Sundbyberg 2026-10-30

Diarienummer: S2026/01367

Vår referens: Hanna Sejlitz

Mottagare: s.remissvar@regeringskansliet.se
Kopia: s.sl@regeringskansliet.se

Remissvar: Behovsstyrd vård (SOU 2026:38)

Funktionsrätt Sverige

Funktionsrätt Sverige är en samarbetsorganisation för 53 funktionsrättsförbund som tillsammans representerar cirka 400 000 medlemmar. Vårt arbete grundar sig på mänskliga rättigheter när vi driver medlemmarnas funktionsrätt - rätten att fungera i samhällslivets alla delar på lika villkor. Vårt mål är ett samhälle för alla.

Sammanfattning

Funktionsrätt Sverige välkomnar utredningens ambitioner att stärka patienternas ställning och styra mot en mer behovsstyrd, jämlik och tillgänglig hälso- och sjukvård. Vi är i grunden positiva till att vårdgarantin breddas till att omfatta utredningar, undersökningar och återbesök, att det införs nya tidsgränser inom BUP tillsammans med en förstärkning av tidiga och stegvisa insatser samt att vårdens resurser i högre grad styrs utifrån medicinska behov. Vi anser också att tillgänglighet handlar om mer än bara väntetider och instämmer i betydelsen av kontinuitet, prioriteringar och vårdens samlade förmåga att möta patienter med långvariga och komplexa vårdbehov.

Samtidigt befarar vi att förutsättningarna för ett framgångsrikt genomförande saknas i nuläget. Utredningen tar sig an symptomen på ett ansträngt system – köer, väntan, ojämlik tillgång – men lämnar grundorsakerna som bemanning, vårdplatser, kompetensförsörjning

och primärvårdens förutsättningar orörda. Skärpta tidsgränser och sanktioner löser inte de grundläggande problemen. En vårdgaranti utan tillräcklig kapacitet och påföljd riskerar att bli enbart en prioriteringsordning som fördelar om vem som drabbas av systemets brister. Det finns en uppenbar risk för att patienter med diffusa, komplexa och långvariga behov drabbas av undanträngningseffekter. Detta trots att dessa patienter är i stort behov av regelbunden uppföljning och kontinuitet för att förebygga komplikationer. Det riskerar också att slå hårdast mot regioner med stora demografiska och geografiska utmaningar, vilket späder på ojämlikheten.

En vårdgaranti mäter tid, inte om patienten faktiskt kan ta emot den erbjudna vården eller om vården är anpassad efter individuella behov. Reformen riskerar därmed att uppfyllas på papperet medan patienten i praktiken står utan tillgång till rätt vård. Det framtida reformarbetet måste kompletteras med en finansierad plan för kompetensförsörjning, skarpare krav på kontinuitet, rätt till individanpassad information samt tydliga riktlinjer som säkerställer att ingen patient – oavsett funktionsförmåga eller vårdbehov – lämnas utanför.

Våra synpunkter

Kontinuitet och fast vårdkontakt

Kontinuitet skapar trygghet, förbättrar följsamheten till behandling och stärker patientsäkerheten. Utredningens förtydligande om att patientens önskemål om fast vårdkontakt ska beaktas är positivt, men förslaget urholkas av författningskommentaren som anger att verksamhetschefen inte är bunden av önskemålet.

Det finns också en inbyggd konflikt mellan förslagen. När regioner ska hänvisa patienten till andra vårdgivare för att klara tidsgränser, betalas den kortare väntetiden med att trygga vårdrelationer bryts.
Strävan efter att klara tidsgränser genom att skicka patienter till andra vårdgivare eller regioner riskerar att splittra vårdkedjan och bryta den, för många, viktiga relationen till ett fast vårdteam, vilket kan vara avgörande för en trygg och säker vård. En fast vårdkontakt med rätt kunskap ökar patientsäkerheten, förbättrar samordningen och minskar belastningen på patienter och anhöriga.

Tillgänglighet, "självvald väntan" och väntan som inte räknas

Digitala vårdformer kan bidra till ökad tillgänglighet och kontinuitet, men bör användas utifrån patientens behov, förutsättningar och vårdens ändamål. Enligt förslaget räknas inte tid då patienten tackar nej till ett vårderbjudande som garantitid, utan som "självvald väntan". För personer med funktionsnedsättning kan en digital distanskontakt, en ny okänd mottagning eller en lång resa anses vara formellt funktionell, men i praktiken vara omöjlig att genomföra. Ett nej baserat på otillgänglighet eller funktionsnedsättning där individen i praktiken inte har en reell valmöjlighet får inte betraktas som ett frivilligt avstående eller självvald väntan.

Därtill godtar utredningen att glapp kan uppstå av "medicinska skäl", men saknar en närmare avgränsning av begreppet. Detta medför en risk för att begreppet används för att förklara väntetider som egentligen beror på kapacitetsbrist inom vården.

Vi föreslår att:

- det måste klargöras i författningskommentaren att behov av fysiskt möte eller anpassning till följd av funktionsnedsättning inte utgör självvald väntan.
- bedömningen av vad som är funktionellt ska göras i samråd med patienten och, om det är relevant, med närstående/ stödperson.
- det ska anges vilka anpassningar som ska ha prövats innan ett nej får registreras som självvalt, och skälet till avståendet ska dokumenteras med möjlighet till omprövning.
- begreppet "medicinska skäl" måste avgränsas så att det inte täcker över kapacitetsbrist.
- den totala tiden från utfärdad remiss till avslutad utredning bör följas upp, inte bara de enskilda delstegen.

Patienter i limbo – grupper som saknar en fungerande vårdkedja

Alla patienter har inte ens en relevant vårdkö att stå i eftersom deras vårdbehov inte tillgodoses inom hälso- och sjukvårdens nuvarande strukturer. Många patienter med komplexa och svåra tillstånd nekas utredning eller uppföljning inom specialistvården med hänvisning till bristande evidens eller för höga evidenströsklar, för att sedan bollas tillbaka till en primärvård som saknar både kunskap, diagnostiska

verktyg och resurser. Problemen förstärks av bristande nationella riktlinjer och otillräcklig nationell kunskapsstyrning.

Att vården ska vila på vetenskap och beprövad erfarenhet är en grundläggande princip, men brist på evidens får dock inte innebära att patienter lämnas utan nödvändig vård. Brist på specialistvård och klinisk forskning förstärker dessutom varandra: när patienter inte utreds minskar också möjligheten att utveckla ny kunskap, vilket gör att dessa grupper osynliggörs.

Ett genuint behovsstyrt vårdsystem behöver också aktivt identifiera och nå patienter som inte kan ta sig till en mottagning. Regionernas ansvar för dessa patienter måste tydliggöras exempelvis genom krav på hembesök, mobila vårdformer, samordning mellan region och kommun samt individuellt anpassade lösningar.

Att vissa patientgrupper idag inte kan få sina vårdbehov tillgodosedda därför att de faller mellan vårdens ansvarsområden är oacceptabelt, inte minst utifrån rätten till hälsa och principen om icke-diskriminering1. För dessa patienter är en stärkt vårdgaranti gällande tidsgränser inte tillräcklig för att komma till rätta med brister i vårdens tillgänglighet.

Våra förslag:

- En nationell kartläggning av vilka patientgrupper som idag saknar en fungerande vårdkedja, följt av åtgärder för att stärka kunskapsstyrningen och säkerställa en god och jämlik vård.

Undanträngningsrisker – uppföljningar och intyg

Planerade uppföljningar

Vi tillstyrker att återbesök inkluderas i vårdgarantin, men avstyrker att planerade uppföljningar undantas utan någon motprestation. Reformer av vårdgarantin får inte leda till att personer med funktionsnedsättning och kroniska sjukdomar får svårare att få återkommande uppföljningar eller specialistvård vid behov.

[1] Exempelvis rätten till hälsa enligt artikel 12 i FN:s konvention om sociala, ekonomiska och kulturella rättigheter och enligt artikel 25 i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

För många personer med funktionsnedsättning och kroniska sjukdomar är regelbunden uppföljning, behandlingar och förebyggande insatser i rätt tid minst lika viktiga som den initiala medicinska bedömningen för att förebygga komplikationer. Om utredningens antagande om befintliga resurser inte håller uppstår påtagliga undanträngningseffekter där personer som väntar på en planerad uppföljning trängs undan av patienter som väntar på återbesök eller förstagångsbesök. Utredningen erkänner själv denna risk, men lämnar ändå inga förslag för att skydda dessa grupper.

Gränsdragningen mellan återbesök och planerad uppföljning är svår att tillämpa i praktiken och utredningen saknar förslag på kvantitativ uppföljning eftersom definitionerna först behöver utvecklas. Detta innebär att den del av vårdkedjan som betyder mest för långvariga tillstånd varken skyddas av garantin eller går att följa upp.

Vi föreslår: Att den planerade uppföljningen, istället för lagstadgade tidsgränser, regleras genom medicinska måldatum för uppföljningar som dokumenteras och kommuniceras till patienten, samt att följsamheten till måldatum följs upp nationellt.

Intyg

Allt fler instanser (socialtjänsten, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, skola, färdtjänst) kräver medicinska intyg för sina beslut. Utredningen berör detta enbart i förbigående och analys saknas i konsekvensanalysen.

Ett intyg som ska beskriva funktionsförmåga i vardagen, över tid och i olika miljöer, kräver kunskap om individens förutsättningar vilket sällan kan uppnås vid ett enstaka bedömningstillfälle. Samtidigt har inte den läkare som skriver intyget alltid kännedom om patienten till följd av låg kontinuitet och uteblivna uppföljningar.
Vi befarar att förslagen förvärrar situationen med intygsskrivandet av flera skäl:

- Bedömningsgarantin kräver inget möte. En bedömning som räcker för att avgöra nästa vårdsteg räcker inte nödvändigtvis som grund för ett tillförlitligt intyg om funktionsförmåga.

- Kontinuiteten stärks inte då utredningen avstår från att reglera fast läkarkontakt i specialiserad vård samtidigt som hänvisning till andra vårdgivare kan öka.
- Planerade uppföljningar, där förnyelse av intyg vanligtvis sker, undantas från garantin
- Intygsskrivande omfattas inte av garantin, men konkurrerar om samma tid och riskerar därmed att trängas undan när tidsgränser skärps utan kapacitetsökning.

Vi föreslår att regeringen analyserar hur förslagen påverkar hälso- och sjukvårdens förutsättningar att utfärda tillförlitliga intyg samt säkerställa att behovet av kontinuitet vid intygsskrivande beaktas i regleringen av fast vårdkontakt.

Informationsgarantin måste säkerställa att informationen når fram

Informationen till patienten behöver vara utformad så att den är tillgänglig, begriplig och användbar för alla, inklusive personer som möter kognitiva, kommunikativa eller andra funktionsrelaterade hinder. En tillgänglig informationsgivning är en viktig förutsättning för jämlik vård och för patientens möjlighet att vara delaktig i sin vårdprocess.

Vi tillstyrker att en informationsgaranti införs under IVO:s tillsyn, men garantin ställer enbart krav på att information ska lämnas – inte att den faktiskt når fram och förstås. Dessutom gör utredningen en alltför snäv tolkning av 3 kap. 7 § patientlagen – skriftlig information ska inte bara ges om patienten efterfrågar det, det ska även ges om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar.

Vi föreslår att:

- Patientsäkerhetslagen (7 kap. 23 b §) bör uttryckligen hänvisa till 3 kap. 7 § patientlagen så att informationens anpassning täcks av tillsynen.
- patientens kommunikationsbehov ska dokumenteras och följa med i remiss, kallelse och bedömning i hela vårdkedjan.
- tillsynen ska omfattas av om informationen varit begriplig för mottagaren, inte bara att den lämnats.

Tillsyn, sanktioner och finansiering

Utredningen fick i tilläggsdirektiv i uppdrag att föreslå ekonomiska sanktioner när vårdgarantin inte följs. Resultatet är att IVO får möjlighet att vitesföreläggа vid brister i informationsgarantin och informationsskyldigheten, men inte när tidsgränserna överskrids. Utredningens skäl är begripliga men konsekvensen är att den "stärkta" vårdgarantin fortsatt saknar påföljd för det den handlar om. Riksrevisionen har konstaterat att vårdgarantin inte haft någon tydlig, långvarig effekt på väntetiderna. Vi ser inte vad i detta förslag som ändrar det.

Till detta kommer finansieringen. Utredningen bedömer att förslagen inte innebär en ambitionshöjning och att finansieringsprincipen därför inte ska tillämpas. Vi gör ingen egen ekonomisk bedömning och tar inte ställning till utredningens kostnadsuppskattning, men vi vill peka på fördelningsrisken. Om kraven skärps utan att kapaciteten ökar, och utan påföljd, är den troliga anpassningen att vården omprioriterar. De som prioriteras ned är de med långvariga behov, många vårdkontakter och svag förhandlingsposition.
Det för tillbaka till vår övergripande invändning. Förslagen flyttar runt bristerna. De åtgärdar dem inte.

Hjälpmedel, avgifter och kringkostnader för medföljande

Hjälpmedel

Funktionsrätt Sverige delar utredningens uppfattning att hjälpmedelskostnader bör omfattas av högkostnadsskyddet. Utredningen räknar själv upp fyra tidigare utredningar sedan 1989 som pekat på liknande problem, och föreslår nu en femte. Att tillsätta ytterligare en utredning är inte en lösning – det krävs handling.

Patientavgifter

Vi tillstyrker förslaget om enhetliga patientavgifter mellan regioner. Risken för att personer med sämre hälsa i högre grad avstår från vård av kostnadsskäl gäller i hög grad våra målgrupper, som ofta har många vårdkontakter och samtidigt låg inkomst.

Patientavgifter för den som genomgår tvångsvård bör avskaffas nationellt.

Kringkostnader för medföljande

För många av våra målgrupper är en ledsagare, assistent eller anhörig en absolut förutsättning för att kunna ta emot vård på annan ort. Utgångspunkten för ersättning av medföljandes kringkostnader måste därför vara att nödvändiga kostnader för medföljande ersätts och att eventuella undantag i så fall motiveras.

Valfrihet i sluten vård

Vi har inga invändningar mot att möjligheten att välja utförare utvidgas till sluten vård. Men två förhållanden gör att valfriheten riskerar att inte vara reell för alla. För det första är frågan om kringkostnader olöst. För det andra föreslår utredningen att hemregionen får villkora vården med ett godkännande, och skriver uttryckligen att skälen för att neka inte behöver regleras särskilt. Det ger ett beslut som avgör patientens tillgång till valfrihet utan reglerade grunder och utan tydlig prövningsmöjlighet.

Vi föreslår att grunderna för att neka regleras och att beslutet ska motiveras skriftligt. Vi noterar också att patienten inte omfattas av den mottagande regionens vårdgaranti, och att tid då patienten utnyttjat möjligheten att välja vård i annan region inte räknas in i garantin. Det bör framgå tydligt i informationen till patienten.

BUP, skolan och det informella diagnoskravet

En lagstadgad vårdgaranti för barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) på 30+30 dagar är i grunden positiv, men riskerar att få oönskade effekter. Det har vuxit fram informella krav från skolan på att elever ska ha en medicinsk diagnos från specialistvården innan de beviljas adekvat stöd, vilket strider mot skollagen, urholkar skolans eget ansvar och bidrar till längre köer till BUP. När den offentliga vården inte hinner leverera gynnas barn till resursstarka föräldrar som kan köpa privata utredningar, vilket urholkar behovsprincipen.
Att göra BUP mer tillgängligt får inte legitimera att skolan fortsätter avsvära sig sitt ansvar. En lagstadgad vårdgaranti för BUP måste därför kombineras med skarpa krav och satsningar på första linjen och elevhälsan.

Uppföljning och data som fångar målgrupperna

Regeringen bör följa upp hur en förändrad vårdgaranti påverkar patienter med funktionsnedsättning och kroniska sjukdomar och säkerställa att dessa grupper inte missgynnas.

Vi föreslår att Socialstyrelsens och Vård- och omsorgsanalys uppdrag bör utökas till att utveckla indikatorer som följer upp detta, exempelvis genom att mäta antal parallella vårdkontakter, förekomst av fast vårdkontakt, andel av vården som utgörs av återbesök eller samtidiga LSS/SoL-insatser.

Konsekvensanalysen saknar funktionsrättsperspektiv

Utredningens analys av konsekvenser för personer med funktionsnedsättning begränsas till ett dussintal rader och landar i att förslagen "inte bedöms ha några direkta effekter". Samtidigt behandlar betänkandet hjälpmedelsavgifter, distanskontakt, ersättning för medföljande vid vård på annan ort och neuropsykiatriska utredningar – frågor som i hög grad rör våra målgrupper. Förslagen behöver analyseras utifrån Funktionsrättskonventionen, särskilt artiklarna 5, 9, 21 och 25, innan en proposition läggs fram.

Avslutning

Att enbart fördela om patienter åtgärdar inte bristerna i svensk hälso- och sjukvård. Det framtida reformarbetet kan inte stanna vid tidsfrister och administrativa garantier, utan måste kombineras med långsiktiga, finansierade satsningar på vårdens samlade resurser och kompetensförsörjning. Först då kan vi skapa en genuint behovsstyrd och tillgänglig vård som inkluderar alla.

Med vänlig hälsning
Funktionsrätt Sverige



Nicklas Mårtensson
Ordförande