*. Hämtat från Australian Institute of Health and Welfare: <https://www.aihw.gov.au/reports-data/australias-health-performance/australias-health-performance-framework/nsw/new-south-wales/access/accessibility> den 30 april 2021.
- Barua, B., Esmail, N., & Jackson, T. (2014). *The Effect of Wait Times on Mortality in Canada*. The Fraser Institute. Hämtat från <http://www.fraserinstitute.org>
- Bremdal, Patrik. (2014). År RF 1 kap. 2 § bara tomma ord? – Några tankar om målsättningsstadgandet i RF. I Åhman, Karin (Red.), *Regeringsformen 40 år 1974–2014*. Uppsala: Iustus.
- Bull, Thomas. (2020). Objektivitetsprincipen i Marcusson, Lena, *Offentligrättsliga principer*, 4. uppl. Uppsala: Iustus.
- Bull, Thomas & Sterzel, Fredrik. (2015). *Regeringsformen: en kommentar*, 3. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Bureau of Health Information. (den 29 oktober 2020). *Healthcare Observer*. Hämtat från Bureau of Health Information: https://www.bhi.nsw.gov.au/Healthcare_Observer den 30 april 2021
- Care Quality Commission. (den 13 oktober 2017). *Timely access to care and treatment (healthcare services)*. Hämtat från Care Quality Commission: <https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/healthcare/timely-access-care-treatment-healthcare-services> den 30 april 2021.
- Care Quality Commission. (den 7 augusti 2020). *Key lines of enquiry for healthcare services*. Hämtat från Care Quality Commission:

- <https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/healthcare/key-lines-enquiry-healthcare-services> den 30 april 2021.
- Care Quality Commission. (2021a). *About us: what we do and how we do it*. Hämtat från Care Quality Commission: https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20170504_CQC_About-us.pdf den 30 april 2021.
- Cu, A., Meister, S., Lefebvre, B., & Ridde, V. (2021). Assessing healthcare access using the Levesque's conceptual framework- a scoping review. *International journal for equity in health*, 20(1), 116.
- Department of Health & Social Care. (den 1 januari 2021a). *Guidance. The NHS Constitution for England*. Hämtat från Department of Health & Social Care: <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/the-nhs-constitution-for-england> den 30 april 2021.
- Department of Health & Social Care. (den 4 februari 2021b). *Guidance. Handbook to the NHS Constitution for England*. Hämtat från Department of Health & Social Care: <https://www.gov.uk/government/publications/supplements-to-the-nhs-constitution-for-england/the-handbook-to-the-nhs-constitution-for-england> den 30 april 2021.
- Embætti landlæknis. (2016). *Biðlistar eftir völdum skurðaðgerðum í febrúar 2016. Greinargerð með töfluyfirliti*. Hämtat från Embætti landlæknis: https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item29310/Bidlistar%20febr%202016_lokaskjal.pdf den 30 april 2021.
- Embætti landlæknis. (2021a). *Um embættid*. Hämtat från Embætti landlæknis: <https://www.landlaeknir.is/um-embattid/> den 30 april 2021.
- Embætti landlæknis. (2021b). *Biðlistar – tölur*. Hämtat från Embætti landlæknis: <https://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/tolfraedi/heilbrigdisthjonusta/bidlistar/> den 30 april 2021.
- Embætti landlæknis. (2021c). *Bið eftir völdum skurðaðgerðum*. Hämtat från Embætti landlæknis: https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item44615/Greinargerð_bid_valdar_skurdadgerdir_jan21.pdf den 30 april 2021.
- Essen, Ulrik von, Bohlin, Alf & Warnling Conradson, Wiweka. (2020). *Förvaltningsrättens grunder*, 4. uppl. Stockholm: Norstedts juridik.
- EU-hälsovård. (den 23 april 2021). *Hälso- och sjukvårdssystemet i Finland*. Hämtat från EU-hälsovård: <https://www.eu-halsovard.fi/till-finland-for-varld/hal-so-och-sjukvardssystemet-i-finland/> den 30 april 2021.
- Frändberg, Åke. (1996). Begreppet rättsstat. I Sterzel, Fredrik (Red.), *Rättsstaten - rätt, politik och moral: seminarium 5 oktober 1994*. Stockholm: Rättsfonden.
- Gräns, Minna. (2013). *Decisio juris*. Uppsala: Iustus.
- Helse Norge. (den 25 november 2020). *Cancer patient pathways*. Hämtat från Helse Norge: <https://www.helsenorge.no/en/sykdom/kreft/cancer-patient-pathways/> den 30 april 2021.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Statens helsetilsyn*. Hämtat från Helse- og omsorgsdepartementet: <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/etater-og-virksomheter-under-helse--og-omsorgsdepartementet/underliggende->

- etater/statens-helsetilsyn/id279747/ den 30 april 2021.
- Helsedirektoratet. (2014). *Ventetider og pasientrettigheter 2014 Norsk pasientregister*. Hämtat från Helsedirektoratet:
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ventetider-og-pasientrettigheter> den 30 april 2021.
- Helsedirektoratet. (2016). *Ventetider og pasientrettigheter 2016 Norsk pasientregister*. Hämtat från Helsedirektoratet:
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ventetider-og-pasientrettigheter> den 30 april 2021.
- Helsedirektoratet. (2020). *Ventetider og pasientrettigheter 2020 Norsk pasientregister*. Hämtat från Helsedirektoratet:
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ventetider-og-pasientrettigheter> den 30 april 2021.
- Helsedirektoratet. (2021). *Ventetider og pasientrettigheter, per måned*. Hämtat från Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/ventetider-og-pasientrettigheter> den 30 april 2021.
- Helsetilsynet. (2021a). *Om os*. Hämtat från Helsetilsynet:
<https://www.helsetilsynet.no/om-oss/> den 30 april 2021.
- Helsetilsynet. (den 1 februari 2021b). *Organisasjonskart*. Hämtat från <https://www.helsetilsynet.no/om-oss/organisasjonskart/> den 30 april 2021.
- Hjalte, F., Gralén, K., & Persson, U. (2019). *Samhällets kostnader för sjukdomar år 2017*. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. (2021). *Toezichtvernieuwing*. Hämtat från Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd: <https://www.igj.nl/over-ons/toezichtvernieuwing> den 30 april 2021.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2018a). *Vad har IVO sett 2017? De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2017*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2018b). *I väntan på vårdplats - Om patientsäkerhet på akutmottagningar. Nationell tillsyn inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2019). *Vad har IVO sett 2018? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2018*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2020a). *Vad har IVO sett 2019? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2020b). *Delrapport. Regeringsuppdrag att bidra till lärande under utbrottet av covid-19 och inför framtida sjukdomsutbrott*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2021a). *Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2021b). *Budgetunderlag 2022-2024*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.

- Institutet för hälsa och välfärd. (2016). *Hoitoonpääsyn seuranta syövän hoidossa : Määrittelyt ja ohjeistus : Voimassa 1.1.2017 lähtien*. Hämtat från Institutet för hälsa och välfärd: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-782-4> den 30 april 2021.
- Institutet för hälsa och välfärd. (den 28 april 2017). *Vad är THL?* Hämtat från Institutet för hälsa och välfärd: <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/thl/vad-ar-thl-> den 30 april 2021.
- Institutet för hälsa och välfärd. (den 15 april 2021a). *Erikoissairaanhoidon hoitoonpääsy*. Hämtat från Institutet för hälsa och välfärd: https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/eshjono/perus2/summary_aikasarja?paltu_0=516039&paltu_1=&eala_0=516136&eala_1=&mittarit_0=18684# den 30 april 2021.
- Institutet för hälsa och välfärd. (2021b). *Statistik och data*. Hämtat från Institutet för hälsa och välfärd: <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik-och-data> den 30 april 2021.
- Internetstiftelsen. (2020). *Digitalt utanförskap 2020 - delrapport av undersökningen Svenskarna och internet*. Stockholm: Internetstiftelsen.
- Johansen, Tormod Otter. (2019). *Förvaltning som verksamhet: bidrag till offentlig-rättens allmänna läror*. (Doktorsavhandling, Göteborgs universitet). Göteborg: Göteborgs universitet.
- Johnsson, Lars-Åke. (2020). *Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer*, 10 uppl., Warsawa: Wolters Kluwer.
- Kotkas, Toomas. (2017). The short and insignificant history of social rights discourse in the Nordic welfare states. I Kotkas, Toomas & Veitch, Kenneth (Red.), *Social rights in the welfare state: origins and transformations*. Milton Park, Abingdon, Oxon: Routledge.
- Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., & van Ginneken, E. (2016). The Netherlands: health system review. *Health Systems in Transition, 18*(2).
- Lebeck, Carl. (2015). Den förvaltningsrättsliga legalitetsprincipen i svensk rätt I: teoretisk och konstitutionell bakgrund. *Förvaltningsrättslig Tidskrift*, nr. 1, 2015, s. 91–130.
- Lebeck, Carl. (2018). *Legalitetsprincipen i förvaltningsrätten*, 1 uppl. Stockholm: Norstedts juridik.
- Lerwall, Lotta. (2009). JO och 1 kap. 9 § regeringsformen. I Ekroth, Jesper & Swanström, Kjell (Red.), *JO – lagarnas väktare*. Stockholm: JO i samarbete med Riksbankens jubileumsfond.
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health, 12*(18).
- Lind, Anna-Sara. (2009). *Sociala rättigheter i förändring: en konstitutionellrättslig studie*. (Doktorsavhandling, Uppsala universitet). Uppsala: Uppsala universitet.
- Lundin, Olle. (2020). Officialprincipen. I Marcusson, Lena, *Offentligrättsliga principer*, 4. uppl. Uppsala: Iustus.
- Marcusson, Lena. (2009). Gränslös tillsyn? JO som extraordinärt tillsynsorgan på

- universitets- och högskoleområdet. I Ekroth, Jesper & Swanström, Kjell (Red.), *JO – lagarnas väktare*. Stockholm: JO i samarbete med Riksbankens jubileumsfond.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2017). *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2018). *Förnuft och känsla. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2019). *Med örat mot marken. Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2020a). *Privata sjukvårdsförsäkringar. Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2020b). *Primärt i vården. En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2020c). *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2021a). *Vården ur befolkningens perspektiv 2020. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2021a). *Vården ur befolkningens perspektiv 2020. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2021b). *Fast kontakt i primärvården. Patienters uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2021c). *Vården ur befolkningens perspektiv 2020*. Hämtat från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys:
<https://www.vardanalys.se/rapporter/varden-ur-befolkningens-perspektiv-2020/den-29-mars-2021>
- Myndigheten för vårdanalys. (2013). *Låt den rätte komma in: Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?* Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Neal, R., Tharmanathan, P., France, B., Din, N., Cotton, S., Fallon-Ferguson, J., . . . Emery, J. (2015). Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review. *Br J Cancer*, Mar 31;112 Suppl 1(Suppl 1), s. 92-107.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2021). *Wat doet de NZa?* Hämtat från Nederlandse Zorgautoriteit: <https://www.nza.nl/over-nza/wat-doet-de-nza> den 30 april 2021
- NHS. (2021a). *Consultant-led Referral to Treatment Waiting Times*. Hämtat från NHS: <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/rtt-waiting-times/>

- den 30 april 2021.
- NHS. (2021b). *Cancer Waiting Times*. Hämtat från NHS:
<https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/cancer-waiting-times/> den 30 april 2021.
- NHS. (2021c). *Consultant-led Referral to Treatment Waiting Times. Annual Statistical Report 2019-20*. Hämtat från NHS:
<https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/rtt-waiting-times> den 30 april 2021.
- Nilbert, M. (2016). Väntetider i cancervården är en patientsäkerhetsfråga. *Läkartidningen*, 51–53/2015. Hämtat från <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/kommentar/2016/01/vantetider-i-cancervarden-ar-en-patientsakerhetsfraga/> den 20 maj 2021.
- NSW Government. (2012). *Waiting Time and Elective Surgery Policy*. Utan ort: NSW Government. Hämtat från
https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/PD2012_011.pdf den 30 april 2021.
- NSW Government. (2019). *2019-20 Service Agreement. An Agreement Between: Secretary, NSW Health and the Example Local Health District, for the period 1 July 2019 – 30 June 2020*. Utan ort: NSW Government. Hämtat från
<https://www.health.nsw.gov.au/Performance/Documents/service-agreement-generic.pdf> den 30 april 2021.
- NSW Government. (den 24 september 2020a). *Governance and legislation for local health district and specialty network boards*. Hämtat från NSW Government:
https://www.health.nsw.gov.au/lhd/boards/Pages/board_governance.aspx den 30 april 2021.
- NSW Government. (2020b). *Corporate Governance & Accountability Compendium for NSW Health*. Utan ort: NSW Government. Hämtat från
<https://www.health.nsw.gov.au/policies/manuals/Publications/corporate-governance-compendium.pdf> den 30 april 2021.
- NSW Government. (den 20 oktober 2020b). *Performance framework*. Hämtat från NSW Government:
<https://www.health.nsw.gov.au/Performance/Pages/frameworks.aspx> den 30 april 2021.
- NSW Government. (2021). *Key facts about NSW*. Hämtat från NSW Government:
<https://www.nsw.gov.au/about-nsw/key-facts-about-nsw> den 30 april 2021.
- OECD. (2019a). *Denmark: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2019b). *United Kingdom: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2019c). *Finland: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2019d). *Iceland: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2019e). *Netherlands: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing.

- OECD. (2019f). *Sweden: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2019g). *Norway: Country Health Profile 2019. State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2020a). *Waiting Times for Health Services. Next in Line*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2020b). *Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2021a). *Health Care Utilisation: Waiting times*. Hämtat från OECD: <https://stats.oecd.org/> den 30 april 2021.
- OECD. (2021b). *Health spending*. Hämtat från OECD Data: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> den 30 april 2021.
- OECD. (den 21 april 2021c). *Health expenditure and financing*. Hämtat från OECD.Stat: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> den 30 april 2021.
- OECD. (den 21 april 2021d). *Hospital beds*. Hämtat från OECD.Stat: <https://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm> den 30 april 2021.
- Olsen, Lena (2004). *Rättsvetenskapliga perspektiv*. Svensk Juristtidning s. 105-145.
- RCC i samverkan. (2021). *Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions- och ledtidsmål i SVF*. Ingen ort: RCC i samverkan.
- Rechel, B., McKee, M., Haas, M., Marchildon, M., Bousquet, F., Blümel, M., & Geissler, A. (2016). Public reporting on quality, waiting times and patient experience in 11 high-income countries. *Health Policy*, 120(4), s. 377-383.
- Rehnberg, C. (2019). *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv*. Stockholm: Expertgruppen för Studier i Offentlig ekonom.
- Rijksoverheid. (2021a). *Monitoring the quality of healthcare*. Hämtat från Rijksoverheid: <https://www.government.nl/topics/quality-of-healthcare/monitoring-and-quality-requirements/monitoring-the-quality-of-healthcare> den 30 april 2021.
- Rijksoverheid. (2021b). *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Hämtat från Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport> den 30 april 2021.
- Rijksoverheid. (den 21 april 2021c). *Health Insurance*. Hämtat från Rijksoverheid: <https://www.government.nl/topics/health-insurance>
- Rijksoverheid. (2021d). *Licenses under the Special Medical Procedures Act*. Hämtat från Rijksoverheid: <https://www.government.nl/topics/quality-of-healthcare/laws-and-regulations-of-healthcare/licences-under-the-special-medical-procedures-act> den 30 april 2021.
- Riksrevisionen. (2019). *Inspektionen för vård och omsorg - en tillsynsverksamhet med förhinder*. Stockholm: Riksrevisionen.
- Rynning, Elisabeth. (2011). Patientens rättsliga ställning – två steg fram och ett tillbaka? I Erhag, Thomas, Mattsson, Titti och Bäckman, Therese (Red.), *Festskrift till Lotta Vahlne Westerhäll*. Stockholm: Santérus.
- Siciliani, L., Borowitz, M., & Moran, V. (2013). *Waiting Time Policies in the Health*

- Sector: What Works?* Paris: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Social- och hälsovårdsministeriet. (2021a). *Val av vårdenhet*. Hämtat från Social- och hälsovårdsministeriet: <https://stm.fi/sv/val-av-vardenhet> den 30 april 2021.
- Social- och hälsovårdsministeriet. (den 4 april 2021b). *Regionförvaltningen*. Hämtat från Social- och hälsovårdsministeriet: <https://stm.fi/sv/regionforvaltningen> den 30 april 2021.
- Socialdepartementet. (den 4 september 2019a). *Godkännande av överenskommelsen om God och nära vård - En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården 2019, S2019/02858/FS*. Hämtat från Regeringskansliet: <https://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2019/09/godkannande-av-overenskommelsen-om-god-och-nara-var-d---en-omstallning-av-hal-so--och-sjukvarden-med-fokus-pa-primarvarden-2019/> den 22 mars 2021.
- Socialdepartementet. (den 20 december 2019b). *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner,*. Hämtat från Regeringskansliet: <https://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2019/12/okad-tillganglighet-i-hal-so--och-sjukvarden-2020--overenskommelse-mellan-staten-och-sveriges-kommuner-och-regioner/> den 22 mars 2021.
- Socialdepartementet. (den 6 februari 2020a). *God och nära vård 2020 – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården, S2020/00440/FS*. Hämtat från Regeringskansliet: <https://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2020/02/god-och-nara-var-d-2020--en-omstallning-av-hal-so--och-sjukvarden-med-fokus-pa-primarvarden/> den 22 mars 2021.
- Socialdepartementet. (den 24 april 2020b). *Ökad tillgänglighet till hälso- och sjukvården 2020. Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*. Hämtat från Regeringskansliet: <https://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2020/04/okad-tillganglighet-i-hal-so--och-sjukvarden-2020--tillagsoverenskommelse-mellan-staten-och-sveriges-kommuner-och-regioner/> den 22 mars 2021.
- Socialdepartementet. (den 29 december 2020c). *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*. Hämtat från Regeringskansliet: <https://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2020/12/overenskommelse-mellan-staten-och-sveriges-kommuner-och-regioner-om-okad-tillganglighet-i-hal-so--och-sjukvarden-2021/> den 22 mars 2021.
- Socialdepartementet. (den 29 december 2020d). *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2021. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*. Hämtat från Regeringskansliet: <https://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2020/12/overenskommelse-mellan-staten-och-sveriges-kommuner-och-regioner-om-jamlik-och-effektiv-cancervard-med-kortare-vantetider-2021/> den 22 mars 2021.
- Socialdepartementet. (den 29 december 2020e). *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om insatser inom området psykisk hälsa och*

- suicidprevention 2021–2022*. Hämtat från Regeringskansliet:
<https://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2020/12/overenskommelse-mellan-staten-och-sveriges-kommuner-och-regioner-om-insatser-inom-området-psykisk-halsa-och-suicidprevention-20212022/> den 7 april 2021.
- Socialdepartementet. (den 30 december 2020f). *Regleringsbrev 2021 Myndighet Inspektionen för vård och omsorg*. Hämtat från Ekonomistyrningsverket:
<https://www.esv.se/statsliggaren/regleringsbrev/?rbid=21450> den 7 april 2021.
- Socialdepartementet. (den 29 januari 2021a). *God och nära vård 2021 - En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, S2021/00820*. Hämtat från Regeringskansliet: <https://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2021/01/god-och-nara-var-d-2021---en-omstallning-av-halso--och-sjukvarden-med-primarvarden-som-nav/> den 22 mars 2021.
- Socialdepartementet. (den 2 februari 2021b). *Tilläggsöverenskommelse om en personcentrerad, tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård för graviditet, förlossning och eftervård. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2021-2022*. Hämtat från Regeringskansliet:
<https://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2021/02/tillaggsoverenskommelse-om-en-personcentrerad-tillganglig-och-jamlik-halso--och-sjukvard-for-graviditet-forlossning-och-eftervard/> den 22 mars 2021.
- Socialstyrelsen. (2016). *Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Slutrapport mars 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017). *Sjukskrivningsmönster och praxis. Skillnader i vårdens arbete*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018a). *Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Slutrapport mars 2018*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018b). *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Februari 2018*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (den 15 oktober 2018c). *Jämlik hälsa, vård och omsorg*. Hämtat från Socialstyrelsen: <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-var-d-och-omsorg/>
- Socialstyrelsen. (2018d). *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018e). *Digitala vårdtjänster*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019a). *Utvecklad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019b). *Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Väntetider i akutsjukvården och fyra tematiska analyser, 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019c). *Att kunna följa patientens väg genom vården. Sätt att koppla samman vårdhändelser i patientens vårdprocess. Rapport februari 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019d). *Öppna jämförelser 2018. En god vård? Övergripande*

- uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019e). *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga. Öppna jämförelser 2019.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2020a). *Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020. Regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2020b). *Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2020c). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Lägesrapport 2020.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2021a). *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2021b). *Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statskontoret. (2020). *På väg mot en bättre tillsyn? En studie av den statliga tillsynens utveckling.* Stockholm: Statskontoret.
- Sterzel, Fredrik. (1998). *Författning i utveckling: konstitutionella studier.* Uppsala: Iustus.
- Sterzel, Fredrik. (2020). Legalitetsprincipen i Marcusson, Lena, *Offentligrättsliga principer*, 4. uppl. Uppsala: Iustus.
- Stjórnarráðið. (2021). *Life and Health.* Hämtat från Stjórnarráðið: <https://www.government.is/topics/life-and-health/> den 30 april 2021
- Strömberg, Håkan & Lundell, Bengt. (2018). *Allmän förvaltningsrätt*, 27:e uppl. Stockholm: Liber.
- Sundhedsdatastyrelsen. (2021). *Erfarede ventetider i somatikken.* Hämtat från Sundhedsdatastyrelsen: <https://www.esundhed.dk/Emner/Patienter-og-sygehuse/Erfarede-ventetider-til-operation> den 30 april 2021.
- Sundhedsministeriet. (2017). *Healthcare in Denmark – An Overview.* Köpenhamn: Sundhedsministeriet.
- Sundhedsministeriet. (2021b). *Organisationsdiagram for ministerområdet.* Hämtat från Sundhedsministeriet: <https://sum.dk/ministeriet/organisationsdiagram-for-ministeromraadet> den 30 april 2021
- Sundhedsstyrelsen. (den 24 maj 2019b). *Reglerne om maksimale ventetider blev overtrådt 13 gange i april.* Hämtat från Sundhedsstyrelsen: <https://www.sst.dk/da/nyheder/2019/reglerne-om-maksimale-ventetider-blev-overtraadt-13-gange-i-april> den 30 april 2021.
- Sundhedsstyrelsen. (den 26 april 2021). *Overtrædelse af regler om ventetider på kræft- og hjerteområdet.* Hämtat från Sundhedsstyrelsen: <https://www.sst.dk/da/Viden/Kraeft/Maksimale-ventetider/Overtraedelse-af-regler-om-ventetider> den 30 april 2021.
- Sundhedsministeriet. (2021a). *Sundhedsvæsenet.* Hämtat från Sundhedsministeriet: <https://sum.dk/arbejdsomraader/sundhedsvaesenet> den 30 april 2021.
- Sundhedsstyrelsen. (den 26 mars 2019). *Strategi, mission og værdier.* Hämtat från

- Sundhetsstyrelsen: <https://www.sst.dk/da/Om-os/Strategi-og-grundlag/Strategi-mission-og-vaerdier> den 30 april 2021.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2016). *Väntetider och vårdgarantier. Vad är det som är så svårt?* Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2020). *Markörbaserad journalgranskning. Skador i somatisk vård januari 2013 - december 2019, nationell nivå.* Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2021). *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2020. Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården.* Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (uå a). *Tillgång till den hälso- och sjukvård man behöver.* Hämtat från Vården i siffror: <https://vardenisiffror.se/indikator/6ca247a0-a9e8-43e1-9ae3-859853ad3c74?datefrom=2016-02-01&dateto=2020-12-31&periodtype=year&relatedmeasuresbyentry=kallsystem&relatedmeasuresbyid=b620cd39-c736-4b45-be3e-c7f5e091c262&units=25&units=24&units=23&units=22&u> den 29 mars 2021.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (uå b). *Kontakt med primärvården - Telefontillgänglighet.* Hämtat från Väntetider i vården: <https://www.vantetider.se/Kontaktkort/Sveriges/PrimarvardTelefon/> den 29 mars 2021.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (uå c). *Läkarbesök i primärvården.* Hämtat från Väntetider i vården: <https://www.vantetider.se/Kontaktkort/Sveriges/PrimarvardBesok/> den 29 mars 2021.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (uå d). *Befolkningens syn på hälso- och sjukvården 2020.* Hämtat från Vården i siffror: <https://vardenisiffror.se/rapport/9d95c532-046c-4386-9c43-a603bdddb363?> den 22 mars 2021.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (uå f). *Primärvård 2019.* Hämtat från Nationell patientenkät: <https://patientenkat.se/sv/resultat/Primarvard/2019> den 29 mars 2021.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (uå g). *Uppfattning om vården ges på lika villkor.* Hämtat från Vården i siffror: <https://vardenisiffror.se/indikator/80b43de5-2e5a-47ca-a30d-dd6ec96be9f7?datefrom=2016-02-01&dateto=2020-12-31&periodtype=year&relatedmeasuresbyentry=kallsystem&relatedmeasuresbyid=b620cd39-c736-4b45-be3e-c7f5e091c262&units=25&units=24&units=23&units=22&u> den 29 mars 2021.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (uå h). *Planerad specialiserad vård - Operation/Åtgärd.* Hämtat från Väntetider i vården: <https://www.vantetider.se/Kontaktkort/Sveriges/SpecialiseradOperation/> den 29 mars 2021.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (uå i). *Specialiserad sjukhusvård öppen 2018.* Hämtat från Nationell patientenkät: <https://patientenkat.se/sv/resultat/Specialiserad%20sjukhusvård%20öppen/2018> den 29 mars 2021.

- Sveriges Kommuner och Regioner. (uå j). *Specialiserad sjukhusvård slutet 2018*. Hämtat från Nationell patientenkät: <https://patientenkät.se/sv/resultat/Specialiserad%20sjukhusvård%20sluten/2018> den 29 mars 2021.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (uå k). *Medicinsk bedömning*. Hämtat från Väntetider.se: <https://www.vantetider.se/resultat/medicinsk-bedomning/?year=2021&month=Mars&intervals=undefined®ionId=0> den 7 maj 2021.
- The Commonwealth Fund. (2017). *Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care*. Utan ort: The Commonwealth Fund. Hämtat från https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2017_jul_schneider_mirror_mirror_2017.pdf den 30 april 2021.
- The Commonwealth Fund. (den 5 juni 2020a). *International Health Care System Profiles: England*. Hämtat från The Commonwealth Fund: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england> den 30 april 2021.
- The Commonwealth Fund. (den 5 juni 2020b). *International Health Care System Profiles: Norway*. Hämtat från The Commonwealth Fund: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway> den 30 april 2021.
- United Nations. (den 21 april 2021a). *Total population (both sexes combined) by region, subregion and country, annually for 1950-2100 (thousands)*. Hämtat från United Nations. World Population Prospects 2019: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/> den 30 april 2021.
- United Nations. (den 21 april 2021b). *Population density by region, subregion and country, 1950-2100 (persons per square km)*. Hämtat från United Nations. World Population Prospects 2019: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/> den 30 april 2021.
- United Nations. (den 21 april 2021c). *Total population (both sexes combined) by five-year age group, region, subregion and country, 1950-2100 (thousands)*. Hämtat från United Nations. World Population Prospects 2019: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/> den 30 april 2021.
- Vahlne Westerhäll, Lotta (2012). Socialrättens regelsystem, rättskällor och tolkningsnormer. *Nordisk socialrättslig tidskrift*, nr. 5–6, 2012 s. 7–33.
- Valvira. (den 23 juni 2020a). *Valviras datalager*. Hämtat från Valvira: https://www.valvira.fi/web/sv/valvira/tillstand_till_valviras_material/valviras-datalager den 30 april 2021.
- Valvira. (den 22 maj 2020b). *Tillsyn över hälso- och sjukvården*. Hämtat från Valvira: <https://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/tillsyn-over-halso-och-sjukvarden> den 30 april 2021.

- Volksgezondheidszorg. (2021). *Wachttijden*. Hämtat från Volksgezondheidszorg: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/wachttijden/ziekenhuiszorg#!node-wachttijden-ziekenhuiszorg> den 30 april 2021.
- Wennergren, Bertil. (1984). Förvaltningens fria skön, *Förvaltningsrättslig Tidskrift*, nr. 4–6, 1984 s. 378–392.
- Young, KG. (2010). Securing health through rights. I Pogge, Thomas, Rimmer, Matthew & Rubenstein, Kim (Red.), *Incentive for Global Public Health. Patent Law and Access to Essential Medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Zorg Instituut Nederland. (2021). *The Dutch health care system*. Hämtat från Zorg Instituut Nederland: <https://english.zorginstituutnederland.nl/about-us/healthcare-in-the-netherlands> den 30 april 2021.
- Åhman, Karin. (2018). Legalitetsprincipen i en ny förvaltningslag? *Förvaltningsrättslig Tidskrift*, nr. 3, 2018 s. 457–464.

Offentligt tryck

Utskottsbetänkanden

Konstitutionsutskottets betänkande 1973:KU26 KU:s memorial med förslag till RF.
Finansutskottets betänkande 2009/10:FiU12 En tydlig, rättssäker och effektiv tillsyn.
Socialutskottets betänkande 2017/18:SoU22 Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.

Propositioner och regeringsskrivelser

- Prop. 1973:90 Kungl. Maj:ts proposition nr 90 år 1973 med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m. m.
- Prop. 1975/76:209 Regeringens proposition om ändring i regeringsformen.
- Prop. 1979/80:6 Regeringens proposition om socialstyrelsens uppgifter och organisation, m.m.
- Prop. 1981/82:97 Regeringens proposition om hälso-och sjukvårdslag, m.m.
- Prop. 1993/94:188 Lokal demokrati.
- Prop. 1995/96:176 Förstärkt tillsyn över hälso-och sjukvården.
- Prop. 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
- Prop. 1997/98:109 Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.
- Prop. 2001/02:72 Ändringar i regeringsformen - samarbetet i EU m.m.
- Prop. 2001/02:80 Demokrati för det nya seklet.
- Prop. 2004/05:89 Behörigheten för läkare i enskild verksamhet, m.m.
- Prop. 2008/09:160 Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten.
- Prop. 2009/10:67 Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning.
- Skr. 2009/10:79 En tydlig, rättssäker och effektiv tillsyn.
- Prop. 2009/10:80 En reformerad grundlag.
- Prop. 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn.

- Prop. 2012/13:20 Inspektionen för vård om omsorg – en ny tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst.
- Prop. 2013/14:106 Patientlag.
- Prop. 2013/14:118 Privata utförare av kommunal verksamhet.
- Prop. 2016/17:43 En ny hälso- och sjukvårdslag.
- Prop. 2016/17:180 En modern och rättssäker förvaltning - ny förvaltningslag.
- Prop. 2017/18:83 Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.
- Prop. 2019/20:164 Inriktning för nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform.

Statliga offentliga utredningar

- SOU 1975:75 Medborgerliga fri- och rättigheter. Regeringsformen. Betänkande av 1973 års fri-och rättighetsutredning.
- SOU 1979:78 Mål och medel för hälso- och sjukvården. Förslag till hälso- och sjukvårdslag. Betänkande av hälso-och sjukvårdsutredningen (HSU).
- SOU 1997:154 Patienten har rätt. Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000).
- SOU 2002:14 Statlig tillsyn. Granskning på medborgarnas uppdrag. Delbetänkande av Tillsynsutredningen.
- SOU 2013:2 Patientlag. Delbetänkande av Patientmaktsutredningen.
- SOU 2013:40 Att tänka nytt för att göra nytta – om perspektivskiften i offentlig verksamhet.
- SOU 2015:46 Skapa tilltro. Generell tillsyn, enskildas klagomål och det allmänna ombudet inom socialförsäkringen. Betänkande av Utredningen om tillsyn inom socialförsäkringsområdet.
- SOU 2016:2 Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.
- SOU 2018:48 En lärande tillsyn - Statlig granskning som bidrar till verksamhetsutveckling i vård, skola och omsorg.
- SOU 2019:29 God och nära vård.
- SOU 2021:8 När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa.

Riksdagsskrivelser

- Rskr. 2009/10:210.
- Rskr. 2017/18:294.

Kommittédirektiv

- Dir. 2020:81 Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården
- Dir. 2020:83 Begränsning av privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälso- och sjukvård

Rättspraxis

RÅ 1990 ref. 39

RÅ 1993 ref. 41

RÅ 1994 ref. 29

HFD 2016:46

HFD 2020:28

Europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna (Europadomstolen)

Arskaya v. Ukraine, no. 45076/05, 5 december 2013.

Calvelli and Ciglio v. Italy [GC], no. 32967/96, 17 januari 2002.

Cyprus v. Turkey, no. 25781/94 [GC], 10 maj 2001.

Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal [GC], no. 56080/13, 19 december 2017.

Nitecki v. Poland, no. 65653/01, 21 mars 2002.

Pentiacova and others v. Moldova, no. 14462/03, 4 januari 2005.

VO v. France [GC], no. 53924/00, 8 juli 2004.

Riksdagens ombudsmän (JO)

JO 2006/07 s. 226.

JO 2009/10 s. 398.

JO, beslut den 25 maj 2010, dnr 3834-2009.

JO 2011/12 s. 401.

JO 2014/15 s. 182.

JO 2015/16 s. 507.

JO 2018/19 s. 122.

JO, beslut den 18 december 2018, dnr. 1179-2018.

JO 2019/20 s. 168.

JO, beslut den 23 september 2019, dnr. 3661-2018.

JO, beslut den 28 april 2021, dnr O 60-2019.

Bilaga 1. Intressenter som IVO har samrått med i uppdraget

Patient- och anhörigföreningar	Professionsföreningar	Branschföreträdare	Övriga
Autism- och Aspergerförbundet	Akademikerförbundet SSR	BOSSE Råd, Stöd & Kunskapscenter	Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (dir. 2020:81)
Demensförbundet	Barnmorskeförbundet	FAMNA	Försäkringskassan
Funktionsrätt Sverige	Fysioterapeuterna	STIL - personlig assistans och politisk påverkan	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Nationell Samordning för psykisk hälsa	Kommunal	Sveriges Kommuner och Regioner	Socialstyrelsen
Neuroförbundet	Naturvetarna	Sveriges Apoteksförening	
Njurförbundet	Svensk Sjuksköterskeförening	Vårdföretagarna Almega	
Nätverket mot cancer	Sveriges Arbetsterapeuter		
Riksförbundet HjärtLung	Sveriges Farmaceuter		
Svenska Diabetesförbundet	Sveriges Läkarförbund		
Sveriges Dövas Riksförbund	Vision		
SPF-seniorerna	Vårdförbundet		

Bilaga 2. Internationell utblick: redovisning per land

I regeringsuppdraget ingår att göra en internationell utblick för att beskriva hur tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården bedrivs i ett antal andra länder, främst i de nordiska grannländerna.

Den internationella utblicken har genomförts av Sirona Health Solutions på IVO:s uppdrag.

Inledning

Jämförelsen bygger på information från en kombination av sekundära källor (huvudsakligen rapporter och myndigheters hemsidor) och primära källor (intervjuer). Kartläggningen av varje land inleddes med en studie av skriftligt material och tillgänglighetsdata. Informationen validerades och kompletterades sedan i en intervju med en eller flera kontaktpersoner på landets tillsynsmyndighet. I vissa fall ledde intervjun till att nya skriftliga källor eller datakällor kunde identifieras och kartläggningen utökades då med dessa.

Inför intervjuerna gjorde vi en engelsk översättning av uppdragets frågeställningar. Denna sändes, tillsammans med en kort introduktion av uppdraget, ut till kontaktpersoner hos de organisationer och myndigheter som vi identifierat. Kontaktpersonerna tog sedan ställning till om de kunde besvara samtliga frågor, eller om fler personer från organisationen behövde delta i intervjun. Intervjuerna genomfördes som videosamtal.

Val av länder för jämförelsen

De nordiska länderna är närliggande och har generellt hälso- och sjukvårdssystem som är jämförbara med Sveriges. Därför är dessa särskilt intressanta när det gäller lärdomar som är relevanta för den svenska tillsynen av tillgänglighet. Danmark, Finland, Island och Norge ingår därför i jämförelsen.

Urval av övriga länder har skett med kriterierna att länderna bör ha högt rankade hälso- och sjukvårdssystem samt inkludera både skatte- och försäkringsfinansierade vårdssystem för att ge störst lärdomar för den svenska tillsynen av tillgänglighet. Bedömningen av hur hälso- och sjukvårdssystemen är rankade skedde med utgångspunkt från en rapport av The Commonwealth Fund där olika länders sjukvårdssystem utvärderas, bland annat utifrån tillgänglighet (The Commonwealth Fund, 2017).

Sammantaget valdes följande länder att komplettera de nordiska i den internationella utblicken: England vars skattefinansierade hälso- och sjukvårdssystem rankas högst av de studerade länderna. Australien vars skattefinansierade hälso- och sjukvårdssystem rankas näst högst i studien. Nederländerna vars försäkringsfinansierade hälso- och

sjukvårdssystem rankas tredje högst i studien.

Avgränsningar

Den internationella utblicken har avgränsats till att gälla väntetidsaspekten av tillgängligheten, mer precist till väntetid och tillgång till elektiv specialistsjukvård med fokus på första besök respektive väntetid till operation och åtgärd.

Huvudsakligt fokus för jämförelsen, framför allt i intervjuerna med tillsynsmyndigheter i andra länder, har varit att förstå och jämföra det faktiska arbetssättet i länderna snarare än de juridiska förutsättningarna.

Vi har intervjuat en eller två personer per land (tillsynsmyndighet). Iakttagelserna är därför färgade av enskilda individers kunskaper, perspektiv och erfarenheter. Sammantaget, utifrån kvaliteten på de genomförda intervjuerna samt utifrån metodtriangleringen av intervjuer och sekundärkällor som bekräftar den förmedlade bilden, ser vi ingen anledning att ifrågasätta resultaten.

Australien

Huvudsakliga iakttagelser

- Ingen nationell tillsynsmyndighet, tillsynen sker av myndigheter på regionnivå.
- Nationella väntetidsmål för elektiv kirurgi utifrån medicinsk angelägenhet fördelade i tre olika kategorier, <30 dagar, <90 dagar och <365 dagar.
- Tydlig övervakning och uppföljning av väntetider i New South Wales samt tydlig process för eskalering av tillsynsåtgärder vid bristande tillgänglighet.

Hälsa- och sjukvårdssystem

I Australien är två tredjedelar av hälso- och sjukvårdens kostnader skattefinansierade medan en tredjedel finansieras av exempelvis sjukvårdsförsäkringar och privatpersoner (Australian Institute of Health and Welfare, 2018). Australiensiska medborgare har tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster via Medicare som är det offentligt finansierade sjukvårdsförsäkringssystemet (Australian Institute of Health and Welfare, 2018). Landet är uppdelat i åtta delstater och fastlandsterritorier (Australian Government, 2021) där New South Wales med sina 8 miljoner invånare är, med avseende på folkmängd, landets största delstat (NSW Government, 2021).

Tabell 4. Australiens hälso- och sjukvårdssystem och förutsättningar

Område	Beskrivning
Hälso- och sjukvårdssystem	Beveridge ¹ , skattefinansierat
Styrning av specialistsjukvård	Regionalt styre
Hälso- och sjukvårdskostnadens andel av BNP (2019)	9,3 procent
Hälso- och sjukvårdskostnad per capita (2019)	5 187 US dollar
Antal invånare (2020)	26 miljoner
Invånare per km ² (2020)	3,3
Andel av befolkning över 65 år (2020)	16 procent
Andel av befolkning under 14 år (2020)	19 procent
Antal vårdplatser per 1000 invånare (2016)	3,8
Medelvårdtid (2017)	4,1 dygn

¹ Hälso- och sjukvården finansieras och organiseras i huvudsak av offentliga medel för alla invånare.

Källor: (Australian Institute of Health and Welfare, 2018; OECD, 2021c; OECD, 2021b; OECD, 2021d; United Nations, 2021a; United Nations, 2021b; United Nations, 2021c)

Ansvar och drift för hälso- och sjukvården delas i Australien mellan tre nivåer:

- Australiensiska staten – ansvarar för nationella riktlinjer för hälso- och sjukvård, administration av Medicare samt finansiering av sjukhus via bidrag till delstater och fastlandsterritorier (Australian Institute of Health and Welfare, 2018).
- Delstater och fastlandsterritorier – ansvarar för att bedriva och delvis finansiera primärvården och specialistsjukvården (Australian Institute of Health and Welfare, 2018). Varje delstat och territorium är indelat i lokala hälsodistrikt som på uppdrag av delstaterna och territorierna ansvarar för sjukhus i sina geografiska områden (NSW Government, 2020a).
- Lokala myndigheter – ansvarar för exempelvis hemsjukvård och hälsofrämjande aktiviteter (Australian Institute of Health and Welfare, 2018).

Reglering av tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Den australiensiska staten och delstaterna ansvarar för att hälso- och sjukvården följer de standarder som finns fastställda i *Australian Charter of Healthcare Rights* (Australian Institute of Health and Welfare, 2018). I detta dokument är det bland annat fastställt att alla som befinner sig i Australien har rätt till hälso- och sjukvård. Tillgänglighet till hälso- och sjukvård är inte reglerad i lag eller andra nationella dokument utöver detta eftersom accepterade standarder för tillgänglighet ändras över tid. Det finns dock nationella mål för elektiv kirurgi och akutsjukvård som samtliga delstater strävar efter att uppnå. Dessa mål finns dokumenterade i rapporten *National definitions for elective surgery urgency categories* (Australian Institute of Health & Welfare and the Royal Australasian College of Surgeons, 2013).

Styrformer

I New South Wales är det Ministry of Health som är ansvariga för tillgängligheten till sjukvård där man arbetar med väntetidsmål för både elektiv kirurgi och akutsjukvård. Man har dock inga väntetidsmål för första besök till specialistsjukvården.

Väntetidsmålen för elektiv kirurgi följer de nationella målen men är även fastställda i *Waiting Time and Elective Surgery Policy in NSW* (NSW Government, 2012). Målen är uppdelade i följande tre kategorier:

- Kategori 1 – brådskande tillstånd (ex. hjärtklaffsoperation) – ska åtgärdas inom 30 dagar från beslut.
- Kategori 2 – semi brådskande tillstånd (ex. kolposkopi) – ska åtgärdas inom 90 dagar från beslut.
- Kategori 3 – icke brådskande tillstånd (ex. septoplastik) – ska åtgärdas inom 365 dagar från beslut.

Mål för respektive kategori finns fastställt i ett avtal mellan de lokala hälsodistrikten och Ministry of Health och måluppfyllelse redovisas månadsvis i en prestandarapport (NSW Government, 2020b). Denna rapport använder Ministry of Health för planering och för att övervaka hur de lokala hälsodistrikten presterar. För kategori 1 anses hälsodistrikten prestera bra om 100 procent av alla patienter blir behandlade i tid, för kategori 2 och 3 är målet 97 procent (NSW Government, 2019).

Patienter i New South Wales kan rapportera till Health Care Complaints Commission om de är missnöjda med sin vård. Exempelvis skulle en patient kunna rapportera att hen har väntat för länge på vård om det kan bevisas att detta påverkade hens hälsa.

Tillsynsmyndigheters ansvar och befogenheter

I New South Wales arbetar Ministry of Health med bristande tillgänglighet i de lokala hälsodistrikten enligt fem nivåer som finns beskrivna i dokumentet *Corporate Governance and Accountability Compendium* (NSW Government, 2020b):

- Nivå 0 – inga identifierade brister, inga åtgärder behöver vidtas.
- Nivå 1 – identifierad brist som dokumenteras.
- Nivå 2 – identifierad brist kvarstår och en åtgärdsplan tas fram av ledningen för det lokala hälsodistriktet.
- Nivå 3 – åtgärdsplanen fungerar inte enligt plan och en mer omfattande strategi för hur målvärden återigen ska nås tas fram av ledningen för det lokala hälsodistriktet.
- Nivå 4 – den framtagna återhämtningsstrategin har inte åtgärdat problemet och förändringar i styrningen av hälso- och sjukvården i hälsodistriktet kan behövas.

Som beskrivet tidigare redovisas måluppfyllelse av kategori 1, 2 och 3 månadsvis i en prestandarapport från hälsodistrikten. Med denna rapport som underlag tar Ministry of Health ställning till om ett lokalt hälsodistrikt presterar enligt uppsatta mål eller om tillgängligheten bedöms som bristfällig och att hälsodistriktet därmed borde flyttas upp

till en annan nivå, se ovan (NSW Government, 2020b). Utöver de åtgärder som Ministry of Health vidtar för respektive nivå kan även en del av hälsodistriktens finansiering tas bort om de inte uppfyller fastställda mål och standarder. Möjligheten finns således, men i praktiken används det dock väldigt sällan.

Övervakning av väntetider till vård

På AIHW:s hemsida finns sammanställd statistik över tillgänglighet till sjukvård i Australien (exempelvis hur väl delstaterna uppfyller väntetidsmål inom respektive kategori) (Australian Institute of Health and Welfare, 2021). Data redovisas för samtliga delstater och för hela nationen och publiceras varje år. AIHW har inget ansvar eller makt över tillsynen, de redovisar bara resultaten.

Statistik för akutsjukvård, elektiv vård, utskrivna patienter och ambulansverksamhet för New South Wales ges även ut av Bureau of Health Information (BHI) (Bureau of Health Information, 2020). Data finns för specifika sjukhus, lokala hälsodistrikt och som genomsnitt för delstaten. Ny statistik och rapporter publiceras varje kvartal. Publicerad statistik av AIHW och BHI finns tillgänglig för hela befolkningen och är gratis.

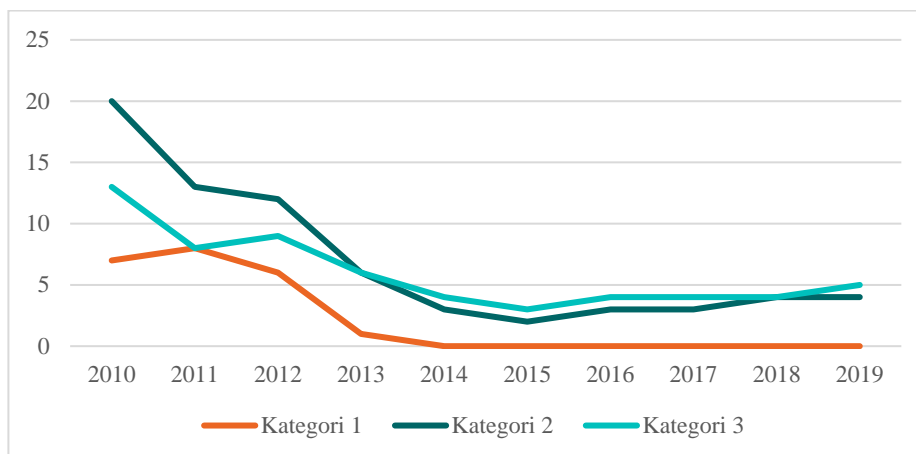
I New South Wales är det Ministry of Health som hämtar in, bearbetar och analyserar tillgänglighetsdata från respektive sjukhus. Det framställda underlaget används för att monitorera utvecklingen och vid behov eskalera tillsynsnivån (nivå 0 till 5, se ovan). Bearbetad data skickas sedan vidare till AIHW och BHI för att publiceras.

Tillgänglighet och tillsynens agerande år 2010–2020

Utveckling av tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Enligt statistik, som presenteras i figur 1, har andelen patienter som inte fått vård inom de fastställda väntetidsmålen för kategori 1, 2 och 3 minskat i New South Wales under perioden 2010–2019 (Bureau of Health Information, 2020). Sedan 2014 har samtliga patienter inom kategori 1 mottagit vård inom väntetidsmålet på 30 dagar. I kategori 2 och 3 har en något högre andel patienter, ca 5 procent under perioden 2014–2019, inte fått vård inom väntetidsmålet om 90 respektive 365 dagar.

Figur 1. Utveckling av tillgänglighet i New South Wales 2010–2019: andel patienter som inte fått vård inom fastställda väntetidsmål (procent)



Kommentar: figuren visar andel patienter som inte fått vård inom fastställda väntetidsmål för perioden januari till och med mars respektive år.

Källa: (Bureau of Health Information, 2020).

Tillsynsmyndighetens agerande

Enligt information från intervjuer har Ministry of Health i New South Wales arbetat aktivt för att korta väntetiderna till elektiv kirurgi, som för 10–15 år sedan var väldigt långa. Man har bland annat arbetat med att utöka dagkirurgin, se till att vårdpersonalen använder sin tid effektivt samt även nyttja operationskapacitet inom den privata sektorn. Delstaten har också arbetat aktivt med att korta väntetiderna under covid-19-pandemin, där man under hösten 2020 har lyckats minska antalet väntande från 10 000 till 6 000.

I intervjuerna nämns också att Ministry of Health lägger stor vikt vid goda relationer med personalen i verksamheterna i kombination med tydlig kommunikation. Ett exempel på detta är en strävan efter att alla ska vara överens om mål, policy och riktlinjer innan de fastställs.

Danmark

Huvudsakliga iakttagelser

- Sundhedsstyrelsen är en underinstitution till hälsodepartementet som agerar rådgivare inom vårdfrågor och har nationellt ansvar för vårdplanering och väntetider.
- Lagstadgade väntetidsmål till första besök och operation/åtgärd.
- Lagstadgade väntetidsmål för misstänkt livshotade sjukdomar inom cancer och kardiologi.
- Sundhedsstyrelsen följer offentliga väntetidsdata och publicerar information över vårdgivare som inte uppfyller väntetidsmål.

Hälsa- och sjukvårdssystem

Danmarks hälsa- och sjukvårdssystem är grundat på principen om varje individs lika rätt till vård. 84 procent av vården finansieras av statliga medel. Cirka 40 procent av Danmarks befolkning har kompletterande privata sjukförsäkringar (OECD, 2019a). I Danmark är all hälsa- och sjukvård helt kostnadsfri för medborgarna, med undantag för tandvård och fysioterapi där patienten erlägger en delsumma som patientavgift.

En sammanfattning av Danmarks hälsa- och sjukvårdssystem, demografi och vårdkonsumtion visas i tabell 2.

Tabell 5. Danmarks hälsa- och sjukvårdssystem och förutsättningar

Område	Beskrivning
Hälsa- och sjukvårdssystem	Beveridge ¹ , skattefinansierat
Styrning av specialistsjukvård	Regionalt styre
Hälsa- och sjukvårdskostnadens andel av BNP (2019)	10 procent
Hälsa- och sjukvårdskostnad per capita (2019)	5 568 US dollar
Antal invånare (2020)	5,8 miljoner
Invånare per km ² (2020)	136,5
Andel av befolkning över 65 år (2020)	20 procent
Andel av befolkning under 14 år (2020)	16 procent
Antal vårdplatser per 1000 invånare (2019)	2,6
Medelvårdtid (2018)	5,4 dygn

¹ Hälsa- och sjukvården finansieras och organiseras i huvudsak av offentliga medel för alla invånare.

Källor: (OECD, 2019a; OECD, 2021c; OECD, 2021b; OECD, 2021d; Sundhedsministeriet, 2017; United Nations, 2021a; United Nations, 2021b; United Nations, 2021c).

Hälsa- och sjukvårdssystemet i Danmark är reglerat på tre olika nivåer: statlig, regional och kommunal.⁷ Staten har det övergripande ansvaret och utför övervakning samt tillsyn för att säkerställa att vården håller god kvalitet. Fem sjukvårdsregioner ansvarar för sjukhus, allmänläkare och den psykiatriska vården. Nittioåtta kommuner har ansvar för hemsjukvård, preventiv vård, rehabilitering och äldreomsorg.

Reglering av tillgänglighet i hälsa- och sjukvården

I Danmark är tillgänglighet till vård reglerad inom sundhedsloven (2018:191).⁸ Lagen ställer krav på att hälsa- och sjukvården uppfyller behovet av enkel och jämlik tillgång till vård, valfrihet, transparens i information och korta väntetider för besök och operation/åtgärd. Nationella lagar ställer krav på att första besök och operation/åtgärd ska ges inom en avgränsad tid. Patienten har i landet en stark ställning och kan genom ett etablerat valfrihetssystem fritt välja vårdgivare/sjukhus, även i andra regioner än i

⁷ Om inget annat anges är all information i detta stycke hämtad från (Sundhedsministeriet, 2017).

⁸ Om inget annat anges är all information i detta stycke taget från Sundhedsloven (2018:191).

den egna.

Över tid har staten kommit att ta en allt större roll i det tidigare decentraliserade danska sjukvårdssystemet, med betoning på starkare övervakning och reglering (OECD, 2019a). Sundhedsministeriet har till uppgift att implementera en gemensam riktning och främja en målinriktad samt samordnad hälso- och sjukvård i Danmark (Sundhedsministeriet, 2021a). Sundhedsministeriet är en koncern som omfattar åtta underinstitutioner med varsitt uppdrag inom vården (Sundhedsministeriet, 2021b).

Styrformer

Hälso- och sjukvårdens övergripande organisations och ansvarsfördelning regleras i Danmark av Sundhedsloven (2018:191). 2007 trädde den danska kommunalreformen i kraft vilket gjorde att fjorton landsting blev till fem större regioner. Reformerna skapade ett sjukhusnätverk med färre och mer specialiserade sjukhus med större patientvolym (OECD, 2019a). Samtliga regioner inrättade ett eller flera kontor med syfte att informera, vägleda och ge råd om patienters rättigheter, inklusive tillgång till behandling, fritt och utökat val av sjukhus och information om väntetider (11 kap. 51 § sundhedsloven [2018:191]). Reformen följdes av ett flertal år med ökande centralisering av åtgärder till färre sjukhus, vilket kan ha påverkat förutsättningarna för tillgänglighet till vård i landet.

Tillgänglighet till hälso- och sjukvården styrs av ett antal tidsramar som vårdgivare är skyldiga att följa enligt sundhedsloven (2018:191):

- Senast åtta dagar efter att remiss anlänt till specialistsjukvården ska patienten erhålla kallelse med information om datum och plats för besök.
- Regionen har ansvar att försäkra att patienter som blir hänvisade till sjukhus får ett första besök inom specialiserad vård inom en månad (30 dagar) från remissdatumet. Medborgare i behov av sjukvård har, inom vissa gränser, fri valfrihet av att välja de offentliga eller privata sjukhus de vill.
- Beslutade operationer/åtgärder ska påbörja inom 30 dagar. Om regionen inte kan erbjuda behandling inom 30 dagar har patienten rätt att gå till ett annat sjukhus.

När det gäller behandling av misstänkt livshotande sjukdomar har Sundhedsstyrelsen fastställt maximala väntetider som patienten ska få vård inom (21 kap. sundhedsloven [2018:191]):

- Inom åtta dagar från remiss ska regionen informera om de kan erbjuda behandling inom regionen och då skicka kallelse för första besök.
- Om regionen inte kan erbjuda operation/åtgärd inom de maximala väntetiderna för behandlingspaketet (se nedan) informerar dem Sundhedsstyrelsen som hänvisar, om möjligt, till annan vårdgivare.

För cancersjukvården finns 28 standardiserade vårdförlopp, så kallade *kræftpakke*, som närmare anger skarpa väntetidsmål. Läkare som undersöker patient avgör vilket *kræftpakke* som krävs och fastställer därmed väntetidsmål. Övriga standardiserade

vårdförlopp, generellt kallade *behandlingspakke*, finns även för vård inom kardiologi och avgörs på samma sätt som inom cancersjukvården. Danmark arbetar med att utforma ett liknande *behandlingspakke* inom psykiatri.

Tillsynsmyndigheters ansvar och befogenheter

Sundhedsstyrelsen är en underinstitution till Sundhedsministeriet (Sundhedsministeriet, 2021b). Sundhedsstyrelsen agerar rådgivare till hälsodepartementet, regioner och kommuner samt utformar rekommendationer, riktlinjer och handlingsplaner (Sundhedsstyrelsen, 2019). Förutom att ge vägledning om hur hälso- och sjukvården ska bedrivas enligt lagen, kan Sundhedsstyrelsen även genomföra utvärderingar av verksamheter i syfte att främja kvalitetsutveckling (66 kap. sundhedsloven, [2018:191]). Information från våra intervjuer indikerar att Sundhedsstyrelsen fastställer vilka regioner/vårdgivare som ska bedriva vilken typ av vård och att dem har nationellt ansvar över väntetider till vård.

Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS), en annan underinstitution till Sundhedsministeriet, har i uppdrag att stärka patientsäkerheten som bland annat inkluderar att övervaka vårdpersonal och vårdgivare.⁹ Inspektioner utförs reaktivt som svar på anmälningar och patientklagomål eller proaktivt, exempelvis om Sundhedsstyrelsen framfört misstankar om patientsäkerhetsrisker hos en vårdgivare. STPS har befogenheten att utföra förelägganden och utfärda beslut om att tillfälligt avbryta verksamheter. Både Sundhedsstyrelsen och STPS kan fastställa bestämmelser om påföljder i form av böter för brott mot bestämmelser.

Övervakning av väntetider till vård

Sundhedsdatastyrelsen, som är en underinstitution till Sundhedsministeriet, har i uppdrag att skapa ett sammanhängande system för landets vårddata till vilket allmänheten har åtkomst.¹⁰ Hälsodatabasen möjliggör en transparens gentemot medborgare som därigenom kan göra medvetna val av vårdgivare utifrån data om kvalitet och tillgänglighet. Sundhedsdatastyrelsen har publicerat nationella sammanställningar över erfarna väntetider för genomförda operationer 2010–2019 per månad och region. Sammanställningarna redovisas i antal dagar och omfattar den tid från att patienten blivit registrerad vid första remiss till genomförd operation. Till skillnad från andra länder med liknande tillgänglighetsmål har Danmark valt att främst fokusera på utveckling av tillgänglighet som genomsnittlig väntetid i dagar snarare än måluppfyllelse. Senaste uppdatering av måluppfyllelse inom maximala väntetider (operation inom 30 dagar från beslut) publicerades i en rapport från 2016 där måluppfyllelse var 54 procent år 2015 (Sundhedsdatastyrelsen, 2016). Detta försvårar jämförelse med exempelvis Sverige som främst mäter tillgänglighet som måluppfyllelse av vårdgarantin. Som nämnt innan indikerar våra intervjuer att Sundhedsstyrelsen har primärt ansvar för väntetider där de kontinuerligt följer publicerad data och kontakter regioner om väntetider ökar för att diskutera orsaker och lösningar.

⁹ Om inget annat anges är all information i detta stycke från sundhedsloven (2018:191).

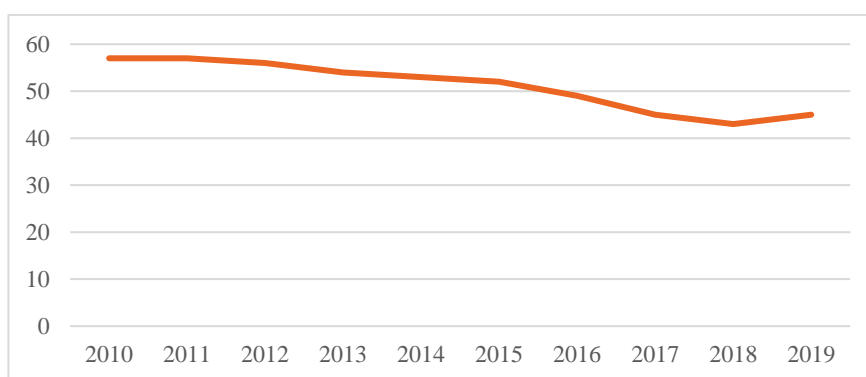
¹⁰ Om inget annat anges är all information i detta stycke taget från (Sundhedsdatastyrelsen, 2021).

Tillgänglighet och tillsynens agerande år 2010–2020

Utveckling av tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Data visar att under perioden 2010–2018 har den generella väntetiden minskat med 20 dagar, från 65 dagar till 45 dagar (Sundhedsdatastyrelsen, 2021).

Figur 2. Utveckling av tillgänglighet i Danmark 2010–2019: genomsnittlig väntetid till operation (antal dagar)



Kommentar: figuren visar genomsnittlig väntetid i antal dagar till operation.

Källa: (Sundhedsstyrelsen, 2021).

Sundhedsministeriet införde 2012 strängare krav för rapportering. Alla regioner ska varje månad rapportera om de har brutit mot maximala väntetider inom misstanke för livshotande sjukdom (Sundhedsstyrelsen, 2019b). Sundhedsstyrelsen följer månatligen regionernas rapportering för att säkerställa tillgänglighet för cancer och kardiologi i enlighet med de tidsramar för väntetider som anges i respektive *behandlingspakke* (Sundhedsstyrelsen, 2021). Eftersom patienten fritt kan välja vårdgivare i Danmark medför god tillgänglighet en konkurrensfördel: det finns därmed ett intresse att säkra korta väntetider.

Tillsynsmyndighetens agerande

Utifrån den genomförda intervjun med Sundhedsstyrelsen framgår att myndigheten inte arbetar med böter eller nedstängning som påföljd även om de rent juridiskt har möjlighet till det enligt lagstiftningen (83 kap. 272 § sundhedsloven [2018:191]). Sundhedsstyrelsen förklarar att de har en bra relation med Danmarks 21 akutsjukhus och att det viktigaste är ett bra samarbete snarare att pådriva böter. Sundhedsstyrelsen och regionerna följer vårddata som Sundhedsdatastyrelsen publicerar för att identifiera problem och förbättringspotential inom väntetider för vård. När regioner identifierar problem med väntetider arbetar de först och främst internt för att hitta en lösning. Om de inte kan erbjuda patienter vård inom maximala väntetider vänder regionen sig till Sundhedsstyrelsen för hjälp att erbjuda vård utanför regionen (nationellt eller internationellt).

Viktigaste framgångsfaktorn i förbättrad tillgänglighet har varit utformningen av *behandlingspakke* med maximala väntetider inom misstänkt livshotande sjukdomar. Information från intervjuer indikerar att tillgängligheten och kvaliteten av vård inom

cancer och kardiologi har ökat avsevärt sedan de standardiserade vårdförloppen, *behandlingspakke*, auktoriserades 2005.

England

Huvudsakliga iakttagelser

- Care Quality Commission är en nationell tillsynsmyndighet som arbetar med tillsyn genom datamonitorering och inspektioner.
- Lagstadgade väntetidsmål till operation/åtgärd.
- Lagstadgade väntetidsmål för brådskande tillstånd där cancer misstänks.
- Tydlig eskaleringsprocess och metodik för tillsyn och uppföljning av bristande tillgänglighet.

Hälsa- och sjukvårdssystem

Sedan 1999 har de fyra nationerna i Storbritannien (England, Wales, Skottland och Nordirland) eget ansvar och egna organisationer för hälso- och sjukvården.¹¹ Samtliga nationer har dock valt att behålla det skattefinansierade systemet och inom vissa områden har de liknande lösningar. Då mer än 80 procent av Storbritanniens befolkning bor i England är deras så kallade National Health Service (NHS), som ger alla engelska medborgare tillgång till gratis hälso- och sjukvård, den största (OECD, 2019b).

En sammanfattning av Englands hälso- och sjukvårdssystem, demografi och vårdkonsumtion visas i tabell 3.

Tabell 6. Englands hälso- och sjukvårdssystem och förutsättningar

Område	Beskrivning
Hälsa- och sjukvårdssystem	Beveridge ¹ , skattefinansierat
Styrning av specialistsjukvård	Centralt styre
Hälsa- och sjukvårdskostnadens andel av BNP (2019)	10 procent
Hälsa- och sjukvårdskostnad per capita (2019)	4 653 US dollar
Antal invånare (2020)	67,9 miljoner
Invånare per km ² (2020)	280,6
Andel av befolkning över 65 år (2020)	19 procent
Andel av befolkning under 14 år (2020)	18 procent
Antal vårdplatser per 1000 invånare (2019)	2,5
Medelvårdtid (2018)	5,9 dygn

¹ Hälso- och sjukvården finansieras och organiseras i huvudsak av offentliga medel för alla invånare. Kommentar: samtlig statistik för demografi och hälso- och sjukvård avser Storbritannien.

¹¹ Om inget annat anges är all information i detta stycke taget från (The Commonwealth Fund, 2020a).

Källor: (The Commonwealth Fund, 2020a; OECD, 2021b; OECD, 2021c; OECD, 2021d; United Nations, 2021a; United Nations, 2021b; United Nations, 2021c).

Myndigheten NHS England ansvarar för hälso- och sjukvården på nationell nivå och fördelar pengar till de 191 Clinical Commissioning Groups (CCG) som bedriver och organiserar sjukvården på lokal nivå.

Reglering av tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Care Quality Commission (CQC) är Englands tillsynsmyndighet som ansvarar för att övervaka, inspektera och utvärdera hälso- och sjukvårdstjänster (Care Quality Commission, 2021a). Övervakningsprocessen inkluderar regelbundna inspektioner av hälso- och sjukvårdstjänster samt resultat från årliga nationella patientundersökningar (The Commonwealth Fund, 2020a). Under inspektioner undersöker CQC om verksamheter bedriver vård som är säker, effektiv, omhändertagande, tillgänglig och väl styrd (Care Quality Commission, 2020). För att verksamheter ska uppnå kriterier för bra tillgänglighet ska de bland annat erbjuda invånarna vård i rätt tid samt arbeta för att korta väntetider till behandling (Care Quality Commission, 2017). Resultat från CQC:s inspektioner publiceras på deras hemsida och finns tillgängliga för allmänheten.

Utöver CQC:s arbete med tillgänglighet till hälso- och sjukvård finns även nationella riktlinjer för maximala väntetider till elektiv sjukvård, cancerbehandling och akutsjukvård i England (The Commonwealth Fund, 2020a). Patienternas rättigheter till sjukvård inom de maximala väntetiderna finns fastställda i *The NHS Constitution for England* där nationella principer för samtlig sjukvård inom NHS regleras (Department of Health & Social Care, 2021a). De maximala väntetiderna beskrivs ytterligare i *Handbook to the NHS Constitution for England* som förnyas var tredje år med uppdaterade tolkningar av rättigheter och löften (Department of Health & Social Care, 2021b).

Om en vårdgivare inte kan behandla en patient inom de maximala väntetiderna måste CCG eller NHS England hitta en vårdgivare som kan det (Department of Health & Social Care, 2021b). Det är patientens ansvar att själv kontakta CCG eller NHS England (beroende på vem som finansierar) och informera om sin situation för att de ska se över andra vårdgivare.

Styrformer

Enligt *Handbook to the NHS Constitution for England* har patienter i England rätt till vård inom följande maximala väntetider från remiss till att åtgärden/behandlingen startar (Department of Health & Social Care, 2021b):

- 18 veckor – för icke brådskande tillstånd.
- 2 veckor – för brådskande tillstånd där cancer misstänks.

Utöver dessa väntetidsmål finns ytterligare maximala väntetider för cancer, psykiatrisk vård och akutsjukvård som är fastställda som ”löften” från NHS och inte som patienträttigheter (Department of Health & Social Care, 2021b). Några av de definierade maximala väntetiderna för cancer är:

- 2 veckor – från remiss till besök hos specialist efter upptäckta bröstsymptom (även

om cancer inte misstänks).

- 31 dagar – från cancerdiagnos till start av behandling.
- 31 dagar – för efterföljande cancervård i form av kirurgi, strålbehandling eller läkemedelsbehandling.
- 62 dagar – från brådskande remiss vid misstänkt cancer till start av cancerbehandling.
- 62 dagar – från remiss från cancerscreening till start av cancerbehandling.
- 62 dagar – för start av cancerbehandling efter ett beslut om att uppgradera patientens prioritet.

Tillsynsmyndigheters ansvar och befogenheter

CQC arbetar med månatlig datamonitorering för att identifiera brister i tillgänglighet hos vårdgivare. Vårdgivare med försämrad tillgänglighet flaggas och vid interna möten beslutas huruvida CQC ska avvakta och fortsätta övervaka i hopp om förbättring eller initiera en informell kontakt med sjukhuset eller ledningen för det geografiska upptagningsområdet i fråga. Beroende på hur medvetna sjukhuset eller ledningen för det geografiska upptagningsområdet är om problemet och vad de har för eventuella förslag på förbättringar kan CQC efter detta steg välja att göra en inspektion eller endast fortsätta att övervaka data. Efter eventuell inspektion publiceras resultaten i en rapport med krav på förbättringar (problem som måste åtgärdas) och rekommendationer på åtgärder. Rapporten publiceras på CQC:s hemsida. Beroende på problemets omfattning kan CQC välja att antingen ge vårdgivaren en varning eller, i mycket allvarliga fall, stämma vårdgivaren. Vid fällande dom kan domstolen straffa vårdgivaren med böter. Utöver detta har även tillsynsmyndigheten befogenheter att stänga ner vårdtjänster och sjukhus som inte uppfyller krav och standarder.

Övervakning av väntetider till vård

Statistik för måluppfyllelse av maximala väntetider finns tillgänglig på NHS:s hemsida. Statistiken inkluderar både data för måluppfyllelse av 18-veckorsregeln samt för alla maximala väntetider för cancersjukvård (NHS, 2021a; NHS, 2021b). Utöver dessa indikatorer återfinns även data på totalt antal väntande patienter samt antal väntande veckor för patienter på väntelistan. Statistiken är gratis, tillgänglig för allmänheten och uppdateras månadsvis. Nationella sammanställningar finns för både månader och kvartal. Årliga rapporter om måluppfyllelse av maximala väntetider publiceras också av NHS England och finns tillgängliga på deras hemsida (NHS, 2021c).

CQC tar varje månad emot ny statistik från NHS England som kontinuerligt används för att övervaka tillgängligheten i landet. Statistiken jämförs med siffror från samma månad föregående år samt mot nationella genomsnitt och standarder. CQC jämför även tillgängligheten mellan olika geografiska områden och sjukhus för att identifiera problem och risker i olika delar av landet.

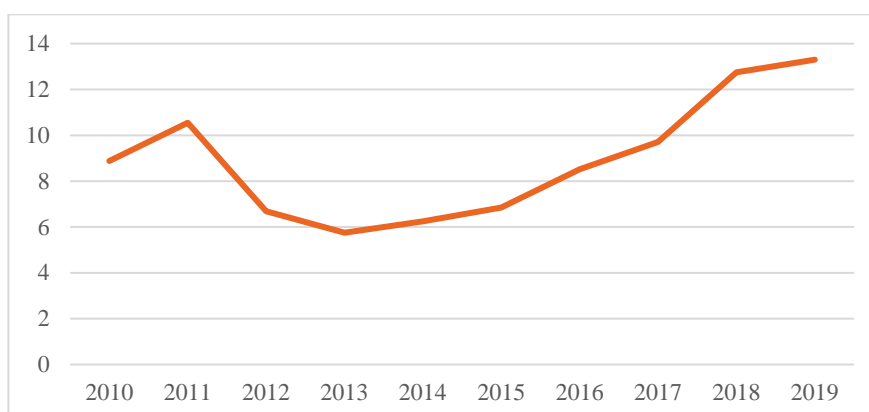
Tillgänglighet och tillsynens agerande år 2010–2020

Utveckling av tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Enligt statistik från NHS, som presenteras i figur 3, har andelen patienter på väntelistan som har väntat längre än 18 veckor på vård ökat mellan 2010 och 2019 (NHS, 2021a). Mellan 2011 och 2013 har dock andelen minskat för att sedan öka varje år fram till 2019.

Under 2013/2014 introducerade NHS England en nolltolerans mot att patienter skulle vänta mer än 52 veckor (från remiss till start av operation/åtgärd) då antalet patienter som hade väntat längre än 52 veckor var över 400 000 i slutet på 2007 (NHS, 2021c). I slutet på mars 2013 hade denna siffra sjunkit till 500 och har sedan dess förblivit relativt låg (NHS, 2021a; NHS, 2021c).

Figur 3. Utveckling av tillgänglighet i England 2010–2019: andel patienter på väntelistan som väntat längre än 18 veckor (procent)



Kommentar: figuren visar andel patienter på väntelistan som har väntat längre än 18 veckor för mars respektive år.
Källa: (NHS, 2021a).

Tillsynsmyndighetens agerande

Enligt information från intervjuer har CQC genomfört omfattande inspektioner av sjukhus och verksamheter som har haft en positiv inverkan på tillgängligheten i England under framför allt tidsperioden 2010–2015. Detta delvis på grund av att vårdgivare har, med vetskapen om att inspektioner kan genomföras, åtgärdat problemen innan inspektionen, men också eftersom CQC har identifierat brister under sina inspektioner som sedan har åtgärdats. Att rapporterna från genomförda inspektioner publiceras på CQC:s hemsida för allmän beskådan har enligt uppgift också en tydligt avskräckande effekt. De intervjuade personerna vidhåller dock att CQC:s arbete troligtvis inte är den enda orsaken till att tillgängligheten har blivit bättre under perioden 2010–2015.

Tillsynsmyndigheten har även börjat arbeta mer med att övervaka data under de senaste åren och man ser en stor utvecklingspotential inom detta område. De intervjuade personerna betonar värdet av att ha den mest uppdaterade statistiken samt att det är viktigt att förstå hur verksamheter och vårdgivare arbetar med tillgänglighet i praktiken.

Finland

Huvudsakliga iakttagelser

- Valvira är en nationell tillsynsmyndighet med ansvar för reglering och tillsyn.
- Lagstadgade väntetidsmål inom första besök och operation/åtgärd.
- Professionella riktlinjer inom övervakning av tillgång till cancervård.
- Prioritering utifrån indikatorer från vårddata. Systematisk uppföljning för att säkerställa implementering av åtgärder i den löpande verksamheten.

Hälsa- och sjukvårdssystem

I Finland har alla boende i landet fri tillgång till offentlig vård. Vården finansieras till 75 procent av statliga källor och resterande 25 procent av icke-statliga källor, främst genom direkt betalning från patienten för exempelvis tandvård (OECD, 2019c). Finansiering genom privata försäkringar utgör endast 2 procent av den totala finansieringen av vården (OECD, 2019c).

En sammanfattning av Finlands hälso- och sjukvårdssystem, demografi och vårdkonsumtion visas i tabell 4.

Tabell 7. Finlands hälso- och sjukvårdssystem och förutsättningar

Område	Beskrivning
Hälsa- och sjukvårdssystem	Beveridge ¹ , skattefinansierat
Styrning av specialistsjukvård	Regionalt styre
Hälsa- och sjukvårdskostnadens andel av BNP (2019)	9,1 procent
Hälsa- och sjukvårdskostnad per capita (2019)	4 578 US dollar
Antal invånare (2020)	5,5 miljoner
Invånare per km ² (2020)	18
Andel av befolkning över 65 år (2020)	23 procent
Andel av befolkning under 14 år (2020)	16 procent
Antal vårdplatser per 1000 invånare (2018)	3,6
Medelvårdtid (2018)	6,4 dygn

¹ Hälsa- och sjukvården finansieras och organiseras i huvudsak av offentliga medel för alla invånare.

Källor: (EU-hälsovård, 2021; OECD, 2019c; OECD, 2021b; OECD, 2021c; OECD, 2021d; United Nations, 2021a; United Nations, 2021b; United Nations, 2021c).

Hälsa- och sjukvården drivs på både nationell och lokal nivå där staten har ansvar över att utveckla och implementera reformer och policys (OECD, 2019c). Kommuner ansvarar för primärvård och specialistsjukvård. För specialistsjukvården bildar kommunerna 20 sjukvårdsdistrikt, exklusive Åland (EU-hälsovård, 2021). Utöver detta finns fem specialupptagningsområden som kommunerna tillhör där

universitetssjukhusen ligger (EU-hälsovård, 2021).

Reglering av tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Social- och hälsovårdsministeriet (SHM) och dess myndigheter styr hälso- och sjukvården.¹² Ministeriet förbereder lagstiftningen och ansvarar för social- och hälsopolitiken. Tillgänglighet inom hälso- och sjukvården är reglerad inom hälso- och sjukvårdslagen (2010:1326). Vårdgaranti ingår i lagstiftningen och därmed är vårdgivare skyldiga att följa tidsramarna. Om vårdgivare inte kan erbjuda tjänster inom tidsramen för vårdgarantin ansvarar vårdgivaren för att ordna vård på annat håll till patienten. Vilken vård som kommuner och sjukvårdsdistrikt ska erbjuda är fastställt enligt lag men de kan bestämma vårdens omfattning, innehåll och leverans inom ramverket.

Styrformer

Hälso- och sjukvården styrs av flera lagar, främst hälso- och sjukvårdslagen, lag om specialiserad vård samt folkhälsolagen. Tillgänglighet inom specialistsjukvården styrs av tidsramar, så kallad vårdgaranti, som anges i 6 kap. 52 § hälso- och sjukvårdslagen (2010:1326).

- Bedömning av vårdbehov och beslut inom 3 veckor från remiss.
- Besök inom specialiserad öppenvård inom tre månader från remiss.
- Operation/åtgärd inom sjukhusvård ska ske inom lämplig tid, beroende på hur brådskande vården är, men alltid inom sex månader från beslut.
- Undantag: Inom psykisk vård för invånare under 23 år ska specialistläkares bedömning och beslut genomföras inom sex veckor från att remiss har anlänt. Operation/åtgärd ska genomföras inom tre månader från beslut.

Samkommunerna för ett sjukvårdsdistrikt ansvarar för att patientens behov av remissgrundad vård och brådskande vård bedöms och erbjuds (6 kap. 52 § hälso- och sjukvårdslagen [2010:1326]). Patientens val av vårdgivare för specialiserad sjukvård görs tillsammans med den remitterande läkaren (Social- och hälsovårdsministeriet, 2021a). Kommunen eller sjukvårdsdistriktet har en skyldighet att köpa vård hos annan vårdgivare om de själva inte kan ge vård inom vårdgarantin (Social- och hälsovårdsministeriet, 2021a).

Tillsynsmyndigheters ansvar och befogenheter

Tillstånds- och tillsynverket för social- och hälsovården (Valvira) är en statlig myndighet som ansvarar för reglering och tillsyn av hälso- och sjukvården (Valvira, 2020a). Valvira lyder under Social- och hälsovårdsministeriet och inspekterar samt styr verksamheter och yrkesutbildad personal inom hälso- och sjukvården (Valvira, 2020a).

Valvira övervakar och guidar verksamheter och professioner för att säkerställa att de

¹² Om inget annat anges är all information i detta stycke taget från (EU-hälsovård, 2021).

arbetar inom ramverket.¹³ Det finns även sex regionförvaltningsverk (Avi) som ansvarar för regional styrning och övervakning av primärvården. Valvira granskar och övervakar tillgängligheten till specialistvården. Avi och Valvira samarbetar genom att skapa gemensamma tillsynsprogram som även redogör för arbetsfördelningen inom tillsynen.

Valviras tillsyn sker både planenligt och reaktivt (Valvira, 2020b). Den planenliga tillsynen sker genom tillsynsprogram som sätter tema för en period och är baserad på datainsamling och samverkan som anges i lagen eller på Valviras egna utredningar. Den reaktiva tillsynen inleds ofta på grund av klagomål eller anmälningar.

Enligt lagen för specialiserad sjukvård (1989:1062) har Valvira befogenhet att, utan förhandsanmälan, inspektera en verksamhet när det finns en välgrundad anledning till detta.¹⁴ Valvira har rätt att vid brister eller andra förehavanden som strider mot lagen meddela förelägganden om hur bristerna ska åtgärdas och inom vilken tidsplan detta ska ske. Vid omedelbar risk för patientsäkerheten kan Valvira stänga ned en del av, eller hela, verksamheten omgående. Valvira kan ge ut vite i samband med förelägganden till sjukvårdsdistrikt eller enskilda verksamheter (Valvira, 2020b).

Övervakning av väntetider till vård

Valvira övervakar väntetider till vård och främst genom datamonitorering och analys av indikatorer från Institutet för hälsa och välfärd samt genom handläggning av individuella fall. Institutet för hälsa och välfärd är en självständig sakkunnig organisation inom SHM som samlar in data och information om tillgänglighet inom vården. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2010:1326) ska varje kommun och sjukvårdsdistrikt offentliggöra uppgifter om väntetider med fyra månaders mellanrum. Institutet för hälsa och välfärd tillgängliggör uppgifterna till allmänheten genom att öppet publicera dem (Institutet för hälsa och välfärd, 2021a). Institutet publicerar sammanställd data för vården på riksnivå- och distriktsnivå samt även på åtgärds- och diagnostiknivå (Institutet för hälsa och välfärd, 2021b).

Valvira tar emot data från Institutet för hälsa och välfärd varje månad. Sjukvårdsdistrikt aktuella för övervakning eller tillsyn identifieras genom specifika indikatorer. Med detta arbetssätt kan Valvira prioritera sina insatser utifrån behov. Exempel på indikator som följs är om förhållandet mellan patienter som väntar på specialiserad vård i mer än sex månader överstiger 4 per 10 000 invånare i sjukvårdsdistriktet.

Finland har inga specifika bestämmelser inom tillgänglighet till cancervård, vilket innebär att patienter med misstänkt cancer ingår i den fastställda vårdgarantin för specialistvården. Tidsramen för specialiserad vård bedöms vara för lång i de nuvarande bestämmelserna när det gäller cancervård (Institutet för hälsa och välfärd, 2016). Enligt 6 kap. 52 § hälso- och sjukvårdslagen (2010:1326) krävs en remiss för icke-brådskande vård innan patienten får träffa en specialist. Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte 2015 en arbetsgrupp i syfte att reformera och förenliga tidsramar och grunderna för vård samt de nationella grunderna för icke-brådskande och brådskande vård (Institutet för hälsa

¹³ Om inget annat anges är all information i detta stycke taget från (Social- och hälsovårdsministeriet, 2021b).

¹⁴ Om inget annat anges är all information i detta stycke taget från lagen om specialiserad vård (1989:1062).

och välfärd, 2016). En guide med riktlinjer om hur tillgång till cancervård ska övervakas publicerades av Institutet för hälsa och välfärd, med syfte att öka tillgängligheten genom tidigare diagnostisering och beslut om åtgärd (Institutet för hälsa och välfärd, 2016).

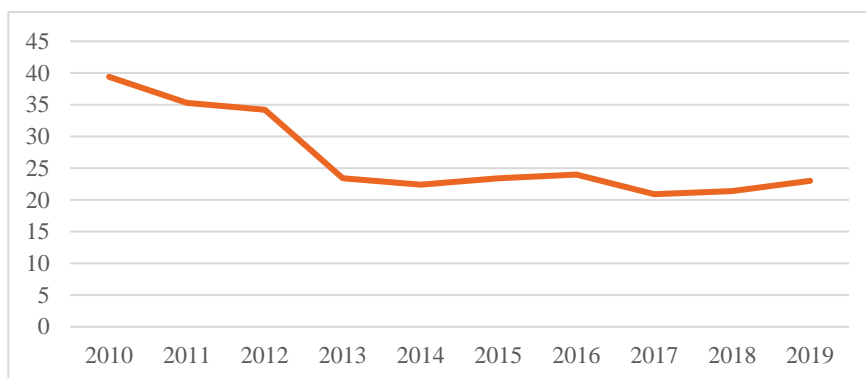
Tillgänglighet och tillsynens agerande år 2010–2020

Utveckling av tillgänglighet i hälso- och sjukvården

År 2005 utökades Valvira befogenheter genom att tillgänglighet till vård blev en del av lagen inom specialiserad vård (1989:1062) och hälso- och sjukvårdslagen (2010:1326), som möjliggjorde för Valvira att inspektera tillgänglighet. Tillgänglighet till vård blev lagstadgad 2005 men väntetidsgarantier var inte inkluderade från början, vilket komplicerade Valvira övervakning av tillgänglighet. Valvira inledde en utökad övervakning av tillgänglighet inom sjukvården 2007. En ny hälso- och sjukvårdslag (2010:1326) infördes 2010 med tydligare direktiv avseende maximala väntetider inom primärvården, specialistsjukvård och psykisk vård för barn och unga.

Enligt statistik från Institutet för hälsa och välfärd minskade andelen patienter som väntat mer än 3 månader på operation/åtgärd med 17 procentenheter från 39 procent till 22 procent mellan 2010–2014, se figur 4 (Institutet för hälsa och välfärd, 2021b). Våra intervjuer indikerar att den utökade tillsynen i kombination med de skärpta lagkraven reducerade väntetiderna till vård.

Figur 4. Utveckling av tillgänglighet i Finland 2010–2019: andel som väntat 3 månader eller mer på operation (procent)



Kommentar: figuren visar andel patienter som väntat 3 månader eller mer på operation.

Källa: (Institutet för hälsa och välfärd, 2021a).

Tillsynsmyndighetens agerande

Intervjuer med Valvira beskriver ett omfattande arbete från 2007 för att minska väntetiderna till vård. Exempelvis utdömde Valvira krav om förbättring till samtliga sjukvårdsdistrikt 2008 och i vissa fall fick samma distrikt upprepade krav och hot om viten under samma år. Valvira arbetade på ett strukturerat sätt som på sikt ledde till förbättrade väntetider:

- Vid identifiering av brister är första steg dialog och konstaterande om vad som

observerats på sjukhuset.

- Sjukhuset förklarar bakgrund till problemet och plan för att åtgärda brister.
- Valvira beslutar om hur ärendet ska fortgå.

I början av arbetet med väntetider behövde Valvira säkra att sjukhus mötte bestämda krav genom att sätta upp en tidsatt handlingsplan med hot om böter. Efter deadline för tidsatt plan genomfördes uppföljningar där Valvira utvärderade om sjukhusen hade åtgärdat problemen, vilket de oftast hade gjort. Efter ytterligare några månader genomförde Valvira uppföljningar igen för att säkerställa att åtgärderna integrerats i den löpande verksamheten. Om brister upptäcktes vid den andra uppföljningen började processen om tills problemen var åtgärdade. När brister upptäcks idag kan dessa ofta åtgärdas genom dialog, utan hot om viten. Sjukhusen accepterar idag Valviras roll och ser dem som en samarbetspartner och ett stöd för fokuserat förbättringsarbete.

En återkommande åtgärd är att sjukhusdistrikten får medel från staten för att åtgärda brister.¹⁵ Hälsa- och sjukvårdens utgifter som andel av BNP ökade med cirka en procentenhet från 8,1 procent till 9,2 procent mellan 2007 och 2009. Tidigare intervall för ökning med en procentenhet tog sju år, mellan 2000 och 2007. Sedan 2009 har andel av BNP för hälsa- och sjukvården skiftat inom intervallet 9,1 procent till 9,8 procent.

Valvira förklarar själv framgångarna i förbättrad tillgänglighet med sitt arbetssätt med rak kommunikation och tydliga tidsplaner.

Island

Huvudsakliga iakttagelser

- Embætti landlæknis är en nationell tillsynsmyndighet som utför tillsyn och övervakning av vårdtjänster.
- Riktlinjer inom väntetidsmål inom första besök och operation/åtgärd inom specialistvård.
- Sammanställer och övervakar nationell väntetidsdatabas. I dagsläget saknas systematisk datainsamling avseende väntetider inom cancer.

Hälsa- och sjukvårdssystem

Hälsa- och sjukvårdssystemet är främst finansierat av statliga medel, som 2019 omfattade 83 procent och täcker alla invånare. Majoriteten av vårdgivarna är offentliga men privata vårdgivare har ökat under senare år och 2019 utgjorde finansiering av privata medel 16 procent (OECD, 2021b). Hälsa- och sjukvården drivs både på nationell och på lokal nivå.¹⁶ Landet är uppdelat i sju sjukvårdsregioner som ansvarar för omsorg, primärvård och viss sjukhusvård. Islands universitetssjukhus, Landspítali, är Islands

¹⁵ Om inget annat anges är all information i detta stycke taget från (OECD, 2021b).

¹⁶ Om inget annat anges är all information i detta stycke taget från (Stjórnarráðið, 2021).

största sjukhus som tar emot patienter från hela landet. Majoriteten av landets specialist-sjukvård sker på Landspítali.

En sammanfattning av Islands hälso- och sjukvårdssystem, demografi och vårdkonsumtion visas i tabell 5.

Tabell 8. Islands hälso- och sjukvårdssystem och förutsättningar

Område	Beskrivning
Hälso- och sjukvårdssystem	Beveridge ¹ , skattefinansierat
Styrning av specialistsjukvård	Nationellt
Hälso- och sjukvårdskostnadens andel av BNP (2019)	8,8 procent
Hälso- och sjukvårdskostnad per capita (2019)	4 811 US dollar
Antal invånare (2020)	340 000
Invånare per km ² (2020)	3,4
Andel av befolkning över 65 år (2020)	16 procent
Andel av befolkning under 14 år (2020)	19 procent
Antal vårdplatser per 1000 invånare (2019)	2,8
Medelvårdtid (2018)	5,6 dygn

¹ Hälso- och sjukvården finansieras och organiseras i huvudsak av offentliga medel för alla invånare.

Källor: (Stjórnarráðið, 2021; OECD, 2019d; OECD, 2021b; OECD, 2021c; OECD, 2021d; United Nations, 2021a; United Nations, 2021b; United Nations, 2021c).

Reglering av tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Velferdarráðuneytid (hälsodepartementet) ansvarar för att administrera och formulera policys för vårdtjänster utifrån vad som förväntas av lagen (Stjórnarráðið, 2021). Tillsynsmyndigheten heter Embætti landlæknis. De utför tillsyn och övervakning av vårdtjänster och driver uppdrag som syftar till hälsofrämjande och förbättring av folkhälsan (Embætti landlæknis, 2021a).

Styrformer

Hälso- och sjukvården på Island styrs av ett antal lagar. Islands sjukvårdslag, lög um heilbrigðisþjónustu (2007:40), utgör grunden för hälso- och sjukvårdssystemet. Lagen säger att invånare på Island ska ha tillgång till den bästa vård som går att erbjuda. Övervakning av hälso- och sjukvården utförs enligt lag för tillsynsmyndigheten, lög um landlækni og lýðheilsu (2007:41), som syftar till att förbättra den nationella hälsan och säkerställa kvalitet inom hälso- och sjukvården.

Embætti landlæknis har fastställt generella riktlinjer för acceptabel väntetid för vård (Embætti landlæknis, 2021b):

- Kontakt med vårdcentral inom en dag.
- Första besök hos primärvården inom 5 dagar.

- Besök inom specialiserad öppen vård inom 30 dagar från remiss.
- Operation/åtgärd av en specialist inom 90 dagar från beslut.

Våra intervjuer indikerar att den första punkten, att få kontakt med vårdcentral inom en dag, är realistisk och uppfylls på Island. Resterande tre punkter är generella riktlinjer och fungerar mer som mål än garanti.

Tillsynsmyndigheters ansvar och befogenheter

Tillsynsmyndighetens arbete är lagstadgad men sammanfattas under intervjuerna i följande tre punkter:

- Myndigheten kan ge råd och vägledning inom tillsynsområdet till hälso-departementet, andra myndigheter, vårdgivare och allmänheten.
- Myndigheten övervakar vård- och omsorgsgivare, enskilda vårdtjänster samt vårdprofessioner och enskilda yrkesutövare.
- Myndigheten samlar in, bearbetar och analyserar data inom hälso- och sjukvård, bland annat inom tillgänglighet.

Myndigheten utfärdar professionella riktlinjer till vårdgivare och vårdpersonal men har inte befogenhet att dela ut sanktioner till vårdgivare som brister i följsamhet till riktlinjerna. Myndigheten har befogenhet att avgöra om hälso- och sjukvårdstjänster följer lagar och yrkeskrav. Aktörer som avser börja erbjuda vård (inklusive statlig verksamhet) behöver anmäla detta till myndigheten för att erhålla en licens (6 kap. 7 kap. lag för tillsynsmyndighet, [2007:41]). Detta gäller även om en organisation genomför större förändringar (6 kap. 7 kap. lag för tillsynsmyndighet, [2007:41]).

Om yrkesmässiga krav inte uppfylls kan myndigheten enligt samma lag:

- Ge rekommendationer avseende förbättringar till vårdgivaren.
- Om rekommendationer ej genomförs eller inte uppnår erforderliga resultat eskalerar myndigheten ärendet till hälsodepartementet med åtgärdsförslag.
- På basis av åtgärdsförslagen kan hälsodepartementet välja att tillfälligt stoppa verksamheten tills brister har åtgärdats.

Övervakning av väntetider till vård

Tillsynsmyndigheten samlar in och sammanställer data manuellt från sjukhus och vårdgivare. Myndigheten arbetar med att skapa en offentligt tillgänglig nationell väntetidsdatabas. Idag saknas en nationell översyn av tillgänglighet och väntetid då vårdgivare har egna lokala listor. En centraliserad nationell databas skulle medföra bättre möjligheter att fördela vården mellan vårdgivare samt en bättre förståelse för väntetider och tillgänglighet. Våra intervjuer indikerar att tillsynsmyndigheten samlat in och övervakat väntelistor inom elektiva operationer under en längre period och under senare år även med barn- och ungdomspsykiatri, öppenvård, neurologiska sjukdomar och reumatologi. De manuellt sammanställda väntelistorna publiceras tre gånger per år och finns tillgängliga på myndighetens hemsida.

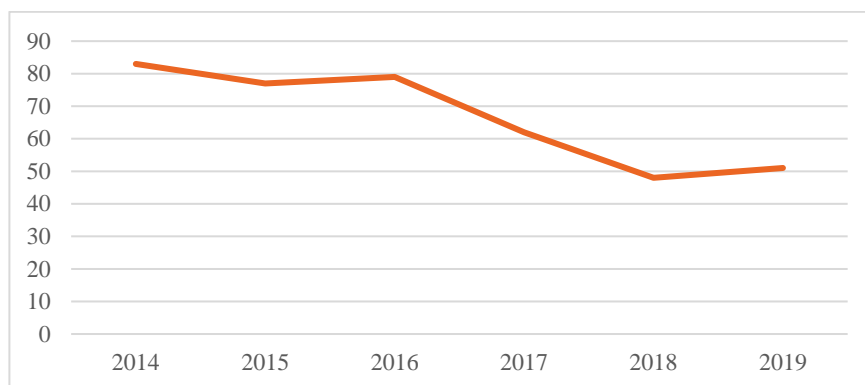
För cancervården bedrivs det idag ingen dedikerad övervakning eller uppföljning kopplade till väntetider eller andra indikatorer. Myndigheten lyfter dock upp under intervjun att man ser ett behov av att utveckla och övervaka väntetidsmål inom cancer-vård. Historiskt har tillgänglighet inom cancervård varit bättre än andra vårdområden och därför har det enligt myndigheten inte funnits behov av väntetidsmål och övervakning förrän nu.

Tillgänglighet och tillsynens agerande år 2010–2020

Utveckling av tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Långa väntetider har varit ett återkommande problem i det isländska hälso- och sjukvårdssystemet och har varit föremål för många politiska initiativ (OECD, 2019d). Figur 5 visar att 2014 väntade över 80 procent av patienterna 3 månader eller mer för elektiva operationer. Denna siffra reducerades avsevärt, från 79 procent till 48 procent, mellan 2016 och 2018 (OECD, 2019d).

Figur 5. Utveckling av tillgänglighet på Island 2014–2019: andel som väntat 3 månader eller mer på elektiv operation¹



¹ Inkluderar elektiva operationer inom: Kataraktoperationer, Knäprotesoperation, Höftprotesoperation, Prostataektomi, Transuretral resektion av prostata, Prostataoperation, Hysterektomi, Urinläckage, Kolecystektomi, Gastrisk bypass, Gastroesofageal reflux, Bröstrekonstruktion, Bröstförminskning, Mastektomi, Kateterablation, Angioplastik, PTCA, Kranskärlsoperation, Hjärtklaffkirurgi och Kataraktkirurgi.

Kommentar: figuren visar andel patienter som väntat 3 månader eller mer på elektiv operation för juni 2014 och februari resterande år. Källa: (Embætti landlæknis, 2021c).

För att reducera väntetider till elektiva operationer (framförallt knä- och höftprotesoperationer, kataraktoperationer och kranskärlsoperationer) introducerade hälso- departementet en särskild handlingsplan för 2016–2019.¹⁷ Inom ramen för initiativet att korta väntetider tillhandahölls mer medel för att genomföra operationer. Planen har förlängts efter 2019 på grund av goda resultat.

Hälsodepartementets handlingsplan 2016 har, som nämnt ovan, haft goda resultat och minskat väntetider till elektiva operationer. Under samma period har även hälso- och sjukvårdens utgifter som andel av BNP ökat.¹⁸ Mellan 2011–2016 har andel av BNP skiftat mellan 8,1 och 8,3 procent. Sedan 2016 har andelen hälso- och sjukvårdsutgifter

¹⁷ Om inget annat anges är all information i detta stycke taget från (Embætti landlæknis, 2016).

¹⁸ Om inget annat anges är all information i detta stycke taget från (OECD, 2021b).

av BNP ökat cirka 0,2 procentenheter per år, till 8,8 procent. Den beslutade förlängningen av handlingsplanen kan därmed innebära en fortsatt ökning av hälso- och sjukvårdens utgifter som andel av BNP.

Tillsynsmyndighetens agerande

År 2015 väntade patienter på elektiva operationer långt över väntetidsmålen för operation. 2014 pågick strejker som bidrog till de långa väntetiderna (OECD, 2019d). Tillsynsmyndigheten kommunicerade direkt med invånarna och förstod att situationen riskerade patientsäkerhet och livskvalitet. Myndigheten gav hälsodepartementet råd om att utöka medel till hälso- och sjukvården för att hantera väntetiderna. Myndighetens agerande bidrog till att regeringen implementerade en handlingsplan som reducerade väntetiderna avsevärt, se figur 5.

Våra intervjuer indikerar att tillsynsmyndigheten inte anser att sanktioner eller böter skulle bidra till ökad tillgänglighet inom hälso- och sjukvården. De menar att nedstängning av verksamheter reducerar möjligheten till vård och att böter riskerar att påverka vårdkvaliteten negativt. En ledstjärna är att vid brister arbeta för att förbättra den faktiska situationen och inte fokusera på att utkräva ansvar. När brister identifieras rekommenderar ofta myndigheten hälsodepartementet att tillföra medel till de berörda verksamheterna.

Nederländerna

Huvudsakliga iakttagelser

- Inspectie gezondheidszorg en jeugd är en nationell tillsynsmyndighet med fokus på vårdens organisering och kvalitet.
- Professionella riktlinjer anger rekommenderade maximala väntetider till första besök och operation/åtgärd inom specialistvård.
- Myndigheten genomför inga systematiskt proaktiva insatser inom väntetidsområdet. Man förlitar sig på marknaden, sjukvårdens motivation och transparens för god tillgänglighet.

Hälso- och sjukvårdssystem

Nederländerna har ett försäkrings- och konkurrensbaserat sjukvårdssystem. Det är obligatoriskt för varje medborgare med en inkomstbaserad skatteförsäkring som täcker kostnader för exempelvis sjukhusvistelser och medicin (Rijksoverheid, 2021b). Det är valfritt att välja en tilläggsförsäkring som täcker tjänster som inte är inkluderade i standardförsäkringen (Rijksoverheid, 2021b). Invånare i Nederländerna väljer mellan ett mindre antal konkurrerande försäkringsbolag som ansvarar för att beställa och finansiera hälso- och sjukvård till sina försäkringstagare. Vårdproduktionen består nästan enbart av privata vårdgivare. År 2019 finansierades 83 procent av kostnaderna inom hälso- och sjukvården av obligatoriska försäkringspremier eller statliga medel enligt OECD (OECD, 2021b). En sammanfattning av Nederländernas hälso- och

sjukvårdssystem, demografi och vårdkonsumtion visas i tabell 6.

Tabell 9. Nederländernas hälso- och sjukvårdssystem och förutsättningar

Område	Beskrivning
Hälso- och sjukvårdssystem	Bismarck ¹ , försäkringsfinansierat
Styrning av specialistsjukvård	Marknadsbaserat
Hälso- och sjukvårdskostnadens andel av BNP (2019)	10 procent
Hälso- och sjukvårdskostnad per capita (2019)	5 765 US dollar
Antal invånare (2020)	17 miljoner
Invånare per km ² (2020)	508,2
Andel av befolkning över 65 år (2020)	20 procent
Andel av befolkning under 14 år (2020)	16 procent
Antal vårdplatser per 1000 invånare (2018)	3,2
Medelvårdtid (2018)	5,1 dygn

¹ Hälso- och sjukvården finansieras av försäkringar och styrs av privat och samhälleligt ägande mellan försäkringstagare, försäkringsbolagen och vårdverksamheter inom de legala gränser som regeringen bestämmer.
Källor: (OECD, 2019e; OECD, 2021b; OECD, 2021c; OECD, 2021d; Rijksoverheid, 2021c; United Nations, 2021a; United Nations, 2021b; United Nations, 2021c).

Nederländska departementet för hälsa, välfärd och sport (VWS) (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) och dess underordnade myndigheter inom hälsa har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvårdssystemet i Nederländerna omfattas av tre försäkringssystem som finansieras av försäkringspremier och inkomstavgifter:¹⁹

- Första systemet är det största och omfattar primärvård, specialistvård, läkemedel, psykisk hälsa och omvårdnad utanför sjukhus.
- Andra systemet omfattar långtidsvård. Det finansieras regionalt genom offentligt försäkringssystem och utförs av regionalt dominerade försäkringsbolag.
- Det tredje systemet är ett offentligt vårdssystem som finansieras genom skatt och utförs av kommuner och omfattar exempelvis äldreomsorg.

Invånare är skyldiga att köpa standardförsäkringspaketet inom det första systemet, hos valfritt försäkringsbolag. Försäkringsbolagen måste acceptera de som söker och förväntas ingå avtal med leverantörer baserat på kvalitet och pris (OECD, 2019e). Under senare år har långtidsvård reglerats till kommuner genom Wet Langdurige Zorg (lagen för långtidsvård [WLZ]) där omvårdnad av äldre utanför sjukhus nu tillhandahålls av kommunerna (OECD, 2019e; Kroneman, o.a., 2016).

¹⁹ Om inget annat anges är all information i dessa punkter taget från (OECD, 2019e).

Reglering av tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Den nederländska staten är ansvarig för styrning och föreskrifter över de tre system ovan som tillsammans utgör landets hälso- och sjukvård.²⁰ Staten stiftar lagar som reglerar sjukvårdsförsäkringsmarknaden, tar fram policyförslag som syftar till att säkerställa tillgången till en god sjukvård samt kontrollerar kvalitet och tillgänglighet. Försäkringsbolag, vårdgivare och patienter har dock ansvaret för sin egen och sina patienters vård. Nästan alla sjukförsäkringsbolag i Nederländerna är icke-vinstdrivande och fördelar eventuella vinster till lägre premier eller till reserver (Zorg Instituut Nederland, 2021).

Det finns två tillsynsmyndigheter i Nederländerna: Inspectie gezondheidszorg en jeugd (IGJ) och Nederlandse zorgautoriteit (NZA). NZA övervakar och reglerar beteende hos vårdgivare och försäkringsbolag (Nederlandse Zorgautoriteit, 2021). Enligt lagen ska vårdgivare publicera data för väntetider och det är NZA som säkerställer att denna data publiceras. IGJ övervakar hälso- och ungdomsvården och syftar till att garantera kvalitet samt patientsäkerhet (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2021).

Styrformer

Enligt OECD har Nederländerna tre olika professionella standarder för accepterade väntetider (OECD, 2020a):

- Besök inom specialiserad öppenvård inom 4 veckor.
- Operation/åtgärd av en specialist, öppenvård, inom 4 veckor från beslut.
- Operation/åtgärd av specialist, slutenvård, inom 7 veckor från beslut.

Utifrån intervjuer med IGJ förstår vi att professionella standarder ovan inte är reglerade i lag utan ska tolkas som professionella riktlinjer. Till skillnad från skattefinansierade system så ligger ansvaret att erbjuda patienter vård i tid hos försäkringsbolagen snarare än vårdgivarna. Det åligger alltså försäkringsbolagen att anskaffa och upphandla tillräckliga vårdvolymen för att tillgodose behoven samt säkerställa patientsäkerhet och kvalitet. När det gäller befogenheter har IGJ mandat att förelägga med böter och sanktioner (Rijksoverheid, 2021a).

För specifika specialistområden krävs det tillstånd för att kunna utöva medicinska processer. Det är VWS som godkänner dessa tillstånd och har även makten att kunna dra in tillstånd (Rijksoverheid, 2021d). Nederländerna har särskilda vårdförlopp för att hantera cancerpatienter där de även arbetar med specifik organisering och förbättrad samordning av vård (OECD, 2020a).

Tillsynsmyndigheters ansvar och befogenheter

IGJ ansvarar för övervakning av organisering och kvalitet inom vården. Myndigheten kontrollerar hur vårdgivare driver sina verksamheter och kan hålla ledningen ansvariga om de inte fullföljer skyldigheter att säkerställa kvalitet och säkerhet (Kroneman, o.a.,

²⁰ Om inget annat anges är all information i detta stycke taget från (OECD, 2019e).

2016). IGJ genomför inspektioner inom hälso- och sjukvården (ca 20–30 inspektionsbesök per sjukhus och år). De undersöker även klagomål och olyckor.

Övervakning av väntetider till vård

På Volkgezondheidszorgs (folkhälsovårdmyndighetens) hemsida finns sammanställd statistik över tillgänglighet till nederländsk sjukvård i form av väntetider. Exempelvis uppgifter om väntetider för 2021 inom poliklinisk vård, öppenvård, behandlingar, diagnostik, organtransplantation och annan sjukhusvård (Volksgezondheidszorg, 2021). Resultaten redovisas såväl på regional nivå som på nationell nivå. Våra intervjuer indikerar att IGJ ej bedriver proaktiv datamonitorering eller analys utifrån tillgängliga data utan främst arbetar reaktivt utifrån anmälda tillbud och klagomål.

Trots att myndigheten har rätt att bötfälla vårdgivare görs detta sällan. Man arbetar i stället främst med publikationer och information riktad till allmänheten om vilka brister som uppmärksammas. IGJ arbetar i tre steg när brister upptäcks vid inspektion:

- Dialog mellan IGJ och verksamheten om att brister ska åtgärdas.
- Om brister kvarstår tar IGJ fram en tidsbestämd handlingsplan som verksamheten ska genomföra.
- Om bristerna fortfarande kvarstår publicerar IGJ offentliga rapporter som redogör för verksamhetens brister och på vilket sätt de inte möter de förväntade kraven.

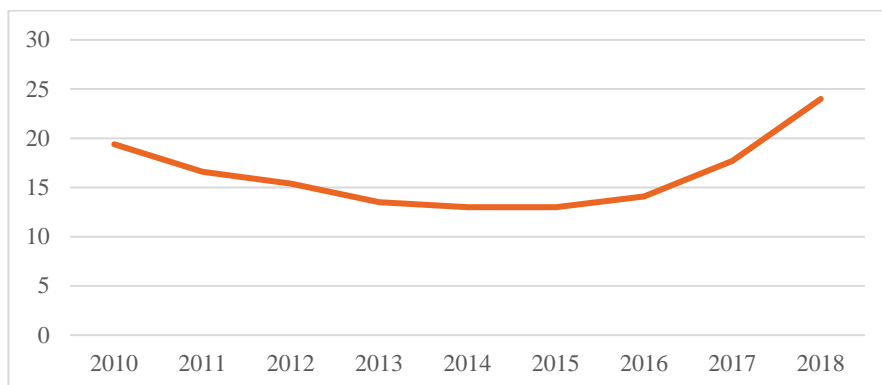
Myndigheten menar att detta är det mest effektiva sättet att styra vården. I ett konkurrensbaserat system är försäkringsorganisationer och vårdgivare angelägna om att inte drabbas av negativa publikationer som avskräcker försäkringstagare.

Tillgänglighet och tillsynens agerande år 2010–2020

Utveckling av tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Andelen patienter som har väntat 7 veckor eller mer för åtgärd har ökat med 5 procentenheter mellan 2010 och 2018. Bäst tillgänglighet hade vården 2014 då endast 14 procent väntade längre än 7 veckor från beslut vid operation/åtgärd (Volksgezondheidszorg, 2021).

Figur 6. Utveckling av tillgänglighet i Nederländerna 2010–2018: andel som väntat 7 veckor eller mer för åtgärd (procent)



Kommentar: figuren visar andel patienter som väntat 7 veckor eller mer för åtgärd.
Källa: (Volksgesondheidszorg, 2021).

Våra intervjuer indikerar att IGJ:s motiv för att inte övervaka och kontrollera väntetidens utveckling över tid är att väntetider historiskt varit korta och vård har levererats med god vårdkvalitet. Brådskande vård sker normalt inom 2–3 månader och övrig vård har tillgodosetts inom rimlig tid. Det har därmed inte funnits något behov för övervakning då väntetider inte varit ett problem historiskt enligt myndigheten.

Ökade väntetider till vården är en källa till oro och regeringen har adresserat problemen med reformer och handlingsplaner (OECD, 2019e). En förklaring till försämringen är kompetensförsörjningsproblem med personalbrist inom flera yrkeskategorier. Svårigheter att rekrytera syns även i primärvården där andelen vakanta platser har ökat från 9 procent till 24 procent 2016–2018 (OECD, 2019e).

Tillsynsmyndighetens agerande

IGJ genomför inga systematiska insatser avseende datamonitorering kopplat till väntetider och tillgänglighet. Man förlitar sig dels på motivationen hos personalen inom hälso- och sjukvård som inte vill att patienter ska vänta längre än nödvändigt, dels på att försäkringsbolagen strävar efter att erbjuda så kort väntetid som möjligt i syfte att attrahera fler försäkringstagare.

I vår intervju med IGJ lyftes ödmjukhet fram som en viktig egenskap hos en tillsynsmyndighet. Myndigheten ska behandla läkare och sjuksköterskor med samma respekt som patienter, samarbeta med vårdgivare och försäkringsbolag samt stödja dem i att skapa bra lösningar om problem uppstår.

Norge

Huvudsakliga iakttagelser

- Helsetilsynet är en nationell tillsynsmyndighet som inte arbetar aktivt med tillsyn av väntetider.

- Lagstadgad bedömningstid för fastställande av individuella datum för start av behandling.
- Nationella riktlinjer för rekommenderade antal dagar för standardiserade vårdförlopp.
- Förlitar sig på individuella datum och patienternas rätt till god tillgänglighet.

Hälsa- och sjukvårdssystem

I Norge är hälso- och sjukvården skattefinansierad och delvis centralt styrd.²¹ Staten ansvarar för den specialiserade vården medan kommunerna organiserar, driver och ansvarar för primärvården. Den specialiserade vården drivs av fyra statligt ägda regionala hälsoföretag som ansvarar för att tillhandahålla sjukhusvård till invånarna i respektive geografiska område. De regionala hälsoföretagen äger i sin tur lokala hälsoföretag som kan bestå av ett eller flera sjukhus. Nästan alla sjukhus i Norge är offentliga; ett fåtal drivs i privat regi.

En sammanfattning av Norges hälso- och sjukvårdssystem, demografi och vårdkonsumtion visas i tabell 7.

Tabell 10. Norges hälso- och sjukvårdssystem och förutsättningar

Område	Beskrivning
Hälso- och sjukvårdssystem	Beveridge ¹ , skattefinansierat
Styrning av specialistsjukvård	Centralt styre
Hälso- och sjukvårdskostnadens andel av BNP (2019)	11 procent
Hälso- och sjukvårdskostnad per capita (2019)	6 647 US dollar
Antal invånare (2020)	5,4 miljoner
Invånare per km ² (2020)	15
Andel av befolkning över 65 år (2020)	18 procent
Andel av befolkning under 14 år (2020)	17 procent
Antal vårdplatser per 1000 invånare (2018)	3,5
Medelvårdtid (2018)	6,0 dygn

¹ Hälso- och sjukvården finansieras och organiseras i huvudsak av offentliga medel för alla invånare.

Källor: (OECD, 2019g; OECD, 2021b; OECD, 2021c; OECD, 2021d; United Nations, 2021a; United Nations, 2021b; United Nations, 2021c).

Reglering av tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Helsetilsynet är Norges tillsynsmyndighet som har ett nationellt ansvar för övervakning av hälso- och sjukvården (Helsetilsynet, 2021a). Myndigheten rapporterar till Norges hälso- och sjukvårdsdepartement (Helsetilsynet, 2021b). På länsnivå bedrivs tillsynen av så kallade statsforvaltere som handlägger enskilda patienters klagomål och övervakar

²¹ All information i detta stycke är taget från (The Commonwealth Fund, 2020b).

hälso- och sjukvården i länen (Helsetilsynet, 2021b).

Rätten och tillgängligheten till hälso- och sjukvård regleras i lagen om patient- och brukarrättigheter, pasient- og brukarrettighetsloven (LOV-1999-07-02-63). I denna lag regleras bland annat den så kallade *vurderingsgarantin*, som innebär att en patient har rätt till information om när behandling ska inledas inom 10 dagar efter att en remiss har mottagits av specialistvården. I klartext betyder garantin att en läkare på det sjukhus som har mottagit remissen gör en bedömning av vilken vård patienten förväntas behöva samt fastställer ett datum då patientens behandling senast ska ha påbörjats/skett. Denna bedömning görs i enlighet med professionella riktlinjer vilket innebär att om patientens tillstånd bedöms som brådskande fastställs ett tidigare datum. Om sjukhuset inte har möjlighet att behandla patienten innan fastställt datum är de skyldiga att hänvisa patienten till ett annat sjukhus och bekosta behandlingen.

I Norge har patienten alltid rätt till en ny medicinsk bedömning (second opinion) och kan därför begära att remissen skickas till ett annat sjukhus för bedömning; exempelvis om det första fastställda datumet ligger för långt fram i tiden. Utöver detta kan patienter även överklaga det fastställda datumet till sin statsforvaltere. Detta resulterar oftast i en ny medicinsk bedömning.

Utöver *vurderingsgarantin* finns även en väntetidsgaranti för barn och ungdomar som innebär att barn och ungdomar under 23 år med psykiatriska- eller drogrelaterade problem har rätt till påbörjad behandling inom 65 arbetsdagar (Helsedirektoratet, 2020).

I Norge har man även utformat nationella riktlinjer för olika vårdförlopp (*pakkeforløp*), exempelvis inom cancer och onkologi, vilka tydligt anger rekommenderat antal dagar för olika faser i utredning och behandling (Helse Norge, 2020). Riktlinjerna är inte juridiskt bindande men sjukhusen strävar efter att följa dem och data för antal väntande dagar för alla faser och diagnoser rapporteras in och presenteras i statistik från Helse-direktoratet (Helse Norge, 2020).

Styrformer

I Norge används *vurderingsgarantin* som väntetidsmål och Helsedirektoratet publicerar kontinuerligt den genomsnittliga bedömningstiden (antal dagar från mottagen remiss till fastställt datum för behandling) samt antal brott mot *vurderingsgarantin* (Helsedirektoratet, 2020). Icke uppfylld *vurderingsgaranti* innebär lagbrott och redovisas i Helsedirektoratets årliga rapporter. Utöver *vurderingsgarantin* används även väntetidsgaranti för barn och ungdomar som väntetidsmål (Helsedirektoratet, 2020).

Tillsynsmyndigheters ansvar och befogenheter

Den statliga tillsynen av hälso- och sjukvården är i Norge reglerad i lagen om statlig tillsyn av hälso- och sjukvårdstjänster, helsetilsynsloven (LOV-2017-12-15-107). I denna lag står det att statens tillsyn har det övergripande ansvaret för övervakning av hälso- och sjukvårdstjänster i landet. Detta innebär att Helsetilsynet ska övervaka vårdtjänster och vårdpersonal samt ingripa om sjukhus eller vårdpersonal bedriver verksamhet som strider mot lagstiftningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021).

Vid identifierade brister arbetar Helsetilsynet både på individnivå och på systemnivå. På individnivå har myndigheten exempelvis befogenheter att ta bort licens från sjukvårdspersonal och på systemnivå kan de i extrema fall låta polisen göra en utredning. Dessa åtgärder är dock svåra att använda när det kommer till bristande tillgänglighet till hälso- och sjukvård. Vid brister i tillgänglighet, som identifieras via klagomål, förs i stället en dialog med sjukhuset eller det regionala hälsoföretaget i fråga.

Alla så kallade *fristbrudd* (när ett sjukhus inte kan behandla patienten innan det fastställda datumet) dokumenteras och presenteras i statistik och rapporter från Helse- direktoratet. Om det skulle visa sig att ett sjukhus har ett stort antal fristbrudd kan Helsetilsynet inleda en dialog med det regionala hälsoföretaget samt presentera det i sin rapportering.

Övervakning av väntetider till vård

Statistik för väntetider till specialistvård publiceras månadsvis på Helse- direktoratets hemsida (Helse- direktoratet, 2021). Sjukhusen rapporterar in data för genomsnittlig väntetid till specialistvården, antal fristbrudd, antal brott mot vurderingsgarantin samt genomsnittlig bedömningstid i slutet av varje månad och statistiken publiceras den 15:e följande månad. Statistiken är gratis och tillgänglig för allmänheten. Data presenteras för varje regionalt hälsoföretag och som ett nationellt genomsnitt.

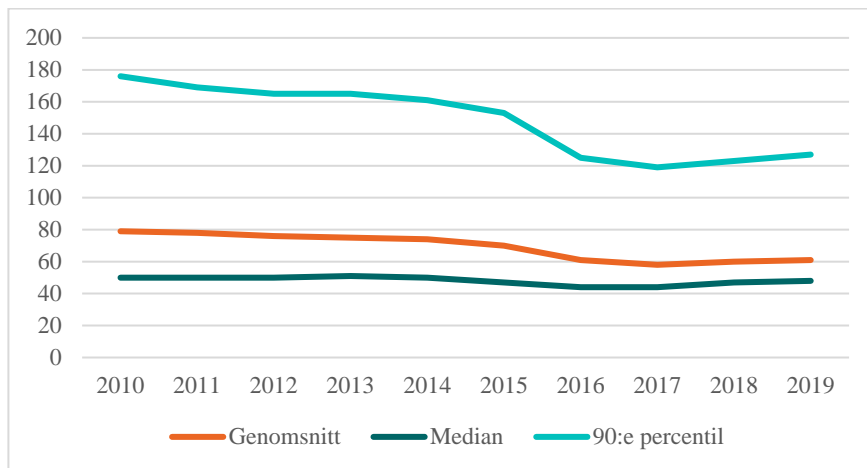
Helse- direktoratet publicerar även årliga nationella sammanställningar som redovisar tillgänglighet i form av genomsnittlig väntetid till specialistvården, genomsnittlig väntetid till olika medicinska specialiteter, totalt antal väntande patienter samt antal fristbrudd och brott mot vurderingsgarantin (Helse- direktoratet, 2020).

Tillgänglighet och tillsynens agerande år 2010–2020

Utveckling av tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Enligt statistik från Helse- direktoratet (2014, 2016 och 2020), som presenteras i figur 7, har genomsnittet för antal väntande dagar från remiss till start av behandling i somatisk vård minskat något under perioden 2010–2019. Sett till antal patienter som väntat längst på vård (90:e percentilen) ser vi en kraftig minskning mellan 2015 och 2016.

Figur 7. Utveckling av tillgänglighet i Norge 2010–2019: antal väntande dagar från remiss till start av behandling inom somatisk vård



Källa: (Helsedirektoratet, 2014; Helsedirektoratet, 2016; Helsedirektoratet, 2020).

Tillsynsmyndighetens agerande

Enligt information från intervjuer har Helsetilsynet i Norge inte gjort några systematiska insatser för att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvården. Helsetilsynet förlitar sig på *värderingsgarantin* och patienternas rätt och möjlighet att överklaga till statsforvaltere vid missnöje.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
Box 45184, 104 30 Stockholm
Telefon: 010-788 50 00
registrator.vss@ivo.se
www.ivo.se

