Reumatiker förbundet

Till
Socialdepartementet
Ref: S2026/01367

2026-10-29

Reumatikerförbundets remissvar på slutbetänkandet *Behovsstyrd vård (SOU 2026:38)*

Reumatikerförbundet tackar för möjligheten att besvara följande remiss.

Reumatikerförbundet har ca 38 000 medlemmar som ofta har stora behov av vård under hela livet. För den som har en kronisk sjukdom i rörelseorganen är livslång behandling, rehabilitering och perioder av sjukskrivning vanligt förekommande. I Sverige finns det mer än en miljon människor som har någon form av reumatisk sjukdom.

Sammanfattning

Reumatikerförbundet tillstyrker huvudinriktningen i betänkandet. En kortare och bredare vårdgaranti, som utgår från faktisk medicinsk bedömning och omfattar fler delar av vårdkedjan, kan stärka patientens ställning och ge snabbare tillgång till rätt vård. Det är särskilt positivt att nödvändiga undersökningar ska ingå i bedömningsgarantin, att nästa steg i den planerade vården ska omfattas och att regionens ansvar skärps när tidsgränserna riskerar att överskridas.

Samtidigt är förslagen bättre utformade för den som väntar på en avgränsad utredning eller behandling än för den som lever med en långvarig sjukdom och behöver vård under hela livet. För personer med reumatiska sjukdomar består vården ofta av återkommande uppföljning, läkemedelsbehandling, rehabilitering och en möjlighet att snabbt få förstärkta insatser vid försämring. Dessa delar behöver få ett tydligare skydd.

Reumatikerförbundet vill särskilt framhålla följande:

- Planerade uppföljningar behöver få ett tydligt rättsligt och uppföljningsmässigt skydd mot undanträngning.
- Rehabilitering ska uttryckligen omfattas när den är en beslutad del av den planerade vården och återkommande rehabiliteringsbehov ska följas upp.
- Informationsgarantin bör kompletteras med krav på begriplig, tillgänglig och situationsanpassad information om ansvar, nästa steg och kontaktväg vid försämring.
- Övergångar mellan specialistvård, primärvård och rehabilitering ska vara säkra, med tydlig ansvarsfördelning, relevant kompetens och möjlighet till snabb konsultation och återremittering.

- Patienter med långvarig sjukdom ska ha en tydlig kontaktväg och möjlighet att snabbt växla upp vården när hälsotillståndet förändras
- Fast vårdkontakt och en individuell behandlingsplan bör användas mer systematiskt för patienter med långvariga eller komplexa behov.
- Vårdens administrativa och ekonomiska styrsystem ska utformas så att patienten inte möter onödiga hinder för att få medicinskt motiverad vård, oavsett om vården ges digitalt, fysiskt eller i en annan region.
- Digitala och fysiska kontakter ska kombineras utifrån patientens medicinska behov, förutsättningar och önskemål. Ett fysiskt besök ska inte automatiskt innebära självvald väntan.
- Uppföljningen ska mäta mer än väntetider och genomförda besök. Den bör även belysa funktion, smärta, fatigue, livskvalitet, delaktighet, arbetsförmåga, rehabilitering, trygghet och jämlikhet.

Reumatikerförbundets huvudsakliga invändning kan sammanfattas så här: Vårdgarantin behöver fungera lika bra för den som lever med en kronisk sjukdom och har återkommande behov av vård som för den som väntar på en avgränsad vårdinsats.

Generella synpunkter

Behovsstyrning ska ge rätt vård, inte mindre vård

Reumatikerförbundet delar ambitionen att vården ska styras av patientens behov. Behovsstyrning får dock inte bli en omskrivning för att patienten ska få färre insatser eller lämnas att själv hantera en försämring. Den ska innebära rätt vård, av rätt kompetens, vid rätt tidpunkt och med möjlighet att anpassa insatserna när behoven förändras.

Stabil medicinsk sjukdomsaktivitet betyder inte automatiskt små vårdbehov. En person kan samtidigt ha omfattande smärta, fatigue, nedsatt funktion, samsjuklighet eller behov av rehabilitering och stöd för att kunna arbeta och leva ett självständigt liv. Behovsbedömningen måste därför omfatta patientens hela situation och inte enbart diagnos, sjukdomsaktivitet eller behov av läkarinsats.

Vårdgarantin måste fungera för långvarig sjukdom

För personer med reumatiska sjukdomar är vården sällan ett linjärt förlopp med en tydlig början och ett tydligt slut. Den består ofta av återkommande medicinska bedömningar, provtagning, läkemedelsuppföljning, rehabilitering och anpassade insatser vid försämring. Vårdens ansvar får därför inte upphöra mellan besöken.

En behovsstyrd vårdgaranti måste skydda både den första vägen in i vården och den fortsatta vården över tid. Annars finns en risk att nya patienter får snabbare vård samtidigt som patienter med etablerad kronisk sjukdom får vänta längre på uppföljning och rehabilitering.

Rätt profession vid rätt tillfälle

Reumatikerförbundet delar utredningens inriktning att vård inte alltid måste ges av läkare. Fysioterapeuter, arbetsterapeuter, sjuksköterskor och andra legitimerade professioner kan i många situationer möta patientens behov bättre och samtidigt frigöra specialistläkartid. Detta förutsätter relevant kompetens, tydliga mandat, fungerande team och en säker väg till läkare när patientens behov kräver det.

Specifika synpunkter

7 Förslag om en behovsstyrd vårdgaranti

7.1 En vårdgaranti för fler patienter och fler delar av vårdkedjan

Reumatikerförbundet tillstyrker att fler patienter och fler delar av vårdkedjan ska omfattas av vårdgarantin. Det är positivt att remissgranskning och individuell prioritering tydliggörs och att garantin bättre ska följa patientens faktiska väg genom vården.

Den generella tidsgränsen får aldrig ersätta en medicinsk prioritering. Patienter med stora eller snabbt förändrade behov ska få vård tidigare än garantins yttersta tidsgräns. Genomförandet behöver följas ur patientens perspektiv och visa om patienten har fått rätt bedömning, rätt kompetens och en fungerande plan för den fortsatta vården.

7.2.1 Medicinsk bedömning inom 30 dagar

Reumatikerförbundet tillstyrker att dagens garanti om besök ersätts av en garanti om medicinsk bedömning inom 30 dagar. Förslaget är bättre anpassat till patientens behov än en garanti som enbart avser en bokad kontakt.

Det är särskilt viktigt att de undersökningar och provtagningar som behövs för bedömningen ska rymmas inom tidsgränsen. En kontakt utan tillräckligt medicinskt underlag får inte räknas som att garantin är uppfylld. Trettio dagar ska samtidigt förstås som en yttersta tidsgräns. Vid misstanke om inflammatorisk reumatisk sjukdom eller snabbt försämrad funktion kan en betydligt tidigare bedömning vara medicinskt motiverad.

7.2.2 Remisshantering och informationsgaranti

Reumatikerförbundet tillstyrker de föreslagna tidsfristerna för remisshantering och den nya informationsgarantin. Informationen behöver dock vara begriplig, tillgänglig och anpassad till patientens situation.

Patienten bör få veta vem som ansvarar, vad nästa steg är, när det ska ske, hur patienten ska agera vid försämring och vart frågor kan ställas. Informationen ska kunna ges i flera kanaler. Digital information kan förenkla kontakten med vården, men får inte vara ett krav för att få tillgång till vård.

7.2.4 Planerad vård inom 60 dagar

Reumatikerförbundet tillstyrker att beslutade åtgärder, undersökningar och återbesök omfattas av en garanti för planerad vård inom 60 dagar. Det är en viktig förbättring att garantin inte längre bygger på att operation är det självklara slutmålet. För personer med reumatiska sjukdomar kan nästa nödvändiga steg vara läkemedelsuppföljning, bilddiagnostik, provtagning, fysioterapi, arbetsterapi eller ett återbesök.

Reumatikerförbundet avstyrker att medicinskt beslutade planerade uppföljningar lämnas utan ett tydligt rättsligt och uppföljningsmässigt skydd. Om återbesök omfattas av garantin men planerade uppföljningar inte gör det finns en konkret risk att den långsiktiga vården trängs undan. För patienter med kroniska sjukdomar kan en försenad uppföljning innebära att försämring, biverkningar, funktionsförlust eller nya rehabiliteringsbehov upptäcks för sent.

Reumatikerförbundet föreslår därför att medicinskt beslutade planerade uppföljningar inkluderas i vårdgarantin. Om regeringen väljer en annan lösning måste uppföljningarna ges ett likvärdigt bindande skydd genom dokumenterade medicinska måldatum som registreras och följs nationellt. Regionen ska vara skyldig att agera innan måldatumet överskrids.

Reumatikerförbundet anser att beslutad fysioterapi, arbetsterapi och annan rehabilitering uttryckligen ska kunna utgöra planerad vård inom 60 dagars garantin. Rehabilitering är för personer med reumatiska sjukdomar inte en kompletterande insats vid sidan av den egentliga vården, utan en central del av behandlingen.

Rehabiliteringsbehov är ofta återkommande och förändras över tid. Genomförandet behöver därför säkerställa att både en beslutad rehabiliteringsinsats och ett dokumenterat behov av återkommande rehabilitering följs upp. Tillgången ska inte bero på bostadsort eller på patientens möjlighet att själv efterfråga insatsen.

7.3 Regionens ansvar när garantin riskerar att överskridas

Reumatikerförbundet tillstyrker att regionens ansvar förtydligas och anser att ansvaret ska vara proaktivt. Patienten ska inte själv behöva bevaka tidsgränser, leta efter en alternativ vårdgivare eller samordna överföring av journaluppgifter.

Regionen bör kontakta patienten innan garantin överskrids och erbjuda ett medicinskt lämpligt alternativ. Erbjudandet måste vara möjligt att använda även för den som har begränsad rörlighet, behöver ledsagare eller inte kan ligga ute med kostnader för resa och logi.

En patient vars sjukdom är stabil behöver inte alltid täta besök hos specialistläkare. Men minskad kontakt måste kombineras med en tydlig och snabb väg tillbaka när behovet förändras. Patienten ska inte uppleva sig utskriven eller behöva börja om i vårdsystemet vid försämring.

Reumatikerförbundet föreslår därför att patienter med långvarig sjukdom ska få en tydlig kontaktväg och att vården ska ha rutiner för snabb konsultation, ny bedömning och återremittering när patientens tillstånd förändras.

Reumatikerförbundet är positivt till en fortsatt utveckling av nationell vårdförmedling. För patienten bör det innebära att vården aktivt använder tillgänglig kapacitet även över regiongränserna när det är medicinskt lämpligt. Ansvaret för att hitta en alternativ vårdgivare och samordna vårdkontakterna ska ligga på vården och regionen, inte på den enskilda patienten.

9 Patientens möjlighet att välja utförare

Reumatikerförbundet tillstyrker en ökad möjlighet att välja utförare även inom sluten vård. Det kan bidra till snabbare vård och minska regionala skillnader. Valfriheten måste dock vara verklig och inte främst möjlig för patienter med god ekonomi, hög hälsolitteracitet och möjlighet att resa.

Patienten behöver stöd med information, samordning och journalöverföring. Regler om patientresor, logi och ledsagning behöver vara enhetliga, förutsebara och lätta att förstå. Patienten bör så långt möjligt slippa ligga ute med stora kostnader. Kontinuitet måste också vägas in. För en patient med komplexa och långvariga behov kan ett team som känner patientens sjukdomshistoria vara viktigare än den kortaste möjliga väntetiden.

Reumatikerförbundet ser samtidigt en risk för att krav på hemregionens godkännande av sluten vård i en annan region kan skapa administrativa hinder och begränsa patientens möjlighet att i praktiken använda den utökade valfriheten. Ett sådant godkännande behöver därför hanteras skyndsamt, transparent och utifrån tydliga kriterier. Patienten ska inte själv behöva driva processen mellan olika regioner för att få tillgång till vård.

10 Uppföljning av vårdgarantin

Reumatikerförbundet tillstyrker en nationell uppföljning men anser att den måste omfatta mer än registrerade tidsgränser och genomförda kontakter. Uppföljningen behöver visa hela vårdförloppet, även väntan mellan garantins mätpunkter och om planerade uppföljningar eller rehabiliteringsinsatser har skjutits upp.

För personer med reumatiska sjukdomar bör uppföljningen även belysa funktion, smärta, fatigue, livskvalitet, delaktighet, arbetsförmåga, tillgång till rehabilitering, kontinuitet och trygghet. Resultaten bör kunna analyseras regionalt och utifrån relevanta jämlikhetsdimensioner utan att patienternas integritet äventyras.

Patienter och patientorganisationer bör involveras i valet av mått, i tolkningen av resultaten och i den återkommande utvärderingen av reformen. Uppföljningen bör särskilt visa om patienter med långvarig sjukdom trängs undan av insatser som är enklare att mäta inom garantin.

11 En stärkt tillsyn

Reumatikerförbundet tillstyrker en stärkt tillsyn. Tillsynen behöver omfatta både formell efterlevnad och patientens faktiska tillgång till vård. Det räcker inte att kontrollera om tidsfrister har registrerats korrekt.

Tillsynen bör även kunna granska om regionen har informerat patienten, erbjudit en alternativ vårdgivare i tid, säkrat kontinuitet och motverkat undanträngning av planerad uppföljning och rehabilitering. Patienters erfarenheter och klagomål bör användas som underlag i den riskbaserade tillsynen.

12 Ökad kontinuitet inom den specialiserade vården

Fast vårdkontakt

Reumatikerförbundet tillstyrker att patientens behov och önskemål ska beaktas vid valet av fast vårdkontakt. För patienter med reumatiska sjukdomar kan en fast vårdkontakt vara avgörande för trygghet, samordning och patientsäkerhet.

Funktionen måste ha ett tydligt uppdrag, vara känd för patienten och ha praktiska möjligheter att samordna vården. Fast vårdkontakt får inte bli en titel utan innehåll. Uppföljningen bör därför omfatta om patienten känner till sin kontakt, når den vid behov och upplever att ansvarsfördelningen är tydlig. För patienter vars medicinska behov kräver kontinuerlig läkarkompetens ska läkare kunna utses till fast vårdkontakt. Det är patientens behov och vårdens komplexitet som ska avgöra vilken profession som är bäst lämpad att ha funktionen.

Individuell behandlingsplan

För patienter med långvariga eller komplexa behov bör fast vårdkontakt kombineras med en individuell behandlingsplan. Planen bör tas fram tillsammans med patienten och omfatta medicinsk behandling, rehabilitering, uppföljning, egenvård, patientens mål samt kontaktvägar vid försämring. När flera verksamheter är inblandade ska planen ange vem som har samordningsansvar.

Övergångar mellan vårdnivåer

Övergångar mellan specialistvård, primärvård och rehabilitering måste vara säkra. En överföring av ansvar får inte innebära att patienten förlorar tillgång till relevant kompetens eller lämnas utan en tydlig kontaktväg. Det ska finnas möjlighet till konsultation och snabb återremittering när specialistkompetens behövs.

13 Konsekvenser och risk för undanträngning

Reumatikerförbundet bedömer att förslagen kan ge betydande patientnytta genom kortare väntan, tidigare bedömning och ett tydligare regionalt ansvar. Samtidigt behöver konsekvensanalysen för patienter med långvarig sjukdom, funktionsnedsättning och återkommande rehabiliteringsbehov stärkas.

Kortare tidsgränser skapar inte i sig mer specialistkompetens eller större behandlingskapacitet. Om reformen inte kombineras med tillräckliga resurser och nya arbetssätt finns en risk att vård som enkelt kan räknas inom garantin prioriteras framför kontinuitet, rehabilitering och medicinskt motiverad uppföljning.

Regeringen bör därför kräva en särskild och återkommande uppföljning av undanträngningseffekter. Uppföljningen ska omfatta patienter med kroniska sjukdomar, planerade uppföljningar, återkommande rehabilitering och övergångar mellan vårdnivåer.

14 Digital vård utifrån patientens behov

Reumatikerförbundet ser digitala kontakter och digitala verktyg som en viktig del av en mer tillgänglig, personcentrerad och sammanhållen vård. För personer med reumatiska sjukdomar kan distanskontakt, digital egenrapportering och uppföljning av mående och mätvärden minska onödiga resor och vårdbesök samt göra det lättare att få kontakt när behoven förändras. Digitala lösningar ska därför användas när de förenklar för patienten och bidrar till rätt vård vid rätt tidpunkt, inte som ett generellt sätt att ersätta fysiska möten eller minska vårdens ansvar.

Valet mellan digital och fysisk kontakt måste utgå från patientens medicinska behov, funktionsförmåga, möjligheter att kommunicera och egna önskemål. Patienten ska kunna avstå från distanskontakt och få ett fysiskt besök när det behövs eller önskas, utan att en längre väntetid automatiskt betraktas som självvald. Vårdgarantins skydd ska vara likvärdigt oavsett digital vana eller vald kontaktform. Telefonkontakt och skriftlig information måste finnas kvar för den som behöver det.

Reumatikerförbundet är positivt till att digital vård integreras i den ordinarie vårdkedjan och styrs av medicinska behov. Digital kontakt måste omfattas av samma krav på medicinsk kvalitet, kontinuitet, journalföring, informationsöverföring och uppföljning som annan vård. Om patienten får digital vård av en utförare utanför den ordinarie vårdkedjan ska det vara tydligt vem som ansvarar för fortsatta insatser, provtagning, rehabilitering och uppföljning. Patienten får inte lämnas att själv föra information mellan vårdgivare.

Reumatikerförbundet är samtidigt tveksamt till ett generellt ersättningsvillkor som kräver att en distanskontakt för ett vårdbehov alltid ska ha föregåtts av ett fysiskt besök. När en fysisk undersökning är medicinskt motiverad ska den självklart genomföras. Den enskilda patienten ska däremot inte mötas av onödiga administrativa eller byråkratiska hinder för att ersättningssystemet behöver utformas så att felaktigt eller kostnadsdrivande utnyttjande motverkas. Om syftet är att förhindra att stora nationella privata vårdaktörer styr vården utifrån ersättningssystemens utformning bör detta hanteras genom reglering, avtal, uppföljning och kontroll av vårdgivarna, inte genom krav som tvingar patienten till ett medicinskt omotiverat fysiskt besök. Kontaktformen bör avgöras utifrån patientens medicinska behov, förutsättningar och önskemål.

Utvecklingen av digital vård behöver följas nationellt ur patientperspektiv. Uppföljningen bör visa vilka patienter som får digital respektive fysisk vård, om kontakten leder vidare till rätt insats, hur kontinuitet och patientsäkerhet påverkas samt om digitaliseringen förstärker eller minskar ojämlikheten. Patienter och patientorganisationer bör involveras i denna uppföljning.

15 Nationella principer för ersättningar och avgifter

Reumatikerförbundet välkomnar ambitionen att minska ojämlikhet och otydlighet i avgifter och ersättningar. Patientens medicinska behov ska styra möjligheten att använda vårdgarantin, inte betalningsförmåga eller bostadsort.

Patientavgifter, resor, logi, ledsagning och inkomstbortfall kan i praktiken hindra patienter från att ta emot vård i en annan region. Reglerna behöver därför harmoniseras och utformas så att patienten inte behöver avstå från ett erbjudande av ekonomiska skäl.

Digital vård ska användas när den möter patientens behov och förenklar vården. Den får inte ersätta fysisk bedömning, kontinuitet eller rehabilitering när sådana insatser behövs. Ansvar, journalföring och uppföljning måste vara tydliga även när vården ges på distans eller av en utförare utanför patientens ordinarie vårdkedja.

Reumatikerförbundet välkomnar också att avgifter för hjälpmedel uppmärksammas i arbetet med mer enhetliga nationella principer. För personer som lever med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning kan hjälpmedel vara en förutsättning för självständighet, aktivitet och delaktighet, och kostnaderna ska inte skapa ytterligare ojämlikhet mellan patienter i olika delar av landet. Reumatikerförbundet är därför positivt till att frågan om kostnader för hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning inom ett högkostnadsskydd utreds vidare.

Reumatikerförbundets samlade förslag

- Inkludera medicinskt beslutade planerade uppföljningar i vårdgarantin eller ge dem ett likvärdigt bindande skydd genom dokumenterade medicinska måldatum.
- Förtydliga i författningskommentar eller föreskrift att beslutad fysioterapi, arbetsterapi och annan rehabilitering kan utgöra planerad vård inom garantin.
- Säkerställ att återkommande rehabiliteringsbehov dokumenteras och följs upp.
- Att behovsbedömningen omfattar funktion, smärta, fatigue, samsjuklighet, rehabiliteringsbehov, arbetsförmåga och livssituation.
- Koppla fast vårdkontakt till en individuell behandlingsplan för patienter med långvariga eller komplexa behov.
- Säkra övergångar mellan specialistvård, primärvård och rehabilitering genom tydlig ansvarsfördelning, relevant kompetens, konsultationsmöjlighet och snabb återremittering.
- Säkerställ att informationsgarantin innebär begriplig, tillgänglig och situationsanpassad information om ansvar, nästa steg och kontaktväg vid försämring.
- Följ undanträngning systematiskt, särskilt för kroniskt sjuka patienter, planerade uppföljningar och återkommande rehabilitering.
- Bredda den nationella uppföljningen med patientrapporterade mått och mått på rehabilitering, kontinuitet, delaktighet, trygghet och jämlikhet.
- Harmonisera regler om patientavgifter, hjälpmedel, resor, logi och ledsagning så att patientens möjlighet att få och använda den vård som behövs inte avgörs av privatekonomi eller bostadsort.
- Säkerställ att administrativa och ekonomiska styrsystem inte skapar onödiga hinder för patienten, vare sig vården ges digitalt, fysiskt eller i en annan region.
- Involvera patienter och patientorganisationer strukturerat i genomförande, uppföljning och utvärdering.

Avslutande synpunkter

SOU 2026:38 innehåller flera viktiga steg mot en mer patientnära vårdgaranti. Reumatikerförbundet stödjer huvudinriktningen och ser särskilt positivt på kortare tidsgränser, garantin om faktisk medicinsk bedömning, att undersökningar och fler delar av den planerade vården omfattas samt att regionens ansvar, informationen och uppföljningen stärks.

För att reformen ska bli verkligt behovsstyrd måste den samtidigt utformas för människor som lever med sjukdom under lång tid. Vårdens ansvar får inte upphöra mellan besöken och patienten får inte lämnas att själv samordna vården eller börja om när tillståndet försämras. Regeringens fortsatta beredning bör därför stärka skyddet för planerade uppföljningar, göra rehabiliteringen tydlig i garantin och säkerställa en snabb väg tillbaka till rätt vårdnivå.

Reumatikerförbundet ser fram emot att bidra i det fortsatta genomförandet med våra medlemmars erfarenheter av reumatisk sjukdom och av kontakten med hälso- och sjukvården.



Lotta Håkansson
Ordförande Reumatikerförbundet