## Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2020-09-15 kl. 13:00

Plats: Insikten, Kulturhuset Spira

### *Ärenden*


| | | |
|---|---|---|
| 1 | Val av protokollsjusterare | |
| 2 | Fastställande av dagordning | |
| 3 | Föregående mötesprotokoll | |
| 4 | Anmälan av informationshandlingar | 4 - 5 |
| 5 | Anmälan av delegationsbeslut | 6 |
| 6 | Inkomna remisser, promemorior och motioner | 7 - 11 |
| 7 | Kurser och konferenser | 12 - 20 |


### *Informationsärenden och aktuellt*


| | | |
|---|---|---|
| 8 | Aktuell information | |
| 9 | Månadsrapport | 21 - 24 |
| 10 | Plan för att möta framtidens hälso- och sjukvård | |
| 11 | Patientsäkerhet och IVO-ärenden | |
| 12 | Frågor | 25 |
| 13 | Återrapportering från andra forum | |


### *Beslutsärenden för nämnden*


| | | |
|---|---|---|
| 14 | Remiss - SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem | 26 - 536 |
| 15 | Remiss - Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS | 537 - 940 |
| 16 | Remiss - Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess | 941 - 1395 |
| 17 | Remiss - Regional strategi för att motverka mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer 2020-2026 | 1396 - 1422 |

## Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2020-09-15 kl. 13:00


| | | |
|---|---|---|
| 18 | Rekommendation om ersättningsregler för boende i samband med nationell högspecialiserad vård (NHV) | 1423 - 1434 |
| 19 | Regelverk för Enhetspris för kost och logi vid Skandionkliniken | 1435 - 1439 |
| 20 | Införande av tarmcancerscreening och anslutning till gemensamt kallelsekansli | 1440 - 1446 |
| 21 | Rekommendation om ersättning för digitala vårdtjänster | 1447 - 1456 |


***Övrigt***

22 Övriga frågor

Kallade
*Ordinarie ledamöter*
Rachel De Basso (S) ordf.
Martin Nedergaard-Hansen (BA) 1:e v ordf.
Thomas Bäuml (M) 2:e v ordf.
Erik Wågman (S)
Eva Eliasson (S)
Pernilla Mårtensson (KD)
Peter Iveroth (KD)
Helena Stålhammar (C)
Linda Gerdin (BA)
Jimmy Ekström (L)
Sibylla Jämting (MP)
Elisabeth Töre (V)
Lisbeth Andersson (M)
Helena Elmqvist (SD)
Anita Winberg (SD)

*Tjänstemän*
Jane Ydman, regiondirektör
Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör
Anette Peterson, hälso- och sjukvårdsstrateg
Kristina Bertov, chefscontroller
Nathalie Bijelic Eriksson, nämndsekreterare

För kännedom
*Ersättare*
Ann-Kristin Göransson (S)
Martin Malmerfors (BA)
Magnus Berndtzon (M)
Tobias Gyllensten (S)
Linda Vestman (S)
Emma Ewaldsson (KD)
Maria Sandberg (KD)
Razvan Nichitelea (C)
Frida Aronsson (BA)
Angela Hafström (L)
Linus Perlerot (MP)
Bengt-Ove Eriksson (V)
Gunnel Svensson (M)
Mona Milton (SD)
Katja Ganekind (SD)

*Regionråd*
Maria Frisk (KD)
Marcus Eskdahl (S)
Rachel De Basso (S)
Rune Backlund (C)
Jimmy Ekström (L)
Martin Nedergaard-Hansen (BA)
Sibylla Jämting (MP)
Mikael Ekvall (V)
Malin Wengholm (M)

**Nämnd för folkhälsa och sjukvård**

Tid: 2020-09-15 kl. 13:00

*Personalrepresentanter*
Birgitta Svensson, Kommunal
Fatmir Zogaj, Vårdförbundet
Josephine Garpsäter, Naturvetarna

Dan Sylvebo (M)
Samuel Godrén (SD)

*Personalrepresentanter*
Carina Sjögren, Kommunal

# Sammanställning av anmälda informationshandlingar till Nämnd för FS – 2020-09-15

| Ärendetyp | Ärenderubrik |
|---|---|
| Protokoll | • Protokoll från Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen 2020-06-05<br>• RJL 2020/85 Delårsrapport, regionstyrelsens uppföljning av nämndernas behandling, RS 2020-08-18 § 156 |
| Inkomna handlingar | • RJL 2019/2884 Beslut i Jönköpings kommuns kommunfullmäktige § 119 Handlingsplan för samverkan 2020-2023 – Fysisk, psykisk och social hälsa för barn och unga i Jönköpings län, inkommet 2020-06-30 |
| Utgående skrivelser | • RJL 2020/1100 Yttrande över strategi- och handlingsplan för jämlik hälsa och ett bra liv i Habo kommun 2020-2023, expedierat 2020-06-26<br>• RJL 2019/3079 Remissvar kompletterande remiss av övergripande differentieringstabell - Den Robusta sjukhusbyggnaden 2020, expedierat 2020-08-31 |
| Regeringsbeslut | • RJL 2020/1568 Uppdrag att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov samt följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården S2020/05634/FS (delvis), inkommet 2020-06-26<br>• RJL 2020/1871 Avtal mellan Europeiska Kommissionen och AstraZeneca AB S2020/06477/FS, inkommet 2020-08-25 |
| Beslut från Inspektionen för vård och omsorg, IVO | • RJL 2019/1729 Anmälan om klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Klagomålet gäller anmälarens uppfattning om bristande vård och behandling av dennes anhörige under perioden 19 februari – 25 februari 2019.<br>• RJL 2019/2582 Anmälan om klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Patienten är missnöjd med att ha blivit hemskickad från akutmottagningen med fylld urinblåsa och att man vid urologkliniken inte kunde erbjuda värmebehandling och en tidigare planerad åtgärd.<br>• RJL 2020/179 Anmälan om klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Klagomålet gäller vården och behandlingen av en fraktur av nyckelbenet på vänster sida.<br>• RJL 2020/324 Anmälan om klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Klagomålet gäller remittering samt vård och behandling av en hudförändring.<br>• RJL 2020/559 Anmälan om klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Klagomålet avser operation av anmälarens högra höft på ortopedkliniken Värnamo sjukhus.<br>• RJL 2020/574 Anmälan om klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Klagomålet gäller vården och behandlingen på vårdcentralen i samband med urinvägsbesvär.<br><br>Nyinkomna IVO-ärenden 2020-06-01 – 2020-08-31<br>Patientärenden: RJL 2020/1376, RJL 2020/1377, RJL 2020/1486, RJL 2020/1487, RJL 2020/1653, |

| | |
|---|---|
| | RJL 2020/1661, RJL 2020/1737, RJL 2020/1757, RJL 2020/1779, RJL 2020/1820 och RJL 2020/1869<br>Tillsynsärenden: RJL 2020/1735 och RJL 2020/1829 |
| Cirkulär från SKR | |
| Beslut från SKR | |
| Övrigt | • RJL 2020/1048 Uppföljning av 2019 års bidragsgivning till föreningar inom folkhälso- och funktionshinderområdet, 2020-06-23 |

# Sammanställning av anmälda vidaredelegationsbeslut till nämnd för folkhälsa och sjukvård 2020-06-11 – 2020-09-04

| Ärendetyp | Ärenderubrik | Diarienummer | Beslutsdatum | Beslutsdelegat |
|---|---|---|---|---|
| FS 4.5.4 | Personuppgiftsincident | RJL 2020/1438 | 2020-06-11 | Sofia Sund |
| FS 4.5.4 | Personuppgiftsincident | RJL 2020/1456 | 2020-06-16 | Sofia Sund |
| FS 4.5.4 | Personuppgiftsincident | RJL 2020/1457 | 2020-06-17 | Sofia Sund |
| FS 4.5.4 | Personuppgiftsincident | RJL 2020/1459 | 2020-06-18 | Sofia Sund |
| FS 4.5.4 | Personuppgiftsincident | RJL 2020/1738 | 2020-07-29 | Sofia Sund |
| FS 4.5.4 | Personuppgiftsincident | RJL 2020/1780 | 2020-08-06 | Sofia Sund |
| FS 4.5.4 | Anmälan av personuppgiftsincident | RJL 2020/1808 | 2020-08-12 | Victoria Berglund |
| FS 4.5.4 | Anmälan av personuppgiftsincident | RJL 2020/1813 | 2020-08-13 | Victoria Berglund |
| FS 4.5.4 | Anmälan av personuppgiftsincident | RJL 2020/1814 | 2020-08-13 | Victoria Berglund |
| FS 4.5.4 | Anmälan av personuppgiftsincident | RJL 2020/1818 | 2020-08-14 | Victoria Berglund |
| FS 4.5.4 | Anmälan av personuppgiftsincident | RJL 2020/1819 | 2020-08-14 | Victoria Berglund |
| FS 4.5.4 | Anmälan av personuppgiftsincident | RJL 2020/1831 | 2020-08-17 | Victoria Berglund |
| FS 4.6.2 | Begäran om allmän handling | RJL 2020/1822 | 2020-08-25 | Victoria Berglund |
| FS 4.5.4 | Personuppgiftsincident | RJL 2020/1923 | 2020-09-04 | Sofia Sund |
| FS 4.5.4 | Personuppgiftsincident | RJL 2020/1924 | 2020-09-04 | Sofia Sund |

# Dokument

**Utskriftsdatum:** 2020-08-10 **Utskriven av:** Lisa Melander

**Diarieenhet:** Region Jönköpings län **Sekretess:** Visas ej

**Beskrivning av sökning:**

Remiss juli

| Id | I/U/K | Beskrivning | Ansvarig |
|---|---|---|---|
| **Datum** | | **Avsändare/Mottagare** | **Avdelning** |
| **Ärendenummer** | | **Ärendemening** | **Dokumenttyp** |
| 2020.9431 | I | Operativt handlingsprogram för olyckor och andra samhällsstörningar 2020-2023 | Evelina Örn |
| 2020-07-15 | | Räddningstjänsten Gislaved-Gnosjö | Regionens åtagande |
| RJL 2020/1682 | | Remiss - Operativt handlingsprogram för olyckor och andra samhällsstörningar 2020-2023 | REMISS |
| | | Svar senast 2020-09-30 | |

# Dokument

**Utskriftsdatum:** 2020-07-01 **Utskriven av:** Nina Granström

**Diarieenhet:** Region Jönköpings län **Sekretess:** Visas ej

**Beskrivning av sökning:**

Remisser juni 2020

| Id | I/U/K | Beskrivning | Ansvarig |
|---|---|---|---|
| Datum | | Avsändare/Mottagare | Avdelning |
| Ärendenummer | | Ärendemening | Dokumenttyp |
| 2020.7319 | I | Tillfälliga lokala trafikföreskrifter på vägarna 685, 676. | David Lundberg |
| 2020-06-01 | | Länstyrelsen i Jönköpings län | Länstrafiken |
| RJL 2020/1370 | | Begäran om tillfälliga lokala trafikföreskrifter i samband med Jönköpings Marathon den 15 augusti 2020 i Jönköpings kommun<br>Svar senast 2020-06-15 | REMISS |
| 2020.7658 | I | Reglering av undersköterskeyrket – kompetenskrav och övergångsbestämmelser | Nathalie Bijelic Eriksson |
| 2020-06-11 | | Socialdepartementet | Regionens åtagande |
| RJL 2020/1447 | | Remiss - Reglering av undersköterskeyrket – kompetenskrav och övergångsbestämmelser<br><br>Svar senast 2020-10-10 | REMISS |
| 2020.7764 | I | Förslag till nya föreskrifter om hastighetsbegränsning på väg 26 i Jönköpings län | Torbjörn Gustafsson |
| 2020-06-12 | | Trafikverket | Regionens åtagande |
| RJL 2020/1451 | | Remiss angående förslag till nya föreskrifter om hastighetsbegränsning på väg 26 i Jönköpings län<br><br>Svar senast 2020-09-18 | REMISS |
| 2020.8025 | I | Remiss - Vägledningen Den Robusta sjukhusbyggnaden - 2020. **Kompletterande remiss av övergripande differentieringstabell** | Evelina Örn |
| 2020-06-22 | | Myndigheten för samhällsskydd och beredskap | Regionens åtagande |
| RJL 2019/3079 | | Remiss - Den robusta sjukhusbyggnaden 2020<br><br>Svar senast 2020-08-31 | REMISS |
| 2020.8478 | I | Behovsanalys i den strategiska planen för genomförande av den gemensamma jordbrukspolitiken i Sverige | Linda Byman |
| 2020-06-24 | | Näringsdepartementet | Regionens åtagande |
| RJL 2020/1559 | | Remiss - Behovsanalys i den strategiska planen för genomförande av den gemensamma jordbrukspolitiken i Sverige<br><br>Svar senast 2020-09-28 | REMISS |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2020.8600 | I | Betänkandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård | Nathalie Bijelic Eriksson |
| 2020-06-25 | | Socialdepartementet | Regionens åtagande |
| RJL 2020/1565 | | Remiss - Betänkandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård<br><br>Svar senast 2020-11-09 | REMISS |
| 2020.8628 | I | Gemensamt ansvar en modell for planering och dimensionering av gymnasial utbildning **del 1** | Linda Byman |
| 2020-06-26 | | Utbildningsdepartementet | Regionens åtagande |
| RJL 2020/1572 | | Remiss - Utredning om planering och dimensionering av komvux och gymnasieskola<br><br>Svar senast 2020-11-30 | REMISS |
| 2020.8629 | I | Gemensamt ansvar en modell for planering och dimensionering av gymnasial utbildning **del 2** | Linda Byman |
| 2020-06-26 | | Utbildningsdepartementet | Regionens åtagande |
| RJL 2020/1572 | | Remiss - Utredning om planering och dimensionering av komvux och gymnasieskola<br><br>Svar senast 2020-11-30 | REMISS |
| 2020.8663 | I | En mer likvärdig skola - minskad skolsegregation och förbättrad resurstilldening | Linda Byman |
| 2020-06-29 | | Utbildningsdepartementet | Regionens åtagande |
| RJL 2020/1583 | | Remiss - En mer likvärdig skola - minskad skolsegregation och förbättrad resurstilldelning<br><br>Svar senast 2020-11-30 | REMISS |
| 2020.8684 | I | Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen | Nathalie Bijelic Eriksson |
| 2020-06-29 | | Socialdepartementet | Regionens åtagande |
| RJL 2020/1590 | | Remiss - Översyn av insatser enligt LSS och assistansersättningen SOU 2018:88<br><br>Svar senast 2020-11-12 | REMISS |
| 2020.8707 | I | Remiss konsekvensutredning för yttrande tävling på väg Svenska mästerskapen i Tempolopp | Joakim Eriksson |
| 2020-06-29 | | Länsstyrelsen i Jönköpings län | Länstrafiken |
| RJL 2020/610 | | Ansökan om cykeltävling Lekeryd 27-28 juni 2020 ”Svenska mästerskapen i Tempolopp”<br><br>Svar senast 2020-03-23 | REMISS |
| 2020.8731 | I | Program för Landsbygdsutveckling i Jönköpings kommun 2021-2025 | Linda Byman |
| 2020-06-30 | | Jönköpings kommun Näringslivsavdelningen | Regionens åtagande |
| RJL 2020/1597 | | Remiss - Program för landsbygdsutveckling i Jönköpings kommun 2021-2025<br><br>Svar senast 2020-10-01 | REMISS |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2020.8763 | I | Högre växel i minoritetspolitiken - Stärkt samordning och uppföljning, SOU 2020:27 | Siv Kullberg |
| 2020-06-30 | | Kulturdepartementet | Regionens åtagande |
| RJL 2020/1600 | | Remiss - Högre växel i minoritetspolitiken, Stärkt samordning och uppföljning, SOU 2020:27<br><br>Svar senast 2020-10-01 | REMISS |

# Dokument

**Utskriftsdatum:** 2020-07-01 **Utskriven av:** Nina Granström

**Diarieenhet:** Region Jönköpings län **Sekretess:** Visas ej

**Beskrivning av sökning:**

Motioner juni 2020

| Id | I/U/K | Beskrivning | Ansvarig |
|---|---|---|---|
| Datum | | Avsändare/Mottagare | Avdelning |
| Ärendenummer | | Ärendemening | Dokumenttyp |
| 2020.7395 | I | Motion - Utvärdering av och alternativ till Almedalen | Lena Strand |
| 2020-06-02 | | Moderaterna | Regionens åtagande |
| RJL 2020/1383 | | Motion - Utvärdering av och alternativ till Almedalen | MOTION |
| 2020.7396 | I | Motion - Huvudvärk, hur kan vården förbättras | Lena Strand |
| 2020-06-02 | | Moderaterna | Regionens åtagande |
| RJL 2020/1384 | | Motion - Huvudvärk, hur kan vården förbättras | MOTION |
| 2020.8655 | I | Låt politiken besluta om avgångsvederlag | Lena Strand |
| 2020-06-29 | | Sverigedemokraterna | Regionens åtagande |
| RJL 2020/1577 | | Motion - Låt politiken besluta om avgångsvederlag | MOTION |

# Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 98-116

**Tid:** 2020-09-01 kl. 08:30

**Plats:** Sal A, Regionens hus

## § 114

## Kurser och konferenser

### Beslut

Presidiet beslutar om deltagande i följande konferenser:

- *Vård i rörelse, digital dialog* den 25 september
  - Samtliga ledamöter ges möjlighet att delta. Vid förhinder ges ersättare möjlighet att ta ordinaries plats.

- *God och nära vård i praktiken* den 8 oktober i Stockholm/digital medverkan
  - En ledamot från ledningen och en från oppositionen ges möjlighet att delta.

### Beslutets antal sidor

1

Sydöstra sjukvårdsregionen och regeringskansliet ställer om till **digital dialog**

# #vård i rörelse 25 september 2020

med fokus på tillgänglighet, kontinuitet och jämlikhet

Svensk sjukvård är i förändring. Flera stora reformer och satsningar har lanserats nationellt och regionalt för att göra vården mer tillgänglig och effektiv. För att satsningarna ska få så stor effekt som möjligt behövs nära och strategiska samtal mellan stat, region och kommuner.

Med anledning av spridningen av coronaviruset utgår den tidigare planerade konferensturnén runtom i landet, och ambitionen är att istället hålla digitala dialoger med sjukvårdsregionerna om hur man kan anta utmaningar som väntar. Konferensen är en möjlighet att diskutera sjukvårdspolitik och hur den bidrar till tillgänglighet, kontinuitet och jämlikhet i vården.

I dialogen medverkar socialminister Lena Hallengren och regionledningarna i Sydöstra sjukvårdsregionen. Medicinsk kvalitet och samarbetet inom Sydöstra sjukvårdsregionen är ett par områden som kommer att diskuteras. Dialogen vänder sig även till fackliga företrädare, patientorganisationer och kommunala företrädare.

## Digital dialog den 25 september mellan kl. 9.00-11.00

Samtalen leds av moderator Pia Herrera, som tillsammans med Lena Hallengren befinner sig i Stockholm. Mötet hålls via Zoom och Sjukvårdsregionens representanter i form av politiker och tjänstemän ansluter till mötet digitalt. Publiken tar del av innehållet som ett webbsänt seminarium.

Program kommer efter sommaren. Du kan redan nu anmäla dig med din mailadress och mobilnummer till Charlotte Sand, eller om du har frågor. Ange gärna i din anmälan vilken huvudman eller organisation du företräder, samt om du har särskilda behov av utrustning eller hjälpmedel som arrangören bör tillgodose.

**Vänliga hälsningar**

*Kaisa Karro*
ordförande samverkansnämnden i Sydöstra sjukvårdsregionen

*Lena Hallengren*
socialminister

**Kontaktperson**
Charlotte Sand
Regionsjukvårdsledningens stab
010-103 72 69, charlotte.sand@regionostergotland.se

Region Jönköpings län

Region Kalmar län

Region Östergötland

EN HELDAGSKONFERENS FRÅN PIKUREGION

# God och nära vård i praktiken

## – intentioner och inspiration!



Piku REGION

8 OKTOBER 2020 | NORDIC LIGHT HOTEL STOCKHOLM



**Omställningen till god och nära vård och omsorg utmanar nuvarande strukturer, arbetssätt och maktförhållanden. Därför bjuder PikuRegion in till en inspirationsdag fylld med spännande talare och nya perspektiv!**

I våras presenterade regeringens särskilda utredare Anna Nergårdh betänkandet God och nära vård – en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (2020:19), som kommer att få stort genomslag för akut-sjukvård, primärvård och kommunernas vård och omsorg.

PikuRegion hade i våras två konferenser med bl a forskningsperspektiv på personcentrerad vård, och den 8 oktober lägger vi fokus på praktik: Hur går man tillväga? Hur har andra gjort? Denna konferens fördjupar intentionerna och inspirerar med ”best practice” från olika verksamheter som är goda förebilder redan idag! Allt för att göra er utveckling av en god och nära vård, så bra som möjligt.

Socialminister Lena Hallengren inleder konferensen och sedan följer en rad spännande ta-lare i ett program som Pikus konceptutvecklare Hans-Inge Persson har designat.

Välkommen till ännu en högklassig och aktuell konferens från Piku den 8 oktober
- på plats i Stockholm eller via länk!

Ingrid Haraldsson, vd
Piku AB



# PROGRAM

08.30-09.00

**REGISTRERING**, kaffe

09.00 – 09.10

## INLEDNING

**Hans-Inge Persson**, moderator, **Ingrid Haraldsson**, vd Piku AB

09.10 – 09.30

## REGERINGENS INTENTIONER OCH TANKAR KRING EN GOD OCH NÄRA VÅRD

**Lena Hallengren**, socialminister

09.30 – 10.15

## KONSEKVENSER FÖR PRIMÄRVÅRD, AKUTSJUKVÅRD OCH KOMMUNERNA

Omställningen till god och nära vård och omsorg utmanar nuvarande strukturer, arbetssätt och maktförhållanden och får betydande konsekvenser för sjukvårdens olika verksamheter. Utifrån utredningens slutsatser och förslag fokuserar vi på vad detta får för genomslag i kommuner och regioner.

**Anna Nergårdh**, regeringens särskilda utredare

10.15 – 10.45

## FIKA

10.45 – 11.30

## NÄR VÅRD UTGÅR FRÅN ETT PERSONCENTRERAT FÖRHÅLLNINGSSÄTT

Utifrån uppdraget att stödja och synliggöra kommunernas och regionernas arbete för nära vård, får vi målbilder som inspirerar, men också en aktuell lägesbild av hur arbetet går med den personcentrerade vården i landets regioner.

**Lisbeth Löpare Johansson**, samordnare för Nära vård, SKR

11.30 – 12.00

## 1 VS. 8 765

Vården behöver erkänna det arbete vi patienter gör i egenvård och också börja arbeta för att dra nytta av våra observationer för vårdens egen kunskap. Föreställ dig vad vi kan uppnå om vi börjar arbeta tillsammans - som lika med olika men kompletterande kompetensområden! Jag träffar min neurolog två gånger per år, ungefär en halvtimme varje gång. Under samma år tillbringar jag 8 765 timmar i egenvård och tillämpar min kunskap och erfarenhet till-sammans med vad jag får från min neurolog för att hantera ett svårt tillstånd så bra jag kan.

**Sara Riggare**, spetspatient

12.00 – 12.45

## LUNCH



# PROGRAM

12.45 – 13.30

## INVÅNARE OCH PATIENTER SOM AKTIVA MEDSKAPARE

Inom hälso- och sjukvård utförs många tjänster men de är inte alltid anpassade till den som behöver dem. Samtidigt är det väl känt i vården att vi människor är så mycket mer än en diagnos. Vi har en rad personliga egenskaper, behov och beteenden och därför behöver vi anpassa hälso- och sjukvårdens insatser utifrån de behoven. På S Älvsborgs sjukhus pågår ett spännande utvecklingsarbete!

**Ralph Harlid**, strategisk rådgivare, Södra Älvsborgs sjukhus

13.30 – 14.15

## PATIENTKONTRAKT SÄKERSTÄLLER PATIENTFOKUS

I utredningen om God och nära vård föreslås att patientkontrakt ska bli en del av patientlagen. Regeringen och regionerna har kommit överens om att införa Patientkontrakt. Vad är patientkontrakt egentligen och hur har vi valt att jobba med det i Region Jönköping? Vård-samordnarens roll är viktig för både kommun och region. Vilka är effekterna och vinsterna med patientkontrakten?

**Magdalena Fritzson**, utvecklingsledare Qulturum, Region Jönköpings län

14.15 – 14.30

## FIKA

14.30 – 15.15

## BORGHOLMSMODELLEN, HÄLSOCENTRALEN OCH HEMSJUKHUSET – SAMVERKAN MED PATIENTFOKUS

Borgholms hälsocentral driver projektet ”Hemsjukhuset” tillsammans med Borgholm kom-mun. Patienter i den kommunala hemsjukvården erbjuds en fast läkarkontakt på hälsocen-tralen, som följer patienten genom alla steg i vården och vid behov gör hembesök. Samver-kan mellan hälsocentral, kommunal hemsjukvård och ambulanspersonal ska skapa en tryg-gare vårdsituation för många äldre i Borgholm. För två år sedan fick Borgholms Hälsocentral Mobila Vårdens pris av bl a Linköpings universitet. Alla arbetsinsatserna bottnar i att både patienter och personal ska ha tid för tillit och trygghet. Långt ifrån alla har lyckats med detta, så hur gör de i Borgholm?

**Åke Åkesson**, verksamhetschef Borgholm och Löttorp hälsocentral

15.15 – 15.30

## SAMMANFATTNING, FRÅGOR MM SAMT AVSLUTNING FÖR DAGEN



# TALARE



**LENA HALLENGREN**, socialminister, beskriver sitt uppdrag med att:
”Vården och omsorgen ska funka, oavsett vem du är eller var i landet du bor… svenska folket förväntar sig vård och om-sorg av den allra högsta kvaliteten.
Och det ska vi leverera.”



**ANNA NERGÅRDH**, regeringens särskilda utredare, har en bakgrund som läkare, chefläkare och bitr landstingsdirektör. Hon har sedan länge arbetat med och brunnit för hur hälso- och sjukvården kan göras bättre för de den är till för – patienterna. Anna leder utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård, sedan mars 2017.



**LISBETH LÖPARE JOHANSSON**, utvecklingsdirektör i Region Norrbotten men just nu utlånad till uppdraget som samordnare för Nära vård på SKR. Lisbeth Löpare Johansson har varit vårdstrategisk chef inom Vårdförbundet där hon var starkt drivande i förbundets önskan om att vården ska bli mer personcentrerad Hon har också ett förflutet som ut-vecklingsdirektör i Region Norrbotten. I sin nya roll på SKR ska hon bland annat att stötta landets kommuner och regioner i omställningen mot en personcentrerad nära vård och omsorg.



**SARA RIGGARE**, spetspatient, är civilingenjör i kemiteknik och doktorand i hälsoinformatik vid Uppsala universitet. Hon har sedan 30 år Parkinsons sjukdom och forskar kring digital egenvård för bättre hälsa. Sara myntade begreppet spetspatient och driver frågor kring patientinvolvering i hälso- och sjukvården.



# TALARE



**RALPH HARLID**, läkare, f d planeringsdirektör i Blekinge och ordförande i det nationella nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård är också strategisk rådgivare för sjukhusledningen vid Södra Älvsborgs Sjukhus. Hans många år som chef och ledare har lärt honom att se patientperspektivet, ledningsperspektivet och det politiska perspektivet som en helhet. Ralph försöker utgå från patientens upplevelse och fokusera på kvalitet för att nå bra resultat och kostnadseffektivitet. Om vi utgår från ekonomi får vi ingendera, säger Ralph.



**MAGDALENA FRITZSON**, utvecklingsledare Region Jönköpings län, har en bakgrund som sjuksköterska inom IVA och HIA och smärtsjuksköterska inom cancervården. Magdalena kan också se tillbaka på 12 år som verksamhetschef för vårdutbildningar inom vuxengymnasiet och för kommunal hemtjänst och hemsjukvård och hon har arbetet inom region, kommun och näringsliv. Uppdraget som utvecklingsledare handlar om patientkontrakt, vårdsamordning och utveckling av den palliativa vården i länet.



**ÅKE ÅKESSON**, verksamhetschef för Borgholm och Löttorp hälsocentral, leder och utvecklar en verksamhet som är svaret på utredningens förslag om god och nära vård. Han är efterfrågad föreläsare i regioner och kommuner som vill veta mer om Borgholmsmodellen och som ett försök att få en bredare allmänhet att ställa högre krav på God och Nära vård har han tillsammans med Bodil Jönsson skrivit en bok, Tid för Tillit och Trygghet. Den avslutas med ett appendix där allt vad Borgholmsmodellen står för beskrivs kortfattat.



**HANS-INGE PERSSON**, dagens moderator, föreläser i hela landet och har skrivit fyra böcker med utgångspunkt i den personcentrerade vården. Han har flera uppdrag, bl a som rådgivare till forskningscentret Centrum för Personcentrerad Vård (GPCC) vid Göteborgs Universitet och som ledamot i både Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys brukarråd och i Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård, HFS. Hans-Inge är konceptutvecklare inom PikuRegion och hans femte bok om en god och nära vård kommer under 2020!



# INFORMATION

**CORONA** På plats är vi max 50 personer, såvida inte Folkhälsomyndigheten kommer med andra rekommendationer och vi möblerar glest för social distansering. Alla deltagare på plats bär ansvar för att vara helt symptomfria och friska.

**TID** 8 okt 2020, kl 09.00-15.30.

**PLATS** Nordic Light Hotel, Vasaplan 7, Stockholm.

**ANMÄLAN** Anmäl dig via hemsidan www.pikukommun.se. Senaste anmälningsdag är 8 september 2020, därefter i mån av plats. Ange om du vill följa konferensen via dator eller på plats. Anmälan är bindande men vid förhinder kan plats överlåtas till annan person.

**PRIS** 2.700 kr ex moms per deltagare på plats i Stockholm.
2.500 kr ex moms per deltagare via länk som skickas ut dagen före sändning.
(För grupp om 6 personer eller fler: 15% rabatt.)
I priset ingår mat och dryck under hela dagen för er som deltar ”på plats”. Som en bonus får du också tillgång till vår ”on demand-föreläsning” (inspelning) med Hans-Inge Persson, om personcentrerad vård.
Avgiften faktureras efter anmälan.

**MER INFO** För frågor mm kontakta marie-louise@pikukommun.se

Piku
REGION

pikukommun.se/region

# Månadsrapport Juli 2020 nämnd Folkhälsa och sjukvård

11 7 5 2 av 25 Mätetal

| Mätetal | Målvärde | Månadens utfall | Genom-snitt 2020 | Analys |
|---|---|---|---|---|
| RJL<br>Medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar. | 90 % | 87 % | 86 % | Utfall som de senaste månaderna, strax under målnivån. |
| RJL<br>Faktisk väntetid till första besök inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering.<br>*Innefattar både somatisk och psykiatrisk vård.* | 80 % | 92 % | 81 % | Väntetiderna till besök inom specialistsjukvården har inte påverkats i någon stor omfattning, når målet. Antalet inkommande remisser har minskat. Det är cirka 25% färre som väntar på ett besök vid jämförelse med för ett år sedan. Det som skulle kunna ske under hösten är en ökande efterfrågan och därmed ökande köer, men svårt att veta om så sker. |
| **Nämnd**<br>Faktisk väntetid till besök inom 30 dagar i barn och ungdomspsykiatrin. | 90 % | 55 % | 63 % | Fortsatta svårigheter att nå målet.<br>Fokuserat långsiktigt arbete pågår med att resursförstärka samt förbättra tillgänglighet och produktivitet. |
| **Nämnd**<br>Väntetid till undersökning inom radiologi<br>*Andel inom 30 dagar efter remissankomst* | 90 % | 81 % | 80 % | En förbättring av resultatet jämfört med tidigare månader. Även lite bättre resultat jämfört med sommaren föregående år. |
| **Nämnd**<br>Väntetid till undersökning inom klinisk fysiologi<br>*inom 30 dagar efter remissankomst* | 90 % | 84 % | 87 % | Något sämre väntetider under sommaren men sett ur ett nationellt perspektiv är tillgängligheten fortfarande god. Utfallet i år tyder på att covid-19 kan ha medfört ett minskat remissinflöde vilket också gett en möjlighet att upprätthålla snabbare svarstider. |
| RJL<br>Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom specialiserad vård<br>*Andel genomförda inom 60 dagar eller kortare.* | 80 % | 90 % | 83 % | Den pågående pandemin har medfört en drastisk minskning av antalet genomförda operationer. Kön av väntande ökar med 10-20 % varje månad. Utfallet speglar att de prioriterade ingreppen genomförs och därför en tillfällig måluppfyllelse, men vid återgång till normalläge kommer väntetiderna att vara långa för en stor mängd patienter. |
| **Nämnd**<br>Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar | 90 % | 76 % | 78 % | Antalet sökande är 10-20% lägre de senaste månaderna jämfört med samma period 2019. Ingen större skillnad på andelen som är färdigbehandlade inom 4 timmar. |
| RJL<br>Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum | 90 % | 83% | 81 % | Bibehållen utfallsnivå, svårt att värdera under sommaren då mindre volymer återbesök genomförs jämfört med resterande månader. |

| Mätetal | Målvärde | Månadens utfall | Genom-snitt 2020 | Analys |
|---|---|---|---|---|
| RJL<br>Tid till ambulans - andel prio 1 larm inom 20 minuter | 80 % | 69 % | 71 %  | Antalet ambulanser är reducerat enligt sommarrutin och beroende på coronapandemi. Under perioden januari till och med juli utfördes 681 stycken (6 procent) färre prioritet 1-larm jämfört med motsvarande perioden föregående år.<br>SOS har arbetat aktivt med arbetssätt och utbildningar för operatörer vilket bidragit till en högre träffsäkerhet i bedömningen av inkommande samtal. Detta har sannolikt bidragit till en del av det minskade antalet prioritet 1-larm. Prioritet 2-larm har ökat med 2 procent. Totalt har antalet transporter (prioritet 1 -larm samt övriga transporter) minskat med 563 stycken (1,9 procent) till och med juli. Från och med september 2019 startade länets två nya dagambulanser (Mullsjö och Aneby). Detta ska på sikt förbättra tillgängligheten för prioritet 1-larm. |
| **Nämnd**<br>Kontinuitetsmått – primärvård | 0,75 index | | 0,27 index  | Kontinuitet beräknas för listade patienter som gjort minst 3 besök de senaste 18 månaderna, enbart besök på den enhet där patienten är listad räknas in. Kontinuiteten varierar mellan 0,16 för den vårdcentral med lägst index till 0,53 för vårdcentralen med högst index. |
| **Nämnd**<br>Faktisk väntetid för utredning inom barn- och ungdomspsykiatrin samt habiliteringen *inom 30 dagar.* | 90 % | 33 % | 19 %  | Fortsatt arbete med att öka antalet startade utredningar, både internt och med hjälp av externa leverantörer. Relativt få individer under sommaren gör att resultatet är svårvärderat. |
| **Nämnd**<br>Faktisk väntetid för behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin samt habiliteringen *inom 30 dagar.* | 90 % | 60% | 45 %  | Resultaten är fortsatt långt ifrån målnivån och kommer sannolikt inte att nås under 2020. Ännu oklart hur resultaten påverkas av pågående coronapandemi. |
| RJL<br>Specialisttandvården: Antal remisspatienter som väntat mer än 60 dagar | 0 | | 2 460  | Antalet remisspatienter som väntat mer än 60 dagar har ökat med 167 sedan årsskiftet. Utifrån en årsproduktion på 68 000 undersökningar och behandlingar motsvarar antalet väntande cirka 1,9 veckors produktion. Ett antal av de patienter som väntar mer än 60 dagar gör det av odontologiska skäl - det som i vården kallas "medicinskt orsakat väntan" |
| RJL<br>Allmäntandvård: Andel revisionspatienter i tid till undersökning och behandling, Folktandvården<br>*Definition på "i tid" är att man inte är > 3 månader försenad till planerat revisionsdatum.* | 90 % | | 85 %  | Tillgängligheten inom länet där tillgången på personal är acceptabel, främst i länets norra och södra delar, har förbättrats avsevärt. Flera kliniker tog fram till 15 mars emot patienter som stod på kölista och de flesta kliniker hade möjlighet att flytta resurser till delar av länet där behovet är akut, framför allt i Tranås- och Vetlandaområdet. Efter coronapandemins utbrott finns mycket begränsade möjligheter att som ny patient komma in till Folktandvården i annat fall än för akuta besvär.<br>15 av 26 kliniker (ca 58%) klarar tillgänglighetsmålet på 90 % för revisionspatienter.<br>9 av 26 kliniker (ca 35%) har en tillgänglighet mellan 70-89%<br>Endast 2 kliniker (ca 8%) har en lägre måluppfyllelse |
| **Nämnd**<br>Allmäntandvård: Möjlighet att ta emot nya patienter, Folktandvården<br>*Mäts genom minskning av nya som står i kö jfm dec 2018* | -10 % | | -26 %  | Jämfört med årsskiftet har antalet patienter som står i kö minskat med 1 697. Den pågående Coronapandemin medför inskränkningar i vilka patienter som kan kallas och vilka behandlingar som är möjliga att genomföra vilket öppnar möjligheter att ta emot nya patienter istället för de större behandlingar och patienter 70+ som man i dagsläget tvingas avvakta med. Planering sker mot en mer normaliserad situation med början efter semesterperioden. |

| Mätetal | Målvärde | Månadens utfall | Genom-snitt 2020 | Analys |
|---|---|---|---|---|
| **Nämnd**<br>Disponibla vårdplatser | | 557 | 650  | Antalet disponibla platser är i nivå med föregående sommar. Resultatet ska ses relaterat till coronautbrottet, men under sommaren sker få elektiva ingrepp även i vanliga fall, så skillnaden är mindre än under våren. |
| **Nämnd**<br>Beläggning i procent<br>*Grönt 75%-85%*<br>*Gul 86%-90%*<br>*Röd >90% <75%* | 85 % | 81% | 80 %  | Lägre beläggning än det brukar vara på sommaren, sannolikt kopplat till Covid 19 och mindre sökande. |
| **Nämnd**<br>Utlokaliserade<br>*Antal utlokaliserade per 100 disponibla vårdplatser* | 0,0% | 2,7 % | 3,3%  | Resultatet ska ses relaterat till coronautbrottet och speglar den administrativa hanteringen av covidavdelningarna i cosmic. Ej relevant mätetal under nuvarande omständigheter. |
| **Nämnd**<br>Överbeläggningar<br>*Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser*<br>*Trendpilen visar riktning dvs mer eller mindre jfm fg period.* | 0,0% | 1,0% | 1,4 %  | Målet uppfyllt men en viss ökning av antalet överbeläggningar i jämförelse med samma period föregående år. Resultatet ska dock ses i relation till coronautbrottet och hur det påverkat disponibla platser, vårdtillfällen, inneliggande m.m |
| RJL<br>Standardiserade vårdförlopp - andel patienter i SVF | 70 % | | 58 %  | Periodens resultat ligger totalt sett en bit från uppsatt mål men förloppen bröstcancer, malignt melanom är exempel på förlopp där målet nås. |
| RJL<br>Standardiserade vårdförlopp - andel inom max ledtid | 80 % | | 46 %  | Inget vårdförlopp når uppsatt målvärde under perioden. Föreligger dock en variation mellan de olika förloppen där SVF Hudmelanom, SVF Hjärntumör samt SVF njurcancer är de vårdförlopp som ligger närmast uppsatt mål. |
| RJL<br>Minskning av kostnaderna för bemanningsföretag | -17 % | | 7 %  | Kostnaden för bemanningsföretag är efter 7 månader 86 miljoner kronor vilket är 5 miljoner kronor (7%) högre än motsvarande period 2019. Sjuksköterskorna är fortsatt en relativt liten del men ökar och andelen av kostnaden för bemanningsföretag är nu 11 procent. |
| **Nämnd**<br>Årsarbetare<br>*Faktiskt antal årsarbetare* | | 7 762 | 7 082  | En genomsnittlig ökning av antalet faktiska årsarbetare jämfört med samma period föregående år. Detta trots att sjukfrånvaron i genomsnitt varit betydligt högre än samma period föregående år. Det är i genomsnitt 174 fler anställda årsarbetare medan frånvaron ökat med motsvarande 150 årsarbetare och totalt ger en ökning med 24 faktiska årsarbetare för nämndområdet. |

**Kostnad för hyrpersonal (miljoner kronor)**

| Resultatområde | 2019 | 2020 | Förändring | Förändring % |
|---|---|---|---|---|
| 21 Vårdcentralerna Bra Liv | 31,1 | 34,0 | 2,9 | 9% |
| 27 Folktandvården | 0,6 | 0,8 | 0,2 | 35% |
| 30 Medicinsk vård | 5,4 | 4,9 | -0,5 | -9% |
| 31 Kirurgisk vård | 18,3 | 24,0 | 5,7 | 31% |
| 32 Psykiatri rehab o diagnostik | 25,1 | 22,3 | -2,9 | -11% |
| **Summa** | **80,6** | **86,0** | **5,4** | **7%** |

| Mätetal | Målvärde | Månadens utfall | Genom-snitt 2020 | Analys |
|---|---|---|---|---|
| RJL Personalhälsa - sjukfrånvaro *Sjukfrånvaro för medarbetare ska inte öka i jämförelse med samma period föregående år.* | 5,0 % | | 6,4 %  | Sjukfrånvaron har i genomsnitt ökat i jämförelse med samma period föregående år. Året inleddes med en förväntad minskning av sjukfrånvaron som i januari och februari låg ca en halv procentenhet lägre än samma månader 2019. Under mars och april ökade sjukfrånvaron och var istället drygt 3 procentenheter högre än samma period föregående år. Ökningen sammanfaller med de riktlinjer folkhälsomyndigheten gick ut med i mitten av mars att alla som känner minsta symptom ska stanna hemma. Under de senare månaderna har sjukfrånvaron successivt minskat igen och närmar sig en mer förväntad nivå. |
| RJL Ekonomi i balans | 0 tkr | | -102 950 tkr  | FS nämnden har efter sju månader ett underskott på 103 miljoner kronor, och det motsvarar en avvikelse mot budget på 1,8 procent.<br>Underskottet beror på att nettokostnaden ökar med 5,8 procent vilket är mer än vad budgeten tål. Att nettokostnaden ökar förklaras av både ökade kostnader och minskade intäkter. Inom folktandvården minskar patientintäkterna (exkl frisktandvård) med 30 miljoner kronor jämfört med samma period 2019 och förklarar områdets underskott. Inom övriga verksamhetsområde finns bland annat ökade kostnader för personal utöver effekter av löneavtal som bidrar till den ekonomiska obalansen.<br>Hur stor del av FS nämndens ekonomiska obalans som förklaras av merkostnader till följd av Covid 19 är ännu inte helt klart. En redovisning till och med juli ska lämnas till Socialstyrelsen sista augusti. Kostnader och ersättningar för provtagning har till stora delar hanterats inom Regionstyrelsen till och med juli men uppskattningsvis har 10-15 miljoner kronor bokförts inom FS nämnden. |

***Tabell: Avvikelse mot budget i miljoner kronor till och med juli Fs nämnd***

| Område | Utfall | Budget | Avvikelse |
|---|---|---|---|
| Privata vårdgivare | -35,1 | -34,2 | -1,0 |
| Vårdcentralerna Bra Liv | -1,5 | 12,4 | -13,9 |
| Folktandvården | -148,4 | -134,7 | -13,8 |
| Medicinsk vård | -1 694,2 | -1 659,7 | -34,5 |
| Kirurgisk vård | -1 632,8 | -1 549,3 | -83,6 |
| Psykiatri rehab o diagnostik | -610,4 | -613,3 | 2,9 |
| **Summa verksamhetsområde inkl privata** | **-4 122,5** | **-3 978,7** | **-143,8** |
| Regionens åtagande | -1 591,9 | -1 632,8 | 40,9 |
| **Totalt** | **-5 714,4** | **-5 611,5** | **-102,9** |

Regionens åtagande som bland annat innehåller köpt och såld vård har en positiv budgetavvikelse efter sju månader. Överskottet förklaras främst av den centrala delen av statsbidraget för tillgänglighet som till och med juli är cirka 30 miljoner kronor. Det finns också ej ianspråktagna budgetmedel för psykisk hälsa och livsstilsutmaningen som ger en positiv avvikelse i förhållande till budget. I övrigt finns plus och minusposter som tar ut varandra som exempel plus för köpt somatisk vård inom riks- och regionsjukvården men minus för köpt psykiatri.

# Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 108-128

**Tid:** 2020-06-16 kl. 13:00

**Plats:** Originalet, Qulturum, hus B4, Länssjukhuset Ryhov

## § 124

De frågor som ställdes av Elisabeth Töre (V) och Bengt-Ove Eriksson (V) vid sammanträdet den 17 mars och de frågor som ställdes av Thomas Bäuml (M) vid sammanträdet den 21 april besvaras av hälso- och sjukvårdsdirektören.

Följande frågor ställs av Thomas Bäuml (M) vid dagens sammanträde och bereds i presidiet inför svar på ett kommande nämndsammanträde:

Alla pappor och icke-födande föräldrar ska erbjudas enskilt samtal 3-5 mån efter förlossning. Nationell riktlinje sedan 1½ år.

- Hur fungerar detta inom RJL?
- Vad är erfarenheten av samtalen?

### Beslutets antal sidor

1

# Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 98-116

**Tid:** 2020-09-01 kl. 08:30

**Plats:** Sal A, Regionens hus

## § 105

## Remiss - SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem

Diarienummer: RJL 2020/1043

### Beslut

Presidiet

- Avvaktar med beslut till nämndsammanträdet.

### Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat huvudbetänkande God och nära vård - en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.

Region Jönköpings län är i huvudsak positiv till utredningen och den förstärkta samverkan mellan kommunernas hälso- och sjukvård och primärvården som lyfts fram.

### Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2020-08-10
- Förslag till yttrande daterat 2020-09-15
- Remiss: God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, SOU 2020:19

### Yrkanden/förslag till beslut på sammanträde

Presidiet avvaktar med beslut till nämndsammanträdet.

### Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

### Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

# God och nära vård – en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, SOU 2020:19

## Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Godkänner föreliggande yttrande som svar till Socialdepartementet.

## Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat huvudbetänkande God och nära vård - en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.

Region Jönköpings län är i huvudsak positiv till utredningen och den förstärkta samverkan mellan kommunernas hälso- och sjukvård och primärvården som lyfts fram.

## Information i ärendet

Detta huvudbetänkande är den fjärde delen som presenteras om God och nära vård. Förslaget i detta betänkande, tillsammans med samtliga förslag i utredningens tidigare betänkanden, bidrar till en reform i syfte att bidra till ett hälso- och sjukvårdssystem som är hållbart ur samtliga aspekter; socialt, miljömässigt och ekonomiskt.

Förslaget ska vara ett steg på vägen i utvecklingen mot en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård, med en stark och adekvat resurssatt primärvård som bas.

## Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2020-08-10
- Förslag till yttrande daterat 2020-09-15
- Remiss: God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, SOU 2020:19

## Beslut skickas till

Socialdepartementet
Regionledningskontoret - Folkhälsa och sjukvård

REGIONLEDNINGSKONTORET

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Hälso- och sjukvårdsstrateg

Socialdepartementet

# God och nära vård – en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, SOU 2020:19

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerade huvudbetänkande God och nära vård - en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.

## Sammanfattning

Region Jönköpings län är i huvudsak positiv till detta huvudbetänkande och intensionerna i God och nära vård - en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.

Region Jönköpings län ser behov av den förstärkta samverkan mellan kommunernas hälso- och sjukvård och primärvården som lyfts fram. Samtidigt bör även tandvårdens roll och som en aktör i samverkan kunna lyftas in tydligare.

## Synpunkter på förslaget

Region Jönköpings län är i huvudsak positiv till huvudbetänkandet och intensionerna i God och nära vård - en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem; en hälso- och sjukvård med både hjärta och hjärna och en hållbar hälso- och sjukvård med hög kvalitet, där man som patient och närstående känner delaktighet och trygghet, som skattebetalare känner förtroende och där man som medarbetare väljer att arbeta.

### Kapitel 2 Ett modernt hälso- och sjukvårdssystem – hur blir det?

***2.4.1 En god hälsa och en vård på lika villkor*** (s. 94)

Hälsoperspektivet lyfts från det tidigare betänkandet men skulle behöva vara tydligare i huvudbetänkandet (Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Regioner, God och nära vård 2020 – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården, 2020).

***2.4.4 Hur blir det för mig som patient?*** (s. 99)

Region Jönköpings län ser att det krävs en trepartssamverkan för hälso- och sjukvårdsystemet för att skapa delaktighet från alla huvudmän. ”Förbättrad samverkan mellan primärvården och specialiserad vård, och av utredningens

Regionledningskontoret
Box 1024
551 11 Jönköping

Telefon: 010-241 00 00
E-post: regionen@rjl.se
Hemsida: www.rjl.se

Organisationsuppgifter
Bankgiro: 5216-2849
Orgnr: 232100-0057

förslag om förflyttning från fokus på organisationen till på vilket sätt sammanhållna insatser kan erbjudas patienten på det mest effektiva sättet."

## Kapitel 3 Framgångsfaktorer och hinder för omställningen

***3.3.4 Ekonomiska utmaningar för kommuner och regioner***

Region Jönköpings län instämmer i utredarens synpunkt att det behövs en nationell strategi och fördjupad samverkan mellan stat, kommun och region för att se över finansieringsformerna för den nära vårdens utveckling.

***3.3.6 Utmaningar med kompetensförsörjning och kompetensutveckling*** (s. 138)

Region Jönköpings län ser att ett stort fokus behöver vara på gemensam kompetensutveckling, forskning, lärande och utveckling oavsett huvudman.

## Kapitel 4 Samverkansstrukturer för hälso- och sjukvården

Region Jönköpings län är positiv till utredningens förslag som underlättar och förstärker samverkan mellan primärvården och kommunernas hälso- och sjukvård. Samtidigt saknas en inriktning för den specialiserade vården i den inledande sammanfattningen av kapitel 4. Fokus blir på kommun och primärvård, inte på specialiserad vård.

Tandvårdens roll i samverkansstrukturerna mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen saknas i utredningen. Redan idag samverkar tandvården med hälso- och sjukvården och kommunal omsorg i stor utsträckning och det är viktigt att fortsatt samverkan med tandvården möjliggörs i samband den föreslagna reformen. Även om systemen för tandvård och hälso- och sjukvård regleras på olika sätt är det viktigt för patienter och brukares skull att denna samverkan kan fortsätta då de befinner sig i ett nog så komplicerat system. Om tandvårdens roll i samverkansstrukturerna inte kommer diskuteras bör skälen till detta redovisas i betänkandet.

Region Jönköpings län anser att tandvården behöver lyftas fram som en aktör i huvudmännens samverkansansvar, främst den tandvård som ges på uppdrag av regionen i form av uppsökande verksamhet till patienter i eget boende och särskilt boende.

***4.2.3 Begreppet hemsjukvård ersätts i lagstiftning med "hälso- och sjukvård i hemmet"*** (s. 153)

Region Jönköpings län är positiv till att ersätta hemsjukvårdsbegreppet med hälso- och sjukvård i hemmet och instämmer i att det ger en tydligare bild att den vård som ges i hemmet är likställd annan typ av vård.

***4.3.2 En gemensam plan för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå*** (s. 162)

Region Jönköpings län anser att en gemensam plan på primärvårdsnivå ger möjlighet till att utveckla och förstärka samverkan med kommunerna ytterligare.

***4.4.6 Den individuella planen ska innehålla förebyggande och rehabiliteringsinsatser*** (s. 177)
Region Jönköpings län är också positiv till att både förebyggande insatser och rehabiliteringsperspektivet lyfts fram.

Även i den individuella planen för patienter bör tandvården lyftas fram som en aktör och att tandvården ges möjlighet att bli en del av den individuella planen. Detta med anledning av att tandvården både arbetar sjukdomsförebyggande och behandlande vilket påverkar vilken typ av vård och insatser som behövs inom hälso- och sjukvården och omsorgen.

***4.5.6 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna*** (s. 194) ***och särskilt yttrande av expert Emma Spak*** (s. 429)
Region Jönköpings län anser att ett förtydliganden kring avtalssamverkan i kommunallagen behövs. Individuell plan behövs inte bara när det är flera vårdgivare/huvudmän utan vid flera vårdkontakter inom samma vårdgivare/huvudman.

## Kapitel 5 Patientkontrakt – patientens stöd för en sammanhållen vård

***5.2.1 Varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt*** (s. 208)
Region Jönköpings län arbetar med patientkontrakt och är positiv till angreppssättet. Samtidigt måste det framgå tydligt att patientkontrakt ska erbjudas alla inte bara ges när den efterfrågas. Det är också viktigt att se patient som en person och inte i diagnoser, då personen kan ha flera fasta vårdkontakter och det blir då inte tydligt vem som har ansvar.

Även tandvården bör lyftas fram som en aktör och att vårdgivare inom tandvård kan läggas till som fast vårdkontakt i patientkontraktet.

Eftersom patientkontraktet är en journalhandling är det viktigt att den kan skrivas i de journalsystem som regionerna använder och visas upp i Journalen via nätet. Om patientkontraktet ska kunna innehålla information som patienten själv skriver eller knytas samman med information från kommunerna krävs en teknisk utveckling som måste prioriteras och finansieras, vilket utredningen även föreslår.

## Kapitel 6 Utbildningens och forskningens roll i omställningen till en god och nära vård.

Region Jönköpings län är positiv till utredningens fokus på gemensam kompetensutveckling, forskning, lärande och utveckling oavsett huvudman.

## Kapitel 7 Verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi

***7.3 Två alternativ scenarior*** (s. 279)
Utredningen lämnar två olika alternativ på hur det befintliga systemet för legitimerade fysioterapeuters och vissa specialistläkares anslutning till den offentligt finansierade vården skulle kunna utvecklas. Region Jönköpings län

anser att det behövs en utveckling av systemet och förordar alternativ två som är frivilligt. Detta alternativ är en vidareutveckling av befintligt system som syftar till att skapa förutsättningar för mindre vårdetableringar i geografiska områden där tillgången till vård är mindre.

***7.4.2 Upphävande av LOL och LOF och möjlighet för befintliga vårdgivare att ställa om sin verksamhet*** (s. 288)
Region Jönköpings län ställer sig positiv till avveckling av den nationella taxan, som gynnar det kommunala självstyret, men anser att övergångstiden är för lång.

## Kapitel 8 En ändamålsenlig struktur för styrning av hälso- och sjukvården

***8.2.3 Begreppet sluten vård behöver omdefinieras*** (s. 362)
Region Jönköpings län instämmer i att begreppet sluten vård inte alltid stämmer med vad som avses och att det kan finnas behov att byta ut detta. Samtidigt är det svårt att veta vad som är en bra ersättning. Förslaget i utredningen ”särskild vård” kan på många sätt misstolkas och kommer kräva tydlig definition på vad som ingår. Frågan är då om det kommer att underlätta eller öka begreppsförvirringen?

## Kapitel 9 Att skapa förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet

Även tandvården bör ges utrymme att delta i utvecklingsdialogen via t.ex. SKR, Socialstyrelsen/IVO och regionerna för att den samverkan som beskrivits ovan ska kunna ske så optimalt som möjligt.

## Kapitel 10 Uppdraget om lättare psykisk ohälsa

Eftersom tandvården kan upptäcka tecken av psykisk ohälsa och våld i nära relationer vid undersökningar av käkar och tänder bör även tandvårdens roll beaktas i uppdraget om lättare psykisk ohälsa.

REGION JÖNKÖPINGS LÄN

Rachel De Basso
Ordförande nämnd för folkhälsa och sjukvård

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

# Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 108-128

**Tid:** 2020-06-16 kl. 13:00

**Plats:** Originalet, Qulturum, hus B4, Länssjukhuset Ryhov

## § 121

## Remiss - SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem

Diarienummer: RJL 2020/1043

Hälso- och sjukvårdsdirektören informerar kortfattat om remissen *SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* samt svarar på frågor. En film med utredaren Anna Nergårdhs presentation av utredningen har delgetts nämndens ledamöter inför sammanträdet. Nämnden fattar beslut om yttrande i ärendet vid sitt sammanträde den 15 september. Informationen läggs till handlingarna.

**Beslutets antal sidor**
1

# Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 79-91

**Tid:** 2020-06-03 kl. 08:30

**Plats:** Sal C, Regionens hus

## § 83

## Informationsärenden till nämnden

- Månadsrapport
- Smittskydd och vårdhygien
  Presidiet skjuter på informationspunkten till hösten.
- Remiss - SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem
  Diarienummer: RJL 2020/1043
- Plan för att möta framtidens hälso- och sjukvård
  Diarienummer: RJL 2019/170
  Föredragande: Anette Nilsson
- Redovisning av icke slutbehandlade motioner
- Motion - Arbetet mot psykisk ohälsa på primärvårdsnivå för barn och unga
  Diarienummer: RJL 2020/219

Presidiet önskar till kommande nämndsammanträde den 16 juni, utöver ovanstående punkter, även information om Öppna jämförelser Hälso- och sjukvård 2019 samt Kirurgisk vård - ekonomi i balans.

### Beslutets antal sidor

1

# Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 62-78

**Tid:** 2020-05-11 kl. 08:30

**Plats:** Sal A, Regionens hus

## § 76

## Planering av kommande sammanträden

- Kommande nämndsammanträde den 25 maj kommer att äga rum i Rosensalen, Rosenlunds vårdcentrum. Möjlighet till att delta på distans kommer att ges.
- Yttrande över remissen *SOU 2020:19 God och nära vård, En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* kommer att beslutas vid nämndens sammanträde den 15 september. En övergripande information om remissens innehåll ska ges vid nämndsammanträdet den 16 juni.

### Beslutets antal sidor

1

**From:** Linda Torsbrink on behalf of "S FS" <s.fs@regeringskansliet.se>
**Sent:** Tue, 21 Apr 2020 08:14:16 +0000
**To:** Bijelic Eriksson Nathalie
**Cc:** S Remissvar
**Subject:** Sv: S2020/02841/FS Begäran om anstånd från Region Jönköpings län

Hej!

Anstånd till den 15 september 2020 beviljas.

Hälsningar
**Linda Torsbrink**
Kanslisekreterare
Socialdepartementet
Enheten för folkhälsa och sjukvård
103 33 Stockholm
Tfn 08-405 12 84
Mobil 070-667 18 86
linda.torsbrink@regeringskansliet.se
www.regeringen.se

Regeringskansliet

---

**Från:** Bijelic Eriksson Nathalie <nathalie.bijelic.eriksson@rjl.se>
**Skickat:** den 21 april 2020 10:01
**Till:** S Remissvar <s.remissvar@regeringskansliet.se>; S FS <s.fs@regeringskansliet.se>
**Ämne:** S2020/02841/FS Begäran om anstånd från Region Jönköpings län
**Prioritet:** Hög

Hej,

Region Jönköpings län har mottagit ovanstående remiss och önskar inlämna svar. På grund av fastställda mötesdatum för ansvarig instans nämnd för folkhälsa och sjukvård, och för att ha möjlighet att kunna inlämna svar, önskar vi begära anstånd att få inkomma med vårt svar till **den 15 september 2020**.

Tacksam för återkoppling.

Med Vänliga Hälsningar

**Nathalie Bijelic Eriksson**
Nämndsekreterare
010-242 40 32
nathalie.bijelic.eriksson@rjl.se

Område Kansli
Regionledningskontoret
Region Jönköpings län
www.rjl.se

Information och e-tjänster för
din hälsa och vård
www.1177.se/Jonkopings-lan

Region
Jönköpings län

# God och nära vård

## En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem

*Delbetänkande av utredningen*
*Samordnad utveckling för god och nära vård*

*Stockholm 2020*



STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

**SOU 2020:19**

SOU och Ds kan köpas från Norstedts Juridiks kundservice.
Beställningsadress: Norstedts Juridik, Kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@nj.se
Webbadress: www.nj.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Norstedts Juridik AB
på uppdrag av Regeringskanslets förvaltningsavdelning.
*Svara på remiss – hur och varför*
*Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).*
En kort handledning för dem som ska svara på remiss.
Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Inlagesillustration: Gullers Grupp
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2020

ISBN 978-91-38-25040-2
ISSN 0375-250X

# Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24).

Till särskild utredare förordnades chefläkaren och biträdande landstingsdirektören Anna Nergårdh. Utredningen har tagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes den 3 mars 2017 kanslirådet Louise Andersson. Som sekreterare anställdes fr.o.m. 2 oktober 2017 t.o.m. den 30 juni 2018 allmänläkaren Karin Träff Nordström och civilekonomen Marie Öberg Lindevall. Som sekreterare i utredningen anställdes fr.o.m. den 9 oktober 2017 t.o.m. den 31 mars 2019 juristen Malin Lundberg. Som sekreterare i utredningen anställdes den 22 oktober 2018 t.o.m. den 31 mars 2020 medicinska informatikern Niklas Eklöf, och den 28 januari 2019 juristen Anna-Klara Brage. Som sekreterare anställdes även juristen Caroline-Olivia Elgán fr.o.m. den 1 september 2019 t.o.m. den 3 mars 2020 och fil.kand. Max Printz fr.o.m. den 6 november 2019 t.o.m. den 31 mars 2020.

Som sakkunniga till utredningen förordnades den 26 oktober 2017 departementssekreterare Malin Bolinder, kanslirådet Anna Brooks, departementssekreterare Fredrik Friberg, departementssekreterare Elin Persson samt departementssekreterare Nina Viberg. Som experter till utredningen förordnades den 26 oktober 2017 allmänläkaren Peter Berggren, digitala strategen Niklas Eklöf, representanten för Funktionsrätt Sverige Anders Gustafsson, distriktsköterskan Hanna Lundstedt, folkhälsorådet Iréne Nilsson Carlsson samt SKR:s sam-

ordnare för nära vård Emma Spak. Departementssekreterare Malin Bolinder entledigades den 19 januari 2018 och samma dag förordnades departementssekreterare Lisa Midlert som sakkunnig i utredningen. Kanslirådet Anna Brooks, departementssekreterare Nina Viberg och departementssekreterare Elin Persson, entledigades fr.o.m. den 11 september 2018. Kanslirådet Anna Gralberg, kanslirådet Anna Dahlin och kanslirådet Elin Sundberg förordnades som sakkunniga i utredningen fr.o.m. den 11 september 2018. Digitala strategen Niklas Eklöf entledigades fr.o.m. den 29 oktober 2018. Avdelningschefen Kristina Fridensköld förordnades som expert i utredningen fr.o.m. den 29 oktober 2018. Kanslirådet Fredrik Friberg entledigades fr.o.m. den 27 mars 2019. Ämnesrådet Sverker Lönnerholm förordnades som sakkunnig i utredningen fr.o.m. den 27 mars 2019. Kanslirådet Anna Dahlin entledigades fr.o.m. den 13 september 2019. Samma dag förordnades ämnesrådet Petra Zetterberg-Ferngren som sakkunnig och samverkanschefen Susanne Söderberg samt förvaltningschefen Torill Skaar Magnusson som experter. Den 5 december 2019 entledigades avdelningschefen Kristina Fridensköld och avdelningschefen Annemieke Ålenius förordnades som expert.

Den 7 juni 2017 överlämnade utredningen delbetänkandet God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53).

Den 21 september 2017 fick utredningen tilläggsdirektiv (dir. 2017:97).

Den 1 juni 2018 överlämnade utredningen delbetänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39).

Den 23 augusti 2018 fick utredningen ytterligare tilläggsdirektiv (dir. 2018:90).

Den 5 juni 2019 överlämnade utredningen delbetänkande God och nära vård – Vård i Samverkan (SOU 2019:29).

Den 15 augusti 2019 fick utredningen ytterligare tilläggsdirektiv (dir. 2019:49).

I detta betänkande redovisar utredningen en övergripande beskrivning av det vi under utredningens gång identifierat som centrala framgångsfaktorer respektive möjliga hinder för omställningsarbetet. Dessutom lämnar vi ett antal förslag som syftar till att stärka olika dimensioner av samverkan och skapa ett mer sammanhängande hälso- och sjukvårdssystem. Vidare lämnas förslag på att tydliggöra hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvar att medverka i utbildning

samt två olika alternativa vägar för att integrera de läkare och fysioterapeuter som i dag verkar enligt lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för fysioterapeuter, i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt övrig öppenvård, i samklang med övriga förändringar som sker inom hälso- och sjukvården. Slutligen lämnas också förslag kring vidare översyn och förändringar gällande den grundläggande strukturen med uppdelningen i öppen vård och sluten vård. Sammantaget bedömer utredningen att dessa förslag, tillsammans med förslag i våra tidigare betänkanden utgör grunden för en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.
Utredningen vill rikta ett varmt tack till alla de som med stort engagemang tagit sig tid att på olika sätt bidra till vårt arbete.

Utredningen överlämnar härmed huvudbetänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19).

Stockholm i mars 2020

Anna Nergårdh

/Louise Andersson
Anna-Klara Brage
Niklas Eklöf
Caroline-Olivia Elgán
Max Printz

# Innehåll

**Sammanfattning** ..... **19**

**1 Författningsförslag** ..... **33**

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ..... 33

1.2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125) ..... 39

1.3 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) ..... 40

1.4 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821) ..... 42

1.5 Förslag till lag om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet ..... 43

1.6 Förslag till lag om ändring i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling ..... 45

1.7 Förslag till lag om ändring i lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner ..... 46

1.8 Förslag till lag om upphävande av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning ..... 47

1.9 Förslag till lag om upphävande av lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi ..... 48

1.10 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ..... 49

1.11 Förslag till förordning om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet ..... 51

1.12 Förslag till förordning om upphävande av förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning ..... 52

1.13 Förslag till förordning om upphävande av förordning (1994:1120) om ersättning för fysioterapi ..... 53

1.14 Förslag till förordning om ändring i förordning (2007:1117) med instruktion för Konkurrensverket ..... 54

**2 Utredningens uppdrag, arbetssätt och utgångspunkter ..... 55**

2.1 Huvudbetänkandets utgångspunkter och upplägg ..... 55
2.1.1 Utredningens uppdrag ..... 55
2.1.2 Huvudbetänkandets innehåll ..... 60
2.1.3 Utgångspunkter för detta betänkande ..... 63

2.2 Redovisning av dialoguppdraget ..... 68
2.2.1 Utgångspunkter för dialogarbetet ..... 68
2.2.2 En kontinuerlig kommunikation om utredningen via hemsidan www.sou.gov.se/godochnaravard ..... 69
2.2.3 Dialogfrågor ..... 70
2.2.4 Referensgrupper samt experter och sakkunniga till utredningen ..... 71
2.2.5 En bred dialog med andra utredningar, myndigheter, SKR samt andra organisationer och enskilda ..... 73
2.2.6 Utredningens sammanfattande reflektioner kring dialoguppdraget ..... 76

2.3 Nulägesbild av omställningen ..... 77
2.3.1 Övergripande förutsättningar för en omställning ..... 79
2.3.2 Redan beslutade milstolpar ..... 83
2.3.3 Milstolpar för beslut ..... 87
2.3.4 Övrigt ..... 90

2.4 Ett modernt hälso- och sjukvårdssystem – hur blir det? ..... 94
2.4.1 En god hälsa och en vård på lika villkor ..... 94
2.4.2 Ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem ..... 95
2.4.3 Varför behövs förändringen? ..... 96

2.4.4 Hur blir det för mig som patient? ..... 97
2.4.5 Ett begripligt hälso- och sjukvårdssystem ..... 103
2.4.6 En hälso- och sjukvård med både hjärta och hjärna ..... 104

**3 Framgångsfaktorer och hinder för omställningen ..... 105**

3.1 Utgångspunkter ..... 105

3.2 Framgångsfaktorer för omställningen ..... 106
3.2.1 Personcentrering och involvering av invånare och patienter i hälso- och sjukvårdens utveckling ..... 106
3.2.2 Interprofessionellt lärande och arbetssätt ..... 110
3.2.3 Salutogent förhållningssätt ..... 113
3.2.4 Fungerande samverkan och samordning för ett sammanhängande hälso- och sjukvårdssystem ..... 115
3.2.5 Prehospital och mobil vård – en integrerad del i vårdkedjan ..... 119
3.2.6 Samordnad styrning av kompetensförsörjning ..... 121
3.2.7 Logistiklösningar och infrastruktur som understödjer omställningen ..... 122
3.2.8 Forskning, utveckling och utbildning som följer med och understödjer omställningen ..... 125
3.2.9 Digitalisering utifrån patienternas och vårdens behov ..... 127
3.2.10 Samverkan med aktörer utanför vård och omsorg. ..... 130

3.3 Hinder för omställningsarbetet ..... 131
3.3.1 Bristande uthållighet ..... 131
3.3.2 Bristande helhetsperspektiv och systemkunskap ..... 132
3.3.3 Stor variation i uttolkningen och implementering av befintliga regelverk ..... 134
3.3.4 Ekonomiska utmaningar för kommuner och regioner ..... 136
3.3.5 Bristande inkludering av medarbetarna ..... 137

3.3.6 Utmaningar med kompetensförsörjning och kompetensutveckling ... 138
3.3.7 Investeringsbehov i vårdens byggnader och infrastruktur ... 139
3.3.8 Bristande tillgång till kvalitetssäkrade data och kunskap om primärvårdsnivån ... 140
3.3.9 Bristande arbete med ledarskapsfrågor ... 142
3.3.10 Regelverk och arbetssätt som utestänger de mest behövande ... 144

**4 Samverkanstrukturer för hälso- och sjukvården ... 149**

4.1 Inledning ... 149

4.2 Kommunen som huvudman för hälso- och sjukvård i dag ... 150
4.2.1 Kommunerna ansvarar för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå ... 150
4.2.2 Läkarbemanning i kommunalt finansierad primärvård ... 151
4.2.3 Begreppet hemsjukvård ersätts i lagstiftning med ”hälso- och sjukvård i hemmet” ... 153
4.2.4 Tydliggörande gällande hälso- och sjukvård i hemmet ... 157

4.3 Förtydligade samverkanskrav ... 159
4.3.1 Regionen och kommuner ska samverka vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården ... 160
4.3.2 En gemensam plan för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå ... 162
4.3.3 Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas de förutsättningar för samverkan som behövs ... 164

4.4 Planeringsverktyg till stöd för en samordnad vård ... 166
4.4.1 Förtydligande gällande författningsreglerade planer inom vård och omsorg ... 167
4.4.2 Fler patienter ska ges möjlighet till en individuell plan ... 168

4.4.3 Den enskilde ska ges möjlighet att initiera en individuell plan ..... 170
4.4.4 En fast vårdkontakt ska ansvara för att den individuella planen är aktuell ..... 172
4.4.5 Personcentrerat innehåll i den individuella planen ..... 175
4.4.6 Den individuella planen ska även innehålla förebyggande och rehabiliterande insatser ..... 177
4.4.7 Informationsdelningsfrågor ..... 179
4.4.8 Elevhälsa ..... 181

4.5 Konsekvensanalys ..... 182
4.5.1 Övergripande konsekvenser av förslagen ..... 182
4.5.2 Samhällsekonomiska konsekvenser ..... 183
4.5.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ..... 184
4.5.4 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten ..... 185
4.5.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna ..... 188
4.5.6 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna ..... 193
4.5.7 Konsekvenser för en jämlik vård ..... 196
4.5.8 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen ..... 197
4.5.9 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården ..... 198
4.5.10 Konsekvenser för vårdens professioner ..... 200
4.5.11 Konsekvenser för företagen ..... 201
4.5.12 Övriga konsekvenser ..... 202

4.6 Ikraftträdande ..... 202

**5 Patientkontrakt – patientens stöd för en sammanhållen vård ..... 205**

5.1 Planering utifrån individens perspektiv ..... 205
5.1.1 Nuläge i arbetet med patientkontrakt ..... 205

5.2 Patientens översikt ..... 208
5.2.1 Varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt ..... 208
5.2.2 Ett patientkontrakt i praktiken ..... 213
5.2.3 Informationsdelningsfrågor ..... 215

5.3 Konsekvensanalys ..... 217
5.3.1 Ekonomiska konsekvenser för samhället ..... 217
5.3.2 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ..... 218
5.3.3 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten ..... 218
5.3.4 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna ..... 219
5.3.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna ..... 220
5.3.6 Konsekvenser för en jämlik vård ..... 221
5.3.7 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen ..... 221
5.3.8 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården ..... 222
5.3.9 Konsekvenser för vårdens professioner ..... 222
5.3.10 Konsekvenser för företagen ..... 223
5.3.11 Övriga konsekvenser ..... 223

5.4 Ikraftträdande ..... 224

**6 Utbildningens och forskningens roll i omställningen till en god och nära vård ..... 225**

6.1 Utbildningens roll i omställningen ..... 226
6.1.1 En fråga utanför utredningens direktiv ..... 226
6.1.2 Gällande rätt och praxis om utbildning inom hälso- och sjukvården ..... 227
6.1.3 Utbildningsrelaterade utmaningar för god kompetensförsörjning ..... 244
6.1.4 Andra aktuella initiativ för ökad kompetensförsörjning ..... 249

6.2 Förslag och motivering till förslag ..... 251
6.2.1 Regioners och kommuners ansvar för medverkan i utbildning ska tydliggöras ..... 251
6.2.2 Att medverka till utbildning ska vara en del av primärvårdens grunduppdrag ..... 254

6.3 Konsekvensanalys ..... 255
6.3.1 Övergripande konsekvenser av förslagen ..... 255
6.3.2 Samhällsekonomiska konsekvenser ..... 256
6.3.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ..... 256
6.3.4 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten ..... 258
6.3.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna och kommunerna ..... 260
6.3.6 Konsekvenser för en jämlik vård ..... 261
6.3.7 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården ..... 261
6.3.8 Konsekvenser för vårdens professioner ..... 262
6.3.9 Konsekvenser för sysselsättningen ..... 262
6.3.10 Konsekvenser för företagen ..... 263
6.3.11 Övriga konsekvenser ..... 265

6.4 Ikraftträdande ..... 265

6.5 Forskningens roll i omställningen ..... 265
6.5.1 Inspel på dialogfrågor ..... 266
6.5.2 Finansiering av forskning i den nära vården ..... 268
6.5.3 Aktuella initiativ av betydelse för omställningen till den nära vården ..... 270

**7 Verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi ..... 273**

7.1 Inledning ..... 273

7.2 Dagens parallella system är inte ändamålsenligt ..... 274
7.2.1 Dagens system står inte i samklang med ett modernt hälso- och sjukvårdssystem ..... 274

7.2.2 Utredningens utgångspunkter för en ny ordning ... 276

7.3 Två alternativa scenarier ... 279

7.4 Scenario 1 ... 281
7.4.1 Obligatoriskt inrättande av valfrihetssystem inom fler vårdområden ... 281
7.4.2 Upphävande av LOL och LOF och möjlighet för befintliga vårdgivare att ställa om sin verksamhet ... 288

7.5 Konsekvensanalys – scenario 1 ... 290
7.5.1 Övergripande konsekvenser av förslagen ... 290
7.5.2 Nollalternativ och alternativa lösningar ... 291
7.5.3 Ekonomiska konsekvenser för samhället ... 292
7.5.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ... 293
7.5.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna ... 295
7.5.6 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten ... 298
7.5.7 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna ... 299
7.5.8 Konsekvenser för en jämlik vård ... 299
7.5.9 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården ... 300
7.5.10 Konsekvenser för vårdens professioner ... 301
7.5.11 Konsekvenser för sysselsättningen ... 302
7.5.12 Konsekvenser för företagen ... 302
7.5.13 Konsekvenser för EU-rätten ... 306
7.5.14 Övriga konsekvenser ... 306

7.6 Ikraftträdande – scenario 1 ... 307

7.7 Scenario 2 ... 307
7.7.1 Ett nytt kompletterande system för anslutning till offentligt finansierad vård i syfte att främja hälso- och sjukvård i hela landet ... 307

7.7.2 Ett nytt ersättningssystem ... 317
7.7.3 Statlig medfinansiering ... 319
7.7.4 Upphävande av LOL och LOF och möjligheter för befintliga vårdgivare att ställa om sin verksamhet ... 321

7.8 Konsekvensanalys – scenario 2 ... 321
7.8.1 Övergripande konsekvenser av förslagen ... 321
7.8.2 Nollalternativ och alternativa lösningar ... 322
7.8.3 Ekonomiska konsekvenser för samhället ... 323
7.8.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ... 324
7.8.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna ... 325
7.8.6 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten ... 328
7.8.7 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna ... 332
7.8.8 Konsekvenser för en jämlik vård ... 332
7.8.9 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården ... 333
7.8.10 Konsekvenser för vårdens professioner ... 333
7.8.11 Konsekvenser för sysselsättningen ... 334
7.8.12 Konsekvenser för företagen ... 334
7.8.13 Konsekvenser för EU-rätten ... 336
7.8.14 Övriga konsekvenser ... 343

7.9 Ikraftträdande – scenario 2 ... 343

7.10 Utredarens reflektion över de två scenarierna ... 344

**8 En ändamålsenlig struktur för styrning av hälso- och sjukvården ... 347**

8.1 Inledning ... 347
8.1.1 Utgångspunkter och avgränsningar ... 348

8.2 En förändring möjlig i flera steg ... 356
8.2.1 En uppdelning av vården är fortsatt ändamålsenlig ... 358

8.2.2 Beskrivningssystemen behöver utredas och förändras ... 359
8.2.3 Begreppet sluten vård behöver omdefinieras ... 362

8.3 Konsekvensanalyser ... 371
8.3.1 Övergripande konsekvenser av förslaget ... 371
8.3.2 Samhällsekonomiska konsekvenser ... 371
8.3.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ... 371
8.3.4 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna ... 372
8.3.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten ... 372
8.3.6 Konsekvenser för kommunerna ... 373
8.3.7 Konsekvenser för en jämlik vård ... 373
8.3.8 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården ... 374
8.3.9 Övriga konsekvenser ... 374

**9 Att skapa förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet ... 375**

9.1 Omställningen – En långsiktig process i flera steg ... 375

9.2 Att uppnå uthållighet i den nationella färdplanen mot målbilden ... 377
9.2.1 Ett samordnat budskap och stöd till huvudmännen från den nationella nivån och statliga myndigheter ... 377
9.2.2 Stöd från Sveriges Kommuner och Regioner ... 381
9.2.3 Dialog med medarbetare och invånare ... 382
9.2.4 Fortsatt behov av sammanhållande nationell stödstruktur ... 385

9.3 Ett sammanhängande system för att följa omställningen ... 385
9.3.1 Utgångspunkter ... 385
9.3.2 Medskick i fortsatta arbetet med att utveckla ett nationellt system för uppföljning ... 386

9.4 Omfördelning av resurser i systemet och resurser för omställningen ..... 387
9.4.1 Utgångspunkter ..... 387
9.4.2 Omfördelning av huvudmännens resurser ..... 390
9.4.3 Statliga stöd ..... 391
9.4.4 Det behövs en långsiktig, övergripande överenskommelse för omställningen ..... 394
9.4.5 Reflektioner kring resurser för omställningen utifrån utredningens samlade förslag ..... 399

**10 Uppdraget om lättare psykisk ohälsa ..... 403**

10.1 Uppdraget enligt direktiven ..... 403

10.2 Initiala reflektioner ..... 406

10.3 Tillvägagångssätt ..... 407
10.3.1 Dialogfrågor ..... 408

**11 Författningskommentar ..... 409**

11.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ..... 409

11.2 Förslaget till lag om ändring av tandvårdslagen (1985:125) ..... 419

11.3 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) ..... 420

11.4 Förslaget till ändring i patientlagen (2014:821) ..... 422

11.5 Förslaget till lag om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet ..... 423

11.6 Förslaget till lag om ändring i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling ..... 427

11.7 Förslaget till lag om ändring i lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner ..... 427

**Särskilt yttrande ..... 429**

**Referenser ..... 431**

## Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2017:24 ..... 449

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2017:97 ..... 467

Bilaga 3 Kommittédirektiv 2018:90 ..... 475

Bilaga 4 Kommittédirektiv 2019:49 ..... 481

Bilaga 5 Tänkbar utformning av definition av ”särskild vård” ..... 489

# Sammanfattning

## Om betänkandet

Regeringen fattade den 2 mars 2017 beslut om att utse en särskild utredare med uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja regioner, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredningen har valt namnet Samordnad utveckling för god och nära vård.

Utredningen överlämnade i juni 2017 sitt första delbetänkande God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53). Utifrån förlagen i delbetänkandet fattade riksdagen i slutet av maj 2018 beslut om propositionen 2017/18:83, Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.

Utredningen överlämnade i juni 2018 sitt andra delbetänkande God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:39). De förslagen bereds för närvarande i regeringskansliet. En proposition avseende en primärvårdsreform är aviserad av regeringen under våren 2020.

Utredningen lämnade i juni 2019 sitt tredje delbetänkande God och nära vård. Vård i samverkan (SOU 2019:29). Det betänkandet innehöll i enlighet med utredningens direktiv en rapport om arbetets inriktning och om hur arbetet fortskred. Delbetänkandet innehöll analys av och bakgrund till de områden inom vilka utredningen i detta huvudbetänkande lämnar förslag. Det tredje betänkandet ska därför läsas tillsammans med förslagsdelarna i detta betänkande.

Förslagen i detta betänkande, tillsammans med samtliga förslag i utredningens tidigare betänkanden, bidrar till en reform i syfte att bidra till ett hälso- och sjukvårdssystem som är hållbart ur samtliga aspekter; socialt, miljömässigt och ekonomiskt. Vi bedömer att våra

förslag är steg på vägen i utvecklingen av en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård, med en stark och adekvat resurssatt primärvård som bas. En hälso- och sjukvård med både hjärta och hjärna. En hållbar hälso- och sjukvård med hög kvalitet, där man som patient och närstående känner delaktighet och trygghet, som skattebetalare känner förtroende, och där man som medarbetare väljer att arbeta.

## Betänkandets form och innehåll

I det följande görs en sammanfattning av betänkandets kapitel, med fokus på de bedömningar och förslag som lämnas. De kapitel som inte innehåller explicita bedömningar och förslag sammanfattas mycket kort. Kapitel 1 och 11 innehåller författningsförslag samt författningskommentarer, och sammanfattas inte närmre här. De bör i stället läsas tillsammans med respektive förslagskapitel.

### Kapitel 2. Utredningens uppdrag, arbetssätt och utgångspunkter

I detta kapitel redogörs för betänkandets utgångspunkter och upplägg. Vi beskriver våra hittills redovisade uppdrag, samt redogör för ett antal avgränsningar i uppdraget. Vi beskriver också hur vi fullgjort vårt uppdrag att ta fram våra förslag i bred dialog med samtliga berörda aktörer. Vi ger i kapitlet en nulägesbild av omställningen till nära vård och redogör för redan beslutade milstolpar i färdplanen, samt milstolpar som kvarstår för beslut. Avslutningsvis presenteras vår bild av några av de effekter den pågående förändringen kan förväntas ge för patienter och invånare.

### Kapitel 3. Framgångsfaktorer och hinder för omställningen

I kapitlet redogör vi för framgångsfaktorer och hinder för omställningen till nära vård. Vi lyfter bland annat personcentrering och involvering av såväl invånare som patienter, närstående och medarbetare. Interprofessionellt lärande och salutogent förhållningssätt betonas. Kompetensförsörjning, logistik och infrastruktur lyfts fram,

liksom forskning och undervisning samt digitalisering utifrån patienternas och verksamheternas behov.

Hinder såsom bristande uthållighet, brist på helhetssyn, olika tolkning av regelverk och ekonomiska utmaningar, inklusive omfattande investeringar i byggnader, reflekteras. Bristen på aggregerade data på primärvårdsnivå betonas på nytt. Behovet av att lyfta ledarskapets betydelse poängteras. Risken med att konstruera system som minskar tillgängligheten och blir exkluderande, i stället för inkluderande, av grupper med de största behoven, eller nedsatt möjlighet att själva agera utifrån sitt vårdbehov, belyses.

## Kapitel 4. Samverkansstrukturer för hälso- och sjukvården

Vi har i uppdrag att utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas, hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut samt att undersöka hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras. Vi har också i uppdrag se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner.

Att hälso- och sjukvården är ett delat ansvar mellan regioner och kommuner innebär också att det är ett delat ansvar att beskriva och bygga ihop hälso- och sjukvårdssystemet på ett tydligt sätt för både patienter och medarbetare. Det är ett viktigt arbete där nära samverkan krävs för att skapa förutsättningar för goda arbetsmiljöer för hälso- och sjukvårdens medarbetare och ett begripligt hälso- och sjukvårdssystem för invånare, liksom för patienter och närstående.

Vi lägger i kapitlet ett antal förslag för att stärka samverkan för patienter och brukares bästa. Vi *föreslår* att begreppet hemsjukvård ska ersätts med begreppet hälso- och sjukvård i hemmet för att tydliggöra att den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet är likställd övrig vård och att det enda som särskiljer den är platsen vården utförs på. Detta förslag tydliggör att det handlar om hälso- och sjukvård, med samma kvalitetskrav, behov av adekvat resurssättning och kompetensbehov som övrig hälso- och sjukvård.

Vi gör *bedömningen* att den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för att erbjuda utgör primärvård, men att kommunalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal kan medverka i hälso- och

sjukvård som regionen ansvarar för att erbjuda. Detta tydliggörande syftar inte till att föra över något nytt ansvar till kommunerna vad gäller hälso- och sjukvård. Det syftar däremot till att skapa förutsättningar för personcentrerad vård över huvudmannagränserna, till nytta för de med störst och mest komplexa behov av insatser från båda huvudmännen.

Utredningen *föreslår* vidare att utifrån kommunernas ökade åtagande som huvudman för hälso- och sjukvård sedan gällande rätt utformades måste samverkan mellan huvudmännen stärkas. För att tydliggöra kraven på samverkan ska regioners och kommuners särskilda samverkansansvar med varandra vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården förtydligas i lagstiftningen.

För att säkerställa att patienten får en sammanhängande hälso- och sjukvård oavsett huvudman bedömer utredningen att det behövs en stärkt samverkan på primärvårdsnivå. Vi *föreslår* därför att regioner och kommuner genom en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen ska åläggas att upprätta en gemensam plan för hälso- och sjukvård på den gemensamma vårdnivån primärvård i länet. Detta förslag avser inte att i detalj reglera innehåll eller tidsomfattningen i en sådan länsövergripande plan. Avsikten är i stället att säkerställa en gemensam långsiktig planering för det gemensamma åtagandet primärvård, där planen förslagsvis kan omfatta strategiska frågor såsom t.ex. kompetensförsörjning, lokalfrågor och utbudspunkter.

Utredningen beskriver vidare att gällande rätt när det gäller samverkan i hälso- och sjukvården är förhållandevis väl reglerad på makro- (huvudmannanivå) och mikro-nivå (individnivå) i systemet, men till stora delar saknas på meso-nivå (utförarnivå). Bestämmelser som träffar utförare, och därmed hur det övergripande uppdraget ska utföras för att sedan bestämmelserna på mikro-nivå ska kunna tillämpas, är inte tillräckligt tydligt reglerat i dag. Därför *föreslår* utredningen att det lagregleras att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas de förutsättningar för samverkan som behövs för att en god vård ska kunna ges. Genom att i HSL förtydliga att god vård kräver förutsättningar för samverkan, på samma sätt som att den kräver den personal, de lokaler och den utrustning som behövs, tydliggör vi kraven på ett hälso- och sjukvårdssystem som hänger ihop, även på utförarnivå.

Hälso- och sjukvårdens planeringsskyldighet för insatser för en enskild patient har bland annat kommit till uttryck genom olika

planverktyg, där ett antal av dem är författningsreglerade. Många olika aktörer vi haft dialog med har lyft att man i utformningen av hälso- och sjukvården och inte minst i det dagliga arbetet upplever det som otydligt vilket planverktyg som ska användas i en specifik insats och vilka planverktyg som finns tillgängliga. Utredningen *föreslår* därför att regleringen av individuell plan i HSL och socialtjänstlagen (SoL) ska harmonieras med regleringen i lagen om samverkan vid sluten hälso- och sjukvård (LUS) så att den kommunala hälso- och sjukvården genomgående omfattas, inte bara när den individuella planen initieras vid utskrivning från sluten vård. Dessutom ska även patienter som inte får socialtjänst men har behov av stöd i samordningen i vårdprocesser som inbegriper flera olika vårdgivare omfattas av möjligheten att få en individuell plan.

Utredningen *föreslår* vidare när det gäller den individuella planen att det ska regleras i HSL och SoL att också den enskildes önskemål om att få en individuell plan upprättad ska beaktas.

Vidare *bedömer* vi att en fast vårdkontakt ska ansvara för att den individuella planen är aktuell och uppdaterad. Samordningen för den enskilde patienten ska ske med utgångspunkt i den individuella planen för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.

Vi *föreslår* också att av den individuella planen ska målet med insatserna för den enskilde framgå. Målet ska formuleras utifrån den enskildes perspektiv, och bör anges både på kortare och längre sikt, vilket möjliggör att planerna kan användas utifrån olika perspektiv: dels för en planering av stödinsatser som ska ges under en längre tid och beröra stora delar av personens livssituation, dels för insatser som behöver sättas in omedelbart för att lösa en tillfälligt uppkommen situation. Ibland kan den enskilde behöva stöd och motivation för att formulera sina behov och önskemål. Det är viktigt att vårdens företrädare är lyhörda och aktivt efterfrågar behoven på olika områden.

Slutligen *föreslår* utredningen när det gäller den individuella planen att det ska framgå vilka förebyggande och rehabiliterande insatser som behövs. Att stärka innehållskraven i den individuella planen avseende hälsofrämjande insatser, kombinerat med förslaget om att fler patienter ska få möjlighet att få en individuell plan, är ett sätt att säkerställa att insatser för att främja hälsa och förhindra återinsjuknande planeras och följs upp för fler patienter än i dag.

Som utredningen beskrivit i tidigare delbetänkanden gör vi bedömningen att fokus på hur vi kan stärka hälsa, inte bara behandla sjukdom, är helt avgörande för att vi ska klara av att möta framtidens hälsoutmaningar och vårdbehov i befolkningen. Genom att förebygga eller skjuta upp insjuknande i akuta eller kroniska sjukdomar, minska risken för återinsjuknande och skapa eller återskapa funktionsförmåga kan såväl mänskligt lidande undvikas som den begränsade gemensamma resursen användas mer effektivt.

## Kapitel 5. Patientens stöd för en sammanhållen vård

En personcentrerad vård förutsätter jämlik samverkan mellan patienten och hälso- och sjukvårdens medarbetare. För att möjliggöra det krävs tillgång till samma informationsmängd för båda parter, och att det finns möjlighet till ett samskapande av de aktiviteter som ska genomföras. Utredningen har i uppdrag att se över befintlig lagstiftning när det gäller vårdplaner och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan för patientens samtliga vårdinsatser oavsett aktör eller huvudman. Vi har också i uppdrag att klargöra hur patientkontraktet bör förhålla sig till samordnad individuell plan, i dagligt tal kallad SIP.

Arbetet med patientkontrakt har pågått under en längre tid. Regeringen aviserade redan under hösten 2016 en pilotverksamhet, vilken genomfördes i tre regioner. Patientkontrakt har sedan 2018 ingått i överenskommelser mellan regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR). I implementeringsarbetet beskrivs patientkontraktet som flera delar; en överenskommelse mellan hälso- och sjukvården och patienten som innehåller information och kontaktuppgifter till fast(a) vårdkontakt(er), en sammanhållen plan och att tiderna i planen är bokade i samråd med patienten.

Utredningen *föreslår* att det ska regleras i patientlagen (PL) att varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt som på ett sammanhållet sätt, utifrån den enskildas behov och preferenser, presenterar patientens individuella plan med de aktiviteter och insatser som är planerade. Det ska också framgå vem/vilka som utgör patientens fasta vårdkontakt(er).

Tillhandahållandet av den övergripande planeringen behöver kunna anpassas efter mottagaren och måste göras i olika former, t.ex.

digitalt, muntligt eller skriftligt utlämnat, för att säkerställa att alla patienter har samma möjligheter att tillgodogöra sig innehållet. Tillhandahållandet av ett patientkontrakt kommer enligt våra förslag att initieras av att en patient efterfrågar ett sådant, och att region respektive kommun som huvudman för hälso- och sjukvården åläggs att tillhandahålla ett. Patientens fasta vårdkontakt ansvarar då för att ett sådant upprättas, bestående av patientens sammanhållna plan, bokade tider och kontaktuppgifter till patientens fasta vårdkontakt(er).

## Kapitel 6. Verksamheter som drivs enligt lagen om läkarersättning eller lagen om ersättning för fysioterapi

Utredningen har i uppdrag att se över hur läkare och fysioterapeuter som bedriver verksamhet enligt lagen om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen om ersättning för fysioterapi (LOF) kan integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt i övrig öppen vård.

Det finns i dag en kritik från samtliga ingående aktörer mot det befintliga system i vilket läkarna och fysioterapeuterna i fråga verkar. Kritiken består bl.a. i svårigheter för regionerna att planera sin hälso- och sjukvård, då de upplever att de i liten utsträckning kan påverka läkarnas och fysioterapeuternas möjligheter att etablera sig och den lämnade vårdens innehåll. Kritiken från de som verkar på taxan består bl.a. i att innehållet i vad som får göras och hur, samt befintligt ersättningssystem, inte är utformat och anpassat efter dagens vårdbehov eller till hur vården i dag bedrivs. Inspel om att systemet inte möjliggör insyn i och kontroll av vårdverksamheterna i tillräcklig utsträckning finns också. Huruvida avtal som löper på obegränsad tid är förenligt med EU:s rättsordning, utifrån vikten av upprätthållande av konkurrens, har också ifrågasatts.

Flera tidigare förslag till förändringar har lämnats. Det system som aktuella läkare och fysioterapeuter verkar i, och de lagar och förordningar som reglerar detsamma, är dock alltjämt gällande och har i stora delar varit oförändrade i många år. Uppfattningen om vad som är den mest ändamålsenliga och sett till helheten det bästa sättet att förändra är förstås olika hos olika aktörer, i olika verksamheter och också över tid. Gemensam är dock uppfattningen att det behövs en förändring. Vi lämnar här förslag som i möjligaste mån beaktar den kritik som har förts fram mot systemet men som också anammar

värdet av flera sätt att verka i hälso- och sjukvården. De förslag vi lämnar i denna del ingår i en kontext och en helhet där övriga pågående förändringar i hälso- och sjukvården beaktas i enlighet med uppdraget i våra direktiv.

Vi lämnar två alternativa *förslag* på hur det befintliga systemet för legitimerade fysioterapeuters och vissa specialistläkares anslutning till den offentligt finansierade vården skulle kunna utvecklas. Vilket av de två förslagen som bör förespråkas beror på vilka perspektiv, värdegrunder och mål för hälso- och sjukvården som prioriteras.

Det *ena förslaget* innebär att det ska vara obligatoriskt för regionen att inrätta valfrihetssystem även inom fysioterapi och psykiatri. Det *andra förslaget* består i att vidareutveckla befintligt system till ett omarbetat kompletterande nationellt utformat system som syftar till att skapa långsiktighet och förutsättningar för mindre vårdetableringar i geografiska områden där tillgången till vård är mindre. Båda förslagen inkluderar att LOL och LOF samt förordningen om läkarvårdsersättning (FOL) och förordningen om ersättning för fysioterapi (FOF) upphävs. Vi lämnar *förslag* på övergångsbestämmelser som gör det möjligt för berörda läkare och fysioterapeuter att ställa om eller avsluta sin verksamhet utifrån de nya förutsättningarna.

## Kapitel 7. Utbildningens och forskningens roll i omställningen till en god och nära vård

I utredningens tidigare betänkande har vi genomgående belyst området forskning, utveckling och utbildning (FoUU). Att säkerställa utveckling och innovation är en avgörande och central del i ett hållbart och uthålligt samhällssystem, omfattande såväl miljömässig, social som ekonomisk hållbarhet. FoUU är ett av de perspektiv som nogsamt måste beaktas i omställningen till den nära vården, när hälso- och sjukvården skiftar fokus från den traditionella sjukhusmiljön till mer vård utanför sjukhuset och i förlängningen också i allt större utsträckning till vård i hemmet. Detta innebär att det måste etableras förutsättningar för livskraftig och uthållig forsknings- och utbildningsverksamhet även utanför de traditionella miljöerna och hos hälso- och sjukvårdens båda huvudmän, regioner och kommuner.

Frågan om kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvårdssektorn är en av de största moderna samhälleliga utmaningarna i Sverige och många andra länder. Utifrån detta resonemang blir också

utbildning i alla dess former, som grund för en adekvat kompetensförsörjning, en central fråga i utredningens dialoger liksom i utredningens arbete. Till skillnad från vad som är fallet när det gäller forskning är huvudmännens ansvar för utbildning (utöver AT och ST för läkare) inte reglerat i HSL, något som vi lyft i tidigare betänkanden. Många har påtalat till oss att även om det är självklart för alla att ett så kunskapsorienterat område som hälso- och sjukvård är helt beroende av kopplingen till utbildning riskerar det, genom att inte finnas med i den lagstiftning som reglerar kärnverksamheten, att bli satt på undantag. För att säkra framtidens kompetensförsörjning måste alla aktörer ta ett aktivt ansvar och finnas med vad gäller utbildningsinsatser på olika nivåer. Vi har tidigare meddelat vår avsikt att återkomma i frågan om behovet av att reglera även utbildningsuppdraget i HSL.

Vi *föreslår* att det uppdrag som i dag genom överenskommelser och andra avtal åligger regioner och kommuner att medverka i utbildning och tillse att behovet av platser för verksamhetsförlagd utbildning tillgodoses, ska tydliggöras genom ett i lag reglerat ansvar. I den nya bestämmelsen ska anges att regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för. Bestämmelsen införs i syfte att synliggöra utbildningens betydelse för kompetensförsörjning och för att möjliggöra att fler aktörer i hälso- och sjukvården medverkar i utbildningsfrågan. Vidare *föreslår* vi att det ska ingå i primärvårdens grunduppdrag att medverka till utbildning av de professioner som förekommer i primärvården.

Vad gäller forskning har vi redan tidigare belyst utmaningarna vad gäller resursöverföring från sjukhusbaserad verksamhet till nära vård på längre sikt, inte bara i ekonomiska termer, utan också vad gäller kultur och kompetensförsörjning. I detta betänkande redogör vi för inspel på dialogfrågor i det föregående betänkandet, och lyfter särskilt ett inspel på finansiering av forskning inom primärvård och specifikt på det allmänmedicinska området.

## Kapitel 8. En ändamålsenlig struktur för styrning av hälso- och sjukvården

Utredningen har i enlighet med direktiven att analysera om vårdens uppdelning i öppen vård och sluten vård fortfarande är ändamålsenlig, med utgångspunkten att vården ska organiseras och bedrivas

effektivt med god kvalitet och utifrån den enskildes vårdbehov. Analysen ska göras utifrån ett patientperspektiv i relation till utredningens övriga förslag.

Kort sammanfattat fyller, sedan ikraftträdandet av 1982 års hälso- och sjukvårdslag, inte dagens begreppsindelning i öppen och sluten vård någon organisatorisk funktion i lagstiftningen. Indelningen i dessa vårdformer utgör därmed endast en lagteknisk lösning. Att regioner även efter 1982 valt att organisera sina verksamheter utifrån dessa begrepp regleras alltså inte av lagstiftning.

Det råder enighet om att nuvarande struktur och vårdformsindelning utgör en bidragande orsak till ineffektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet. Nya behandlingsalternativ och nya sätt att organisera vården har lett till att vård som tidigare krävde intagning på sjukhus, numera kan utföras och utförs på andra platser än på sjukhus och därmed förflyttas till den öppna vårdformen. Det befintliga styrsystemet uppfattas dock ofta premiera sluten vård, vilket medför att sådan förflyttning inte sker i önskad utsträckning. Intresset för frågan om ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård ser delvis annorlunda ut jämfört med utredningens övriga frågor; för den som ansvarar för och arbetar med systemnivån vad gäller styrning och ledning, beskrivningssystem och det ekonomiska perspektivet är den intressant utifrån sin faktiska legala utformning och därpå följande konsekvenser. För många andra är den mer principiellt intressant utifrån hur väl den underlättar den omställning av hälso- och sjukvården som genomförs. Vi är medvetna om, och har under utredningens gång flera gånger uppmärksammats på, att förändringar i de grundläggande begreppen öppen och sluten vård är stora ingrepp i strukturen för det rådande systemet. Det råder olika uppfattning om hur viktiga sådana förändringar är att göra för att möjliggöra och underlätta omställningen till nära vård, och i vilken utsträckning de är bärare av en traditionell kultur som behöver förändras för att uppnå en modern hälso- och sjukvård.

Initialt i kapitlet presenteras ett antal av utredningen fastslagna utgångspunkter utifrån gällande rätt och våra egna analyser.

I kapitlet presenterar vi sedan skäl för vår *bedömning* att en uppdelning i vårdformer är fortsatt ändamålsenlig. Vi gör bedömningen att de beskrivningssystem som i dag används inte är ändamålsenliga för styrningen och uppföljningen av dagens och framtidens hälso- och sjukvård, och presenterar därför *förslag* om att de

behöver utredas och anpassas. Vår uppfattning är att även om en sådan översyn genomförs, bör på sikt definitionen av sluten vård moderniseras till namn och innehåll. Till följd av de stora förändringar som en ändrad definition innebär, och med tanke på de därav följande svårigheterna att med säkerhet beskriva konsekvenserna av en sådan förändring, väljer utredningen att presentera detta som en *bedömning.* I kapitlet presenteras ett möjligt sätt att utforma en sådan ny definition, benämnd särskild vård.

### Kapitel 9. Att skapa förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet

För att uppnå målet med en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården räcker det, som utredningen påpekat alltsedan den första dagen, inte att göra förändringar enbart i dagens primärvård. Omställningsarbetet omfattar hela den svenska hälso- och sjukvården, vilken har såväl region som kommun (och till en liten del även staten) som huvudman, samt alla oss som på olika sätt verkar i den. Tillsammans utgör vi ett komplext system med flera olika beslutsnivåer, vårdgivare, professioner och framför allt med alla de olika människor vars hälso- och sjukvårdsbehov vi har till uppgift att möta.

Att genomföra en samordnad utveckling mot det gemensamma målet är därmed en betydande utmaning. En utmaning som kommer innebära en långsiktig stegvis process och kräva stor uthållighet från alla. Det kommer inte att räcka med ett eller ett par stora politiska beslut på statlig nivå de närmsta åren. Det kommer att behövas beslut på alla politiska nivåer, och en bred politisk förankring som gör att beslut och inriktning står sig över längre tid. I detta kapitel lyfter vi olika former av stödstrukturer som vi ser som avgörande att den nationella nivån tillhandahåller till huvudmännen och övriga berörda aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet.

I enlighet med utredningens ursprungsdirektiv ska vi analysera hur resurser kan överföras från sjukhusvård till primärvård. Som vi beskrivit i tidigare betänkanden kan en sådan resursöverföring inte beskrivas enbart i ekonomiska termer. Det handlar i minst lika stor utsträckning om successiv överföring av kompetenser för såväl vårdverksamhet som utbildning och forskning, och ibland om att till-

gängliggöra resurser och kompetenser till olika delar av systemet via nya arbetssätt och/eller nya tekniska lösningar.

Även om omställningen till en god och nära vård omfattar hela hälso- och sjukvården så bedömer utredningen att det, i likhet med hur det utrycks i våra direktiv, finns behov av att också specifikt titta på hur primärvården resurssätts. Utan en stark primärvård som kan vara basen i en mer nära hälso- och sjukvård kommer inte omställningen att vara möjlig

Vi gör *bedömningen* att staten, under den återstående omställningsperioden, 2021–2027, bör samla flera av de ekonomiska satsningar som regleras i överenskommelser mellan regeringen och SKR i en övergripande överenskommelse för omställningen. Överenskommelsen bör bestå av två delar. En del med ett övergripande omställningsbidrag som fördelas till regioner och kommuner efter fördelningsnyckel och vars storlek ligger fast under överenskommelsens tid. En del där de övergripande ingående områdena slås fast från start, men där inriktning och storlek under de olika områdena kan variera från år till år och mellan olika huvudmän, utifrån behov.

## Kapitel 10. Om uppdraget lättare psykisk ohälsa

I augusti 2019 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till vår utredning. Utöver vad som sägs i tidigare direktiv ska utredas förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivning. I och med detta tilläggsuppdrag förlängs utredningstiden till januari 2021.

Bakgrunden till direktiven är regeringens uppfattning att det finns ett behov av att skyndsamt kunna erbjuda stöd till personer med lättare psykisk ohälsa. Skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom den nära vården skulle dels kunna ge förutsättningar för att förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar, dels, genom att vård ges på adekvat plats i systemet utifrån personens behov, bidra till att förbättra tillgängligheten till den specialiserade psykiatrin för dem med behov av specialiserad vård.

Fokus för uppdraget är därmed lättare psykisk ohälsa som inte kräver specialiserad vård. I uppdraget ligger också att definiera begreppet lättare psykisk ohälsa. Det är enligt direktiven upp till utre-

daren att bedöma vilken form av lättare psykisk ohälsa som ska erbjudas den nya formen av insatser.

Utredningen har redan i tidigare betänkanden haft området psykisk ohälsa med i arbetet. I våra tidigare förslag vad gäller primärvårdens utformning är en utgångspunkt primärvårdens grunduppdrag, som omfattar såväl somatiskt som psykisk hälsa. I en personcentrerad hälso- och sjukvård är ett holistiskt förhållningssätt en grundbult. Inom området psykisk ohälsa blir det också självklart att knyta an till utredningens tidigare förslag som betonar vikten av förebyggande insatser och hälsofrämjande arbete.

Utredningen kommer i detta uppdrag att arbeta med samma breda dialog som tidigare, i enlighet med ursprungsdirektiven. I kapitlet finns därför ett antal dialogfrågor som utredningen gärna tar emot inspel på.

## Till sist…

…vill vi tacka alla som gjort denna resa möjlig. Alla som på olika sätt bidragit till den rörelse som omställningen till en god och nära vård kommit att bli. Resan har bara börjat. Kanske är hela poängen att vi aldrig blir färdiga, utan ständigt måste vidareutveckla och anpassa, med lyhördhet och med avsikten att bevara det goda och förändra det som är mindre bra. Vi har förhoppningsvis bidragit med några delar av vägbygget. Vi har tagit fram en färdplan och en målbild. Föreslagit milstolpar och visat på vägval. Vi vill till sist påminna om det vi sagt från början. Hälso- och sjukvård är en lagsport, och en sådan här förändring, om den ska vara möjlig att göra, är ett stort tillsammans-arbete. Avgörande är involvering av personer med patienterfarenhet och vårdens medarbetare. Lärandet och kunskapen ligger i den gemensamma processen.

*”Nog finns det mål och mening i vår färd – men det är vägen som är mödan värd.”*[1]

[1] Boye, K, *I rörelse*, 1927.

# 1 Författningsförslag

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

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

*dels* att 5 kap. 2 §, 7 kap. 7 §, 8 kap. 8 §, 11 kap. 3 §, 12 kap. 2 och 4 §§, 14 kap. 1–2 §§, samt 16 kap. 1 och 4 §§ ska ha följande lydelse,

*dels* att det ska införas fem nya paragrafer, *7 kap. 3 a §*, *10 kap. 1 a §*, *13 kap. 1 a §*, *16 kap. 5 §* och *18 kap. 4 §* med följande lydelse,

*dels* att det närmast före 10 kap. 1 a § respektive närmast före 13 kap. 1 a § ska införas en ny rubrik med lydelsen *Patientkontrakt*,

*dels* att det närmast före 18 kap. 4 § ska införas en ny rubrik med lydelsen *Utbildning*.

| *Nuvarande lydelse* | *Föreslagen lydelse* |
|---|---|
| | **5 kap.** |
| | 2 § |
| Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler *och den utrustning* som behövs för att god vård ska kunna ges. | Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler, *den utrustning och de förutsättningar för samverkan* som behövs för att god vård ska kunna ges. |
| | **7 kap.** |
| | *3 a §* |
| | *Regionen ska med tillämpning av lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillhandahålla valfri-* |

| | |
|---|---|
| | *hetssystem inom fysioterapi och psykiatri.* |
| | *Ersättningen från regionen till utförare inom valfrihetssystemen ska följa den enskildes val av utförare.* |

**7 kap.**

7 §

| | |
|---|---|
| I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med *samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.* | I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med *kommunen och andra* samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. |

**8 kap.**

8 §

| | |
|---|---|
| Regionen får erbjuda läkemedel utan kostnad till den som får *hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård).* | Regionen får erbjuda läkemedel utan kostnad till den som får *hälso- och sjukvård i hemmet.* |

**10 kap.**

*1 a §*

*Regionen ska tillhandahålla ett patientkontrakt till patienten i enlighet med vad som anges i 6 kap. 5 § patientlagen (2014:821).*

**11 kap.**

3 §

| | |
|---|---|
| I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska kommunen samverka med *samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.* | I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska kommunen samverka med *regionen och andra* samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. |

**12 kap.**

2 §

Kommunen får erbjuda den som vistas i kommunen *hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård)* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453).

Kommunen får erbjuda den som vistas i kommunen *hälso- och sjukvård i hemmet* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453).

**12 kap.**

4 §

Regionen får på framställning av en kommun inom regionen erbjuda läkemedel utan kostnad ur läkemedelsförråd till den som

1. bor i en sådan särskild boendeform som avses i 5 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453), eller

2. får *hemsjukvård* genom kommunens försorg.

2. får *hälso- och sjukvård i hemmet* genom kommunens försorg.

Regionen svarar för kostnaderna för läkemedel som rekvireras till läkemedelsförråden.

**13 kap.**

*1 a §*

*Kommunen ska tillhandahålla ett patientkontrakt till patienten i enlighet med vad som anges i 6 kap. 5 § patientlagen (2014:821).*

**14 kap.**

1 §

Regionen får till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda *hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård)* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om regionen och kommunen kommer överens om det.

Regionen får till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda *hälso- och sjukvård i hemmet* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om regionen och kommunen kommer överens om det.

| | |
|---|---|
| Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare. Överenskommelsen får även avse ansvar för sådana förbrukningsartiklar som avses i 8 kap. 9 §. | Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare. Överenskommelsen får även avse ansvar för sådana förbrukningsartiklar som avses i 8 kap. 9 §. |

Regionen får lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överlåtelsen.

**14 kap.**

2 §

| | |
|---|---|
| Om samtliga kommuner inom en regions område ingår i en överlåtelse av ansvar för *hemsjukvård* enligt 1 § och om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna, får kommunerna lämna ekonomiskt bidrag till varandra. | Om samtliga kommuner inom en regions område ingår i en överlåtelse av ansvar för *hälso- och sjukvård i hemmet* enligt 1 § och om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna, får kommunerna lämna ekonomiskt bidrag till varandra. |

**16 kap.**

1 §

| | |
|---|---|
| Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller *hemsjukvård* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §. | Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller *hälso- och sjukvård i hemmet* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §. |

Regionen ska med kommunerna inom regionen sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.

Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det frånregionen.

**16 kap.**

4 §

| | |
|---|---|
| När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. | När den enskilde har behov av insatser *från flera vårdgivare eller* insatser både från hälso- och sjukvården och socialtjänsten, ska *representanter för de verksamheter eller enheter i regionen eller kommunen som ansvarar för insatserna tillsammans* upprätta en individuell plan. |
| Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. | Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov *av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet* tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. *Den enskildes önskemål om upprättandet av en individuell plan ska beaktas.* Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. |

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

| | |
|---|---|
| 1. vilka insatser som behövs, | 1. vilka insatser, *exempelvis förebyggande och rehabiliterande*, som behövs, |
| 2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för, | |
| 3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen, *och* | 3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen, |

| | |
|---|---|
| 4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. | 4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen, *och*<br>*5. målet med insatserna utifrån den enskildes perspektiv*. |
| | **16 kap.**<br>*5 §*<br>*Regionen och kommunen ska upprätta en övergripande gemensam plan för utformningen av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå.* |
| | **18 kap.**<br>*4 §*<br>*Regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för.* |

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024 i fråga om 10 kap. 1 a § och 13 kap. 1 a § hälso- och sjukvårdslagen, den 1 juli 2028 i fråga om 7 kap. 3 a § hälso- och sjukvårdslagen och i övrigt den 1 januari 2023.

## 1.2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

Härigenom föreskrivs att 8 a § tandvårdslagen (1985:125) ska ha följande lydelse.

| *Nuvarande lydelse* | *Föreslagen lydelse* |
|---|---|
| | 8 a § |
| Vid tillämpningen av 8 § ska regionen särskilt se till att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som | |
| 1. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller | |
| 2. har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som | |
| a) omfattas av en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), | |
| b) får *hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård)*, eller | b) får *hälso- och sjukvård i hemmet*, eller |
| c) är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer som omfattas av 2 a eller 2 b ovan. | |
| Regionen ska också se till att nödvändig tandvård erbjuds patienter som avses i första stycket. | |
| Regionen ska vidare se till att tandvård kan erbjudas | |
| 1. dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid, och | |
| 2. dem som har stora behov av tandvård på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. | |

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

## 1.3 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453) ska ha följande lydelse.

| *Nuvarande lydelse* | *Föreslagen lydelse* |
|---|---|
| | **2 kap.** |
| | 7 § |
| När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. | När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården, *ska representanter för de verksamheter eller enheter i kommunen eller regionen som ansvarar för insatserna tillsammans* upprätta en individuell plan.<br>Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina *behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet* tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. *Den enskildes önskemål om upprättandet av en individuell plan ska beaktas.* Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. |

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

| | |
|---|---|
| 1. vilka insatser som behövs, | 1. vilka insatser, *exempelvis förebyggande och rehabiliterande*, som behövs, |
| 2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för, | |

| | |
|---|---|
| 3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen, *och* | 3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen, |
| 4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. | 4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen, *och* |
| | *5. målet med insatserna utifrån den enskildes perspektiv.* |

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om patientlagen (2014:821)
*dels* att 6 kap. 4 § ska ha följande lydelse,
*dels* att det i 6 kap. ska införas en ny 5 §, med följande lydelse.

| *Nuvarande lydelse* | *Föreslagen lydelse* |
|---|---|
| | **6 kap.** |
| | 4 § |
| För en enskild som har behov av *både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten* ska en individuell plan upprättas under de förutsättningar som anges i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). | För en enskild som har behov av *insatser från flera vårdgivare*, *eller* både *insatser från* hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska en individuell plan upprättas under de förutsättningar som anges i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). |
| | *5 §* |
| | *Om patienten begär det, ska en sammanställning av uppgifter om patientens fasta vårdkontakt och individuella plan, ett patientkontrakt, utan dröjsmål upprättas och tillhandahållas till patienten.* |

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2024.

## 1.5 Förslag till lag om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet

Härigenom föreskrivs följande.

### Lagens tillämpningsområde och definitioner

**1 §** Denna lag får tillämpas av regioner för anskaffning av hälso- och sjukvårdstjänster inom den öppna vården från vårdgivare i privat verksamhet som bedriver vård i glesbygd.

Vad som i lagen sägs om regioner gäller också kommuner som inte ingår i en region.

**2 §** Verksamhet inom företagshälsovård eller elevhälsa som avser medicinska insatser enligt 2 kap. 25 § skollagen (2010:800) omfattas inte av denna lag.

**3 §** Bestämmelser om anskaffning av hälso- och sjukvårdstjänster finns även i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner och lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

### Anskaffning av och ersättning för hälso- och sjukvårdstjänster

**4 §** Vid anskaffning av hälso- och sjukvårdstjänster enligt denna lag ska regionen, i den mån inte särskilda bestämmelser i denna lag anger annat, tillämpa lagen (2016:1145) om offentlig upphandling. Vid en sådan tillämpning av lagen om offentlig upphandling ska de bestämmelser tillämpas som gäller tjänster av sådant slag som anges i bilaga 2 a till den lagen. Med upphandlande myndighet enligt den lagen avses region och med leverantör sådan vårdgivare som avses i denna lag.

**5 §** En region ska teckna avtal med den eller de vårdgivare vars anbud har högst kvalitet. Regionen ska på förhand ange vilka kriterier som utgör god kvalitet. Kriterierna ska vara likabehandlande, icke-diskriminerande och transparenta och ha anknytning till det som ska anskaffas.

**6 §** Avtal enligt denna lag får inte löpa under längre tid än sju år.

**7 §** Grunderna för den ekonomiska ersättningen till en vårdgivare framgår av myndighetsföreskrifter.

**8 §** Regeringen får meddela föreskrifter om vad som avses med vårdgivare och glesbygd enligt denna lag.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om ekonomisk ersättning till vårdgivare för hälso- och sjukvårdstjänster som anskaffas med stöd av denna lag.

**9 §** En myndighet ska utöva tillsyn över anskaffning av hälso- och sjukvårdstjänster enligt denna lag.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

## 1.6 Förslag till lag om ändring i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 3 § lagen (2016:1145) om offentlig upphandling ska ha följande lydelse.

| *Nuvarande lydelse* | *Föreslagen lydelse* |
|---|---|
| **1 kap.** | |
| 3 § | |
| Bestämmelser om upphandling finns även i lagen (2016:1146) om upphandling inom försörjningssektorerna, lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner *och* lagen (2011:1029) om upphandling på försvars- och säkerhetsområdet. | Bestämmelser om upphandling finns även i lagen (2016:1146) om upphandling inom försörjningssektorerna, lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner, lagen (2011:1029) om upphandling på försvars- och säkerhetsområdet *och lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet.* |

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

## 1.7 Förslag till lag om ändring i lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner

Härigenom föreskrivs att 1 kap. 3 § lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner ska ha följande lydelse.

| *Nuvarande lydelse* | *Föreslagen lydelse* |
|---|---|
| | **1 kap.** |
| | 3 § |
| Bestämmelser om upphandling finns även i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, lagen (2016:1146) om upphandling inom försörjningssektorerna *och* lagen (2011:1029) om upphandling på försvars- och säkerhetsområdet. | Bestämmelser om upphandling finns även i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, lagen (2016:1146) om upphandling inom försörjningssektorerna, lagen (2011:1029) om upphandling på försvars- och säkerhetsområdet *och lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet*. |

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

## 1.8 Förslag till lag om upphävande av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning

Härigenom föreskrivs följande.

**1 §** Lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning ska, med den begränsning som följer av 2 §, upphöra att gälla vid utgången av 2022.

**2 §** Den upphävda lagen tillämpas, förutom avseende bestämmelserna om ersättningsetablering i 5 a–5 h §§, fortfarande för läkare som vid tidpunkten för upphävandet bedrev vård med stöd av lagen, dock längst till och med utgången av juni 2028.

## 1.9 Förslag till lag om upphävande av lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi

Härigenom föreskrivs följande.

**1 §** Lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi ska, med den begränsning som följer av 2 §, upphöra att gälla vid utgången av 2022.

**2 §** Den upphävda lagen tillämpas, förutom avseende bestämmelserna om ersättningsetablering i 5 a–5 h §§, fortfarande för fysioterapeuter som vid tidpunkten för upphävandet bedrev fysioterapi med stöd av lagen, dock längst till och med utgången av juni 2028.

## 1.10 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

Härigenom föreskrivs att 3 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ska ha följande lydelse.

| *Nuvarande lydelse* | *Föreslagen lydelse enligt SOU 2018:39 samt här föreliggande förslag* |
|---|---|
| | **3 a kap.** |
| | 1 § |
| | Regionerna och kommunerna ska inom ramen för sitt hälso- och sjukvårdsansvar säkerställa att primärvården särskilt |
| | 1. tillhandahåller kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som av kvalitets eller effektivitetsskäl inte kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens, |
| | 2. svarar för sådan brådskande hälso- och sjukvård som av kvalitets- eller effektivitetsskäl inte kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens, |
| | 3. ger sakkunnig information, rådgivning och stöd utifrån individuella behov, förutsättningar och preferenser till patienter som själv eller med hjälp av närstående kan vidta åtgärder |
| | 4. bedriver forskning, |
| | 5. samordnar patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården i de fall primärvården är involverad i patientens vård, |

6. tillhandahåller förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov, förutsättningar och preferenser,

7. tillhandahåller rehabiliterande åtgärder utifrån patientens individuella behov, förutsättningar och preferenser,

8. har en mycket god tillgänglighet, *och*

*9. medverkar till utbildning av de professioner som förekommer i primärvården.*

---

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

## 1.11 Förslag till förordning om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet

Härigenom föreskrivs följande.

**1 §** I denna förordning finns kompletterande bestämmelser till lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet.

**2 §** Med vårdgivare avses legitimerade fysioterapeuter och läkare med specialistkompetens, dock inte läkare med specialistkompetens i allmänmedicin eller enbart i laboratoriemedicinska specialiteter, socialmedicin, klinisk neurofysiologi, rehabiliteringsmedicin, klinisk genetik eller bild- och funktionsmedicinska specialiteter utom klinisk fysiologi.

**3 §** Med glesbygd avses ett geografiskt område

– som är beläget i en kommun i vilken mer än hälften av befolkningen bor i områden med en befolkningstäthet om färre än 300 invånare per kvadratkilometer, och

– som är beläget minst 30 minuter med bil från en tätort med 10 000 eller fler invånare, dock inte i en tätort med fler än 6 000 invånare.

---

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

## 1.12 Förslag till förordning om upphävande av förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning

Regeringen föreskriver att förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning ska upphöra att gälla vid utgången av juni 2028.

## 1.13 Förslag till förordning om upphävande av förordning (1994:1120) om ersättning för fysioterapi

Regeringen föreskriver att förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi ska upphöra att gälla vid utgången av juni 2028.

## 1.14 Förslag till förordning om ändring i förordning (2007:1117) med instruktion för Konkurrensverket

Härigenom föreskrivs att 3 § förordning (2007:1117) med instruktion för Konkurrensverket i stället för lydelsen enligt förordningen (2019:1313) om ändring i den förordningen ska ha följande lydelse.

| *Lydelse enligt förordning (2019:1313)* | *Föreslagen lydelse* |
|---|---|
| | 3 § |
| Konkurrensverket ska fullgöra de uppgifter som följer av | |
| 1. konkurrenslagen (2008:579), | |
| 2. 22 kap. 1 § lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, 22 kap. 1 § lagen (2016:1146) om upphandling inom försörjningssektorerna, 18 kap. 1 § lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner, 18 kap. 1 § lagen (2011:1029) om upphandling på försvars- och säkerhetsområdet samt 5 och 9–11 §§ lagen (2019:668) om upphandlingsstatistik, | |
| 3. lagen (2014:836) om näringsförbud, | |
| 4. lagen (2005:590) om insyn i vissa finansiella förbindelser m.m., | |
| 5. 10 kap. 7 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem, | |
| 6. 22 § lagen (2013:311) om valfrihetssystem i fråga om tjänster för elektronisk identifiering, | |
| 7. förordningen (1994:1808) om behöriga myndigheter på den civila luftfartens område, | |
| 8. konkurrensförordningen (2008:604), *och* | 8. konkurrensförordningen (2008:604), |
| 9. 5 kap. 4 § lagen (2010:1065) om kollektivtrafik. | 9. 5 kap. 4 § lagen (2010:1065) om kollektivtrafik, *och* |
| | *10. 9 § lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet.* |

---

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2023.

# 2 Utredningens uppdrag, arbetssätt och utgångspunkter

## 2.1 Huvudbetänkandets utgångspunkter och upplägg

### 2.1.1 Utredningens uppdrag

**Utredningens direktiv**

Den 2 mars 2017 beslutade regeringen att utse en särskild utredare med uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslag i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja regionerna, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (se bilaga 1). Målsättningen är att på sikt förverkliga denna strukturreform av hälso- och sjukvården. För att möta framtidens utmaningar och för att öka förtroendet för hälso- och sjukvården krävs ett strategiskt och målmedvetet arbete som handlar om att organisera vården utifrån befolkningen och patienternas behov. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver reformeras så att mer resurser ges till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. En bättre integration av hälso- och sjukvårdssystemets olika delar och en förstärkning av primärvården är därför nödvändig.[1]

Hälso- och sjukvårdens strukturer behöver förändras för att bättre utveckla kvaliteten och tillgängligheten samt främja effektivitet och jämlikhet. Sjukvårdshuvudmännen behöver bli bättre på att organisera och tillhandahålla vården efter olika målgruppers skilda behov och förväntningar. Särskilt viktigt är att förbättra vården för dem med störst behov.

[1] Se t.ex. OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017; Starfield, B., Shi, L., Macinko, J, *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*, 2005; WHO, *Hälsa 2020*, 2012; Vårdanalys, *En primär angelägenhet*, 2017.

Mot denna bakgrund fick vår utredning i uppdrag att göra en bred analys av de förslag som den nationella samordnaren för effektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården lämnade i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2). Våra grunddirektiv lyfter särskilt fram att följande förslag ska beaktas:

- förändring av grundläggande styrande principer för vårdens organisering,
- att sluten vård kan ges på annan plats än vårdinrättning,
- ett nationellt utformat uppdrag för primärvården,
- ett tydligare akutuppdrag för primärvården,
- en professionsneutral vårdgaranti och en ändrad tidsfrist för en medicinsk bedömning,
- resursöverföring från sjukhusvård till primärvård.

I september 2017 fick utredningen tilläggsdirektiv (se bilaga 2) som bl.a. medför att vi även ska analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen vård och sluten vård i relation till utredningens övriga förslag samt redogöra för vilka konsekvenser en förändring respektive borttagning av dessa begrepp skulle kunna få. Utredningen fick även i uppdrag att utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården (avser här den av regionerna finansierade primärvården) och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut.

Den 23 augusti 2018 fick utredningen ytterligare tilläggsdirektiv (se bilaga 3) som fördjupar samverkansuppdraget, till att även:

- undersöka hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras,
- se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan för patientens samtliga vårdinsatser oavsett aktör eller huvudman,
- klargöra hur patientkontraktet bör förhålla sig till samordnad individuell plan, så kallad SIP.

Vidare fick utredningen i uppdrag att utreda och föreslå hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för fysioterapi (den s.k. nationella taxan), ska kunna integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt övrig öppenvård, i samklang med övriga förändringar som sker inom hälso- och sjukvården. Utredningen ska också lämna nödvändiga författningsförslag för detta.

Den 15 augusti 2019 fick utredningen ytterligare tilläggsdirektiv (se bilaga 4) som utvidgade uppdraget till att även utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar och vid behov lämna förslag om hur detta kan genomföras på ett effektivt sätt.

## Hittills redovisade uppdrag

Utredningen har innan detta fjärde betänkande, vårt huvudbetänkande, lämnat tre delbetänkanden. Liksom i vårt förra, tredje, delbetänkande gör vi här en kort genomgång av de delbetänkanden vi hittills överlämnat:

### *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53)*

I juni 2017 överlämnade vi vårt första delbetänkande, God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53). I betänkandet presenterades förslag på nya styrande principer för hälso- och sjukvården som utgick från närheten till patienten och tydliggjorde att öppen vård ska vara förstahandsvalet. Baserat på dessa styrande principer presenterade vi också en gemensam målbild för omstruktureringen av hälso- och sjukvården och en 10-årig färdplan för den samordnade omställningen till en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården. Färdplanen har sin utgångspunkt i den svenska hälso- och sjukvårdens historia och tar sikte på målbilden. Den omfattar såväl utredningens tid fram till vårt avslutande betänkande i januari 2021 som den fortsatta tiden fram till 2027, eftersom det finns förändringar som kommer att behöva genomföras såväl på kortare som på längre sikt.

I det första delbetänkandet föreslog vi även att regionernas skyldighet att erbjuda vårdgaranti inom primärvården skulle ändras, så att den enskilde, vid behov, inom en viss tid garanteras en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal såsom t.ex. sjuksköterska, fysioterapeut eller psykolog. Det är patientens behov som ska styra vilken yrkesgrupp hon eller han får träffa. Ändringen syftade till att använda så mycket som möjligt av den kompetens som finns inom primärvården för att på bästa sätt möta patienternas behov. Med syfte att förtydliga möjligheten till andra kontaktformer än den fysiska, samt betona det kvalitativa innehållet i mötet, föreslogs en garanti om en medicinsk bedömning ersätta dagens garanti om besök.

Dessa förslag låg till grund för regeringens proposition 2017/18:83, Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti, vilken riksdagen beslutade om den 23 maj 2018, och vars lagändringar trädde i kraft den 1 januari 2019.

### *God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:39)*

Utredningen lämnade sitt andra delbetänkande God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:39) den 1 juni 2018. Där lämnade utredningen förslag på en fördjupad målbild och färdplan för omställningen av hela den svenska hälso- och sjukvården, där primärvården är utgångspunkten för en ökad närhet till patienten. Detta andra delbetänkande fokuserade i övrigt på primärvården och hur den kan stärkas. Det innehöll såväl författningsförslag som exempel på framgångsfaktorer i arbetet med att stärka primärvården. De senare ämnade som inspiration för huvudmännen (såväl regioner som kommuner) i deras arbete med att genomföra och konkretisera omställningen i sina egna respektive kontexter.

Med syfte att tydliggöra primärvårdens uppdrag och skapa förutsättningar för en stark och likvärdig primärvård i hela Sverige föreslogs bl.a. en modernisering av definitionen av primärvård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) samt att närmare bestämmelser om vad som är primärvårdens grunduppdrag ska regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen. Vidare lyftes behovet av att stärka kontinuiteten i svensk primärvård. Vi betonade vikten av en fast vårdkontakt (t.ex. en sjuksköterska/distriktssköterska) i kommunens sär-

skilda boendeformer, en kontaktsjuksköterska inom onkologin, eller en barnmorska i samband med en graviditet. Vi föreslog att regleringen om möjligheten till fast läkarkontakt i primärvården ska förtydligas. I detta sammanhang framhöll vi samtidigt att en hög patientsäkerhet förutsätter en god arbetsmiljö. Det är av betydelse att säkerställa att den som är fast läkarkontakt i primärvården har möjlighet att utföra uppdraget på ett säkert sätt. Vi föreslog därför att Socialstyrelsen ska få meddela de föreskrifter om patientansvar för fast läkarkontakt som behövs för att garantera en god och säker vård.

Utredningen bedömde även att det finns ett behov av att se över möjligheten att begränsa antal listade patienter hos utförare inom vårdvalssystem. Samt av att se över möjligheten att årsvis begränsa hur många gånger en patient kan välja att byta utförare av Vårdval primärvård. Dessa frågor hanterades inom ramen för den pågående utredningen Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08). Den utredningen lämnade sitt slutbetänkande Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42) i oktober 2019.

Kopplat till förslaget att förtydliga möjligheten till fast läkarkontakt i primärvården redogjordes även för utredningens bedömning av åtgärder som behöver vidtas för att kunna bemanna primärvården med specialister i allmänmedicin (eller likvärdig kompetens) i den omfattning som krävs för att kunna tillhandahålla en fast läkarkontakt till hela befolkningen.

Utredningen lämnade även vissa bedömningar och förslag rörande intygshantering och signeringskrav. Vidare lyftes behovet av en större kulturförändring, med fokus på personcentrering och interprofessionella arbetssätt, för att klara framtidens utmaningar. Tillsammans bedömdes de olika förslagen i betänkandet utgöra grunden för en primärvårdsreform. Vi lämnade även förslag på hur omställningen regelbundet kan följas upp, även efter att utredningens arbete är avslutat. Delbetänkandet har remissbehandlats under hösten 2018 och bereds i Regeringskansliet.

I och med överlämnandet av det andra delbetänkandet har vi redovisat våra förslag gällande majoriteten av de områden som, baserat på förslagen i Effektiv vård, specifikt pekades ut i våra ursprungliga direktiv (se ovan). Det som återstår i denna del är delvis frågan om resursöverföring, som följer med hela utredningstiden och samtliga förslag utredningen lägger samt frågan om sluten vård kan ges på

annan plats än vårdinrättning. Den senare frågan hanteras som en del av utredningens uppdrag med att utreda ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård (se vidare i nästa avsnitt samt kap. 8).

*God och nära vård. Vård i samverkan (SOU 2019:29)*

I enlighet med utredningens tilläggsdirektiv från augusti 2018 skulle utredningen i juni 2019 överlämna en rapport om utredningsarbetets inriktning och om hur arbetet fortskrider. Detta gjorde utredningen genom sitt tredje delbetänkande, God och nära vård. Vård i samverkan (SOU 2019:29), som överlämnades den 5 juni 2019. Delbetänkandet innehåller analys av och bakgrundstexter till de områden utredningen lämnar förslag på i föreliggande betänkande. Det innehåller också fördjupningstexter som berör vissa områden inom vilka utredningen i tidigare betänkanden har lämnat förslag, såsom hälso- och sjukvårdens roll i att främja hälsa förebygga sjukdom och bygga funktionsförmåga, samt forskning, utveckling och utbildning. Kopplat till analys- och bakgrundskapitlen fanns dialogfrågor, som ett verktyg för diskussion i verksamheter och andra sammanhang där intresse kan finnas för utredningens frågor.

### 2.1.2 Huvudbetänkandets innehåll

**Utredningsuppdrag som redovisas i detta huvudbetänkande**

I detta huvudbetänkande ska vår utredning i enlighet med våra direktiv göra bedömningar och överlämna eventuella förslag gällande:

- att sluten vård kan ges på annan plats än vårdinrättning,
- att analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen vård och sluten vård i relation till utredningens övriga förslag samt redogöra för vilka konsekvenser en förändring respektive borttagning av dessa begrepp skulle kunna få,
- att utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut,

- att undersöka hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras,
- att se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan för patientens samtliga vårdinsatser oavsett aktör eller huvudman,
- att klargöra hur patientkontraktet bör förhålla sig till samordnad individuell plan, s.k. SIP,
- att utreda och föreslå hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för fysioterapi, ska kunna integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt övrig öppenvård, i samklang med övriga förändringar som sker inom hälso- och sjukvården, och lämna nödvändiga författningsförslag för detta,
- resursöverföring från sjukhusvård till primärvård.

Bland uppdragen från de ursprungliga direktiven som löper över hela utredningens livstid, och som brett knyter an till uppdraget att stödja samtliga berörda aktörer i omställningsarbetet, kan noteras:

- Dialoguppdraget. Utredningen ska bl.a. initiera samarbeten och samordna diskussioner mellan företrädare för regionerna, myndigheter och andra berörda aktörer, såsom i synnerhet kommuner samt organisationer som företräder patienter och professionerna (för redovisning av detta uppdrag se avsnitt 2.2),
- Framlyftande av goda exempel (görs och har gjorts kontinuerligt såväl i betänkanden som i blogg och dialoger runtom i landet),
- Stödja arbete med närliggande frågor såsom t.ex. utvecklingen av uppföljningen av primärvården i Socialstyrelsens patientregister, kvalitetsregister, nationell kunskapsstyrning och den nationella väntetidsdatabasen.

## Återstående utredningsuppdrag efter huvudbetänkandet

Efter att vi överlämnat detta betänkande, som vi benämner vårt huvudbetänkande, återstår att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar. Och vid behov lämna förslag om hur detta kan genomföras på ett effektivt sätt (se kapitel 10). Detta uppdrag ska redovisas senast den 15 januari 2021.

## Huvudbetänkandets struktur och förhållande till det tredje delbetänkandet

Bakgrundsanalyser och nulägesbeskrivningar, inklusive gällande rätt, som utgör utgångspunkter till de förslag och konsekvensanalyser som presenteras i detta betänkande återfinns i vårt tredje delbetänkande, God och nära vård. Vård i samverkan (SOU 2019:29). Dessa båda betänkanden måste alltså läsas tillsammans.

Det enda undantaget är förslagen i kap. 6 som rör utbildning. Bakgrundstexter till de förslagen finns i samma kapitel i detta betänkande. Nedan beskrivs kortfattat hur betänkandet är uppbyggt.

Kapitel 1 i detta betänkande rymmer våra författningsförslag.

Här i kapitel 2 återfinns texter som påminner om utredningens uppdrag och lyfter fram några centrala utgångspunkter för detta huvudbetänkande. Vidare ger vi en kort nulägesbild av omställningen och avslutningsvis presenteras vår bild av ett modernt hälso- och sjukvårdssystem.

I kapitel 3 ges, som ett komplement till vår färdplan och målbild, en övergripande beskrivning av det vi under utredningens gång identifierat som centrala framgångsfaktorer respektive möjliga hinder för omställningsarbetet.

Kapitel 4 och 5 samt 7 och 8 behandlar de områden vi enligt direktiven har kvar att utreda och lämna förslag inom.

Kapitel 4 innehåller förslag och konsekvensanalys rörande samverkansfrågor. Det lägger i sin tur grunden för förslag och konsekvensanalyser gällande patientkontrakt i kapitel 5.

I kapitel 6 återfinns bakgrundsanalys, förslag och konsekvensanalys rörande utbildning, samt en fördjupande text om forskning.

Kapitel 7 innehåller (två alternativa) förslag och konsekvensanalyser gällande systemet med läkare och fysioterapeuter som får ersättning enligt den s.k. nationella taxan.

I kapitel 8 behandlas bedömningar och förslag samt konsekvensanalyser kring den svenska hälso- och sjukvårdens strukturer och beskrivningssystem, med utgångspunkt i begreppen öppen vård och sluten vård och dess funktioner.

Kapitel 9 diskuterar förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet, inklusive hur överföring av resurser kan ske.

I kapitel 10 ger vi en kort introduktion till hur vi avser ta oss an vårt tilläggsuppdrag rörande lättare psykisk ohälsa. På motsvarande sätt som i vårt tredje delbetänkande avslutas detta kapitel med ett par dialogfrågor, tänka att kunna användas som underlag för dialoger, och som vi välkomnar eventuella reflektioner till oss i utredningen kring.

I det avslutande kapitel 11 återfinns författningskommentarer till de författningsförslag som finns i kapitel 1. Dessa bägge kapitel läses alltså med fördel tillsammans.

### 2.1.3 Utgångspunkter för detta betänkande

#### Omställningen omfattar hela hälso- och sjukvården

Utredningen möts ibland av uppfattningen att vi är ”en primärvårdsutredning” och att vårt uppdrag enbart berör (det som traditionellt förstås som) primärvården och de som verkar där. Det stämmer inte. Utredningens uppdrag och arbete handlar om en omställning för hela det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, vilket har både kommun och region (och en liten del även staten[2]) som huvudman, och rör alla som på olika sätt verkar i hälso- och sjukvården. Med detta helhetsperspektiv i beaktande vill vi särskilt framhålla följande utgångspunkter:

[2] T.ex. inom Kriminalvården och Försvaret.

*Personcentrerad hälso- och sjukvård*

Vi behöver ett skifte från dagens hälsosystem, som i hög grad är uppbyggda kring sjukdomar och institutioner till system som är designade utifrån människor. Vi behöver en integrerad och personcentrerad ansats när hälsotjänster och system utvecklas.

Det finns ingen enkel definition av begreppet personcentrerad vård. Det är ett förhållningssätt. Utredningen hänvisar liksom tidigare till Vårdanalys rapport, Från mottagare till medskapare, och den beskrivning av begreppet som görs där.

*Närstående och anhöriga*[3]

När en person drabbas av något som allvarligt påverkar dennes hälsotillstånd påverkar det ofta inte bara personen själva ifråga utan hela dess sammanhang, som ibland ställs inför en ny verklighet och vardag. Drygt 1,3 miljoner, eller närmare var femte person i vuxen ålder vårdar, hjälper eller stödjer en närstående.[4] Det är därför centralt att dessa personer tänks in i olika lösningar, både utifrån behovet av stöd till patienter, när den enskilde önskar det, och stöd till de närstående själva när de behöver det. I detta sammanhang bör även barns specifika förutsättningar som anhöriga särskilt beaktas.

*Nära vård, ett förhållningssätt för hela hälso- och sjukvården*

Som vi beskrivit i tidigare delbetänkande är nära vård inte en ny organisationsnivå, och inte heller någon ny benämning på dagens primärvård. Nära vård är i stället ett sätt att tänka, ett förhållningssätt, kring hur man organiserar all hälso- och sjukvård – inte bara primärvård – med utgångspunkt i patienters och brukares individuella behov, förutsättningar och preferenser så att hela hens livssituation kan beaktas. Detta synsätt överensstämmer också med hur

[3] Kort om begreppen: I 5 kap. 10 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, benämns personer som ger insatser till närstående anhörig eller annan person. Annan person är någon utanför familjekretsen exempelvis en vän eller granne. Ibland används begreppet närstående om de anhöriga, framför allt inom hälso- och sjukvården. I detta betänkande används begreppen anhörig och närstående synonymt.

[4] Nationellt kompetenscentrum anhöriga – för ett anhörigvänligt samhälle, *Vem är anhörig,* 2016.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), tillsammans med huvudmännen, beskriver begreppet nära vård.[5]

### Omställningen görs inte för att ”spara pengar”

Vårt uppdrag, och omställningen i svensk hälso- och sjukvård, har inte tillkommit för att på kort sikt spara pengar. Vårt uppdrag handlar om att skapa förutsättningar att bibehålla eller öka kvaliteten i hälso- och sjukvården, möta de demografiska förändringarna och samtidigt ha kontroll på kostnaderna i vår offentligt, solidariskt, finansierade hälso- och sjukvård. Då kan vård och omsorg inte organiseras på samma sätt som i dag.

### En bättre integration av hälso- och sjukvårdssystemets olika delar och en förstärkning av primärvården är nödvändig

För att i dag kunna tillhandahålla en sammanhängande och effektiv hälso- och sjukvård till våra invånare finns ett väsentligt större behov av samverkan och samordning mellan olika aktörer än i den tid när gällande regelverk kom till. Både utifrån ett större antal aktörer som verkar inom hälso- och sjukvården och utifrån fler patienter med sammansatta behov. Det krävs en förändring av strukturen och sättet att organisera för att åstadkomma såväl ökad kvalitet och patientdelaktighet som en mer sammanhängande vård, bättre tillgänglighet och effektivare resursutnyttjande. Mer resurser behöver ges till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. En bättre integration av hälso- och sjukvårdssystemets olika delar och en förstärkning av primärvården är därför nödvändig.

### Utredningen har inte i uppdrag att ändra gällande ansvarsnivåer

Utredningens uppdrag inkluderar inte att utreda en ändrad ansvarsfördelning gällande hälso- och sjukvården i Sverige. Våra olika förslag tar därmed sin utgångspunkt i nu gällande ansvarsförhållanden.

[5] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, avsnitt 3.2.1, s. 54–56.

Det huvudsakliga ansvaret för finansieringen och organiseringen av hälso- och sjukvården ligger hos de 20 regionerna, och i vissa delar hos de 290 kommunerna.[6] Via region- respektive kommunalskatten finansieras merparten av hälso- och sjukvården. 2017 stod regionerna och regionägda bolag för 56,7 procent av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna och kommunerna för 25,5 procent. Tittar man i stället enbart på det offentligas kostnader för hälso- och sjukvården stod staten för ca 2 procent, regionerna för ca 68 procent och kommunerna för ca 30 procent.[7]

Staten har ett övergripande systemansvar. Riksdagen stiftar lagar som sätter ramarna för hälso- och sjukvården. Rent ekonomiskt är dock statens roll förhållandevis liten.

## Primärvård är en vårdnivå med både region och kommun som huvudman

Som vi tidigare beskrivit är den rådande begreppsförvirringen kring vad ”primärvård” är (i en svensk kontext) en utmaning för omställningsarbetet. Primärvård i lagstiftarens mening är en vårdnivå, den första, som ska tillgodose befolkningens basala behov av hälso- och sjukvård. Primärvård är inte en specifik organisationsform inom den öppna vården. Det är alltså inte likhetstecken mellan en vård/hälsocentral och primärvård. Primärvård omfattar mer än så och har både kommun och region som huvudman.[8]

Ibland saknar vi dock i dag etablerade gemensamma begrepp för att prata om olika utsnitt av den primära vårdnivån, vilket gör att såväl vi i utredningen som andra ibland ändå förenklat använder ”primärvård” när vi egentligen avser vissa utsnitt av primärvården (och då ofta det som sker på en vårdcentral).

[6] Då Region Gotland är en kommun som utför en regions uppgifter finns det formellt 20 regioner och 290 kommuner.
[7] Prop. 2019/20:1, *UO9*, s. 21.
[8] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, avsnitt 2.3.1 samt 5.1.4.

## Kommunal hälso- och sjukvård är inte ”någon annan slags hälso- och sjukvård”

Såväl kommuner som regioner är huvudmän för hälso- och sjukvård i Sverige. Huvudmannen har det yttersta ansvaret för att säkerställa att den vård HSL fastslår som respektive huvudmans ansvar erbjuds till de utpekade målgrupperna. Vården kan utföras i egen regi, men måste inte göra det. Driften kan också läggas ut på en fristående vårdgivare, såsom idéburna eller privata aktörer.

Kommunerna ansvarar enligt 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § HSL för hälso- och sjukvård (dock inte läkarinsatser) i särskilda boendeformer, dagverksamheter och, i de fall man har avtal med regionen, även för hemsjukvård i ordinärt boende, det vill säga patientens privata bostad. I dagsläget har alla regioner förutom Stockholm slutit sådana avtal om hemsjukvården med ”sina” kommuner.[9] Även om en kommun har ansvar för att erbjuda de som bor på särskilt boende hälso- och sjukvård, på primärvårdsnivå, så har regionen fortsatt ansvar för att erbjuda specialiserad vård till dessa patienter, i de fall de har behov av sådan vård.

Regionerna och kommunerna har alltså delvis olika ansvar vad gäller vilken vård och vilka grupper de är skyldiga att erbjuda hälso- och sjukvård. Det är dock samma övergripande reglering, i HSL, patientlagen (2014:821) (PL) och övriga författningar, som gäller för den hälso- och sjukvård som utförs under deras huvudmannaskap. Det är inte någon annan form av hälso- och sjukvård med mindre eller andra kvalitetskrav, som bedrivs med kommunen som huvudman.

## Vi startar inte från ett blankt papper

Slutligen några rader om utmaningen med att inte kunna starta från ett blankt papper och rita upp ett idealt system. När vi talar om omställning eller omstrukturering till ett modernt hälso- och sjukvårdssystem så vill vi ju å ena sidan tänka nytt, och försöka ta oss förbi de hinder som när man är mitt i dem kan verka ”av naturen givna”. Å andra sidan kan vi inte ändra vår historiska kontext eller helt bortse från vissa grundförutsättningar när vi nu ska lägga förslag för att reformera systemet.

[9] Obs. Norrtälje kommun utgör dock ett undantag i Stockholmskontexten.

Utredningen ser en risk att våra förslag i vissa delar kan komma att uppfattas som att de inte är tillräckligt visionära eller genomgripande jämfört med dagens tillstånd. Att förslagen mäts mot det som uppfattas vara ett tänkt ”idealt scenario”, om man kunde slänga upp alla pusselbitar i luften samtidigt och stuva om dem enbart utifrån hälso- och sjukvårdens behov. I likhet med vad såväl vi, som betänkandet Effektiv vård, tidigare anfört ser vi dock att omställningen av hälso- och sjukvården från det sjukhustunga system vi i dag har till den moderna nära vården snarare måste ske i många små steg och under en längre tid.

## 2.2 Redovisning av dialoguppdraget

Vår utredning kan sägas ha ett tvådelat uppdrag. Dels ett traditionellt utredningsuppdrag att ta fram författningsförslag inom utpekade områden. Dels ett uppdrag att bidra till att samordna omställningen och föra dialog om, och förankra, utredningens arbete och förslag brett. Mot bakgrund av kunskapen att det är avgörande för reformers legitimitet att processerna de tagits fram igenom upplevs som rättvisa och transparenta, ser utredningen detta dialoguppdrag som centralt. Utredningen har därför från start lagt sig vinn om att arbeta med stor öppenhet och en inkluderande dialog. Detta har hittills resulterat i över 440 dialogtillfällen.

I vårt andra delbetänkande redovisade vi olika sätt som detta dialogarbete hade tagit sig uttryck i dittills. I detta betänkande kompletterar vi den bilden med en redogörelse för det dialogarbete som ägt rum efter det, dvs. efter juni 2018. Detta avsnitt kan därför med fördel läsas tillsammans med avsnitt 2.1.3 i God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:53).

### 2.2.1 Utgångspunkter för dialogarbetet

Tidigt i arbetet slogs grundprincipen fast att utredningen kommer på inbjudan, snarare än bjuder in sig själv. Samtidigt verkade vi för att göra det känt så brett som möjligt att vi välkomnade inbjudningar och för att säkerställa att de som önskade nå oss enkelt kunde det. Bl.a. genom vår hemsida och i våra externa engagemang hos olika

aktörer, där kontaktuppgifter och adress till hemsidan alltid finns med i våra presentationer.

### Dialog med huvudmännen för hälso- och sjukvård

I den första fasen prioriterades inbjudningar från regionerna, såsom huvudmän för den största delen av hälso- och sjukvården. Genomgående framhölls dock att vi om möjligt önskade att samverkan med kommunerna skulle vara en del av respektive program. Inledningsvis låg också fokus vid besöken i hög grad på regionernas primärvård. Efterhand som utredningsuppdraget har utvidgats har mer fokus lagts på inbjudningar från kommuner, sjukhus samt lärosäten. Detta har nästan helt reglerat sig självt genom att berörda aktörer i högre utsträckning inkommit med inbjudningar efter att vi fått tilläggsdirektiv som mer riktat sig mot dem, och i de faser där vi bedömt dem vara prioriterade. Kontinuerlig dialog med huvudmännen har även förts genom våra referensgrupper (se avsnitt 2.2.4).

### Prioriteringar utifrån maktkritiska perspektiv

Genomgående har utredningen försökt att prioritera inbjudningar från patientföreträdare samt från yngre och kommande medarbetare. Vi har också strävat efter att använda våra tillgängliga resurser så effektivt som möjligt, bl.a. genom att klustra besök i olika delar av landet och använda digitala möten när möjligt och ändamålsenligt. Slutligen har vår ansats varit att ha ett maktkritiskt perspektiv med oss och uppnå en god fördelning mellan företrädare för olika professioner och patientgrupper, olika delar av landet samt privata och offentliga aktörer.

## 2.2.2 En kontinuerlig kommunikation om utredningen via hemsidan www.sou.gov.se/godochnaravard

Utredningens hemsida lanserades i september 2017, på den gemensamma webbplatsen för statliga utredningar. På hemsidan finns relevant information om utredningen och dess arbete, för att denna ska

vara lätt tillgänglig för alla berörda aktörer. Där finns även information om hur man kan komma i kontakt med utredningen.

Sedan hösten 2017 publicerar utredningen på fredagar nya bloggінlägg, om utredningens arbete och aktuella processer som på olika sätt relaterar till omställningen av den svenska hälso- och sjukvården. Detta för att skapa transparens kring utredningens arbete men även för att bidra till spridningen av goda exempel från våra möten runtom i landet och lyfta pågående nationella initiativ som är av vikt för många aktörer. Utredningen har fått positiv återkoppling från verksamheter och enskilda runtom i landet, att detta läses och används t.ex. som underlag för arbetsplatsträffar.

På hemsidan återfinns även ett par filmer som utredningen tagit fram. Dels en mer övergripande film om utredningens arbete (beskrevs i vårt andra delbetänkande), och dels fyra mycket korta filmer som behandlar olika områden som vi särskilt lyfter i utredningen. Dessa filmer introducerar några av de föregångare inom dessa områden som vi mött på vår resa. Samtliga filmer är tänkta att kunna fungera som en inledning till egna diskussioner om framtidens vård och omsorg, och hur olika aktörer kan arbeta med omställningen i den egna kontexten. Filmerna är fria att användas där och när man som medarbetare i vården, eller som invånare, tycker att man kan ha nytta av dem.

### 2.2.3 Dialogfrågor

I utredningens tredje delbetänkande introducerade vi en ny dialogform: dialogfrågor. I betänkandet valde vi att avsluta kapitlen som innehöll bakgrundsanalyser och fördjupningar av olika områden med ett par dialogfrågor, kopplade till innehållet i respektive kapitel. Frågorna var tänka att kunna användas som underlag för dialoger vid t.ex. arbetsplatsträffar, föreningsmöten eller i lokala utvecklingsarbeten. Det var samtidigt frågor som vi från utredningens sida önskade få del av olika aktörers tankar kring, och vi välkomnade därför att man sände sina eventuella reflektioner till oss i utredningen. Vilket vi informerade om t.ex. via vår hemsida och våra olika referensgrupper (se avsnitt 2.2.4).

Gensvaret blev över förväntan. Både vad gäller hur många som valde att delge utredningen synpunkter och hur konkret och brett dessa svar sammantaget belyste de olika frågor vi ställt.

Till skillnad från remissvar, som ju är synpunkter vilka ges när förslagen är färdigställda (och går till ansvarigt departement, som då är ägare av förslagen och dess vidare process) så gav denna form också möjlighet för utredningen att få viktiga inspel – utifrån frågor vi själva formulerat – i ett skede när de kunde påverka det vidare arbetet med områden som utredningen hade kvar att lägga förslag inom.

### 2.2.4 Referensgrupper samt experter och sakkunniga till utredningen

#### Referensgrupper

Initialt etablerade utredningen fyra referensgrupper, med företrädare för patienter/brukare, för professionerna, för politiska partier (samtliga riksdagspartier), samt för huvudmännen regionerna, i form av hälso- och sjukvårdsdirektörerna. Hösten 2018 etablerade utredningen en femte referensgrupp, med representanter för huvudmännen kommunerna: ett nätverk med sex kommundirektörer, utsedda genom SKR. Kommundirektörerna i referensgruppen representerar olika delar av landet och olika storlekar på kommuner, och har varit ett viktigt tillskott till utredningen. Utredningen har även, i samråd med denna referensgrupp, bjudit in andra angränsande utredningar på hälso- och sjukvårdsområdet till dessa möten. Något som varit uppskattat då den kommunala hälso- och sjukvården ofta tenderat att tappas bort i olika nationella initiativ.

Givet den avgörande roll utredningen tillskriver vårdens yngre och kommande medarbetare valde vi att i mars 2019 återigen, genom vår referensgrupp för professionerna, bjuda in yngre representanter från respektive organisation till en workshop. Workshopen följdes sedan av ett gemensamt möte med moderorganisationerna, som fokuserade på prevention och där även Folkhälsomyndigheten och SKR medverkade.

## Experter och sakkunniga till utredningen

Sedan vårt andra delbetänkande har ytterligare två experter förordnats till utredningen, bägge företrädare för kommunala verksamheter som arbetar med hälso- och sjukvård. De båda deltar i arbetet sedan september 2019 och innebär ett viktigt kompetenstillskott till utredningen.

Överlag samlar utredningen sina experter och sakkunniga ca två gånger per halvår. Utöver det hålls separata möten efter behov.

## Övrigt

*Den s.k. nationella taxan*

Kopplat till utredningens uppdrag om den s.k. nationella taxan har utredningen etablerat en kompletterande avstämningsstruktur med de tre berörda huvudaktörerna (Fysioterapeuterna, SKR samt Sveriges läkarförbund).

Inledningsvis hölls separata möten med dessa tre för att få ta del av respektive organisations uppfattning om nuvarande situation och vilka förändringar som efterfrågas. Därefter har två gemensamma workshops hållits. Detta för att skapa en mer gemensam bild av nuläge och utmaningar och sedan presentera utredningens olika scenarios för att integrera ”taxan” i den ordinarie primärvården, dess vårdvalssystem, och övrig öppen vård. Avslutningsvis hölls enskilda möten med respektive huvudaktör. De tre aktörerna har även bidragit med olika faktaunderlag i frågan, samt getts möjlighet att bidra med egna problemformuleringar (utifrån gemensamt satta rubriker) i det tredje delbetänkandet.

Utöver detta har frågan återkommande lyfts i utredningens ordinarie referensgrupper samt diskuterats med utredningens experter och sakkunniga. Utredningen har fått inbjudan till och medverkat vid enstaka lokala möten med fysioterapeuter och läkare på nationella taxan, när sådana har kunnat kombineras med andra besök runtom i landet.

*Öppen vård och sluten vård*

Kopplat till utredningens uppdrag om ändamålsenligheten i uppdelningen i öppen vård och sluten vård höll utredningen i september 2018 en workshop med jurister från olika berörda myndigheter och utredningar på området.

I november 2019 hölls en mindre workshop med tjänstepersoner med erfarenhet från ekonomisk styrning av regionernas hälso- och sjukvård samt akutsjukhus, för att belysa olika kopplingar till regionernas budget- och styrningssystem.

*Avstämningsgrupp med kommunalt fokus*

Kopplat till utredningens uppdrag att lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut, men också kommunernas centrala och avgörande roll i en god och nära vård har utredningen haft en särskild avstämningsgrupp med representanter för kommunal verksamhet i olika delar av landet. Under utformning av både våra beskrivande texter och förslag har gruppen använts som bollplank. Gruppen har bl.a. bestått av utredare, e-strateg, socialdirektör, projektledare och förvaltningschef.

### 2.2.5 En bred dialog med andra utredningar, myndigheter, SKR samt andra organisationer och enskilda

**Utredningar**

Sedan vårt andra delbetänkande har utredningen, i olika former och utsträckning, fört dialog med S 2019:05 Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga, S 2019:02 Utredningen om införande av en fast omsorgskontakt i hemtjänsten, S 2019:01 Utredningen om översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet, S 2018:12 Utredningen Sammanhållen kunskapsstyrning, S 2018:11 Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen, S 2018:09 Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap, S 2018:06 Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess, S 2017:08

Styrning för en mer jämlik vård, S 2017:07 Utredningen Reglering av yrket undersköterska, S 2017:03 Framtidens socialtjänst, S 1985:A Statens medicinsk-etiska råd (SMER), U 2017:07 Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven, Fi 2018:04 Idéburna aktörer i välfärden samt med Fi 2017:02 Kommunutredningen.

### Statliga myndigheter

Sedan vårt andra delbetänkande har utredningen på olika sätt samverkat med UKÄ och Socialstyrelsen om uppdrag kopplat till kompetensförsörjning, Socialstyrelsen enskilt i flera olika frågor, bl.a. kopplat till dess regeringsuppdrag kring God och nära vård och IVO kring dess uppdrag att tillsyna utifrån god och nära vård. Utredningen har vidare samverkat med Folkhälsomyndigheten kring behovet av ett stärkt förebyggande och främjande arbete inom hälso- och sjukvården, med Boverket, utifrån deras regeringsuppdrag om gestaltade livsmiljöer och med Vårdanalys kring olika uppdrag, bl.a. Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten vård (LUS) och andra samverkansfrågor. Utredningen har även fört dialog med Vinnova samt med Länsstyrelserna i Stockholm och Västerbotten, kopplat till deras regeringsuppdrag om folkhälsopiloter.

### Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

Utöver hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket på SKR (som är en av fem formella referensgrupper till utredningen) har utredningen träffat en rad olika nätverk och grupperingar på SKR, flera av dem återkommande. Följande kan särskilt noteras: sjukvårdsdelegationen, beredningen för primärvård och äldreomsorg, regiondirektörerna, forskningsdirektörerna, HR-direktörerna, IT-direktörerna, flera olika programråd inom den nationella kunskapsstyrningsorganisationen, primärvårdsföreningen, nätverket för styrning och ledning av psykiatrin, socialchefsnätverket, regionala samverkans- och stödstrukturer, vårdvalsnätverket, nationella fastighetsrådet, utvecklingsprogram för nya stabsmedarbetare samt olika personer som arbetar med elevhälsa, SIP, patientkontrakt och andra planverktyg.

## Övrigt

Utredningen har medverkat vid olika konferenser såsom Kvalitetsmässan, Socialchefsdagar, Primärvårdskonferens, Patientsäkerhetskonferenser på olika ställen landet, Vitalis, samt kongresser för olika professionsförbund och specialitetsföreningar, inklusive särskilda ST-konferenser.

Utredningen har även medverkat i Almedalen (utredare samt huvudsekreterare) 2017–2019, och deltagit i en stort mängd seminarier som föreläsare/paneldeltagare. År 2018, i samband med överlämnandet av vårt andra delbetänkande arrangerade utredningen tillsammans med Region Gotland två egna seminarier. I övrigt har utredningen medverkat i andra aktörers evenemang, med genomtänkt fördelning av medverkan hos olika typer av aktörer såsom patientföreningar/företrädare, huvudmän, professionsföreträdare och kommersiella aktörer.

Utredningen har vidare på olika sätt fört dialog med stort antal företrädare för olika delar av forskning, utvecklings- och utbildningsområdet, såsom t.ex. en rad olika vårdutbildningar runtom i landet, ALF-kansliet, de medicinska fakulteternas nationella möte, KI, SAFU, Svipnet (nätverk för interprofessionellt lärande och samarbete) och Life Science kontoret.

Såväl överlämnandet av det andra som tredje delbetänkandet har skett i seminarieformer dit olika externa personer, bl.a. från utredningens referensgrupper, har bjudits in.

Sist men inte minst har utredningen fått till sig en stor mängd inspel från enskilda personer runtom i vårt land som på olika sätt via telefon, mail eller samtal över en kaffe – valt att delge utredningen sina erfarenheter som patient, anhörig, medarbetare i vården eller angränsande verksamhet, eller helt enkelt sina reflektioner som engagerade samhällsinvånare.

### 2.2.6 Utredningens sammanfattande reflektioner kring dialoguppdraget

Avslutningsvis önskar vi skicka med några sammanfattande reflektioner kring vårt dialoguppdrag under de tre år som hittills gått.

Vi är överväldigade och ödmjuka inför det stora engagemanget och den breda viljan att bidra med erfarenheter och olika perspektiv som möter oss överallt. Från enskilda medborgare och medarbetare till olika organisationer (för patienter, professioner och andra intresseorganisationer), myndigheter, huvudmän och politiska företrädare på alla nivåer.

Vi har fått ta del av erfarenheter, reflektioner och förslag från hela landet, såväl vid formella besök, som över kaffekoppar, skype, telefon, e-post och traditionella brev. Alla dessa inspel har beaktats av utredningen och utgör viktiga delar av grundplattan för utredningens betänkanden och förslag.

När utredningen i texterna beskriver hur systemet uppfattas av många aktörer grundar detta sig, om inte annat anges, på dessa omfattande dialoger.

Vissa frågar oss när vi hunnit med att skriva eller ”göra det riktiga arbetet”, givet omfattningen av tiden som vi avsatt för den kontinuerliga dialogen med aktörer och intressenter. Utredningens bedömning är dock att det inte skulle ha varit möjligt att få det förtroende och det gensvar vi och våra betänkanden fått – och därav följande bärare av omställningen runtom i landet – om vi inte arbetat på detta utåtriktade, inkluderande och iterativa sätt.

Det stora antal förfrågningar om att få använda utredningen som bollplank i olika processer samt frågor om aktuellt läge vad gäller t.ex. olika pågående processer, hur olika delar av systemet hänger ihop och gällande regelverk, visar i utredningens mening möjligen också på behovet av en samlande kraft i vårt decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem.

Givet vår moderna samhällskontext, där invånarna i allt högre utsträckning är vana vid och efterfrågar stor transparens och högre delaktighet, är vår avslutande reflektion att detta arbetssätt i stora delar är något som fler utredningar borde tillämpa. I vår bedömning bidrar det till kvaliteten i resultaten och en högre förankring som ger bättre förutsättningar att ta förslag vidare. Samtidigt ser vi behov av att stödstrukturerna för utredningars arbete utvecklas för att under-

lätta ett sådant arbetssätt. I utredningens bedömning är detta en förtroendefråga för utredningsväsendet, och i förlängningen därmed för demokratin.

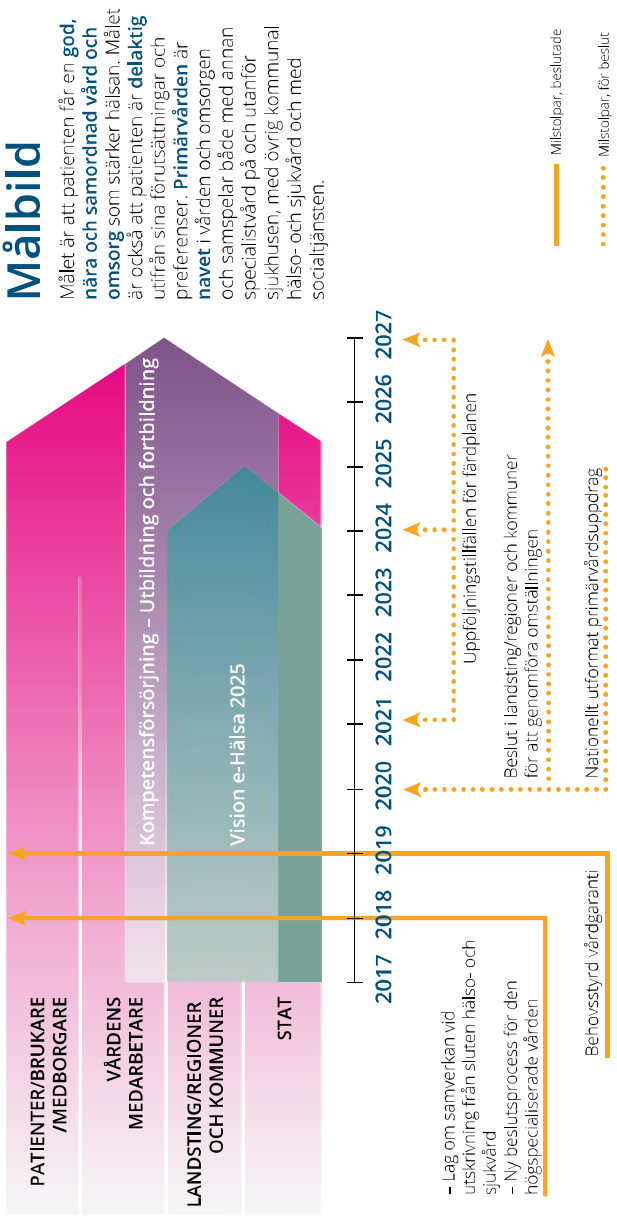
## 2.3 Nulägesbild av omställningen

På samma sätt som i våra tidigare delbetänkanden vill vi här bidra till att ge en överblick av olika arbeten som knyter an till den pågående omställningen av svensk hälso- och sjukvård. Eftersom det ännu inte finns någon nationellt fastslagen struktur för hur omställningen ska följas upp är det inte helt självklart hur man lämpligast beskriver hur långt vi hittills kommit i omställningen av hälso- och sjukvårdssystemet.

I vårt andra delbetänkande föreslog vi en struktur för att följa arbetet med färdplanen över tid, med avsikt att ge samtliga aktörer en gemensam möjlighet att kunna följa förändringen. Efter det har Socialstyrelsen fått i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av omställningen till en nära vård med fokus på primärvården. Detta beskrivs närmre i avsnitt 2.3.3 i detta betänkande. Som en del av detta uppdrag ska Socialstyrelsen årligen, med start den 1 juni 2020, rapportera hur omställningen till en mer nära vård i regionerna och kommunerna utvecklas. Parallellt med detta ska Socialstyrelsen även ge förslag på resultatindikatorer anpassade för att kunna följa omställningen.

Givet att Socialstyrelsen uppdrag och arbete i dessa avseenden är pågående och vi ännu inte har en fastslagen struktur för att redovisa utvecklingen av omställningen, kommer vi här, liksom i vårt förra delbetänkande, ta vår utgångspunkt i de milstolpar och områden som är utpekade i den färdplan vi tidigare presenterat, vilken också är utgångspunktens för Socialstyrelsens uppdrag.

**Figur 2.1 Målbild och färdplan**



Genomgången fokuserar på utvecklingen sedan vi lämnade vårt förra delbetänkande. För att få en mer samlad överblick av olika initiativ kan avsnittet med fördel läsas tillsammans med kapitel 3, 4 och 3 i vårt första respektive andra och tredje delbetänkande, samt bilaga 4 i vårt tredje delbetänkande. Översikten är inte exklusiv och av praktiska skäl begränsas den liksom tidigare framför allt till arbete på nationell nivå. Under avsnitt 2.3.3, Milstolpar för beslut, samt 2.3.4, Övrigt, redovisas de olika delar som mer fokuserar på pågående omställningsarbete bland huvudmännen.

### 2.3.1 Övergripande förutsättningar för en omställning

#### Kompetensförsörjning

En väl fungerande och ändamålsenlig kompetensförsörjning är en förutsättning för att klara omställningen till en god och nära vård. Även om nya effektivare arbetssätt, digitala lösningar och artificiell intelligens (AI) kommer kunna bidra till att bättre klara dessa utmaningar är vår uppfattning att det inom överskådlig tid kommer att råda brist på medarbetare i hälso- och sjukvården. Det är för vissa yrkesgrupper en relativ brist, då utbildade personer väljer att söka sig bort från vården till andra branscher, men för andra en absolut brist. Inte minst gäller det inom områden som på senare år måste betraktas som samhällets största utmaningar, t.ex. psykisk ohälsa eller förebyggande arbete. Utredningens uppfattning är att den typ av omstrukturering av hälso- och sjukvårdssystemet som vi föreslår är nödvändig för att skapa förutsättningar för god arbetsmiljö och därmed för möjligheten att rekrytera och behålla dagens och framtidens medarbetare. Samtidigt är initiativ och åtgärder för att direkt adressera bemanning och kompetensförsörjning lika nödvändiga. Från utredningens sida vill vi nedan särskilt lyfta fram ett sådant initiativ på nationell nivå. För vidare resonemang relaterat till kompetensförsörjningens påverkan på omställningsarbetet se även kap. 3, avsnitt 3.2.6 och 3.3.6.

*Framtidens vårdkompetens – nationellt råd för kompetensförsörjning*

Slutrapporten från Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ) om uppdragen som bedrevs under namnet Framtidens vårdkompetens lämnades i augusti 2019.[10] I denna föreslogs bl.a. inrättandet av ett nationellt samverkansråd, utvecklad samverkan i landets sex sjukvårdsregioner samt förbättrade kunskapsunderlag om kompetensförsörjningsbehoven på både nationell och regional nivå.

Det nationella rådet skulle enligt förslaget etablera ett effektivt samarbete med sex sjukvårdsregionala råd, ett i varje sjukvårdsregion, som regioner och lärosäten gemensamt ansvarar för i samarbete med kommunerna. Huvuduppgifterna för de sjukvårdsregionala råden skulle vara att föra dialog om huvudmännens kompetensbehov och att samordna arbetet med verksamhetsförlagd utbildning.

I september 2019 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta ett nationellt vårdkompetensråd, i linje med förslaget ovan. Rådet ska långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom vården. Enligt uppdraget ska rådet till att börja med rikta sitt arbete mot de yrken som kräver högskoleutbildning. Socialstyrelsen fick dock samtidigt i uppdrag att analysera och föreslå hur rådet ska kunna omfatta fler yrkesgrupper, exempelvis undersköterskor och specialistundersköterskor. Detta uppdrag ska redovisas 2021.[11]

Rådet, med kansli på Socialstyrelsen, inrättades den 1 januari 2020 och består av sammanlagt 14 ledamöter med representanter från lärosäten, regioner, kommuner, Socialstyrelsen, UKÄ och den sjukvårdsregionala nivån. Dess uppgifter är att:

- långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjningen av personal inom hälso- och sjukvården
- främja samverkan mellan berörda aktörer och säkerställa att samtliga aktörer har en gemensam bild av kompetensförsörjningsbehoven i vården

[10] Socialstyrelsen och UKÄ, *Framtidens vårdkompetens Stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov*, 2019.
[11] Regeringen, *Regeringen inrättar nationellt vårdkompetensråd*, 2019.

- tillgängliggöra sammanställningar av fakta- och kunskapsunderlag och utifrån dessa göra samlade bedömningar av kompetensförsörjningsbehoven, inklusive behovet av framtidens vårdkompetens
- lämna bedömningar till berörda aktörer och beslutsfattare i frågor som har betydelse för kompetensförsörjningen på lokal, regional och nationell nivå.
- stödja och föra en dialog med verksamheterna på den sjukvårdsregionala nivån.[12]

## Digitalisering och Vision e-hälsa 2025

Hälso- och sjukvård och socialtjänst omfattas i allra högsta grad av digitaliseringens möjligheter och utmaningar, både i form av nya arbetssätt, nya former för samverkan och kunskapsspridning men också i interaktionen med invånarna. En digitalisering som utgår från patienternas, brukarnas och medarbetarnas behov och förutsättningar och som bidrar till ökad delaktighet, mer ändamålsenliga och effektiva stöd och arbetssätt, är även det en viktig förutsättning för utvecklingen i riktning mot en god och nära vård.

Liksom vad gäller kompetensförsörjning har utredningen inte några specifika uppgifter att lägga förslag kring digitalisering. För att frigöra den potential vi ser i digitaliseringen vad gäller att bättre koppla ihop olika delar av systemet – inte bara vad gäller själva vårdmötet utan minst lika viktigt för att koppla ihop olika medarbetare inom vården med varandra – så bedömer vi dock det som avgörande att det finns en kontinuerlig framdrift i den gemensamt överenskomna Vision e-hälsa 2025 och dess strategi för genomförande 2020–2022. Nedan redogörs kort för några aktuella nationella initiativ på området, utöver själva visionen och strategin, som utredningen bedömer vara av stor vikt för omställningsarbetet. För ytterligare resonemang relaterat till digitaliseringens påverkan på omställningsarbetet se även kap. 3, avsnitt 3.2.9 och 3.3.10.

[12] Socialstyrelsen, *Nationella vårdkompetensrådet*, 2019.

*Utredningen om översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet (S 2019:01)*

I juni 2019 beslutade regeringen att tillsätta en utredning med uppdrag att utreda och lämna förslag som rör personuppgiftshantering inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. Utredaren ska bl.a. se över möjligheterna:

– att införa direktåtkomst inom och mellan vissa verksamheter i socialtjänst och hälso- och sjukvård,
– till en utvidgad informationsöverföring för kvalitetsutveckling mellan bl.a. vårdgivare i hälso- och sjukvård och kommunala nämnder,
– att införa sekretessbrytande bestämmelser för viss personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso- och sjukvård,
– att ge ombud åtkomst till patientjournal.

Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 maj 2021. Ett delbetänkande som rör samtliga utredningsfrågor utom ombuds åtkomst till patientjournal och uppkomna frågeställningar för fortsatt utredning ska dock lämnas senast den 17 januari 2021.[13]

*Utveckling och modernisering av första linjens digitala vård, 1177 Vårdguiden*

I oktober 2019 beslutade regeringen att stötta regionernas utvecklingsarbete av 1177 vårdguiden. Utvecklingen kommer att ske stegvis under 2019–2021. Under 2019 fick SKR 33 miljoner och Regeringen beräknar att avsätta ytterligare medel under 2020 och 2021.

Bakgrunden till satsningen är att SKR har ansökt om medel för att modernisera och utveckla 1177 Vårdguiden, i linje med den målbild för första linjens vård och för 1177 Vårdguidens roll som 2018 togs fram av Inera i samverkan med samtliga regioner.[14]

[13] Dir. 2019:37, *Kommittédirektiv – Översyn av vissa frågor som personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet*.
[14] Inera, *målbild för första linjens vård och för 1177 Vårdguidens roll. Gemensam målbild för kommuner, landsting, regioner, SKL och Inera*, 2018.

Utvecklingssatsningen förväntas bl.a. bidra till att invånare ska kunna få en samlad ingång till första linjen, där de kan beskriva sina symtom digitalt och guidas fram till egenvårdsråd eller till ett digitalt eller fysiskt vårdbesök. Utvecklingen ska även ge förutsättningar för bättre informationsflöden mellan vårdens olika delar. Nya koncept för webbtidsbokning och provtagning i hemmet är exempel på andra funktioner som ska utvecklas. SKR, Inera och regionerna ska ta fram en mer detaljerad plan för de tjänster som ska utvecklas.[15]

### 2.3.2 Redan beslutade milstolpar

#### Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten vård (LUS) trädde i kraft den 1 januari 2018. SKR följer varje månad utskrivningsklara patienter på sjukhus. Medelvårdtid som utskrivningsklar, för alla regioner, var i december 2019 2,9 dagar (19/21 regioner rapporterade in). Detta kan jämföras med december 2017 (innan lagen trädde i kraft) då medelvårdtiden som utskrivningsklar låg på 3,7 dagar. Under 2019 varierade medelvårdtiden mellan 2,6 dagar och 3,3 dagar.[16]

I vårdanalys delrapportering från 2018 beskrev man att det saknades statistik på nationell nivå för att göra mer heltäckande uppföljning av LUS, bl.a. v.g. centrala element såsom om en samordnad individuell planering har gjorts och en individuell plan (i dagligt tal ofta SIP)[17] har upprättats eller en fast vårdkontakt utsetts.

Som en del av arbetet med överenskommelsen 2019 mellan Staten och SKR om God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården, har regionerna bl.a. arbetat med dokumenterade rutiner i verksamheten för etablering av fast vårdkontakt. Detta rapporteras i regionernas nulägesrapporter för omställningen (se avsnitt 2.3.4). Någon enstaka region lyfter också fram att man tagit fram information till invånarna, tillgänglig på bl.a. 1177, om hur man kan få en fast vårdkontakt om man önskar.

[15] Regeringen, *Regeringen stärker första linjens digitala vård,* 2019.
[16] SKR, *Utskrivningsklara patienter på sjukhus.*
[17] Obs att det i verksamheterna vedertagna begreppet samordnad individuell plan (SIP) inte är författningsreglerat som begrepp, utan det reglerade begreppet i HSL och SOL är individuell plan. I LUS används dock det närliggande begreppet samordnad individuell planering för att beskriva ett författningsreglerat arbetsmoment.

Flera regioner beskriver även hur man i anslutning till införandet av LUS gjort olika utbildningssatsningar, bl.a. för att träna SIP, och hur antalet SIPar ökat väsentligt efter lagens införande. Det bedöms dock fortsatt finnas ett behov av att stärka och säkra kvaliteten i genomförda planer. Något som också lyfts i utredningens expertgrupp.

Vårdanalys slutrapport om uppföljningen av lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård kommer i april 2020.

## Ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården

Som vår utredning har beskrivit i tidigare delbetänkande beslutade riksdagen i mars 2018 om en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården och tillhörande lagändringar trädde i kraft den 1 juli 2018. Med nationell högspecialiserad vård avses offentligt finansierad vård som bedrivs vid som mest fem enheter i landet och där endast ett fåtal vårdgivare i landet kan uppfylla kraven på kompetens, tillgänglighet och arbete i multidisciplinära team. De områden som tidigare varit rikssjukvård är sedan den 1 juli 2018 nationell högspecialiserad vård.

I augusti 2019 beslutade Socialstyrelsen om de tre första områdena som ska bli nationell högspecialiserad vård: avancerad kirurgi vid endometrios, viss vård inom området trofoblastsjukdomar och viss vård inom avancerad fostermedicin. Beslut om vilka som får bedriva vården väntas fattas av nämnden[18] i mars 2020.[19]

Under hösten 2019 har även beslut fattats om att viss vård vid förvärvade ryggmärgsskador ska utgöra nationell högspecialiserad vård. Under våren 2020 ska följande områden genomlysas för att identifiera eventuella behov av koncentration på nationell nivå:

- Högisoleringsvård (t.ex. högsmittsamma sjukdomar)
- Thoraxkirurgi vid multiresistent tuberkulos
- Akuta nationella transporter
- Avancerad endoskopisk diagnostik och behandling i övre och nedre luftvägarna

[18] Nämnden för nationell högspecialiserad vård, vilken är utsedd av regeringen och består av politiker från sjukvårdsregionerna och har Socialstyrelsens generaldirektör som ordförande.
[19] Socialstyrelsen, *Nu kan regioner ansöka om att bedriva nationell högspecialiserad vård*, 2019.

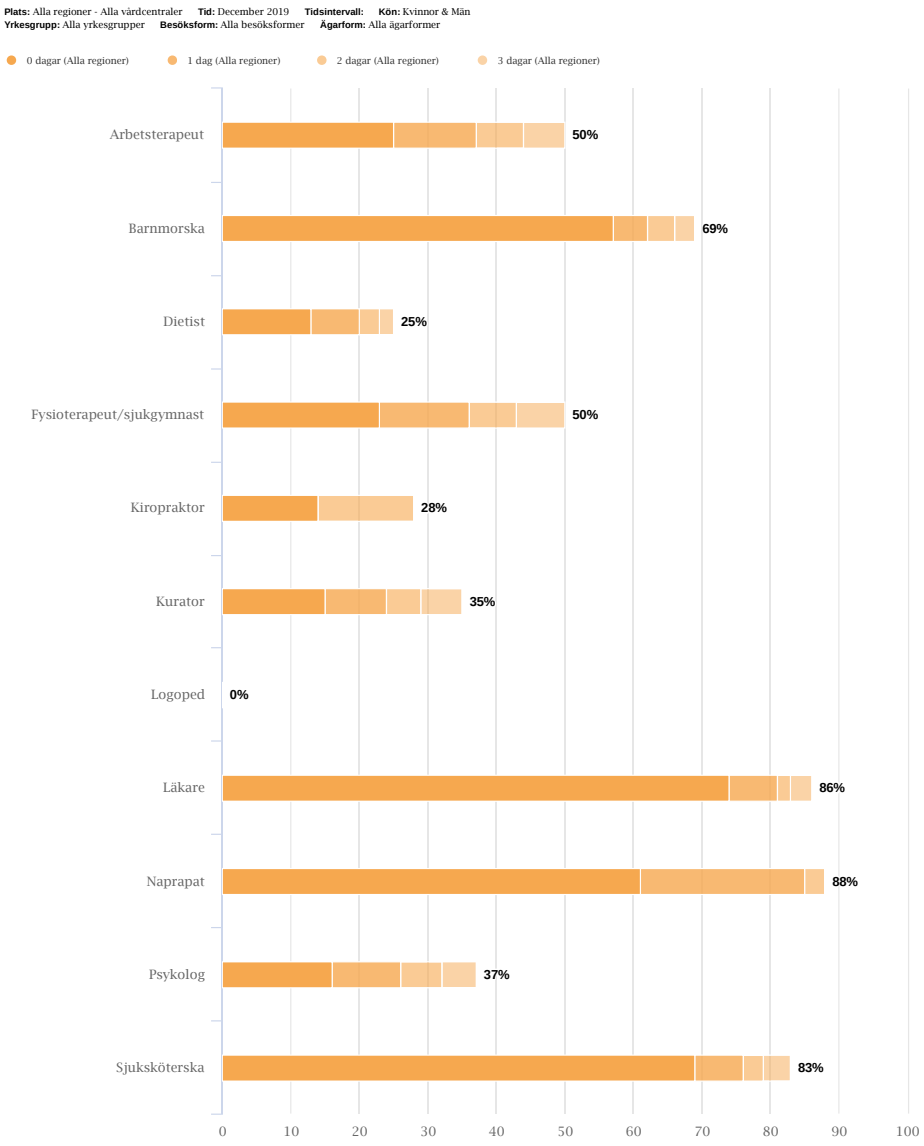
- Avancerad matstrupskirurgi, inklusive rekonstruktion
- Svåra kroniska lungsjukdomar hos barn
- Vård av extremt prematura barn
- Vitreoretinal kirurgi vid ROP (Retinopathy of prematurity)
- Stamcellstransplantation (SCT) vid särskilda tillstånd, t.ex. autoimmun sjukdom
- Allvarliga blåsdermatoser
- Avancerad barnanestesi och barnintensivvård
- ECMO.[20]

### Behovsstyrd vårdgaranti

I december 2019 var det 17 regioner som rapporterade enligt den förstärkta vårdgarantin till väntetidsdatabasen. Bland dem var det totalt 83 procent i riket som fått medicinsk bedömning i primärvården inom 3 dagar. Det var dock stora skillnader mellan tillgängligheten till olika professioner, 25 procent av de som behövde det hade fått träffa en dietist[21] inom tre dagar och 86 procent av dem som behövde det hade fått träffa en läkare.[22]

[20] Socialstyrelsen, *Steg 1: Kartläggning*, 2019.
[21] I detta avseende kan noteras att utredningen fått till sig berättelser om att vissa regioner som har dietister i sin primärvård väljer att inte inkludera dem i mätningarna.
[22] SKR, *Väntetider.se, Medicinsk bedömning.* 2020.

**Figur 2.2** Andel patienter som fått medicinsk bedömning inom tre dagar (per yrkesgrupp)




*Källa:* SKR, Väntetider.se, Medicinsk bedömning.

I de nulägesrapporter för omställningen som regionerna i oktober 2019 lämnat till SKR och Socialstyrelsen (under Överenskommelsen om god och nära vård 2019, se vidare under avsnitt 2.3.4 Övrigt) beskrivs genomgående hur regionerna under 2019 arbetat med bl.a. utbildning av personal för att få kvalitetssäker kodning (medicinsk bedömning enligt vårdgarantin anges genom diagnos/åtgärdskod), då det i flera regioner tidigare bara varit vissa professioner i primärvården (främst läkare, men ibland även sjuksköterskor, fysioterapeuter och psykologer) som arbetat med diagnos- och åtgärdskodning. Vissa regioner har även behövt arbeta med uppdateringar av sina journalsystem för att kunna rapportera enligt den förstärkta vårdgarantin.

I nulägesrapporterna beskrivs vidare hur primärvården runtom i landet även arbetat med att införa nya arbetssätt, såsom drop-in/öppna mottagningar, lättakuter bemannade med team, nya triageringssätt, kompetensväxling etc. för att bättre kunna möta upp mot den förstärkta, behovsstyrda, vårdgarantin i primärvården.

### 2.3.3 Milstolpar för beslut

#### Nationellt utformat primärvårdsuppdrag

I vårt andra delbetänkande God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:39) lämnade vi förslag på ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården. Betänkandet har remitterats och en proposition om Inriktning för en nära och tillgänglig vård finns på propositionsförteckningen för våren 2020.

#### Beslut i regioner och kommuner för att genomföra omställningen

Av regionernas nulägesrapporter för omställningen (se vidare under avsnitt 2.3.4 Övrigt) kan man utläsa att i princip samtliga regioner har tagit formella beslut kring omställningsarbete. Det skiljer sig dock en hel del åt vad gäller t.ex. på vilken nivå besluten fattats (vissa har tagit beslut i hälso- och sjukvårdsnämnd eller liknande medan andra har beslut på regionnivå, tagna av regionstyrelse och/eller fullmäktige) samt i vilken grad besluten är av mer övergripande karaktär

eller om de också tagits vidare och konkretiserats i t.ex. budgetbeslut och verksamhetsplaner. Det finns också stora skillnader när det gäller om besluten resulterat i konkreta interna organisationsstrukturer för att leda och samordna det egna omställningsarbetet eller inte.[23]

Motsvarande översikt för kommunerna finns i dagsläget inte tillgänglig. Utifrån utredningens dialog med olika kommunföreträdare runtom i landet är vår bild att situationen är ännu mer ojämn vad gäller hur långt olika kommuner kommit med att formellt fastslå behov och inriktning för det egna omställningsarbetet. Utredningens uppfattning är att det är av största vikt att snarast möjligt skapa uppföljningsstrukturer även för kommunerna.

Utifrån regionernas beskrivning av sin samverkan med kommunerna i respektive län framgår att regionerna och kommunerna generellt ännu ej enats om gemensamma strategier för omställningen, även om sådant arbete initierats på några ställen (t.ex. Uppsala [se avsnitt 3.2.4], Örebro och Dalarna).

## Uppföljningstillfällen

I juli 2019 fick Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av omställningen till en nära vård med fokus på primärvården. Ett uppdrag i tre delar, där den andra och tredje delen är direkt kopplade till uppföljningen av omställningen (se även avsnitt 9.2.1). Det andra deluppdraget handlar om förutsättningarna för att på aggregerad nivå inhämta resultat för ett antal utvalda indikatorer i syfte att följa omställningen till en mer nära vård. Det tredje uppdraget handlar om att följa upp, analysera och rapportera hur omställningsarbetet i regionerna och kommunerna utvecklas. I uppdraget ingår även att följa upp och analysera de insatser som regionerna vidtar inom ramen för överenskommelsen God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården.

I november 2019 presenterade Socialstyrelsen en delrapport om det andra deluppdraget. I rapporten konstateras att det finns några nationella datakällor vilka i viss mån skulle kunna användas för att följa omställningen, som väntetidsdatabasen, den framtida KPP-databasen för primärvård samt PrimärvårdsKvalitet. Samtliga har dock

[23] Regionernas rapportering till Socialstyrelsen och SKR, vilka utredningen tagit del av genom Socialstyrelsen.

begränsningar, då de antingen endast omfattar delar av vården eller inte innehåller personuppgifter som gör det möjligt att sambearbeta uppgifterna med data från andra källor.

Socialstyrelsen ser de regionala datalager över vårdkontakter i primärvård som finns i flertalet regioner som en möjlig källa till uppgifter om omställningen. Dessa har i dag begräsningar vad gäller datakvalitet och jämförbarhet, men skulle kunna utvecklas om förutsättningar för det skapas genom t.ex. gemensamma riktlinjer för registrering och inrapportering. Den största begränsningen utgörs dock av det faktum att det saknas lagstöd för att sambearbeta dessa uppgifter över vårdgivargränser. Något som innebär att regionerna endast kan presentera aggregerade data till Socialstyrelsen uppdelat per vårdgivare. Det innebär att det inte på ett tillfredsställande sätt går att följa patientgruppers samlade vårdkonsumtion/-utnyttjande eller vårdförlopp.[24]

Socialstyrelsen konstaterar också att oavsett källa till information om primärvården finns ett behov av att utveckla datakvaliteten genom att bland annat säkerställa enhetlighet i registrering av diagnoser och åtgärder.

I delrapporten finns ett första förslag och diskussionsunderlag kring områden att följa upp, dessa har delats upp i två övergripande områden:

- förutsättningar för omställningen
- utfall för patienterna av omställningen.

Under området ”förutsättningar” lyfts följande rubriker: Bemanning, kompetensförsörjning och utbildning, Resurstilldelning och effektivitet, Förutsättningar för samverkan samt E-hälsa och digitala stödsystem. Under området ”utfall” lyfts följande rubriker: Vårdutnyttjande, Medicinsk kvalitet, Delaktighet, Kontinuitet och samordning, Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser samt Tillgänglighet.

I det fortsatta arbetet med uppdraget planerar Socialstyrelsen att komplettera inventeringen av befintliga indikatorer/mått och datakällor samt att fördjupa förståelsen för vilka uppgifter som går att få

[24] Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en nära vård – deluppdrag II Delrapportering avseende bland annat förutsättningar för att samla in resultat på aggregerad nivå från huvudmännen*, 2019, s. 7.

fram från de regionala datalagren i landets samtliga regioner. Arbetet kommer genomföras i samverkan och samordning med en rad intressenter. Årliga rapporter om uppdraget kommer att lämnas till regeringen senast 1 juni 2020–2022.

### 2.3.4 Övrigt

#### Uppdrag till Socialstyrelsen att stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården

Som utredningen beskrev i vårt tredje delbetänkande (SOU 2019:29) genomförde Socialstyrelsen under 2018 en förstudie om kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.[25] Syftet var att kartlägga och analysera hur myndigheten kunde utöka och förbättra stödet till kommunal hälso- och sjukvård. I rapporten ingick också ett förslag till flerårig åtgärdsplan.

I mars 2019 fick Socialstyrelsen regeringens uppdrag att stärka stödet till den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, med utgångspunkt i den föreslagna åtgärdsplanen. I uppdraget anges att stöden ska anpassas till kommunernas behov och omfatta både kunskap som behövs för att utveckla vården på systemnivå och kunskap som behövs för att säkerställa en god kvalitet i möten med patienten. Vidare beskrivs att de insatser som genomförs behöver gå i takt med förslag från utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S2017:01). Uppdraget ska redovisas till regeringen (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2021 med en delredovisning senast 31 mars 2020.

#### Uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram underlag för anhörigstrategi

I oktober 2019 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att lämna ett samlat underlag till regeringen för en bred nationell anhörigstrategi. bestående av:

– en analys av vad anhörigperspektiv innebär för den anhörige, den äldre och för personalen, samt

[25] Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie*, 2019.

– en kartläggning och analys av i vilken utsträckning ett anhörigperspektiv finns med i tillämpningen av befintligt regelverk och i de fall Socialstyrelsen bedömer att det finns brister, en redovisning av dessa.

Av uppdraget framgår att Socialstyrelsen i kartläggningen och analysen ska beakta den påbörjade omställningen av svensk hälso- och sjukvård till en mer nära vård med fokus på primärvården utifrån en mer patientcentrerad och samordnad hälso- och sjukvård. Vidare ska uppdraget genomföras med ett jämställdhetsperspektiv.[26] Uppdraget ska redovisas senast den 1 december 2020.

I Socialstyrelsens regleringsbrev för 2020 kompletterades uppdraget så att myndigheten fick motsvarande uppdrag för samtliga personer som vårdar eller stödjer närstående enligt 5 kap. 10 § SoL. Detta uppdrag ska redovisas till Socialdepartementet senast den 30 juni 2021.[27]

## Överenskommelser om god och nära vård

*År 2019*

I juni 2019 beslutade Regeringen (Socialdepartementet) och SKR (dåvarande SKL) om en överenskommelse om ”God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården”. Överenskommelsen omfattade totalt 2 430 mnkr. Av dessa avsättes 2 406 mnkr till regionerna. Inga medel avsättes till kommunerna.

Överenskommelsen bestod av tre utvecklingsområden:

- Omställning till god och nära vård (*1500 mnkr till regionerna och 15 mnkr till SKR)*. Detta utvecklingsområde handlar om att främja omställningen till god och nära vård med utgångspunkt i den målbild och färdplan vår utredning föreslog i delbetänkandet God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:39).
- Förbättra och utveckla tillgängligheten i primärvården (*453 mnkr till regionerna)*.

[26] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att ta fram ett underlag för en nationell strategi för anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer*, 2019.
[27] Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Socialstyrelsen*, 2020.

- Patientkontrakt och andra sätt att främja samordning, samverkan och ökad delaktighet *(453 mnkr till regionerna och 9 mnkr till SKR)*.

För att få ta del av medlen ingick krav på regionerna att till SKR och Socialstyrelsen lämna in en nulägesrapport av var respektive region befinner sig i omställningen till en god och nära vård. I detta ingick bl.a. att beskriva hur de arbetar med omställningen och de möjligheter och utmaningar som har identifierats för att kunna genomföra omställningen. Nulägesrapporterna skulle ligga till grund för det fortsatta arbetet med att stödja och följa omställningsarbetet i respektive region samt för att gemensamt kunna utveckla 2020 års överenskommelse utifrån regionernas individuella förutsättningar och behov.[28]

*Regionernas nulägesrapporter*

Utredningen har via Socialstyrelsen tagit del av de redovisade nulägesrapporterna och de bekräftar den bild vi beskrivit i tidigare betänkanden; att omställningen pågår i hela landet, och har i många delar gjort så sedan innan såväl arbetet med Effektiv vård som vårt eget utredningsuppdrag. Samtidigt ser det olika ut, utifrån förutsättningarna i respektive län, hur strukturerat omställningsarbetet drivs och hur långt man har kommit i arbetet. Den övergripande utvecklingsinriktningen är dock gemensam.

Det är också genomgående att det pågår olika arbeten runtom i landet för att förstärka och förbättra samverkan med kommunerna inom respektive region, för att bättre bygga ihop helheten i hälso- och sjukvårdssystemet. På många håll ses avtal och överenskommelser om t.ex. hemsjukvård över och i vissa regioner har eller ska man påbörja arbeten för att skapa gemensamma strategier och målbilder för omställningsarbetet.

Områden där det skiljer sig lite mer åt är om man kopplat på någon slags följeforskning för de utvecklingsarbeten man genomför samt om man skapat specifika strukturer för att följa omställningsarbetet. Det inkluderar även i vilken grad, om någon, regionerna kan säga något angående om en resursomfördelning från sjukhus till

[28] Regeringskansliet (Socialdepartementet) och SKR, *God och nära vård. En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården*, 2019.

primärvård faktiskt sker. För flertalet kan man på sin höjd utläsa att det är ambitionen utifrån fastslagna strategier och påbörjade utvecklingsarbete. Något mer konkret är det för t.ex. VGR, som anger att man har ett pågående arbete med scenarier för uppdrags- och resursförflyttning, Skåne som anger att primärvården fått en ökad andel i budgeten för såväl 2019 som 2020 och för Kronoberg där primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader enligt budget ska öka kommande år.

Gemensamt för i princip samtliga rapporter är vidare att man anger den ansträngda ekonomiska situationen för regionerna som ett hinder. Att skapa motivation för och genomföra stora förändringsarbeten, såväl vad gäller arbetssätt som kultur, inom befintlig resurs och i redan hårt pressade verksamheter är en stor utmaning. Samtidigt ser man potentiella möjligheter i att effektivisera och förbättra vården genom t.ex. just nya arbetssätt, digitalisering och bättre samverkan mellan vårdens olika aktörer.

*År 2020*

I januari 2020 beslutade regeringen (Socialdepartementet) och SKR om en överenskommelse om God och nära vård 2020 – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. Överenskommelsen omfattar totalt 6 250,5 mnkr. 2020 års överenskommelse är en sammanslagning av de tidigare överenskommelserna God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården, Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården m.m. och En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare.

Årets överenskommelsens har 4 övergripande områden:

– Utvecklingen av den nära vården med fokus på primärvården (*1 435 mnkr till regionerna för insatser inom 4 specifika delområden samt en generell resursförstärkning för utvecklingen av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården om 1 500 mnkr*).
– Ökad tillgänglighet i barnhälsovården (*114,5 mnkr till regionerna)*
– Goda förutsättningar för vårdens medarbetare (*2419 mnkr till regionerna och 500 mnkr till kommunerna*)

– Insatser inom ramen för Vision e-hälsa 202 (*230 mnkr till regionerna)*

Utöver detta får SKR 52 mnkr för att stödja regionerna och kommunerna i omställningen av hälso- och sjukvården till god och nära vård och i genomförandet av insatserna inom ramen för de fyra olika utvecklingsområdena.

Medlen till huvudmännen får användas inom en rad områden för att stärka nya, redan pågående satsningar eller bibehålla effekter av redan gjorda satsningar. Även offentligt finansierade privata aktörer ska kunna få ta del av medlen, givet att juridiska förutsättningar finns, och medverka till att insatserna som framgår av överenskommelserna genomförs.[29]

## 2.4 Ett modernt hälso- och sjukvårdssystem – hur blir det?

### 2.4.1 En god hälsa och en vård på lika villkor

> 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.
>
> Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.

Ovanstående, hämtat från Hälso- och sjukvårdslagens inledning[30], är en s.k. portalparagraf som uttrycker det övergripande syftet med lagen och inom vilket område lagen ska verka. I lagtexten uttrycks ansvaret inte bara för sjukvård, utan också befolkningens hälsa.

Hur hälso- och sjukvårdssystemet ska kunna anpassas till en modern samhällskontext, och till befolkningens behov och förväntningar i dag och i framtiden, är frågor som utmanar de flesta länder. Den demografiska utvecklingen, allt fler som lever allt längre till följd av stora medicinska landvinningar, begränsade resurser, stora utmaningar med bemanning och kompetensförsörjning, den medicin-

[29] Regeringskansliet och Sveriges Kommuner och Regioner, *God och nära vård 2020 – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården*, 2020.
[30] 3 kap. 1–2 § HSL

tekniska utvecklingen, digitaliseringens möjligheter – allt detta kräver en förändring av hälso- och sjukvårdens struktur och organisation. Detta för att åstadkomma ett effektivare resursutnyttjande, bibehålla eller öka kvaliteten, förbättra tillgängligheten samt öka förtroendet hos befolkningen. Det tillkommer ständigt ny kunskap om vikten av och fördelarna med att bättre involvera patienten i utformningen av den egna vården. Att tillämpa ett personcentrerat angreppssätt, där individens vilja, kunskap och egna inneboende resurser bejakas. Utmaningen att utforma hälso- och sjukvårdssystem hållbara för framtiden är såväl nationell som internationell.

### 2.4.2 Ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem

Vi har i tidigare betänkanden redogjort för den pågående internationella rörelsen för en integrerad och mer personcentrerad hälso- och sjukvård. En hälso- och sjukvård som har sin grund i en adekvat resurssatt primärvård byggd på interprofessionell samverkan.[31] Det är en central strategi för att uppnå hälsomålet i Agenda 2030, och en grundläggande prioritering för Världshälsoorganisationen (WHO) i att åstadkomma allmän hälso- och sjukvård (Universal Health Coverage, UHC) runtom i världen.

År 2016 antog WHO:s beslutande församling ett ramverk för integrerade, personcentrerade hälsotjänster, Framework on Integrated people-centred health services (IPCHS).[32] Ramverket är en vidareutveckling av Alma Atadeklarationen om Primärvård från 1978, liksom av Världshälsorapporten om primärvård från 2008 (Now more than ever). Primärvården framhålls tydligt som basen, vilken behövs för att kunna tillhandahålla integrerade och personcentrerade hälsotjänster på det önskade sättet. Likaså konstaterar WHO att sjukhusen framöver kommer behöva se förbi sina egna väggar för att möta patienterna, och bidra till förbättrad folkhälsa och samordning med primärvård, men även med t.ex. sociala tjänster, på ett mer holistiskt sätt.

I oktober 2018 antogs Astana-deklarationen[33], som återigen betonar primärvårdens roll i ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, och som också tydligt kopplar till målen i Agenda 2030. WHO och UNICEF

[31] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, 2018, s. 61 ff.
[32] WHO, *Resolution WHA69.24*, 2016.
[33] WHO, *Declaration of Astana*, 2018.

har också tagit fram två strategiska dokument för att stödja länder att omsätta deklarationen från 2018 års globala primärvårdskonferens i handling; ett visionsdokument[34] och ett operationellt ramverk[35]. I en deklaration antagen i september 2019 av FN:s generalförsamling slås ett antal punkter fast som avgörande för att nå framgång i arbetet med UHC.[36] Primärvårdens roll betonas återigen, och som det uttrycks i deklarationen är det avgörande att:

> …Recognize that primary health care brings people into first contact with the health system and is the most inclusive, effective and efficient approach to enhance people's physical and mental health, as well as social well-being, and that primary health care is the cornerstone of a sustainable health system for universal health coverage and health-related Sustainable Development Goals, as was declared in the Declaration of Alma-Ata and reaffirmed in the Declaration of Astana.

### 2.4.3 Varför behövs förändringen?

Utredningens förslag, med avsikt att sammantagna bidra till ett modernt hälso- och sjukvårdssystem, ska uppfylla intentionen i Hälso- och sjukvårdslagen, samt bejaka den kunskap om och inriktning på systemnivå som förespråkas av olika internationella aktörer såsom WHO, OECD och EU vad gäller utvecklingen av ett system hållbart för framtiden. I och med detta ges även bästa möjliga förutsättningar för att uppfylla såväl målen i vår svenska hälso- och sjukvårdslag som hälsomålet i Agenda 2030.

Det är mot dessa beskrivna utgångspunkter som utredningens förslag till reformering av hälso- och sjukvårdssystemet ska ses. Dagens system har på många sätt haft sitt berättigande historiskt. Det kom till i en tid när det mesta sjukvården hade att, och kunde, hantera var av akut karaktär, såsom infektionssjukdomar och olycksfall. I dag är behoven i befolkningen, bl.a. till följd av enastående medicinska framsteg, mer av kronisk och långvarig karaktär. Inte minst inom områden som cancervård och psykisk ohälsa är både vad vi kan göra i dag, och hur förväntningarna på vården ser ut, annorlunda än historiskt. Många äldre lever med komplexa tillstånd utifrån multisjuklighet och behov av polyfarmaci.

[34] WHO, *A vision for primary health care in the 21th century*, 2018.
[35] WHO, *Primary health care: transforming vision into action. Operational framework, draft for consultation*, 2018.
[36] FN, *Political declaration of the high level meeting on universal health coverage*, 2019.

Ytterligare en på senare årtionden tillkommen omständighet är det stora antal aktörer som i dag tillhandahåller tjänster inom hälso- och sjukvårdens område, och den risk för fragmentisering som detta medför. Detta blir en viktig komponent att beakta, inte minst mot bakgrund av de alltmer komplexa och sammansatta behov hos många patienter och brukare som ovan beskrivits.

Dessa, och flera, faktorer gör att systemet måste byggas på ett nytt sätt – integrerat och personcentrerat. Hälso- och sjukvårdens olika delar, och ibland också andra insatser från samhällets sida, måste integreras nära och i sammanhang med varandra. Tjänsterna kan alltmer sällan knytas enbart till en specifik byggnad eller organisation. Allt mer kan, och förväntas, göras nära människors vardag, ibland så nära som i hemmet eller via mobiltelefonen. Utvecklingen ger också nya förutsättningar att nå upplevelsen av nära, även när det geografiska avståndet är betydande, med hjälp av digitala lösningar.

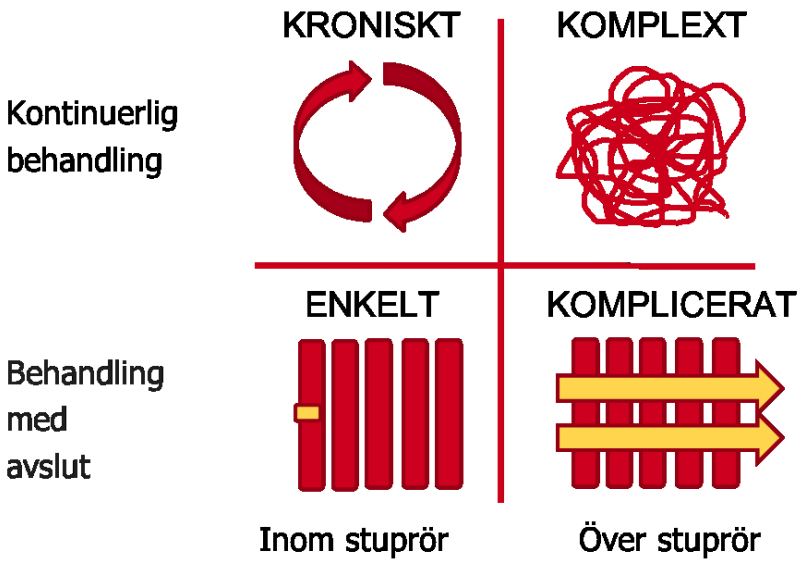
Vi befinner oss också i en tid där delar av hälso- och sjukvården decentraliseras, medan annat centraliseras av kvalitets- och effektivitetsskäl inom ramen för arbetet med den högspecialiserade vården. Allt detta, tillsammans med det faktum att basen i systemet, primärvården, har två huvudmän, region och kommun, är faktorer som ökar komplexiteten, och som måste hanteras i utvecklingen av hälso- och sjukvården, och därmed i utredningens förslag.

### 2.4.4 Hur blir det för mig som patient?

Under utredningens gång har vi många gånger fått frågan: ”Och hur märker jag skillnaden när jag blir patient eller närstående i vården, om utredningens förslag förverkligas?” Det är en fråga utan ett enkelt svar. Våra försök att utifrån patientberättelser och fallbeskrivningar besvara den frågan tenderar att för vissa slå in öppna dörrar (”Så är det ju tänkt att vara redan i dag”) och för andra uppfattas som orimligt långtgående. Det är naturligt, eftersom beroende på det egna behovet, erfarenheter och var i systemet man befinner sig ser verkligheten olika ut. Men några grundläggande förändringar, som enligt vår uppfattning kommer att påverka vården praktiskt för den enskilde vill vi lyfta i detta avsnitt.

Synen på hur sjukvård ska organiseras måste förflyttas från fokus på organisatoriska strukturer till att utgå från behov hos befolkning och individer. Olika människor har olika behov, och dessa varierar över tid. Vilka behov en människa har är inte främst eller enbart relaterat till vilken diagnos personen har, eller vilket organ som är påverkat, utan mer till vilken typ av process som bäst motsvarar personens nuvarande behov. Ett sätt att förstå och gruppera patienter utifrån olika behov är att använda följande modell för målgruppsanpassad vård.[37] Utredningen har redan tidigare hänvisat till modellen, och kompletterar den nu med kommentarer om hur några av våra förslag kan tänkas påverka de olika målgrupperna.

Figur 2.3 Målgruppsanpassad vård




### Enkelt

Patienten kan botas vid en vårdepisod och inom en vårdenhet. Efter behandling och uppföljning är patienten färdigbehandlad, och inga fler vårdkontakter behövs förrän ett nytt behov uppstår. Patienten gynnas av en lättillgänglig primärvård. Här befinner sig majoriteten av befolkningen när de kommer i kontakt med vården. Antalet per-

[37] Tankesmedjan Leading Health Care, *Working paper 2016:1*, 2016.

soner är stort, kostnaden per åtgärd relativt liten. Aspekter som tillgänglighet och valfrihet blir viktiga.

*Exempel:* Akuta infektioner, mindre trauman, bedömning av godartade hudförändringar.

*Utredningens kommentar:* Omfattas i stor utsträckning av utredningens förslag till primärvårdsreform och ökad tillgänglighet till primärvårdens olika professioner. Utredningens bedömning är att även denna målgrupp gynnas av, men inte alltid är beroende av, ett system som bygger på kontinuitet, såsom fast läkare i primärvården, fast vårdkontakt i primärvården (region och/eller kommun) och tillhörighet till ett interprofessionellt team. Detta för att underlätta kontakten den gång det enskilda behovet av vård uppstår, men också för att underlätta förebyggande insatser på längre sikt. God tillgänglighet är avgörande, och kontakt bör kunna erbjudas såväl fysiskt som digitalt utifrån patientens preferens och behov.

### Komplicerat

Patienten har tillstånd som kan botas, men behov finns av flera vårdgivare/utförare. Utförarna kan finnas inom primärvård eller den specialiserade vården och behoven kan vara av medicinsk akut eller icke akut karaktär. Kännetecknas av att den som först bedömer patienten behöver hjälp i den vidare handläggningen. Ibland, men inte alltid, kommer patienten sedan tillbaka till den person som gjorde den första bedömningen. Även här är tillgänglighet ofta viktigare än kontinuitet, dessutom är korta ledtider mellan vårdprocessens olika delar av vikt.

*Exempel:* Akut buksmärta, bröstsmärta, trauma, utredning som involverar flera vårdgivare

*Utredningens kommentar:* Omfattas av utredningens förslag om förbättrad samverkan mellan primärvården och specialiserad vård, och av utredningens förslag om förflyttning från fokus på organisationen till på vilket sätt sammanhållna insatser kan erbjudas patienten på det mest effektiva sättet. För denna målgrupp kan en planering omfattande flera vårdgivare vara vanligt förekommande, en planering som då ska göras i samråd med patienten. Patienten ska känna sig trygg med vem som gör vad och när, och vart man vid behov vänder sig för kontakt med någon av de olika vårdgivare som ingår i den

gemensamma processen. Bland annat detta föreslår utredningens ska regleras i ett s.k. patientkontrakt.

### Kroniskt

Livslång process, där målet är att undvika försämring och uppnå bästa möjliga livskvalitet. Vanliga kroniska sjukdomar, så kallade folksjukdomar, ingår i primärvårdens uppdrag. Andra, mer ovanliga sjukdomar, tas om hand på specialiserade mottagningar. Här är kontinuitet ofta viktigare än tillgänglighet, ofta behövs kontinuitet till ett helt team, t.ex. läkare, diabetessköterska, fysioterapeut, dietist för patient med diabetes. Ibland behöver annan specialistkompetens kopplas in, t.ex. vid fotsår. Patientens roll i sin egen vård blir särskilt central.

*Exempel:* KOL, hjärtsvikt, diabetes, osteoporos, artros.

*Utredningens kommentar:* Omfattas till stor del av utredningens förslag till primärvårdsreform vad gäller reglering av tillgång till och kontinuitet till olika kompetenser i vården, men också i utredningens förslag vad gäller förutsättningar för samverkan mellan utförare och samverkan mellan region och kommun. I gruppen finns många av dem som gynnas av tydligare och förstärkt reglering av den individuell planen, samt av ett s.k. patientkontrakt.

### Komplext

Ofta livslångt tillstånd, flera sjukdomar, flera vårdgivare. Patienter med flera olika tillstånd, ofta kroniska, men ibland av mer akut karaktär. Ofta sköra patienter eller patienter med flerfunktionshinder, men även patienter med sällsynta diagnoser. Kännetecknas av kontinuerlig kontakt med flera vårdgivare, ofta mer än en huvudman och av stort behov av samordning. Gruppen är relativt liten men mycket resurskrävande. Här är kontinuitet och samordning viktig, inte bara mellan patient och vårdgivare utan även mellan olika vårdgivare för att kunna arbeta interprofessionellt tillsammans med patienten. Stort behov av individuella lösningar.

*Exempel:* Vissa äldre med många sjukdomar, psykisk ohälsa med samtidig social problematik, flerfunktionshinder, personer som omfattas av LSS.

*Utredningens kommentar:* Omfattas till stor del av utredningens förslag till primärvårdsreform vad gäller reglering av kontinuitet, behov av olika kompetenser i primärvården, och förslag gällande behovet av att tydligt koppla ihop primärvårdens insatser med annan specialiserad vård, och stärka primärvårdens samordnande roll.

Omfattas också av utredningens förslag till förbättrade förutsättningar för uppluckrade gränssnitt mellan den hälso- och sjukvård som traditionellt utförts på sjukhus men som i allt större utsträckning kan tillhandahållas på andra platser och ibland även tillhandahållas med hjälp av digitala lösningar. Har särskild nytta av utredningens förslag vad gäller förutsättningar för samverkan mellan utförare, och samverkan mellan region och kommun. I kanske ännu större utsträckning än i grupperna ovan finns här många av dem som gynnas av tydligare och förstärkt reglering av den individuell planen, samt av ett s.k. patientkontrakt.

## Lokalt arbete

I olika regioner och kommuner arbetar man, i olika konstellationer och ofta med involvering av patienter och brukare, med att ta fram beskrivningar av hur man tänker sig att den pågående omställningen påverkar, och hur man vill att den ska påverka, människors liv i vardagen. Ett välkänt exempel är arbetet utifrån konceptet ESTHER, med ursprung i region Jönköping.[38] Inom ramen för arbetet på SKR med omställningen till nära vård är ett särskilt fokus att lyfta autentiska patientberättelser som exempel på hur vården rent praktiskt förändras för att motsvara enskildas behov.

Vi behöver alla hjälpas åt att samla erfarenheter och berättelser när omställningen nu sker runt om i landet. Vi lånar i det följande några exempel från Region Västerbotten och Skellefteå kommun, där ett tankeexperiment i form av fiktiva framtida tidningsartiklar sammanställts under workshops med företrädare från både region och kommun. Exemplen är tänkta att läsas som tankeväckande illustrationer till den pågående omställningen, och gör förstås inte anspråk på att vara heltäckande. Att de följande exemplen fokuserar på hur vården blir när den i större utsträckning bedrivs utanför sjuk-

[38] Region Jönköping, *Esther*, 2019.

husmiljö förtar förstås inte behovet av att de som i dag verkar i den traditionella sjukhusmiljön är berörda och involveras i omställningen.

**Figur 2.4 Framtidens Nyheter**

# Stamkunden blev stommen

**SKELLEFTEÅ. Att fly sitt hemland och möta en oviss framtid i en ny värld är svårt. Att göra det med kronisk värk är värre. Men det finns hopp.**
**– Jag brukar säga att jag var stamkund på hälsocentralen och nu är jag en stomme i mitt företag, säger Ahmed, 36.**

Hans historia är tung, men inte unik. För sju år sedan flydde han och hustrun Maria krigets Syrien. För Ahmed väntade många år av frustration och förvirring i sitt nya hemland Sverige. Men han är inte intresserad av att prata om dåtid.

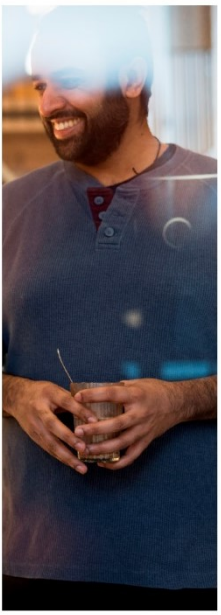
**Accepterat värken**
– Om du bara visste hur mycket jag har sörjt och ältat. Till sist blev jag min egen fånge i det. Men vem hjälper det? Visst – jag har värk, jag kommer alltid att ha den, men ingen kommer att tacka mig för att jag inte försöker njuta av livet, säger Ahmed och tillägger att han sällan tänker på sina krämpor.
– Jag har accepterat dem. Allt handlar om perspektiv och just nu är mitt perspektiv att vara mitt bästa jag – för min familj, för mitt företag och för samhället i stort.

**Pilotprojekt avgörande**
Men det krävdes hjälp för att få Ahmed att bryta den nedåtgående spiral han befann sig i. Efter ständiga besök till hälsocentralen och lika många besvikelser över brist på hjälp blev Ahmed en dag tillfrågad om han ville ingå i ett pilotprojekt där myndigheter skulle samverka för att tillsammans med Ahmed själv förbättra livskvaliteten. Pilotprojektet var grunden till det idag väletablerade begreppet "Min plan".
– Så här i efterhand känns det så självklart. Hur ska man göra en människa hel om man inte ser hela människan, säger Ahmed retoriskt och fortsätter:
– För mig gjorde det hela skillnaden. Jag kände att jag blev sedd och tagen på allvar. Jag fick möta skicklig personal både inom vården och psykiatrin, men också från socialen och arbetsförmedlingen. Det hjälpte mig att återfå ett liv.

Han framhäver en fast läkarkontakt och kuratorstöd som de kanske viktigaste aspekterna.
– Det är ett heltidsjobb att ha värk och vara ledsen. Man orkar liksom inte kastas runt.

**"För mig är det viktigt"**
Med en tryggare grund, en tilltagande hälsa och allt bättre kunskaper i svenska började Ahmed praktisera på olika arbetsplatser. Det visade sig att han hade talang som säljare och det dröjde inte lång tid innan han hade en tillsvidareanställning.
– Äntligen kände jag att jag kunde försörja min familj. För mig är det viktigt.

Men med två barn under 10 år är det en utmaning att få ihop familjeliv med åttatill-fem-jobb. Alltså tog Ahmed sin säljartalang och startade en egen firma, en auktionssajt med arabiska som huvudspråk som han och Maria kan hantera hemifrån.
– Det passar oss. Det är mycket jobb men vi kan vara mer flexibla än tidigare, säger Ahmed.



## Från okänd till erkänd

**SKELLEFTEÅ.** I samband med att Conny Karlsson, 35, efter flera års tungt missbruk drabbades av endokardit vände livet till det bättre. Via en samordnad individuell plan, SIP, fick han plats på ett nyetablerat behandlingshem som drivs gemensamt av Region Västerbotten och Skellefteå kommun. I nära dialog med myndigheterna kunde han få livet i balans och hjälp med boende samt sysselsättning.
– Jag är delaktig i min vård och behandling., det är framgångsreceptet för mig, säger Conny.

## ENKÄT: Hur har Min plan påverkat dig?



**Siri Granberg , 78, pensionär, Boliden:**
– Här i Boliden har vi "Team hemmavård" som består av två sjuksköterskor och en läkare som bevakar och hanterar min hälsa. Men de gör det i regel på distans eftersom jag har en manick som sänder data. Det känns tryggt, för har jag behov av att träffa dem fysiskt är de aldrig långt borta. Men jag slipper åka dit stup i kvarten nu. Skönt!



**Anna Hedlund, 91, pensionär, Fällfors:**
– Framför allt har det inneburit ett kliv in i det moderna samhället för mig och min make. Vi har fått en digital hjälpreda som heter Siri och som påminner oss om mediciner och mat och saker som ska göras. En mat- och sovklocka som är oumbärlig. Sedan tittar vår vårdkontakt till oss och tittar över vår plan. Dessutom har vi en rar anhörigstödjare.



**Mona Berg, 61, samordningssköterska, Bureå:**
– Som tidigare utmattad har det inneburit att jag fått ett team runt mig som fokuserar på helheten - allt från kost och motion till struktur och stresshantering. Jag har bland annat en internetbaserad livscoach som jag är väldigt tacksam över. Men jag har även sett hur Min plan hjälpt andra. Min demenssvärmor är en. Det blir också ett stöd för oss anhöriga.



**Emma Lundgren, 44, peer-support, Skellefteå:**
– För några år sedan var mitt liv ett kaos. Jag orkade knappt ta hand om mina barn och det kändes som att jag inte hade något värde. Nu planerar jag resor och ser fram emot varje ny dag. Via Min plan fick jag hjälp att skapa struktur i mitt liv på alla nivåer. Den digitala familjecoachen har bidragit extra mycket, tycker jag.

Fiktiva berättelser framtagna av Region Västerbotten och Skellefteå kommun. Sammanställning: Per Strömbro.

### 2.4.5 Ett begripligt hälso- och sjukvårdssystem

Samtidens krav och synen på offentlig verksamhet är annorlunda än förväntningarna historiskt. Den tidigare ofta självklara tilltron till auktoriteter såsom myndigheter och vårdgivare är hos vissa lägre, förväntningarna på transparens och begriplighet är höga. Det finns ett stort och ökande behov av att också pedagogiskt kunna beskriva sin verksamhet. Detta gäller förstås också hälso- och sjukvårdssektorn. Det finns grupper som har låg tilltro till systemet, och som därmed riskerar att marginaliseras från samhällets insatser. Det ställer helt nya krav på kommunikation, och synliggör behov och skillnader i befolkningens hälsolitteracitet, ibland benämnt hälsokompetens.[39] För att kunna vara en jämbördig part och samskapare med hälso- och sjukvården behöver man som patient vara informerad och ha möjlighet att få till sig information efter förmåga, preferens och behov. Annars riskerar talet om ökad delaktighet och den personcentrerade vården bli en papperstiger. En av utredningens utgångspunkter sedan start är att det moderna hälso- och sjukvårdssystemet ska vara begripligt för såväl patienter och närstående som för medarbetare, något som många gånger rapporterats till oss inte är fallet i dag.

I detta kommer också faktorer som samordning över landet in – när rörligheten ökar för såväl patienter som medarbetare ökar också behovet av samordning i det som ibland är 20 eller 290 olika sätt att utföra en tjänst. Det blir en fråga om igenkänning och därmed trovärdighet, och i vissa fall också en fråga om kostnadseffektivitet och jämlik vård. Det kan därför finnas ett behov av att gränssnittet mellan vad som görs olika och lika förskjuts. Självklart måste samtidigt proportionalitetsprincipen vad gäller det kommunala självstyret hållas i åtanke. Även om mer behöver göras lika finns det fortfarande lokala och regionala skillnader i förutsättningar att ta hänsyn till. Utifrån våra omfattande dialoger med huvudmännen och övriga aktörer är vår förhoppning att träffa rätt i den balansen med utredningens förslag.

[39] Svenska MeSH: Health Literacy. Hälsokompetens. Individers förmåga att förvärva, förstå och använda hälsoinformation i syfte att bibehålla, främja eller förbättra hälsa, samt att fatta självständiga beslut i hälsofrågor.

### 2.4.6 En hälso- och sjukvård med både hjärta och hjärna

Ibland har vi i utredningen mötts av synpunkten att svensk hälso- och sjukvård blivit alltför teknisk och institutionaliserad. Vi har glömt bort och systematiskt förminskat relationens betydelse, och inte förmått ta vara på det engagemang som finns hos alla som verkar i hälso- och sjukvården. Att man som medarbetare inte får förutsättningar att använda sin professionella kompetens på bästa sätt utifrån de behov som finns. Att man som patient och närstående inte får möjlighet att vara så aktiv part som man vill vara. Andra gånger upplevs pendeln ha slagit alltför långt åt andra hållet, och alltför stort ansvar och för stora förväntningar läggs på patienten själv och närstående. Lyhördheten för den enskildes behov och förutsättningar glöms bort.

Kanske är det just *samspelet* mellan den enskilde, dess sammanhang och hälso- och sjukvården och de medarbetare som finns där som är det viktiga. Som måste fungera, och bygga på ömsesidig tilltro och förtroende. Systemets uppgift är att ge goda förutsättningar för det mötet. Vi hoppas att våra förslag kan vara steg på vägen för det. I utvecklingen av en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård, med en stark och adekvat resurssatt primärvård som bas. En hälso- och sjukvård med både hjärta och hjärna. En hållbar hälso- och sjukvård med hög kvalitet, där man som patient och närstående känner delaktighet och trygghet, som skattebetare känner förtroende, och där man som medarbetare väljer att arbeta.

# 3 Framgångsfaktorer och hinder för omställningen

## 3.1 Utgångspunkter

I utredningens ursprungliga direktiv anges, utöver våra specifika utredningsuppdrag, att vi ska redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring och att det i uppdraget ”ingår att analysera hur ett genomförande skulle kunna ske i praktiken utan att riskera en sämre kvalitet i vården i dess helhet och identifiera och analysera vilka framgångsfaktorer, problem och hinder som finns för att primärvården ska utvecklas på ett framgångsrikt sätt.”

Vi har i våra tidigare delbetänkande utformat och fördjupat den övergripande målbild och färdplan för omställningen av hälso- och sjukvården som nu ligger till grund för bl.a. regeringsuppdrag till Socialstyrelsen och IVO kopplat till stöd, uppföljning och tillsyn för god och nära vård, samt en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) med samma titel (se figur 2.1 i avsnitt 2.3.2).

När vi nu avrapporterar de återstående uppdragen från våra ursprungsdirektiv samt de två första tilläggsdirektiven, ser vi att det finns anledning att komplettera denna målbild och färdplan med en övergripande beskrivning av det vi under utredningens gång identifierat som centrala framgångsfaktorer respektive möjliga hinder för omställningsarbetet. En sådan beskrivning följer i detta kapitel. Vad som är att se som framgångsfaktor respektive hinder går naturligtvis att ha olika åsikter om. Samma aspekt – t.ex. ledarskap -kan vara en framgångsfaktor om man arbetar aktivt med den och ett hinder om man försummar den. Utredningen har i grupperingen av hinder respektive framgångsfaktorer utgått från principen att hinder är sådant där vi ser att allt för lite händer och bristen på pågående hantering på bred front riskerar att stjälpa uppstartade omställnings-

initiativ. Skulle dessa hanteras på ett adekvat sätt skulle de i stället kunna vändas till framgångsfaktorer. Utredningen vill också understryka att den ordning områden presenteras i inte är uttryck för en prioriteringsordning.

Som vi beskrivit i färdplanen krävs engagemang och insatser på alla nivåer och bland alla berörda aktörer om vi ska lyckas med omställningen. Det lokala ägarskapet och genomförandet, med gemensamma målbilder för regioner och kommuner och därav följande strategiska beslut i verksamhetsplan och budget, kommer vara en helt avgörande del.

De framgångsfaktorer och hinder som nedan redogörs för kan därmed också ses som en hjälp i att identifiera och strukturera olika faktorer och frågor som kanske främst huvudmännen, men även andra aktörer, oundvikligen kommer att behöva adressera i sitt eget omställningsarbete (även om det blir olika fokus beroende på aktör). Områdena nedan skulle därmed också kunna användas för att strukturera t.ex. uppföljning av omställningsarbetet, huvudmännens egna handlingsplaner eller liknande.

## 3.2 Framgångsfaktorer för omställningen

### 3.2.1 Personcentrering och involvering av invånare och patienter i hälso- och sjukvårdens utveckling

**Från mottagare till medskapare**

Att hälso- och sjukvården så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten framgår av patientlagen (2014:821) (PL). Liksom att patientens medverkan i vården alltid ska utgå från patientens önskemål och egna förutsättningar.[1] Av tradition har dock vården i hög grad utgått från sina egna perspektiv, från sina egna stuprör i förhållande till diagnoser, organ, professioner etc. För att klara omställningen till god och nära vård behöver frågan ”vad är viktigt för dig, som patient och närstående?” ställas oftare.

För att skapa den moderna vård som möter dagens behov och förväntningar behöver vi lära av patienter och deras närstående och låta deras behov, preferenser och resurser vara en utgångspunkt i utformningen och utvecklingen av hälso- och sjukvården. Patienters

[1] 5 kap. 1–2§§, PL.

medskapande av sin egen hälsa och vård är en ofta förbisedd resurs som i högre utsträckning behöver tillvaratas och stödjas.[2] Det handlar om ett skifte från att se patienter som mottagare av vårdtjänster till ett gemensamt partnerskap. Att se patienter som medskapare av sin egen hälsa och vård. Detta innebär såväl ett kultur- som maktskifte. Detta skifte innebär också att vi skapar möjlighet att ta större ansvar för sin egen vård för de som vill och kan.

Att göra detta skifte är också avgörande för att säkerställa god och jämlik vård för sårbara och marginaliserade grupper samt dem med störst behov av vård och omsorg. För personer vars behov kanske är mer ovanliga och sammansatta än för det stora flertalet blir personcentreringen och förmågan att kunna möta varje person där just den är än viktigare.

Det finns enligt utredningens mening ingen motsättning mellan ett sådant förhållningssätt och behovet av standardiserade insatser på gruppnivå, utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Tvärtom förutsätter ett individanpassat arbetssätt tydliga strukturer för hur vården ska utformas på gruppnivå, och utifrån beslutade prioriteringsordningar.

## Skillnad mellan information och involvering

Utredningen vill i detta sammanhang understryka att det är skillnad på att få information om något och att ges möjlighet att vara delaktig och påverka innehållet i en process, såväl rörande den egna vården som utvecklingen av hälso- och sjukvården. Samtidigt är det viktigt att se att tillgång till relevant information är en viktig grundbult för att man som patient, närstående eller invånare ska kunna vara delaktig på ett ändamålsenligt sätt. Detta reflekteras också i patientlagens tredje kapitel, som heter just ”Information” och där det regleras vad en patient ska få information om. Det framgår även att informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Samt att om mottagaren önskar avstå från information ska detta respekteras.[3] Det är också fastslaget i lagen att informationen ska lämnas skrift-

[2] Vårdanalys, *Från mottagare till medskapare,* 2018, s. 3.
[3] 3 kap. 6 §, PL.

ligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om han eller hon ber om det.[4]

### Delaktighet i det enskilda vårdmötet

Synen på patienten som medskapare i sin egen vård ställer krav på ökad lyhördhet från vårdens professioner för patientens behov, förutsättningar och preferenser. Det avser såväl utredning och behandling som bemötande, val av kontaktvägar, närståendes involvering samt hur patientens egna resurser kan tas tillvara. Vården behöver skapa förutsättning för delaktighet, men sedan är det upp till patienten hur mycket hen vill och kan vara delaktig. Vissa patienter vill själva ta ansvar för en större del av besluten rörande sin vård, medan andra känner sig tryggare om hälso- och sjukvårdspersonal fattar besluten. Oavsett har vården ansvar för att patienten blir informerad om olika alternativ för utredning och behandling och kan fatta väl avvägda beslut.

### Delaktighet i utveckling av vården

”Det händer något i rummet när man sätter patienten vid bordet. Diskussionerna utgår naturligt mer från de vi är till för”. Så beskrev en hälso- och sjukvårdsdirektör sin positiva upplevelse av att ha med patientrepresentanter även i strategiska diskussioner om utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Utredningen vill i detta sammanhang framhålla just behovet av patientdelaktighet på alla nivåer, även i styrning och utveckling av vården. Såväl på verksamhets- som strategisk nivå. Det kan t.ex. göras genom medborgardialoger kring hur vården bör utvecklas och/eller hur man ska prioritera mellan olika initiativ, genom att anställa personer med patienterfarenhet till förvaltningar eller genom att skapa referensgrupper med personer med patient-/närståendeerfarenhet till olika utvecklingsarbeten. Utredningen vill samtidigt framhålla att detta från verksamheternas sida också kräver att man skapar strukturer, t.ex. för utbildning och ersättning, som gör det möjligt att involvera patienter/invånare på ett ändamålsenligt sätt.

[4] 3 kap. 7 §, PL.

Det handlar även om att tillgängliggöra information om *hur* man som invånare med tankar om hur hälso- och sjukvården bör utvecklas kan engagera sig, eller delge sina reflektioner till relevanta verksamheter.

För att skapa en verkligt personcentrerad hälso- och sjukvård är det vidare centralt att säkerställa beaktande av jämställdhets-, jämlikhets-, barnrätts- och funktionshinderperspektiv i utformningen av hälso- och sjukvården. I detta sammanhang vill utredningen speciellt uppmärksamma FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning samt FN:s konvention om barnets rättigheter. Den senare inkorporerades i svensk lag den 1 januari 2020 genom lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

## Goda exempel

### *Levande bibliotek*

I flera regioner tas kunskaperna och engagemanget hos patienter och närstående till vara genom ”ett levande bibliotek” där man samlar särskilt intresserade och kunniga. Personerna representerar någon sjukdomsgrupp eller är närstående. Gemensam nämnare är att de vill bidra med sina erfarenheter av hälso- och sjukvård. Olika verksamheter kan kontakta Levande bibliotek som matchar behovet med lämplig medlem och erbjuder ett deltagande i verksamhet. Det kan handla om processarbete, utvecklingsdagar, föreläsning, enskilda patientsamtal, volontärarbete, med mera.[5] Denna arbetsform kommer ursprungligen från Jönköping där det levande biblioteket i dag består av ca 45 personer i olika åldrar med olika bakgrund och kompetenser.[6] I utvärderingar av detta arbete lyfter patienter och närstående möjligheten att påverka som positiv men att projektet också lett till större förståelse för hälso- och sjukvårdens verksamhet och personal.[7] Verksamheten har genom projektet kunnat ta del av nya kunskaper och perspektiv som kommer till användning i utveck-

[5] Region Jönköping, *Erfarenheter från patienter och närstående samlas i ett levande bibliotek*, 2018.
[6] Region Jönköping, *Levande bibliotek*, 2019.
[7] Region Jönköping, *Erfarenheter från deltagarna*, 2019.

landet av vården.[8] Konceptet med Levande bibliotek har också börjat användas i andra regioner b.la. VGR.[9] Det finns även liknande projekt där personer med erfarenhet som patient, brukare och/eller närstående varit delaktiga i utveckling av vården t.ex. innovationsguiden från SKR där barn och unga involverats i utformningen av barn- och ungdomsvården.[10]

*Anställda spetspatienter i Norrbotten*

Utredningen har i tidigare delbetänkande beskrivit arbetet med spetspatienter, patienter som i kontakt med livsomvälvande sjukdom utvecklar strategier och metoder för att maximera må-bra-tiden.[11] Dessa personer är särskilt engagerade i sin egenvård och har utifrån långvarig sjukdom fått specifika erfarenheter och perspektiv. Region Norrbotten arbetar med spetspatienter med målet att etablera ett diagnosoberoende kompetenscentrum för aktiva patienter. Ambitionen är att fler kan bli spetspatienter med hjälp av egenvårdsutbildning och tillgång till bra verktyg.[12] Som en del av detta arbete anställde Region Norrbotten under 2019 två spetspatienter i projektgruppen. Deras arbetsuppgifter var bl.a. att ta fram utbildningsmaterial som andra som får en kronisk diagnos kan ha hjälp av samt att arbeta tillsammans med olika patient- och brukarföreningar.[13]

### 3.2.2 Interprofessionellt lärande och arbetssätt

För att möta en persons sammansatta behov krävs en samverkan inte bara mellan olika huvudmän och organisationer (se avsnitt 3.2.4), utan också strukturer som uppmuntrar och underlättar samarbetet mellan vårdens olika professioner - såväl de kliniskt verksamma som de administrativa och stödjande yrkesgrupperna - i det dagliga arbetet. Interprofessionell kompetens innebär förmåga att samverka med andra

[8] Region Jönköping, *Erfarenheter från verksamheten*, 2019.
[9] Västra Götalandsregionen, *Levande bibliotek ska bidra till bättre vård i Västra Götalandsregionen*, 2019.
[10] Innovationsguiden, *Spridningskatalog Lösningsförslag och lärdomar från utvecklingsteamen som arbetat med att förbättra och utveckla den sociala barn- och ungdomsvården,* 2017.
[11] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, s. 189–191.
[12] Region Norrbotten, *Spetspatienter – en ny resurs för hälsa*, 2017.
[13] Region Norrbotten, *Spetspatienterna som gör vården bättre*, 2019.

professioner, att ha kunskap om, förståelse och respekt för andra professioners funktioner, roller och etiska värderingar. Dessa kompetenser anses bidra till att förbättra vårdens kvalitet.[14]

De interprofessionella arbetssätten grundas redan under utbildningstiden, och behovet av att stärka såväl interprofessionellt lärande som arbetssätt betonas av många av våra samverkanspartners, inte minst kommande och yngre medarbetare i vården.

Behovet av interprofessionell samverkan gäller dock inte bara mellan de kliniska vårdprofessionerna. Behovet återfinns även gällande samverkan mellan olika styrande funktioner hos vårdens huvudmän. För att skapa en bättre helhetssyn, med beaktande av och förståelse för olika perspektiv i vårdens styrning, så är det av stor vikt att t.ex. funktioner som hanterar kommunikation, it-stöd, ekonomi, upphandling, fastighets- och personalfrågor inte blir ”separata öar” i en organisation utan en del av ledningsgrupp eller liknande.

I den politiskt styrda organisation som hälso- och sjukvården är ser utredningen även ett behov av utvecklat interprofessionellt lärande och arbetssätt mellan de kliniska verksamheterna, tjänstepersonerna inom ansvariga förvaltningar samt de folkvalda politiker som beslutar om den övergripande inriktningen på och utformningen av hälso- och sjukvården.

## Goda exempel

I vårt andra delbetänkande ingick en bilaga om interprofessionell utbildning och interprofessionella arbetssätt, som lyfte goda exempel bl.a. i form av Nätverket för Sveriges Hälso- och sjukvårdsstudenter och integrerade vårdteam hos South Central Foundation i Alaska.[15] I tillägg till dessa, följer här två andra exempel.

### *Riksförbundet sällsynta diagnoser – Gemensamt lärande*

Med sällsynt diagnos avses, enligt de svenska kriterierna, ett tillstånd som leder till omfattande funktionsnedsättning och som förekommer hos högst 1 person på 10 000 invånare. Ca 2 procent av Sveriges befolkning har en sällsynt diagnos. Att leva med en sällsynt diagnos

[14] WHO, *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*, 2010.
[15] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, s. 481–504.

innebär ofta komplicerade vård- och stödbehov, under hela livet och kunskap kring diagnoserna saknas ofta hos vårdpersonal i olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet.[16]

Med hjälp av finansiering från Allmänna arvsfonden startade 2016 ett treårigt projekt, Gemensamt lärande, som drivits av Riksförbundet Sällsynta diagnoser i samarbete med Centrum för Sällsynta diagnoser (CSD), Gro Organisationsutveckling och Riksförbundets regionala nätverk. I arbetet med Gemensamt lärande har olika professioner och patientföreträdare arbetat tillsammans, utifrån ett patientperspektiv, för att fördjupa kunskapen om och ta fram effektiva modeller för utveckling av personcentrerad vård för alla personer som har sällsynta diagnoser.[17]

Projektet har ökat samverkan mellan vårdens medarbetare, patienter och närstående genom att utveckla ett arbetssätt inspirerat av personcentrerad vård. Tillsammans med patientföreträdare och vårdens medarbetare från respektive regioner har projektet bidragit till ett fördjupat samarbete, erfarenhetsutbyte och stöd mellan CSD och patientrepresentanter samt verkat för att vården ska utvecklas och arbeta personcentrerat.

### *Biomedicinsk analytiker som en del av teamet i kommunens hälso- och sjukvård*

Hur provtagning, och i vissa fall också diagnostik och analyser, kommer att utföras utanför traditionell sjukhus- och laboratoriemiljö, är något som diskuteras i flera länder. I Danmark har ett arbetssätt med mobilt medicinskt laboratorium prövats och i Norge har kommunalt anställd biomedicinsk analytiker i syfte att öka kunskapen om provtagning hos andra yrkesgrupper i hälso- och sjukvården på vissa håll etablerats. I Sverige har formen med en kommunalt anställd legitimerad biomedicinsk analytiker provats under en period av Umeå kommun.[18] Förutom att bidra i det praktiska arbetet med provtagning innebar funktionen också en möjlighet till interprofessionellt lärande mellan de yrkesgrupper som traditionellt utför momenten och den nya tillförda kompetensen, ett lärande som

[16] Sällsynta diagnoser, *Om riksförbundet Sällsynta diagnoser*.
[17] Sällsynta diagnoser, *Gemensamt lärande*.
[18] Vårdfokus 2018-9, *Fariba fick unika jobbet*, 2018.

uppskattades av alla inblandade.[19] När hälso- och sjukvård i större utsträckning bedrivs i annan miljö än traditionellt, betyder det att yrkesgrupper som kanske tidigare inte varit en självklar del av teamet behöver finnas med, inkluderas och bidra med sin kompetens i nya sammanhang.

### 3.2.3 Salutogent förhållningssätt

För att vi ska klara av att möta framtidens hälsoutmaningar och vårdbehov i befolkningen måste vi skifta mer av vårt fokus till hur vi kan stärka hälsa, inte bara behandla sjukdom. Genom att förebygga eller skjuta upp insjuknande i akuta eller kroniska sjukdomar, minska risken för återinsjuknande eller förvärrade tillstånd, och skapa eller återskapa funktionsförmåga kan såväl mänskligt lidande undvikas som den begränsade gemensamma resursen användas mer effektivt.

De största vinsterna när det gäller förebyggande av ohälsa finns att hämtas hem i andra sektorer än hälso- och sjukvården (t.ex. inom transport- och utbildningssektorn) men hälso- och sjukvården har också en viktig roll att spela vad gäller hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder, både på individ och befolkningsnivå. Utredningen vill här specifikt framhålla habiliterande och rehabiliterande åtgärders betydelse för att stärka hälsan. Bägge dessa områden handlar just om att utveckla respektive återvinna ”bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande hos den enskilde”.[20]

Vårdsektorn har också möjligheter att påverka hälsan genom att utveckla sitt arbete med goda vårdmiljöer. För patienter och för medarbetare. Det handlar både om att utveckla arbete och forskning kring hur vårdmiljöer påverkar tillfrisknande och sjukdomsförlopp och att skapa sunda arbetsmiljöer för dem som jobbar i vården.

Att vi väljer att lyfta detta område som en framgångsfaktor grundar sig bl.a. i att det under den tid utredningen verkat börjat ske ett skifte i den offentliga hälso- och sjukvårdsdebatten, där *hälsa*, inte bara sjukdom, får alltmer utrymme och där behovet av före-

[19] Baserat på presentation vid rundabordssamtal om Diagnostik i den nära vården, hos Vårdförbundet 191016.
[20] Jfr definitionen av *habilitering* respektive *rehabilitering* i prop. 1992/93:159 *om stöd och service till vissa funktionshindrade*, s. 200.

byggande och rehabiliterande åtgärder alltmer lyfts fram. Som exempel kan t.ex. nämnas SKR:s ekonomirapport från maj 2019, där man i ett särskilt kapitel lyfte behovet av att arbeta förebyggande för att möta effekterna av den demografiska utvecklingen.[21] Vi är samtidigt medvetna om att det alltjämt återstår ett stort arbete med att överföra denna stigande medvetenhet till reella förutsättningar för verksamheter runtom i landet att på ett strukturerat och strategiskt sätt arbeta mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande (se t.ex. avsnitt 7.2.5 i vårt tredje delbetänkande). Utredningen har den senaste tiden fått en del oroväckande signaler om att just förebyggande och rehabiliterande insatser, t.ex. från fysioterapeuter, arbetsterapeuter och dietister, är bland det första som huvudmännen drar in på när budgetramarna dras åt. Om en sådan utveckling skulle fortsätta på bred front runtom i landet den närmsta tiden, så kommer det i stället att utgöra ett hinder för omställningen.

## Goda exempel

*Gävleborgs arbete med proaktiv hälsostyrning,*

Proaktiv hälsostyrning innebär att patientens situation är utgångspunkten, inte diagnoser eller symtom. Personalen gör en kartläggning av situationen, tolkar behoven och sätter i samråd med patienten in de åtgärder som behövs för att bibehålla hälsa, förebygga ohälsa och vårdbehov. Hälsocentralerna har uppdrag att arbeta enligt arbetsmodellen som en del i Hälsovalet Region Gävleborg. Det finns en direkt samverkan mellan kommunerna och hälsocentralerna, dels genom biståndshandläggare som deltar i kartläggningarna, dels via kommunens hemtjänst som uppmärksammar behov av insatser. Ett av de områden där regionen använder sig av modellen är fallprevention. Detta har lett till att fallskadorna minskat med 24 procent mellan 2013 och 2017. Fallskadorna är också få jämfört med andra regioner.[22]

[21] SKR, *Ekonomirapporten maj 2019*, 2019, kap. 4.
[22] SKR, *Ekonomirapporten*, *oktober 2019*, 2019, s. 58.

*Boverkets arbete med vårdens miljöer*

Även vårdens miljöer behöver vara utformade med hälsofrämjande i åtanke. Boverket har inom det övergripande uppdraget Gestaltad Livsmiljö fått uppdraget att särskilt stödja kvaliteten inom vårdens miljöer. Här ligger stort fokus på såväl ökad hållbarhet och jämlikhet som minskad segregation, samt ökad delaktighet för att kunna påverka vårdens miljöer. Med denna utgångspunkt kommer boverket att ta fram en vägledning för kommuner, regioner och berörda privata aktörer om hur vårdens miljöer bör utformas. i denna vägledning samlas kunskap om hur gestaltad livsmiljö med hög kvalitet kan implementeras i såväl planering, byggande, inredning, drift som förvaltning av vårdens miljöer.[23]

### 3.2.4 Fungerande samverkan och samordning för ett sammanhängande hälso- och sjukvårdssystem

#### Ett fragmentiserat hälso- och sjukvårdslandskap

Såväl omvärlden som vårt hälso- och sjukvårdssystem ser mycket annorlunda ut i dag än när den grundläggande lagstiftning för hälso- och sjukvården kom till i början på 80-talet. Såväl invånare som patienter och allmän information rör sig mycket snabbare, och oftare, mellan olika delar av landet (och världen). Antalet utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård är dessutom väsentligt större efter att vissa uppgifter överlåtits till kommunernas huvudmannaskap, att vårdvalssystem inom primärvården blivit obligatoriskt och att man öppnat upp för möjligheten att använda LOV även inom andra delar av hälso- och sjukvården. Dessutom har vi allt fler invånare som lever längre och flera med komplexa behov, som kräver insatser från såväl olika huvudmän som olika utförare.

För att i dag kunna tillhandahålla en sammanhängande och effektiv hälso- och sjukvård till våra invånare finns därmed ett väsentligt större behov av samverkan och samordning mellan olika aktörer.

[23] Boverket, *Utveckla vårdens miljöer*, 2019.

## Att se sin egen del i helheten

Vi har i dag alltså ett system med olika delar som behöver kopplas ihop för att vi ska få till den personcentrerade vård och det effektiva utnyttjande av offentliga resurser som vi strävar efter. Mellanrummen behöver överbryggas. För att kunna göra det krävs det att alla ser sig själv och sin egen del av vårdkedjan som just en del av ett större hälsosystem. Samt att man har viss kunskap om omkringliggande delar i vård- (och omsorgs-)kedjan och om varandra. Även om man inte arbetar i samma formella organisation.

Liksom andra sektorer står hälso- och sjukvården inför att göra ett skifte från linjära organisationer, där syftet i stort är att leda den egna interna organisationen, till mer nätverksbaserade synsätt och därpå följande organisationsmodeller, där syftet mer är att samverka med andra utanför den egna organisationen. Denna förflyttning omnämns ofta internationellt som en förflyttning till ”integrated care”, integrerad vård. Ett sätt att definiera begreppet, utgående från systemperspektivet, är synen att

> Integrated health services delivery is defined as an approach to strengthen people-centred health systems through the promotion of the comprehensive delivery of quality services across the life-course, designed according to the multidimensional needs of the population and the individual and delivered by a coordinated multidisciplinary team of providers working across settings and levels of care. It should be effectively managed to ensure optimal outcomes and the appropriate use of resources based on the best available evidence, with feedback loops to continuously improve performance and to tackle upstream causes of ill health and to promote well-being through intersectoral and multisectoral actions.[24]

En översyn ur system- och organisationsperspektiv för svenska förhållanden återfinns i en rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys); Samordnad vård och omsorg (2016).[25]

Skiftet till mer samverkande och nätverksbaserade organisationer ställer också delvis nya krav på kompetens hos ledare och medarbetare. De nätverksbaserade organisationernas styr- och ledningssystem måste, för att vara funktionella, vara mer horisontella än

[24] WHO Regional Office for Europe, *Integrated care models: an overview*, 2016.
[25] Vårdanalys, *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmentiserat vård- och omsorgssystem*, 2016.

vertikala, mindre hierarkiska och mer fokuserade på tillit och värdeskapande aktiviteter.

### Att arbeta mot gemensamma mål och en mer integrerad vård

För att åstadkomma ett sammanhängande hälso- och sjukvårdssystem kan det behövas såväl samverkan som samordning och vissa fall handfast samarbete mellan olika aktörer. Ingendera formen ska dock användas för sin egen skull, utan för att skapa sammanhängande system utifrån patienters och befolkningens behov.

Om olika begrepp[26]:
**Samarbete –** gemensamt bedrivet arbete som gäller en avgränsad uppgift,
**Samordning –** koordination av resurser och arbetsinsatser för att erhålla högre kvalitet och större effektivitet,
**Samverkan –** övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte.

Utifrån sitt övergripande ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) är det huvudmännens ansvar att säkerställa att nödvändiga strukturer och förutsättningar för att åstadkomma detta finns på plats. Utredningen vill i detta sammanhang framhålla behovet av strukturer för samverkan på såväl politisk som tjänstepersonsnivå.

I förhållande till det pågående omställningsarbetet vill utredningen här särskilt lyfta framtagandet av gemensamma målbilder och strategier för omställningsarbetet som en framgångsfaktor. Det gäller såväl lokalt mellan region och kommuner i ett visst län som nationellt mellan stat, kommuner och regioner.

Mellan olika vårdgivare och utförare av hälso- och sjukvård krävs det sedan i sin tur förutsättningar för en ändamålsenlig samordning, och ibland samarbete, utifrån befolkningens och individers behov. I kapitel 4 i detta betänkande lägger utredningen fram förslag med syfte att förbättra förutsättningarna för en samordnad och sammanhängande hälso- och sjukvård.

[26] Enligt Socialstyrelsens termbank.

## Goda exempel

*Närvårdssamverkan Uppsala*

Region Uppsala och kommunerna i Uppsala län har tillsammans utformat en strategi för ”närvårdssamverkan” mellan 2018 och 2020. Med närvård avses ett samverkansarbete mellan Region Uppsala och kommunerna för att skapa goda förutsättningar för invånarnas hälsa och välbefinnande. Närvård innebär gränsöverskridande vårdsamverkan och handlar om att koppla ihop resurser mellan huvudmännen för att tillsammans ge bättre vård och omsorg än var och en för sig. En viktig utgångspunkt är en gemensam process för framtagande av strategin för närvårdssamverkan i länet. I strategin för närvårdssamverkan fastslås ett gemensamt huvudmål och gemensamma delmål för hälso- och sjukvården i länet. Beslut om strategin fattas på politisk nivå. Strategin utgör ett av underlagen för Region Uppsalas och kommunernas årliga verksamhetsplaner och budgetar.[27] Strategin är ett stöd för ett lösningsfokuserat synsätt. Där aktörerna utgår från hur de kan göra ett bra arbete tillsammans utifrån individens bästa med hjälp av deras gemensamma resurser. Med detta arbete rör man sig från en förhandlingskultur till en samverkanskultur. Då strategin löper t.o.m. 2020 påbörjas under 2020 ett revideringsarbete där man kommer att utvärdera och analysera de tre åren med strategin. I arbetet framåt kommer även kunskapsstyrningen inkluderas i samma struktur.

*Hemsjukhuset i Borgholm*

Hemsjukhuset definieras som hemsjukvård och hemtjänst i nära samarbete med hälsocentral och ambulanssjukvård. Den kommunala hemsjukvården blir basen för vården av personer med komplexa behov och den regionala hälso- och sjukvården reserverar tider där läkare alltid finns tillgängliga för hembesök som personal i den kommunala vården bokar efter behov. Konceptet är framtaget i samverkan mellan personal från både kommunal och regional hälso- och sjukvård som samlats och diskuterat hur de kan samarbeta bättre och tillhandahålla bättre vård. Patienten i Hemsjukhuset vet att det alltid går att få ett hembesök av läkare vid behov. Patienten vet också att

[27] Region Uppsala samt kommunerna i Uppsala Län, *Strategi för närvårdsamverkan i Uppsala län 2018–2020*, 2018.

hens läkare följer upp eventuella sjukhusvistelser löpande så att värdet av dessa optimeras för patienten. Sjuksköterskorna i kommunen behöver inte vara ensamma om ansvaret och kontakten med läkare förenklas betydligt [28] (arbetet i Borgholm har beskrivits även i vårt tidigare delbetänkande se s. 351 i God och nära vård. En primärvårdsreform [SOU 2018:39]).

### 3.2.5 Prehospital och mobil vård – en integrerad del i vårdkedjan

I ett modernt, hållbart hälso- och sjukvårdssystem, där viss vård ska finnas nära och viss centreras, är adekvata transporter och mobila vårdlösningar en central del. Såväl vardagsnära som högspecialiserad mobil vård behöver vara en integrerad del av systemet. I linje med utvecklingen att allt mer vård görs i öppen vård, nära patienten och inte sällan hemma hos denne, har alltfler olika typer av mobila team/olika ambulerande insatser tillskapats runtom i landet, med organisatorisk hemvist såväl i akut som övrig specialiserade vården på sjukhus som i regionernas primärvård och den kommunala primärvården. Lösningarna ser olika ut på lika ställen, men återkommande är att mångfalden skapar utmaningar vad gäller att få ihop helheten av olika mobila insatser på ett ändamålsenligt och begripligt sätt, såväl för patienten som för de olika vårdgivarna och de som ska dirigera mobila resurser. I flera regioner i landet pågår därför nu arbeten med att se över helheten av de aktuella mobila resurserna.

Att få ihop dessa olika aktörer till en välfungerande helhet kräver ett arbete för att överbrygga utmaningar vad gäller olika tekniska lösningar, vårdgivargränser och olika kulturer. Såväl mellan olika mobila enheter som med övriga delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Det behövs också mer av standardisering kring optimala vårdnivåer.

Det innebär ett skifte ifrån att se, kanske framför allt de akuta, men även övriga mobila insatser som en fristående ruta i systemet till att se och använda dem som en integrerad del av ett större system. Vilket i sin tur medför ett behov av att skapa rätt förväntningar och kunskap kring vad det tex. innebär att arbeta i dessa verksamheter. Utbildning och utveckling måste syfta till möjlighet att verka i

[28] SKR, *Nära vård i Borgholm*, 2018.

moderna, breda mobila och prehospitala insatser. Inte bara i akuta ”blåljussituationer”.

För att kunna optimera akuta (och andra) mobila resurser krävs också mer forskning på området. Här bör huvudmännens nationella system för kunskapsstyrning, och dess nationella programområde ”akut vård”, kunna bidra till att möta behovet av att fastställa kunskapsläge, och identifiera kunskapsgap.

## Gott exempel

*Bedömningsbilen i Los*

Orten Los i Gävleborg, med ca 1 000 invånare, har efter en framgångsrik pilot ersatt sin ambulans med en bedömningsbil. Tidigare fanns en dagambulans stationerad i Los. Ambulansen utgick från Ljusdal och transporttid till och från Ljusdal ingick i arbetstiden, kl. 8–17 vardagar. Eftersom ambulanssjukvården tillämpar gränslös dirigering innebar det att ambulansen, efter avlämning av patient på sjukhus, användes för uppdrag utanför Los området. Dessutom innebar de långa avstånden till sjukhus att ambulansen under stora delar av dagen inte fanns på plats i Los. För att skapa kontinuitet och trygghet för befolkningen väcktes tanken att ersätta dagambulansen med en dygnet-runt-bemannad tjänst bestående av ambulanssjuksköterska i en bedömningsbil. Projektet förankrades bland befolkningen, dels via Bygderådet i Los samt via befolkningsträffar. Projektet drog igång i oktober 2015, med benämningen Bedömningsbilen i Los. Bedömningsbilen är utrustad som en ambulans, men är en personbil och saknar bår. En ambulanssjuksköterska bemannar enheten dygnet runt. Läkarstöd finns på telefon. Dagtid via Färila hälsocentral, jourtid via Familjeläkarjouren Ljusdal. Sjuksköterskan har kort utryckningstid och kan snabbt göra en första bedömning och inleda behandling. Hen samverkar nära med primärvården och kommunens sjuksköterska när inga ambulansuppdrag finns vilket medför att de kan hjälpas åt i många patientärenden. I dagsläget är det 8 ambulanssjuksköterskor som delar på uppdraget. Upptagningsområdet har en ungefärlig radie på ca 25–30 km. Medarbetarna inom både kommun och primärvård är mycket nöjda och känner stor trygghet med arbetssättet samt med det stöd som erhålls från den akutmedicinska nivå som ambulanssjuksköterskorna bidrar med.

Befolkningen känner stor trygghet och omvittnar stort förtroende för de insatser som görs. I en utvärdering av projektet svarade 81 procent att de värderar tryggheten högre än innan bilen infördes.[29]

### 3.2.6 Samordnad styrning av kompetensförsörjning

Som det också beskrivs i utredningens färdplan ser vi en fungerande kompetensförsörjning som en förutsättning för en framgångsrik omställning. En avgörande pusselbitför att uppnå detta bedöms vara en mer samordnad styrning av kompetensförsörjningen. Beslutet om inrättande av ett nationellt vårdkompetensråd, i enlighet med UKÄ och Socialstyrelsens förslag i slutrapporten om framtidens vårdkompetens (se även avsnitt 2.3.1), bedöms vara en viktig grundplåt för att kunna uppnå en mer samordnad och effektiv styrning av kompetensförsörjningen i landet. Avgörande för att nå dess fulla potential blir dock att det nationella rådet kompletteras av välfungerande regionala samordningsmekanismer och kompetensförsörjningsplaner, i linje med UKÄ och Socialstyrelsens förslag. Samt att dessa inkluderar de berörda kommunerna i respektive sjukvårdsregion.

En annan viktig pusselbit i en förbättrad nationell samordning av kompetensförsörjningen bedöms vara att regeringen går vidare i linje med förslagen från Styr- och resursutredningen (Strut) (U 2017:05), om att regeringen ska ha styrinstrument för att kunna påverka utbildningsutbudet för legitimationsyrken inom skola och hälso- och sjukvård. Styrinstrumentet föreslogs i den utredningen vara fyraåriga utbildningsuppdrag bestående av mål för antal helårsstudenter på totalnivå samt mål för antal examina för utbildningar.

#### Gott exempel

*Kommunakademin Väst (KAV)*

Samordning för kompetensförsörjning är även av vikt på lokal nivå. Kommunakademin Väst (KAV) är en arena för strategisk och systematisk samverkan mellan Högskolan Väst och de 14 kommunerna i Fyrbodal. Arbetet ska stärka kompetensförsörjningsförmågan och utveckla det livslånga lärandet. Målet är att behovet av kompetens,

[29] Region Gävleborg och Ljusdals Kommun, *Rapport Bedömningsbil Los*, 2015.

inom ramen för Kommunakademin Västs ingående parter, ska tillgodoses på både kort och lång sikt. Kompetensbehov hos både kommun och näringsliv måste därför beaktas. Viktiga områden för Fyrbodals kommuner i samarbetet är att öka övergången till högre utbildning, få behovsstyrd kompetensutveckling och att utveckla verksamheter i kommunal och privat sektor med ett särskilt fokus på digitaliseringens möjligheter. Högskolan Väst viktigaste områden i samarbetet är att kunna utveckla profilen Arbetsintegrerat lärande (AIL) och Stärka forskning och utbildning. Arbetet kännetecknas av ett förhållningssätt som bidrar till att skapa en samverkans- och kunskapskultur präglad av ömsesidig respekt och tillit. Det präglas av ömsesidig samverkan på lika villkor och samproduktion.[30] Parterna gör vardera en årlig insats till KAV om 750 000 kronor för finansiering av verksamhetsledning, gemensamma aktiviteter, projektinitiering, lokaler, drift och övriga tjänster. Fyrbodals kommuner respektive Högskolan Väst deltar med egna resurser i form av personal, utrustning, material och/eller tillskott av kapital i gemensamma forsknings- och utvecklingsprojekt, utvecklingsuppdrag, utbildningsprojekt och andra samverkansprojekt, tillsammans med andra lämpliga partners, allt i enlighet med vad parterna och aktuella partners kommer överens om för varje enskilt projekt.[31]

### 3.2.7 Logistiklösningar och infrastruktur som understödjer omställningen

När mer vård nära patienten möjliggörs, och vård flyttas ut från sjukhusen och hela vägen hem till patienterna behöver patientsäkra och effektiva logistiklösningar följa med. Det gäller dels transporter för medarbetare, material och läkemedel som används utanför vårdinrättningar, men även t.ex. tillgång till mobila lösningar för vårddokumentation samt medicinsk service såsom laboratorie- och bilddiagnostik. Annars krävs ändå besök (antingen av personal eller patient) vid sjukhus eller andra vårdinrättningar för dessa tjänster.

Förutsättningarna är också annorlunda när vård ges i någons hem än vid en regelrätt vårdinrättning, där lokaler och annan infrastruktur (såsom t.ex. vatten och avlopp, brandskydd, hygien, hantering av riskavfall etc.) är utformade med syfte att tillhandahålla kvalificerad

[30] Kommunakademin väst, *Budget och verksamhetsplan för Kommunakademin Väst 2020*.
[31] Högskola väst och Fyrbodals kommunförbund, *Samverkansavtal kommunakademin väst*, 2017.

vård. Detta måste beaktas när lösningar för att kunna tillhandahålla mer vård nära människor och i deras hem utformas. T.ex. behöver behov av redundans[32] analyseras när vård flyttas till människors hem, så att t.ex. elförsörjning för teknisk utrustning nödvändig för patienters vård kan garanteras i tillräcklig utsträckning.

När flera olika aktörer arbetar i hemmen (t.ex. en patient med specialiserad hemsjukvård utgående från ett sjukhus, och med hemtjänst från kommunen, ibland med olika aktörer under jourtid respektive ordinarie arbetstid) behöver också samverkans- och gränsdragningsfrågor kring service och logistik adresseras.

## Goda exempel

*Mobil röntgen*

Region Östergötland[33] är en av de regioner som i dag använder mobil röntgen. Införandet föregicks av ett pilotprojekt under 2017–2018. Bakgrunden var vetskapen om att 62 procent av patienter på säbo hade behov av ledsagning för röntgen, att 11 procent utvecklade förvirringstillstånd i samband med röntgen och att 63 procent av patienter på säbo kände sig medtagna i samband med sjukbesök. Vidare gjordes en förstudie på röntgenmottagnigen i Norrköping som visade att 90 procent av målgruppen (framför allt patienter i säbo) hade kunnat undersökas med mobil röntgen, av röntgensjuksköterska, på boendet.

Pilotprojektet genomfördes i den östra länsdelen, med 4 kommuner,[34] och boende på 45 särskilda boenden. Utöver patienter på säbo inkluderades även vissa patienter i enskilt boende, utifrån samråd med ett särskilt äldrevårdsteam. Den förväntade frekvensen var 1–2 undersökningar per dag, vilket stämde väl med erfarenheterna från det första året. Undersökningarna kan avslutas på plats av röntgensjuksköterskan, med 20 min väntetid på akutsvar. Utifrån

[32] Begreppet redundans innebär i princip ”överflöd”, dvs. närvaro av extra komponenter utöver dem som krävs för en apparats normala funktion (”både hängslen och livrem”). Redundans innebär att funktionen kan upprätthållas trots fel eller avbrott, men annorlunda än normalt (Källa: Det robusta sjukhuset, 2008).
[33] Baserat på presentationer av företrädare för Region Östergötland vid Nationellt samtal om den mobila vården 190814 samt vid rundabordssamtal om Diagnostik i den nära vården, hos Vårdförbundet 191016.
[34] Norrköping, Finspång, Söderköping och Valdemarsvik.

svaret kan man vid behov skicka patienten med transport direkt till rätt avdelning på sjukhuset.

Erfarenheterna från pilotprojektet var positiva. Såväl logistiken som det interprofessionella samarbetet och tekniken fungerade bra. Bildkvaliteten var god. Dessutom mycket positivt bemötande såväl från patienter som sjuksköterskor på säbo. Man kunde också se tydliga vinster för såväl de båda huvudmännen som patienter och vårdgivare. Kommunerna sparar pengar på minskade ledsagningskostnader och regionerna på minskade ambulanskostnader (på sikt). För patienterna minskar risken för vårdrelaterade infektioner och man slipper utsättas för den stress ett besök i sjukhusmiljö kan innebära. För vårdgivarna har man bland konstaterat att det nya arbetssättet bidragit till kunskapsöverföring och ökad kunskap om frakturer inom primärvården. Det har också bidragit till det interprofessionella samarbetet.

### *Robust sjukhus och robust vårdcentral*

Under 2017 till 2020 pågår en revidering av vägledningen Det robusta sjukhuset, vilken ursprungligen togs fram av Krisberedskapsmyndigheten 2008. Revideringen leds av MSB, i samverkan med SKR och Socialstyrelsen. Den reviderade vägledningen är på remiss under de första månaderna av 2020 och förväntas färdigställas i juni 2020.[35] Syftet med denna vägledning är att ge regioner stöd i arbetet med att säkerställa robusta byggnader, att lokaler och fastigheter är dimensionerade för att klara av störningar så att vård kan upprätthållas på sjukhusen även under olika påfrestningar. Vårdcentraler och övrig primärvård omfattas dock inte av Det robusta sjukhuset.

I nuläget saknas det alltså stöd för hur regionerna kan säkerställa att vårdcentraler har en ändamålsenlig förmåga att stå emot, hantera och återuppta verksamheten efter störningar. Behovet av en vägledning har framförts till SKR, som med anledning av detta har låtit genomföra en förstudie med målet att ta fram ett förslag på vad en vägledning för robusta vårdcentraler kan omfatta. Förstudien utgör ett underlag till fortsatt arbete med att ta fram en vägledning, och förväntas också kunna ge regioner ett initialt stöd i relaterat arbete. Baserat på förstudiens resultat föreslås att en vägledning med titeln

[35] MSB, *Remiss den robusta sjukhusbyggnaden – 2020 (Ärendenummer 2016-5389)*, 2019.

*Robust vårdcentral – en del av en notståndskraftig och uthållig primärvård* tas fram.[36]

### 3.2.8 Forskning, utveckling och utbildning som följer med och understödjer omställningen

Det finns ingen hälso- och sjukvård utan forskning, utveckling och utbildning och dessa behöver följa med när hälso- och sjukvården utvecklas utanför de traditionella sjukhusmiljöerna. För att på bästa sätt kunna utveckla hela systemet krävs också att fler professioner ges möjlighet till forskning, liksom att forskning bedrivs inom fler discipliner än i dag. Det måste skapas förutsättningar för livskraftiga forskarmiljöer i hela hälso- och sjukvårdssystemet.

Ett viktigt led i detta genomförande är ökad möjlighet till delade tjänster. Både sådana som delas mellan kliniskt arbete och forskning, dvs. mellan verksamhet och lärosäte, och tjänster som delas mellan olika verksamheter/vårdgivare. Det är ett sätt att naturligt sprida kunskap och lärande mellan organisationer. Forskningsmedel (nationella och regionala) måste finnas och vara sökbara i större utsträckning för forskning som bedrivs t.ex. inom primärvården hos regioner och kommuner. Mer forskning behöver ägnas nya arbetssätt, metodutveckling och implementering.

En annan central del av detta är tillgången till aktuell och relevant kunskap för en jämlik vård. Här vill utredningen särskilt lyfta behovet av att prioritera utveckling av stöd anpassade till såväl den kommunala som regionfinansierade primärvårdens situation.

För att stödja och driva på omställningen krävs även utbildningar som rustar studenter bättre inom bl.a. personcentrering, interprofessionella arbetssätt, systemkunskap, digitalisering inom hälso- och sjukvården samt ett förebyggande och rehabiliterande förhållningssätt. I detta avseende vill utredningen lyfta fram den nya examensbeskrivningen för läkare som bl.a. lyfter fram just behov av kunskap om hälso- och sjukvårdssystem i Sverige och förmåga till ledarskap och interprofessionellt samarbete, såväl inom hälso- och sjukvården som med professioner inom andra delar av samhälle interprofessionellt lärande.[37] Utredningen vill samtidigt framhålla att förändringar för att bättre motsvara de krav på medarbetare som ställ i en modern

[36] SKR, *Slutrapport – Förstudie Robust Vårdcentral*, 2019.
[37] *Högskoleförordning* (1993:100), bilaga 2.

hälso- och sjukvård i hög grad också kan genomföras – och det görs på flera håll – inom ramen för befintliga examensbeskrivningar för olika vårdyrken. Det gäller såväl kliniska som administrativa och stödjande yrkesgrupper i vården.

## Goda exempel

*Regionernas system för sammanhållen kunskapsstyrning*

Inom regionerna pågår ett arbete med att samordna kunskapsstyrning för att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Kunskapsstöd ska tas fram inom relevanta områden och utformas så att de är lätta att använda. Större delen av arbetet utförs i regionerna och sker på mikro-, meso- och makronivå.

Mikronivån är själva verksamheten. Här möter patienter och vårdgivare varandra. Här finns vårdteam, stödsystem och verksamhetschefer. Det är på den här nivån som systemet behöver skapa värde för att få effekt och göra skillnad. Aktörer och grupperingar på mikronivå ska ha tillgång till och använda bästa möjliga kunskap. Arbete ska fokusera på patienternas behov, och erfarenheter ska spridas vidare i systemet.

På mesonivån finns regioner med hälso- och sjukvårdsledning, sjukvårdsregioner och samarbete med kommuner. Aktörer och grupper på mesonivå ska stödja vårdgivare i att använda bästa tillgängliga kunskap samt utveckla och förbättra verksamheter på mikronivån. Ledningar på mesonivån behöver följa upp, fråga efter resultat och föra dialog om kvalitet med verksamheten.

Makronivån är regioner i samverkan, SKR där stödfunktionen för systemet finns, och samverkan med staten. Aktörer och grupperingar på makronivå ska underlätta samverkan mellan huvudmännen och med myndigheter, bl.a. så att det blir enklare att ta fram relevanta och användbara kunskapsstöd och sätt att följa upp kvalitet och resultat i hälso- och sjukvård.[38]

[38] SKR, *Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård*, 2019.

*Projektet 80/20 – En arbetstidsmodell för läkare i primärvården*

Region Gotland har mellan 2018 och 2020 genomfört ett projekt där Vårdcentralerna Wisby söder och Visby norr provar en arbetstidsmodell med 20 procent utvecklingstid av ordinarie arbetstid. Syftet med projektet är att ta fram en arbetstidsmodell som bidrar till att arbetsgivaren, Region Gotland, kan erbjuda en attraktiv arbetsmiljö som stimulerar kompetenshöjning och utvecklingsarbete inom schemalagd arbetstid för tillsvidareanställda specialister i allmänmedicin. Detta leder till en ökad kontinuitet, patientsäkerhet, förbättrad arbetsmiljö och på sikt ger ett minskat behov av hyrläkare (projektet avslutas och slutredovisas februari 2020).[39]

### 3.2.9 Digitalisering utifrån patienternas och vårdens behov

En digitalisering som utgår från patienternas, brukarnas och medarbetarnas behov och som bidrar till ökad delaktighet, mer ändamålsenliga och effektiva stöd och arbetssätt, är en viktig förutsättning för omställningen. Digitalisering har stor potential att fungera som ett verktyg för att koppla ihop olika delar av systemet, inte bara vad gäller själva vårdmötet mellan vårdgivare/profession och patient utan minst lika viktigt för att koppla ihop olika vårdgivare och ge vårdens medarbetare möjlighet att samverka med kollegor som befinner sig på andra platser (både tillsammans med patient och för egen del) och potentiellt undvika extra vårdbesök för patienten. Det finns även stor potential att effektivisera vårdens olika stödsystem. Digitaliseringens möjligheter ska, precis som övrig vård, alltid erbjudas utifrån behov, förutsättningar och preferenser. På så sätt ger de ytterligare möjligheter att tillhandhålla personcentrerad vård (nära), och skapa trygghet för patienter.

För att kunna tillgodogöra sig potentialen i digitaliseringen krävs dock att huvudmän och (andra) vårdgivare satsar på adekvat utbildning och kompetensutveckling till personalen. Samt att man satsar på en digitalisering som når – inte exkluderar – utsatta och sårbara grupper (jfr avsnitt 3.2.10). För att fullt ut kunna nyttja digitaliseringens potential är dessutom hälso- och sjukvården liksom övriga samhället beroende av en fortsatt utbyggnad av bredbandskapaciteten i hela landet.

[39] Region Gotland, *Projektet 80/20 – En arbetstidsmodell för läkare i primärvården*, 2019.

En annan dimension av digitaliseringen som bör nämnas är potentialen hos artificiell intelligens (AI). Regeringen gav i mars 2019 Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga omfattningen av och inriktningen på användningen av AI inom hälso- och sjukvården. I kartläggningen ingick bl.a. att analysera områden där användningen kommit långt respektive där man ser att mycket kan hända i närtid.

Socialstyrelsen redovisade sitt uppdrag i oktober 2019. I rapporten konstateras att även om flera bedömare menar att hälso- och sjukvården skulle kunna utvecklas radikalt med stöd av AI, så är AI inom hälso- och sjukvård ännu i ett tidigt utvecklingsstadium. Det pågår mycket forskning men det finns ett begränsat antal applikationer i ordinarie drift. I dagsläget används AI-stöd framför allt inom anamnes, diagnos och beslutsstöd. Andra områden där AI kommer till användning är monitorering och telemedicin.[40]

Kartläggningen visar på att vårdkvaliteten kan förbättras på olika sätt med stöd av AI. AI kan bidra till en mer kunskapsbaserad och personcentrerad vård. För det mesta utför AI också sin uppgift mer robust än människor. Människors prestationer är mer varierande, vilket kan vara både en fördel och en nackdel. Samtidigt framhålls att etiska ställningstaganden är viktigt för att bedriva forskning och för att använda AI-stöd i den kliniska verksamheten. Det handlar till stor del om hur de stora datamängder som krävs för utvecklande av AI används.

## Goda exempel

*Konsultationer och jourstöd*

Sedan mitten av 1990-talet har Region Västerbotten använt vård på distans för att göra vården mera tillgänglig och konsultationsverksamhet var det första användningsområdet. I dag bedrivs konsultationer inom en rad olika områden och inkluderar både tjänster sjukhusen emellan och specialiststöd till primärvården.

Konsultationstjänsterna och jourstödet har ett antal olika tillämpningar, bl.a.:

[40] Socialstyrelsen, *Digitala vårdtjänster och artificiell intelligens i hälso- och sjukvården*, 2019.

– Konsultationsstöd vid akuta bedömningar avseende barn med misstänkt hjärtfel, där barnhjärtmottagningen på universitetssjukhuset samverkar med Sunderby och Gällivare sjukhus avseende akuta bedömningar av hjärtultraljud hos barn. Barnhjärtspecialisten kan med stöd av ultraljudsbild i realtid via sin dator och telefonkontakt guida barnläkaren i Sunderby eller Gällivare under undersökningen och ge stöd vid bedömningen. Barnhjärtläkaren på universitetssjukhuset loggar in på en säker webbsida via sin dator och kan på så sätt ta del av ultraljudsbilden i realtid.
– Remiss med bild inom dermatologi, där patienten besöker sin sjukstuga eller hälsocentral där hudåkomman fotograferas och bilden lagras i patientens journal. Läkaren i primärvården skickar en remiss till hudkliniken med hänvisning till bilden för bedömning och förslag till handläggning. Hudläkaren vid universitetssjukhuset bedömer bildremissen och kan på så sätt prioritera om patienten behöver remitteras till universitetssjukhuset för att träffa hudläkare eller om patienten kan hanteras i primärvården. Vid ca 90 procent av tillfällena kan förslag på behandling ges utan efterföljande besök.
– Jourstöd i glesbygd, där det i Tärnaby, Storuman, Sorsele och Malå sjukstugor sedan flera år finns en videolösning i akutrummen som gör det möjligt att koppla upp sig med video för stöd eller handledning på distans i akuta situationer. Jourläkare i hemmet, eller på annan ort kopplar upp sig via en dator och kan med hjälp av en styrbar kamera kopplad till en enkel videostreamingserver få en god överblick över rummet.[41]

*Internet-psykiatri*

Internetpsykiatri i Region Stockholm erbjuder internetbehandling för depression, sömnsvårigheter, paniksyndrom, hälsoångest, IBS (irritable bowel syndrome), social fobi, tvångssyndrom (OCD) och dysmorfofobi (BDD). Internetbehandlingen är i självhjälpsformat med psykologstöd och behandlingstiden sträcker sig över 9–13 veckor beroende på vilken behandling som avses. På hemsidan finns evidens för de olika behandlingarna samlad. En psykolog svarar på hemupp-

[41] Region Västerbotten, *Kartläggning av vård på distans i Västerbottens läns landsting*, 2016, s. 16 f.

gifter och meddelanden samt kontaktar patienterna regelbundet via telefon under behandlingens gång.

Insatserna erbjuds via 1177 till invånare i Region Stockholm och till patienter som är bosatta i andra regioner efter en telefonkonsultation.[42] Genom det digitala arbetssättet når regionen grupper som traditionellt är svårare att nå för denna typ av hälsoproblem, exempelvis unga män.

### 3.2.10 Samverkan med aktörer utanför vård och omsorg

Hälso- och sjukvården kan inte ensamt lösa dagens och morgondagens hälsoutmaningar. Determinanter för hälsa finns i alla sektorer.[43]

Hälso- och sjukvården har dock en viktig roll i att bistå med kunskap till andra sektorer och lyfta frågor av relevans för hälsans utveckling. Givet att många människor söker sig till hälso- och sjukvården även för det som i vissa fall kanske inte är rent medicinska problem (men som kan påverka hälsan på många sätt), såsom t.ex. ensamhet eller oro, kan hälso- och sjukvården med rätt förutsättningar fungera som ”ingång” där man kan få stöd till egenvård men även hjälp att komma i kontakt med andra samhällsaktörer, såsom t.ex. civilsamhället i form av kultur- och idrottsföreningar, pensionärsorganisationer och religiösa samfund eller till delar av kommunernas sociala verksamhet.

#### Gott exempel

*Hälsostaden Ängelholm, Besöksvän*

För att förebygga sjukdom hos ensamma äldre har Ängelholms kommun infört konceptet ”besöksvänner”. I ett samarbete med sjukhuset ordinerar man volontärer till personer som behöver hjälp tillbaka till en meningsfull vardag. Social isolering är en hälsorisk och leder till ökad risk för psykosomatiska besvär och försvårar tillfrisknande. Besöksvän underlättar för de som är socialt isolerade och kan även minska och förebygga behovet av hemtjänst. Tre medicinavdelningar på sjukhuset är med i satsningen. Där är några av under-

[42] Region Stockholm, *Internetpsykiatri*, 2019.
[43] Jfr SOU 2016:55, *Det handlar om jämlik hälsa. Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete*.

sköterskorna extra uppmärksamma på om någon av patienterna tycks behöva en besöksvän. Ängelholms kommun har byggt upp en pool med volontärer som tillfrågas när någon behöver en besöksvän. Patienten paras ihop med den volontär som bäst matchar patienten. De två får träffas, göra upp en plan och sedan följer kommunen upp hur det går. Skulle matchningen inte fungera går det att byta besöksvän.[44]

## 3.3 Hinder för omställningsarbetet

### 3.3.1 Bristande uthållighet

En av de vanligaste frågorna till utredningen är ”varför kommer det att funka den här gången? Vi har ju pratat om att ställa om hälso- och sjukvården och stärka primärvården sedan 1960-talet.” Vårt svar på den frågan är att en förutsättning är att vi lyckas skapa den nödvändiga politiska uthålligheten. För det krävs bred politisk vilja och enighet om den övergripande målbilden och färdplanen, och att man sedan fortsatt håller fast vi detta över mandatperioder och eventuella skiften mellan styren. Det gäller såväl på nationell nivå i riksdagen, som i samtliga våra lokala beslutande församlingar i landets 20 regioner och 290 kommuner.

Det säger sig självt att det är en stor utmaning att skapa den uthålligheten och stabiliteten i så många skiftande forum, och över flera mandatperioder. Inte minst med beaktande av att olika politiska agendor är en av grundvalarna för vårt demokratiska system. På liknande sätt som olika partier gått samman kring gemensamma långsiktiga inriktningsbeslut kring frågor av stor vikt för vårt gemensamma samhälle och välfärd (t.ex. migration eller försvaret) ser vi dock att det finns behov av en grundläggande gemensam samsyn om den övergripande inriktningen kring utvecklingen av hälso- och sjukvården. Även om huvudmannaskapet här ligger hos regioner och kommuner. Exakt hur den övergripande inriktningen sedan implementeras kommer även fortsatt att skilja sig om runtom i landet, både utifrån politiskt styre och lokal kontext. Alltför kortsiktiga signaler kring inriktningen riskerar dock skada förtroendet för och

[44] SKR, *Nära vård i Ängelholm*, 2019.

engagemanget i omställningsarbetet, framför allt hos vårdens medarbetare men även hos våra medborgare.

Behovet av politisk uthållighet knyter därmed också direkt an till utmaningen att skapa uthållighet i omställningsarbetet hos vårdens medarbetare och hos befolkningen i stort. Det behöver skapas tydlighet om vad som planeras och hur man själv kan/kommer involveras. Man behöver ha kunskap om och känna tilltro till hur målbild och färdplan konkretiseras i den egna regionen och kommunen, och det arbete som ska göras under en längre period. Det i sin tur ställer stora krav på ändamålsenlig kommunikation och information.

För att hålla i ett långsiktigt förändringsarbete är det också av vikt att det finns stabila interna ledningsfunktioner och institutionellt minne hos huvudmännen.

### 3.3.2 Bristande helhetsperspektiv och systemkunskap

#### Förändringar över tid har lett till svåröverblickat system

En stor utmaning och potentiellt hinder för att genomföra den samordnade utveckling av hälso- och sjukvårdssystemet som vi har i uppgift att stödja är att den svenska hälso- och sjukvården av i dag är ett komplext och svåröverblickbart system. Det i sin tur gör det svårt för personer som verkar i systemet att tillägna sig tillräcklig systemkunskap och för systemet som helhet att tillämpa ett helhetsperspektiv i förändringsarbetet.

Utredningens analys är att denna situation har uppkommit över tid genom diverse olika förändringar runtom i systemet, som inte alltid nödvändigtvis varit effekter av strategiska beslut utan kanske snarare en organisk utveckling av våra decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem. Detta sammankopplat med stundtals ideologiskt tvära kast i styrningen av hälso- och sjukvård, har gjort att när man försöker skapa sig en överblick på systemnivå ter sig vissa delar osammanhängande och ibland blir det t.o.m. på gränsen till motsägelsefullt mellan olika tillämpliga regleringar.

## Vi saknar system för att fånga helheten

Våra styr-, ersättnings- och uppföljningssystem samt arbetssätt har dessutom traditionellt fokuserat på sjukhusvård och den specialiserade vården. Vi saknar därför i stor utsträckning ändamålsenliga system för att beskriva och följa upp helheten av vårt hälso- och sjukvårdssystem. Vi saknar i alltför hög grad kunskap om, och möjlighet att på aggregerad nivå strukturerat följa, vad som sker primärvården, och framför allt kommunernas primärvård. I enlighet med riktningen för omställningsarbetet, och med våra dynamiska definitioner av begrepp som sluten vård, öppen vård och primärvård, förs samtidigt nu mer och mer uppgifter över till primärvårdsnivån, inklusive kommunens hälso- och sjukvård[45]. Det är utredningens bedömning att detta dock alltför ofta sker utan en strukturerad plan för resurs- och kompetensförsörjning av motsvarande uppgifter. Samt att det i sin tur delvis beror på att vi faktiskt saknar grundläggande data för primärvården att utgå ifrån för att göra rimliga analyser.

Till detta kommer utmaningar med att det är olika logiker som används för att budgetera och ersätta olika moment på stora vårdenheter som sjukhus och för små enheter som t.ex. vårdcentraler. I den specialiserade vården på ett sjukhus används i hög grad anslagsfinansiering, där större och mindre insatser ersätts som delar i en vårdkedja, och tillsammans på helheten ger rimliga budgetära förutsättningar. När enskilda insatser bryts ut och ska tillhandahållas av regionernas primärvård, och ofta vårdcentraler, så är det andra ersättningsprinciper som gäller. Vårdcentraler ersätts till skillnad från sjukhusen till större delen med kapitering, kombinerat med olika varianter av prestationsbaserade ersättningar. I ett sådant system, med korta uppföljningstider och betydligt mindre resultatenheter än på sjukhusen, blir det svårare att hitta ändamålsenliga sätt att ersätta enskilda nya tillkommande uppgifter. Samt att i primärvården utveckla och effektivisera arbetssätten.

Sammantaget leder ovanstående till att vi i dag saknar förmågan att på ett begripligt sätt beskriva hur vårt hälso- och sjukvårdssystem är tänkt att fungera. Såväl för våra invånare och patienter som för vårdens medarbetare. Om man som medarbetare inte kan se och

[45] Här avses alltså inte ansvaret för hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 1–2 §§ som för alla kommuner växlades i samband med Ädelreformen 1992, vilket skatteväxlades.

förstå sin roll i ett större system, blir det också ogörligt att fungera som stöd till patienter i samma system. Incitamenten för att samverka med andra delar av systemet blir också små, eller obefintliga, eftersom det inte går att se hur det i slutändan leder till vinster för patienten eller den egna organisationen. Detta utgör konkreta och direkta hinder för den önskade utvecklingen.

### Fragmentiserade styrsignaler

Utifrån att det är så svårt att få en rimlig överblick så tenderar också olika delar av systemet att, utan avsikt, sända vad som uppfattas som delvis motstridiga budskap till aktörer såsom huvudmän och vårdgivare. Det kan t.ex. handlar om fokus på smalspårig tillgänglighet och samtidigt satsningar på mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetssätt. Tillitsdelegationen har i sitt arbete konstaterat att organisationer inom välfärdssektorn i dag alltför ofta styrs och utvärderas utifrån ett antagande om att de är ensamma aktörer i en verklighet som inte påverkar eller påverkas av andra aktörers agerande. En sådan styrning försvårar samverkan, trots att behovet av samverkan är allt större för att kunna möta medborgarens förväntningar och behov. De menar vidare att frånvaro av helhetsperspektiv gör att vi i dag befinner oss i en paradoxal situation där vi gärna vill att organisationer inom t.ex. hälso- och sjukvård ska samarbeta, men där vi har konstruerat ett system som kraftigt missgynnar samarbete.[46]

## 3.3.3 Stor variation i uttolkningen och implementering av befintliga regelverk

Utredningen har inte i uppgift att ändra rådande ansvarsnivåer för hälso- och sjukvården, och som vi återkommande beskrivit ser vi att det finns behov av lokal och regional anpassning av utformningen av hälso- och sjukvården. Med detta sagt bedömer vi det dock som ett reellt hinder att det i så många frågor i dag görs väldigt olika uttolkningar av befintliga regelverk av olika huvudmän. Samt att det ofta saknas möjlighet att pröva frågorna och få klargörande kring rättsläget, om inte frågan drivs till domstol.

[46] SOU 2018:47, *En lärande tillsyn. Statlig granskning som bidrar till verksamhetsutveckling i vård, skola och omsorg*, s. 85–86.

Det är utredningens bedömning att olika tolkningar av rättsläget riskerar att bidra till en ojämlik vård för landets invånare samt försvårar möjlighet att samverka mellan olika aktörer. Detta reflekteras i dagsläget t.ex. av olika tolkningar kopplat till vilken hälso- och sjukvård regionen respektive kommunen får eller inte får utföra i hemmen, där låsningar mellan huvudmän i slutändan drabbar patienter.

Det är utredningens uppfattning att ramlagen för hälso- och sjukvården länge tjänat oss väl, och möjliggjort lokal anpassning i vårt decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem. I en modern tid, där såväl information om utformningen av vården som om erfarenheter av vårdupplevelser sprids på nolltid, uppfattas det dock inte längre lika rimligt av våra invånare att systemet behandlar mig alltför olika enbart beroende på i vilken landsände jag bor. De regelverk som i många avseende gett efterfrågad flexibilitet i systemet uppfattas i dag många gånger som otydliga. Otydligheten i sin tur skapar alltför ofta en rädsla för att göra fel, vilket gör att vårdpersonal och vårdgivare begränsar sig i onödan och inte utnyttjar det utrymmen som finns inom gällande lagstiftning fullt ut. T.ex. vad gäller hur man organiserar sin hälso- och sjukvård och vem som får utföra vilka uppgifter.

En relaterad utmaning är också att hälso- och sjukvårdslagstiftningen kom till i en tid då nästan samtliga utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård var utförare i huvudmännens egen regi. Enskilda utförare adresseras inte i någon större utsträckning i lagstiftningen utan lagstiftningen fokuserar nästan uteslutande på huvudmännen och dess ansvar. Det finns därmed inte mycket stöd att hämta i lagstiftningen för de – i dag vanligt förekommande – situationer där huvudmännen avtalar med enskilda utförare om att utföra offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Utredningen noterar att detta i många fall verkar ha medfört uppgifter gällande t.ex. utbildning och forskning inte har inkluderats i avtal med enskilda utförare. Något som senare lett till svårigheter vad gäller att få ett gott genomflöde av studenter och i förlängningen att säkerställa en ändamålsenlig kompetensförsörjning. I kapitel 6 i detta betänkande lägger utredningen fram förslag med syfte att bidra till ett bättre genomflöde av studenter i vårdutbildningarna, och därmed förbättrad kompetensförsörjning.

### 3.3.4 Ekonomiska utmaningar för kommuner och regioner

Att fortsätta bedriva hälso- och sjukvård på samma sätt som i dag är inte vare sig samhällsekonomiskt eller socialt hållbart. Kostnaderna för hälso- och sjukvård fort sätter att öka i snabb takt. År 2018 ökade bruttokostnaderna för hälso- och sjukvård med 6 procent i löpande priser. Det är den högsta kostnadsökningstakten sedan 2003 och väsentligt högre än genomsnittet för de senaste fem åren.[47] Finansdepartementet presenterade i juni 2019 en analys som pekade på att det så kallade finansieringsgapet, dvs. skillnaden mellan den utgiftsnivå man kan ha i kommuner och regioner med dagens skattesats och utgiftsnivån som krävs för att bibehålla 2019 års standard, är ca 90 miljarder kronor till år 2026. Om inga förändringar och effektiviseringar genomförs ökar alltså behovet av de resurser som krävs för att upprätthålla välfärden på dagens nivå snabbare än skatteintäkterna. Trots en beräknad skattehöjning på 13 öre 2020 kommer kommuner och regioner enligt SKR att sakna 43 mdkr 2023 om kostnaderna ökar i takt med befolkningen och staten inte heller tillför mer resurser än det som ligger i budgetpropositionen 2020.[48]

Flera huvudmän går dessutom med ekonomiska underskott. Vid utgången av 2018 var det 35 kommuner och 6 regioner som hade negativa resultat kvar att återställa om totalt 0,7 mdkr för kommunerna respektive 2,8 mdkr för regionerna. Jämfört med 2017 hade antalet kommuner och regioner som hade ett negativt resultat kvar att återställa ökat med 24 kommuner och 3 regioner.[49] De ekonomiska utmaningarna innebär ofta att man tvingas dra ner på olika hälso- och sjukvårdsverksamheter. Detta i ett skede då man i stället tillfälligt skulle behöva tillföra vissa medel för att stimulera tillskapandet av nya arbetssätt och strukturer. I dialog med utredningen lyfts från olika verksamhetsföreträdare att det ofta är rehabiliterande och förebyggande insatser, samt resurser för att samverka med andra utanför den egna organisationen, som dras in först. Dvs. områden som bedöms som centrala att satsa på för att på lite längre sikt få såväl en bättre folkhälsa som bättre ekonomisk balans i systemen.

Men det är inte samma dag som vi flyttar ut mer vård i öppen vård eller ändrar arbetssätt som vi kommer att se vinster i form av t.ex. bättre hälsoutfall (för invånare och personal), bättre fungerande

[47] SKR, *Ekonomirapporten oktober 2019,* 2019, s. 8.
[48] SKR, *Ekonomirapporten oktober 2019*, 2019, s. 5.
[49] Prop. 2019/20:1, *UO25*, s. 12.

vårdkedjor eller högre kostnadseffektivitet. Vinster kan inte heller alltid räknas hem i samma resultatenhet eller inom samma budget-, eller ens mandatperiod. Det är komplexa samband och förändringar som tar tid. Det gör det till en stor utmaning att få till och (politiskt) motivera satsningar, framför allt i ekonomiskt kärva tider. Politiker vinner inga val på något som ”inte händer”.

Detta i sin tur pekar på det stora behovet av att utveckla nya beräkningsmodeller och metoder som bättre förmår fånga samband och vinster i hälso- och sjukvårdssystemet och hälsosystemet i sin helhet, och bättre inkluderar patientperspektiv. Det aktualiserar också problemet med avsaknaden av aktiva och transparenta prioriteringsdiskussioner och stöd för prioritering inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården på alla nivåer. Utredningen vill i detta avseende ställa sig bakom andra utredningar som pekat på behovet av att se över frågor om prioriteringar inom den offentliga hälso- och sjukvården.[50]

### 3.3.5 Bristande inkludering av medarbetarna

En annan överhängande risk är att huvudmännens strategier och styrdokument för omställningen bara förankras på ledningsnivå (politik och tjänstemannaledning) och inte förankras hela vägen ut i verksamheterna. Man behöver i den lokala kontexten kunna beskriva vad omställningen är, varför den sker och hur det berör och kommer involvera medarbetare på olika ställen i systemet. Utredningen har i flera delar av landet, där politiska beslut kring omställningen finns och ett strategiskt utvecklingsarbete bedrivs på ledningsnivå, träffat medarbetare som inte har kunskap om att omställningsarbete pågår/planeras i den egna organisationen. Vissa har kunskap om utredningen och arbetet på nationell nivå men undrar kring vad det betyder i den egna vardagen och saknar såväl information som möjlighet till delaktighet i omställningsarbetet i den lokala kontexten.

De medarbetare som i dag har sin arbetsplats på sjukhus eller på andra ställen i den specialiserade vården bör i detta sammanhang nämnas specifikt. Utredningen får återkommande signaler från olika delar landet att dessa inte i tillräcklig utsträckning känner sig berörda

[50] SOU 2018:89, *Tydligare ansvar och regler för läkemedel*, s. 370; SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*, s. 516.

av eller inkluderade i omställningen, vilken man uppfattar enbart rör primärvården. För att klara omställningen måste dock hela systemet vara delaktiga, och se sig själv just som delar i ett större system. För sjukhusens medarbetare kan det t.ex. handla om nya sätt att tillgängliggöra sin kompetens även till kollegor och patienter utanför sjukhusens väggar.

För att få med sig medarbetarna i förändringen är involvering avgörande. Såväl arbetsgivare som fackliga representanter har till utredningen uttryckt att man saknar ändamålsenliga former och forum för att involvera medarbetarna i det pågående utvecklingsarbetet och tillvarata deras breda kompetens. Lite tillspetsat kan sägas att dialogen mellan arbetsgivare och arbetstagare ofta sker i sammanhang som facklig samverkan, och då via två typer av mötespunkter; förhandling och information. I detta skede behövs dock mer utvecklade former för dialog och att mötas och skapa tillitsfulla relationer där man kan jobba iterativt och gemensamt utveckla nya lösningar. Där ingen part kan förväntas ha färdiga svar i alla delar när man möts, utan där det finns transparens om tänkt process, men innehållet kan påverkas och utformas gemensamt under resans gång.

### 3.3.6 Utmaningar med kompetensförsörjning och kompetensutveckling

Som framgår av utredningens målbild och färdplan ser vi en ändamålsenlig kompetensförsörjning, utbildning och fortbildning som en förutsättning för att vi ska lyckas med omställningen. Samtidigt ser vi flera olika aspekter kopplat till detta som i dag utgör hinder för den önskade utvecklingen. Stora pensionsavgångar och en ansträngd rekryteringssituation innebär utmaningar för huvudmännen att säkerställa en effektivt organiserad vård med rätt kompetens på rätt plats.[51] Utmaningarna med kompetensförsörjning gäller inte bara de professioner som arbetar kliniskt utan även de yrkesgrupper som stödjer de vårdnära professionerna. En stor andel hyrpersonal innebär dessutom utmaningar inte bara för huvudmännens ekonomi utan även när det gäller kontinuitet i förhållande till patienter och kollegor samt förutsättningar att verksamhetsutveckling.

[51] SKR, *Ekonomirapport oktober 2019*, 2019, s. 50.

En annan utmaning inom detta område bedömer utredningen vara ojämna och ofta alltför svaga organisationer för lärande och utveckling inom den egna verksamheten. I detta sammanhang kan också framhållas att detta riskerar blir en särskild utmaning i kommunernas hälso- och sjukvård, och framför allt för mindre kommuner, där hälso- och sjukvården enbart är ett av många olika ansvarsområden. I detta sammanhang har det till utredningen framförts att riktat stöd, och gärna samverkan med region och sjukhus i närheten, för att skapa ändamålsenliga strukturer för lärande och utveckling vore önskvärt. En gemensam syn på, samt riktlinjer för, fortbildning efterfrågas brett från olika professioner.

I hela samhället går vi dessutom generellt mot alltmer specialisering inom olika kunskapsområden. Sverige är ett relativt litet land, och vi kan därmed av naturliga skäl inte förvänta oss att ha en stor mängd specialister inom olika områden att tillgå. Alla kompetenser – inklusive på förvaltningssidan- kommer därmed troligen inte kunna finnas hos 20 + 290 olika huvudmän. Detta sätter ljuset på behovet att samordna resurser, och att nyttja och tillhandahålla kompetenser på nya sätt, t.ex. genom olika digitala lösningar.

### 3.3.7 Investeringsbehov i vårdens byggnader och infrastruktur

Vi ser att stora behov av investeringar i nya eller renoverade vårdbyggnader och lokaler riskerar att påverka resurser och därmed skapa mindre utrymme för satsningar på omställningsmedel för själva (kärn-)verksamheterna. Samt att vi i dessa pågående och planerade stora byggnadsprojekt riskerar att cementera gamla vårdstrukturer och stuprör. I stället för att ta tillfället i akt och använda dessa tillfällen till att – i samverkan – utveckla nya flexibla och hållbara vårdbyggnader som kan understödja omställningsresan.

Det är utredningens bedömning att det är alltför sällan som fastighetsfunktioner och kärnverksamhet samverkar, från start, i omställningsarbete. För att lyckas med omställningen kommer det dock vara avgörande att även detta perspektiv finns med. Huvudmännen måste alltså utforma sina tidsramar för omställningen även utifrån andra områden än den rena kärnverksamheten, såsom t.ex. FoU och fastigheter. För att göra detta krävs det företrädare för dessa perspektiv finns med från start. Annars finns det en risk för

investeringar i stora dyra byggnader, med stora klimatavtryck, samtidigt som vården flyttar ut från den traditionella sjukhusmiljön.

Av utredningens dialoger med olika aktörer inom området framgår också att det i nuläget är relativt ovanligt med mer utvecklad, återkommande, samverkan mellan huvudmän när man planerar och utvecklar sina fastigheter. Om man börjar diskutera en samlokalisering, t.ex. i samband med en ny vårdcentral, så blir det ofta den ekonomiska verkligheten, och var det finns en ledig lokal, som styr. Inte i någon större utsträckning en mer strategisk ansats utifrån att tänka ihop sig med olika vårdgrannar eller pågående omställningsarbete.

Även regeringen har uppmärksammat frågan om de stora investeringarna i vården. I oktober 2019 tillsattes en utredning om Ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård (dir. 2019:69).[52] Syftet är att bidra till bättre förutsättningar för hälso- och sjukvårdens huvudmän och regeringen att fatta strategiska beslut om hälso- och sjukvård som svarar mot behoven ur ett nationellt perspektiv. Utredaren ska:

– kartlägga de större investeringsprojekt i sjukhus som pågår och som planeras inom regionerna,
– analysera hur dessa investeringsprojekt förhåller sig till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå, och
– analysera samverkan samt hur denna kan bidra till den nationella utvecklingen av hälso- och sjukvården och till ökad samhällsekonomisk effektivitet.

### 3.3.8 Bristande tillgång till kvalitetssäkrade data och kunskap om primärvårdsnivån

Som vi beskrev i vårt andra delbetänkande saknar Sverige i dagsläget en systematisk nationell uppföljning av primärvården på aggregerad nivå, utifrån gemensamma standarder. Sverige saknar därmed i stor utsträckning solida underlag för statistik och forskning samt för att systematiskt följa upp, utvärdera och kvalitetssäkra majoriteten av den hälso- och sjukvård som bedrivs i Sverige.

[52] Uppdraget ska redovisas senast den 15 januari 2021.

För att den omställning som vår utredning har i uppdrag att samordna och stödja ska komma till stånd bedömde vi det då, och gör det alltjämt, som avgörande att en systematisk uppföljning av primärvården på aggregerad nivå brådskande börjar byggas upp. Utan en sådan saknas möjligheter att på ändamålsenligt sätt följa och utvärdera omställningen mot en god och nära vård. De uppdrag som getts till Socialstyrelsen kring uppföljning av primärvård (se avsnitt 2.3.3) är därför helt centrala för det fortsatta omställningsarbetet.

I detta sammanhang bör också kommunernas del av primärvården specifikt framhållas. Även om det snart gått 30 år sedan Ädelreformen, när kommunerna övertog hälso- och sjukvårdsansvar för den som efter beslut av kommunen bor i vissa former av boende, och gavs möjlighet att ta över ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende; och även om alla regioner förutom Stockholm[53] numera har lämnat över ansvar för hemsjukvård till kommunerna så har kommunerna i alltför hög grad under denna tid varit ”bortglömda” som hälso- och sjukvårdshuvudmän. Frånvaron av kvalitetssäkrad kunskap om primärvården gäller i högsta grad även den kommunala hälso- och sjukvården. Bristen på underlag och kunskap gör det svårare att ta välgrundade beslut, men också visa på effekter av olika åtgärder och insatser som vidtas eftersom vi inte har en tydlig bild av nuläget.

Ett viktigt steg på vägen mot att skapa en bättre bild av den hälso- och sjukvård som bedrivs med kommunerna som huvudmän är de utökade kraven på rapportering till Socialstyrelsens hälsodataregister över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Sedan 2019 ska kommunerna rapportera vilka åtgärder som ges av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (tidigare var det främst uppgifter om antalet personer som fick insatser som rapporterades). De nya kraven medför dock behov av ett stort utvecklingsarbete och Socialstyrelsen beräknar kunna publicera statistik på området först 2021.

På kostnadssidan är det inte heller helt enkelt att få en tydlig bild. Delvis eftersom vi saknar en tydlig gemensam definition av vad som ingår i regionernas primärvårduppdrag och vilka kostnader som ska räknas för primärvård. Och delvis för att vi ofta helt tenderar att bortse från den del av primärvården som kommunerna är huvudman för. I detta avseende noterar vi också att kommunernas hälso- och sjukvårdskostnader generellt sett inte synliggörs på samma sätt som

[53] Norrtälje Kommun utgör ett – välkänt – undantag i Stockholmskontexten.

övriga delar av hälso- och sjukvårdssystemet. I SKR:s hälso- och sjukvårdsrapport redovisas t.ex. bara regionernas hälso- och sjukvård. Tittar man i stället i ekonomirapporten – som omfattar både kommuner och regioner – så redovisas inte kommunernas hälso- och sjukvårdskostnader separat. Hälso- och sjukvårdskostnader återfinns i stället inbakade i andra områden såsom ”äldreomsorg”, ”funktionshinder” och ”övrigt”.

### 3.3.9 Bristande arbete med ledarskapsfrågor

Chefer och ledare i hälso- och sjukvården spelar en avgörande roll i att genomföra de förändringar som krävs i omställningen mot en god och nära vård. Detta har bl.a. uppmärksammats av Vårdanalys i rapporterna Visa vägen i vården – ledarskap för stärkt utvecklingskraft och Åt samma håll – Nationella insatser för stärkt ledaskap i hälso- och sjukvården. I Visa vägen i vården framhölls bl.a. att hälso- och sjukvårdens chefer behöver förutsättningar och kompetens att:

- leda i komplexitet,
- leda andra ledare med stor egen autonomi,
- leda i och för förbättring och förändring,
- leda för ökad patientcentrering.

Dessutom identifierades fem utvecklingsområden för ett stärkt ledarskap:

1. stärkta förutsättningar för ett verksamhetsnära och personcentrerat ledarskap,
2. ökad attraktivitet för chefskap,
3. stärkt förmåga att leda i komplexitet, förändring och förbättring,
4. strategisk och kunskapsbaserad ledarskapsutveckling,
5. behov av en sammanhängande regional och nationell styrning för att möta hälso- och sjukvårdens utmaningar.

Vårdanalys konstaterade också att huvudansvaret för ledarskapsutvecklingen ligger hos hälso- och sjukvårdens huvudmän. Utifrån dessa slutsatser tog sedan Vårdanalys 2019 i Åt samma håll fokus på nationella insatser som kan bidra till ett stärkt ledarskap för utveckling i hälso- och sjukvården, och statens stödjande och kompletterande roll i det arbetet. Rapporten ringar in tre mål eller områden inom vilka nationella insatser kan bidra till att stärka ledarskapet:

- ökad kapacitet för systemutveckling, förändringsledning och personcentrering,
- en mer kunskapsbaserad ledarskapsutveckling,
- ökad attraktivitet för ledarskap.

Utredningen bedömer att ett förstärkt arbete på detta område, på såväl nationell som regional och lokal nivå och i linje med analysen i Vårdanalys olika rapporter, är helt centralt för omställningen. Det finns enskilda exempel på rörelse i rätt riktning, såsom tex. SKR:s ledarskapsprogram och konferens Leda omställning till Nära vård[54] men sammantaget ser vi alltför lite av ett strukturerat helhetsgrepp om dessa frågor och därför bedömer vi det bristande arbetet som ett möjligt hinder för omställningen.

Ett annat exempel i rätt riktning som vi vill nämna här är att Vårdanalys i november 2019 gavs i uppdrag att ta fram underlag till nationella insatser för utveckling och samordning av ledarskapsfrågor inom kommunalt finansierad vård och omsorg. Myndigheten ska bl.a. belysa förutsättningarna för ledarskap samt tillgängligheten till ledarskapsutbildningar, se över möjliga samverkansarenor mellan olika aktörer samt analysera behovet av kunskapsunderlag. Man ska särskilt samråda med den nyligen tillsatta nationella samordnaren för en hållbar kompetensförsörjning inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre (S 2019:04). Uppdraget ska redovisas i februari 2021.[55]

[54] Dokumentation från denna konferens finns tillgänglig på: https://skr.se/tjanster/kurserochkonferenser/dokumentation/alldokumentation/dokumentationledaomstallningtillnaravard.29227.html

[55] Regeringen, *Förbättrat strategiskt ledarskap inom kommunalt finansierad vård och omsorg*, 2019.

### 3.3.10 Regelverk och arbetssätt som utestänger de mest behövande

Ytterligare ett möjligt hinder, som kräver genomgripande och strategiska åtgärder på alla nivåer i samhället, är att vi skapar regelverk och arbetssätt som på olika sätt utestänger flera av de som är mest utsatta och har mest behov av vård och omsorg.

Det handlar t.ex. om tillämpning av ny teknik eller den digitala utvecklingens möjligheter på sätt som gör att tjänsten ifråga inte blir tillgänglig för alla som kan behöva den. Det kan vara en vårdcentral som – med avsikt att effektivisera och underlätta för både patienter och medarbetare – inför ett system där det enbart är möjligt att boka tid genom knappval på telefon eller via 1177.se på nätet, vilket kräver inloggning med mobilt bank-id. Genom att ta bort möjligheterna att boka tid via ett vanligt telefonsamtal där patienten får samtala med en person som tar emot bokningen, alternativt att fysiskt gå in på mottagningen och göra sin bokning, skapar vi ett system som riskerar att utestänga de människor som inte har den teknik eller de färdigheter som krävs.

Internetstiftelsens undersökning Svenskarna och internet 2018 visade på att ca 500 000 vuxna svenskar aldrig använder internet. Ytterligare 600 000 vuxna svenskar använde internet, men de gjorde det inte dagligen. Totalt var det alltså ca 1,1 miljoner vuxna svenskar som inte använde internet dagligen. De allra flesta av dessa personer var äldre. Undersökningar visar också pensionärer, arbetssökande och sjukskrivna använder internet mer sällan än de som har en annan sysselsättning. Det kan också noteras att i gruppen över 76 år var det nästan 60 procent som inte använder internet för att ta del av offentlig information från kommun och myndigheter inte heller för att ta del av information om medicin och hälsa. I gruppen 66–75 år var det 24 procent som aldrig använde internet för att ta del av information om medicin och hälsa. Det var också en stor del av befolkningen över 76 år (77 procent) som inte använder mobilt bank-id. Bland 66–75-åringarna var det 34 procent som inte använde mobilt bank-id.[56] I motsvarande undersökning för 2019 framgår att andelen som inte använder internet dagligen ligger kvar runt 1,1 miljoner medan andelen av befolkningen över 66 år som använder mobilt bank-id ökat från 40–49 procent. Det framhålls samtidigt att ökningen

[56] Internetstiftelsen, *Svenskarna och internet 2018*, 2018; *Svenskarna och internet 2019*, 2019.

ligger i linje med att befolkningen blir äldre, vilket gör att fler internetanvändare ingår i de äldre åldersgrupperna för varje år. Därmed ska ökningen inte tolkas som en stor beteendeförändring hos de äldre. Det finns inga skillnader mellan kön i användandet av mobilt bank-id.

Som framgår är våra äldre invånare en av de grupper som löper stor risk att exkluderas om inte deras särskilda behov beaktas vid utformandet av olika regelverk och arbetssätt i hälso- och sjukvården. Men det är inte alla äldre, och inte heller bara äldre personer, som berörs av dessa frågor. Även andra personer, t.ex. de med olika fysiska eller kognitiva funktionsnedsättningar kan ha svårt att tillgodogöra sig olika tekniska och digitala lösningar. I en forskningsöversikt framtagen för digitaliseringsrådet beskrivs en modell för att beskriva digitalt utanförskap där detta illustreras som en trappa med stegen: motivation, tillgång, färdigheter, användning. Modell visar hur forskningen har gått från fokus på tillgång till digital teknik, till att se det som ett mer komplext fenomen.[57] I rapporten framhålls också att eftersom den digitala utvecklingen är pågående kan inte digital kompetens och inkludering ses som avslutade processer; människor måste ständigt uppgradera sina kompetenser för att kunna hänga med. Människor som befinner sig på de övre stegen kan också vid en förändrad livssituation (tex. att gå från anställning till arbetslöshet) ”halka ned”.

För att inte skapa olika typer av utestängande situationer framhåller Funktionsrätt Stockholm tre olika strategier som från utredningen här också vill lyfta fram:

- **Tidig involvering och universell design:** universell design, eller universell utformning, handlar om att redan i planeringsfasen utgå från att olika personer har olika förutsättningar. Design som är tillgänglig för den som behöver det mest är ofta även bra för den tänkta genomsnittsanvändaren. Vanliga exempel på lösningar som skapats som hjälpmedel, men som även underlättar livet för personer utanför målgruppen, är fjärrkontroller och engreppsblandare.
- **Alternativa lösningar:** olika personer har olika behov – för personer som har svårigheter att höra eller att tala kan det vara en fantastisk lösning att använda en chattfunktion för att kontakta

[57] Linköpings universitet, *Digitalt utanförskap – En forskningsöversikt*, 2019, s. 6.

till exempel sin vårdcentral. För den som å andra sidan har svårt att skriva kan det fungera mycket bättre med en telefonservice.

- **Utbildning och stödtjänster:** för att så många som möjligt ska kunna använda digitala tjänster måste det finnas anpassade utbildningar. Det är viktigt att det finns bra testmiljöer för olika tjänster, för att skydda den personliga integriteten. Tjänster som t.ex. 1177.se måste gå att testa och att lära ut, utan att logga in på någons existerande konto, eller behöva använda bank-id. Utöver utbildningarna bör det också finnas olika stödtjänster, via telefon, webb, eller offentliga samlingslokaler som till exempel bibliotek. För vissa personer kan det fungera bättre med en supporttjänst än med en kurs.[58]

En annan utmaning som anknyter till detta område är att när våra system inte funkar för t.ex. äldre eller personer med funktionsnedsättning så blir det ofta anhöriga[59] och närstående omkring dem som får ta på sig uppgiften att lösa problemen och samordna vården för personen ifråga. Många anhöriga upplever att en av de tyngsta bördorna de har att bära är just den samordnande roll de ofta måste ta. I sin granskning från 2014 bedömde Riksrevisionen att många anhöriga tar på sig ett större ansvar än de egentligen vill på grund av brister i vården och omsorgen.[60]

En annan aspekt av detta område som utredningen vill belysa är frågan om möjligheten att använda ett s.k. ombud för att ta del av t.ex. sin patientjournal via 1177.se. Region Uppsala gav tidigare patienter möjlighet att digitalt ”dela” sin journal med någon annan, ett s.k. ombud. Vid tillsyn av tjänsten förelade Datainspektionen regionen att upphöra med att ge ombud direktåtkomst, med motiveringen att sådan åtkomst enligt lag uttryckligen endast kan ges till den enskilde själv, dvs. inte till dennes ombud. Föreläggandet överklagades och målet avgjordes slutligt i Högsta förvaltningsdomstolen där domstolen konstaterade att Datainspektionen haft fog för att förelägga regionen att upphöra med att ge ombud direktåtkomst

[58] Funktionsrätt Stockholm, *Vi revolutionerar digitaliseringen! Funktionsrätt Stockholms län om digital tillgänglighet,* 2019.
[59] Kort om begreppet anhörig: Personer som ger vård och omsorg till närstående. I 5 kap. 10 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, benämns personer som ger insatser till närstående anhörig eller annan person. Annan person är någon utanför familjekretsen exempelvis en vän eller granne. Ibland används begreppet närstående om de anhöriga, framför allt inom hälso- och sjukvården.
[60] Riksrevisionen, *Stödet till anhöriga omsorgsgivare (RiR: 2014:09*,) 2014, s. 14.

till regionens personuppgifter om enskilda. Detta har av patientföreningar och företrädare lyfts fram som mycket problematiskt för flera personer som redan är i en utsatt situation, och som har behov av att kunna utse en person som kan hjälpa dem med det praktiska kring deras vårdprocesser. Behovet kan t.ex. komma sig av att patienten på grund av hög ålder eller kognitiva eller fysiska hinder behöver hjälp med att hålla ordning på sina besök, diagnoser eller läkemedel.

Mot denna bakgrund välkomnar utredningen att regeringen gett ett utredningsuppdrag att se över möjligheterna att ge ett ombud åtkomst till patientjournalen.[61] Förslagen i denna del ska lämnas senast den 31 maj 2021. Det är vår utrednings bedömning att en lösning som möjliggör att ge ett ombud åtkomst till patientjournalen kommer att vara ett centralt verktyg i omställningsarbetet och nödvändigt om vi ska kunna säkerställa att ingen lämnas utanför den moderna hälso- och sjukvården.

[61] Dir. 2019:37, *Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst-och hälso- och sjukvårdsverksamhet*, 2019.

# 4 Samverkanstrukturer för hälso- och sjukvården

## 4.1 Inledning

Vi har i uppdrag att utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas, hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut (dir. 2017:97) och att undersöka hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras (dir. 2018:90). Vi har också i uppdrag se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner.

I kapitel 5 i vårt tredje delbetänkande[1] analyserade vi bakgrund och gällande rätt till dessa delar. Det kapitlet ska därför läsas tillsammans med detta kapitel. Som framgår av de bakgrundstexterna är våra utgångspunkter för dessa uppdrag bl.a. behovet av att tydliggöra kommunernas roll som både utförare av och huvudman för hälso- och sjukvård, att införliva ett personcentrerat synsätt i den individuella planen och att förtydliga (författnings-)regleringen av olika planverktyg.

I de många dialoger och möten vi haft med aktörer från olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet runt om i landet är det tydligt att det pågår ett arbete med att synliggöra och integrera kommunernas roll som vårdgivare i systemet. Att hälso- och sjukvården är ett delat ansvar mellan regioner och kommuner innebär också att det är ett delat ansvar att beskriva och bygga ihop hälso- och sjukvårdssystemet på ett tydligt sätt för både patienter och medarbetare. Det är ett mycket viktigt arbete där nära samverkan krävs för att skapa förutsättningar för goda arbetsmiljöer för hälso- och sjukvårdens

[1] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*.

medarbetare och ett begripligt hälso- och sjukvårdssystem för invånare och patienter.

## 4.2 Kommunen som huvudman för hälso- och sjukvård i dag

### 4.2.1 Kommunerna ansvarar för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå

Kommunerna ansvarar enligt 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § HSL för hälso- och sjukvård (dock inte läkarinsatser) i särskilda boendeformer, dagverksamheter och, i de fall man har avtal med regionen, även för hemsjukvård i ordinärt boende, det vill säga patientens privata bostad. När det gäller hemsjukvård ligger det primära ansvaret på regionerna även om kommunerna har fått befogenheter att erbjuda dem som vistas i kommunen hemsjukvård. Regionen har även möjlighet att, genom en överenskommelse med en kommun, överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård. I dag har alla regioner utom Region Stockholm ingått sådana överenskommelser.

I enlighet med förarbeten till Ädelreformen 1992 är den hälso- och sjukvård som kommunerna sedan dess ansvarar för att erbjuda insatser på primärvårdsnivån. Primärvård är alltså en vårdnivå med både region och kommun som huvudman, och kräver därför en nära samverkan i både planering och utförande. Den nuvarande regleringen av samverkan i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) utformades i en tid då kontexten var tämligen annorlunda än i dag. Exempelvis var situationen att kommunen tagit över ansvaret för att erbjuda hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå i hemmet ett undantag, något som i dag är regel för alla regioner utom en. Antalet utförare var också generellt färre än i dagens hälso- och sjukvårdssystem. Bland annat tillkomsten av lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) har öppnat upp för många nya aktörer. Beroende på att kontexten och förutsättningarna har förändrats uppfattas lagstiftningen i dag som otillräcklig vad gäller att ge vägledning för att säkerställa en sammanhållen hälso- och sjukvård.

### 4.2.2 Läkarbemanning i kommunalt finansierad primärvård

Läkarmedverkan i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården är en central komponent i en väl fungerande primärvård. Redan 2006 infördes det en bestämmelse i HSL som reglerar att regionen ska sluta avtal med kommunerna inom regionen om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Genom bestämmelsen i 16 kap. 1 § första stycket HSL[2] åläggs regionen att i sin budget avsätta resurser så att läkarinsatser i den utsträckning som behövs kan tillhandahållas kommunerna inom regionområdet. Det är alltså inte kommunernas ansvar eller uppgift att tillhandahålla läkarinsatser. Samtidigt finns det inget uttryckligt juridiskt förbud för kommuner att anställa läkare. Detta sker i dag, t.ex. när det gäller skolläkare (som är kommunernas ansvar att tillhandahålla).

Regionens ansvar för läkarbemanning i särskilda boenden är tämligen långtgående då det ska avsättas läkarresurser för att regelbundet besöka de boende och ge stöd till övriga professioner. Den avsatta läkarresursen ska i den kommunala vården även akut kunna ge nödvändiga insatser i olika boendeformer där kommunen ansvarar för vården.[3] Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare har kommunen en författningsreglerad möjlighet att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.[4]

Även om många kommuner vittnar om problem med att få till tillräcklig läkarmedverkan har vi i vår dialog med kommunrepresentanter från olika delar av landet inte fått kännedom om något exempel på att någon kommun skulle ha använt sig av möjligheten att själva anlita läkare enligt denna bestämmelse. Ett av skälen till detta är att avtalen kan vara svårtolkade avseende vilka former för, och vilken omfattning av, läkarbemanning parterna faktiskt har avtalat om.

[2] Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller hemsjukvård i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §. Regionen ska med kommunerna inom regionen sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.
[3] Prop. 2005/06:115, *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 178.
[4] 16 kap. 1 § HSL.

De utmaningar med att få adekvat läkarbemanning i kommunal hälso- och sjukvård som rapporteras från många håll[5] pekar på behovet av goda relationer och tillit mellan de kommuner och regioner som gemensamt ska bemanna teamet runt patienten och att samtliga parter utgår från patientens bästa i situationen.

### *En generell möjlighet för kommuner att överta skyldigheten att erbjuda läkarvård bör ej införas*

Vi väljer att inte gå vidare med förslaget från Effektiv vård (SOU 2016:2) att om kommun och region är överens får kommunen överta skyldigheten att erbjuda läkarvård i samband med hälso- och sjukvård som ges till personer som bor i särskilt boende eller har hemsjukvård.[6] Som ovan beskrivet har vi inte i våra dialoger med kommunföreträdare stött på något fall där kommunerna använt sin författningsreglerade möjlighet att anlita läkare, inte heller har någon kommunrepresentant utryckt önskemål om att tydligare få denna möjlighet.

I tidigare delbetänkande föreslog vi författningsändringar för att stärka patientens möjlighet att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården[7]. Relationen till en fast läkarkontakt i primärvården bedöms i kombination med våra andra förslag stärka kontinuiteten för alla patienter. Inte minst för dem som i dag får insatser från både region och kommun bedöms kontinuiteten ofta vara särskilt viktigt. Förslaget bereds för närvarande i regeringskansliet, och i överenskommelsen om God och nära vård mellan regeringen och SKR ingår att erbjuda fast läkarkontakt och fast vårdkontakt till fler patienter än i dag.[8]

[5] Jfr t.ex. SOU 2015:20, *Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård*, s. 107 f., s. 157 f.; Läkarförbundet, *Varför kan inte doktorn komma – om läkarmedverkan i äldrevården*, 2013.
[6] Se SOU 2016:2, *Effektiv vård*, s. 459.
[7] Se SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, s. 376 f.
[8] Regeringen och SKR, *Överenskommelse om God och nära vård 2020 – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården* dnr S2020/00440/FS, s. 19.

### 4.2.3 Begreppet hemsjukvård ersätts i lagstiftning med ”hälso- och sjukvård i hemmet”

**Utredningens förslag:** Begreppet *hemsjukvård* ska ersätts med begreppet *hälso- och sjukvård i hemmet* för att tydliggöra att den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet är likställd övrig vård och att det enda som särskiljer den är platsen vården utförs på.

Förslaget medför ändringar i bestämmelserna 12 kap. 2 §, 12 kap. 4 §, 14 kap. 1 §, 14 kap. 2 §, 16 kap. 1 § i HSL och 8 a § i tandvårdslagen (1985:125).

#### Skäl till utredningens förslag

Sedan Ädelreformen 1992 har kommunerna befogenhet att erbjuda s.k. hemsjukvård. De kan också ta över regionens skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket SoL, om regionen och kommunen kommer överens om det. I dag har alla utom en region gjort så. Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare.[9]

Begreppet hemsjukvård är inte definierat i HSL. Av förarbeten till Ädelreformen framgår att den hemsjukvård som avsågs var ”den del av primärvården som utför hälso- och sjukvård i enskildas hem i det vanliga bostadsbeståndet”.[10] Man kan alltså inte få hemsjukvård, i lagens mening, i den enligt socialtjänstlagen biståndsbedömda insatsen särskilt boende[11], även om det för brukaren är ett hem.

I propositionen 2016/17:43 En ny hälso- och sjukvårdslag menade regeringen att huvudregeln skulle vara att i HSL använda uttrycket ”hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård)”.[12] I propositionen anges att lagrådet förordande begreppet ”hälso- och sjukvård i hemmet”. Lagrådet menade att det skulle vara en fördel om begreppet hemsjukvård hade kunnat ges en bestämd innebörd (definieras) i HSL, men konstaterade att det vid presenterandet av propositionen

[9] Jfr 12 kap. 2 § och 14 kap. 1 § HSL.
[10] Jfr prop. 1990/91:14, *om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m. m.*, s. 59 f.
[11] Särskilt boende är en behovsprövad insats enligt SoL. Det särskilda boendet är ett boende, en vård- och omsorgsmiljö och en arbetsplats.
[12] Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 105.

saknades beredningsunderlag för att lägga fast en definition i lagen. För att undvika missförstånd och olika tolkningar menade Lagrådet att en möjlighet skulle vara att undvika ordet hemsjukvård och i stället använda uttrycken *hälso- och sjukvård i hemmet* respektive *hälso- och sjukvård i ordinärt boende*.[13]

Utredningen delar bedömningen att då begreppet hemsjukvård inte är definierat har det bidragit till en otydlighet i systemet, där den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet av kommunerna många gånger ses som en egen form av vård. Utredningen föreslår därför att begreppet *hemsjukvård* i författningstext ersätts *med hälso- och sjukvård i hemmet* i olika delar av lagstiftningen.

Detta tydliggör att det handlar om hälso- och sjukvård, med samma kvalitetskrav, behov av adekvat resurssättning och kompetensbehov, som enbart särskiljer sig genom att den utförs i hemmet.

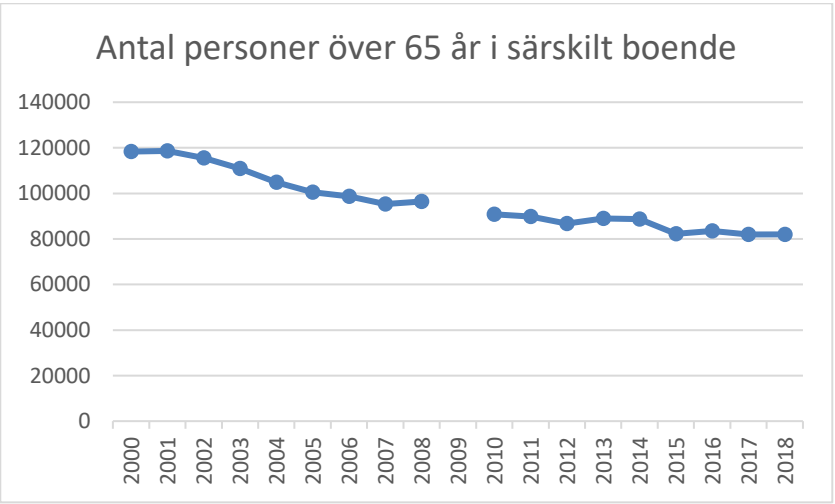
Det nya begreppet förtydligar att hälso- och sjukvård som utförs i hemmet är likställd med övrig hälso- och sjukvård. Förändringen av begreppet har i sig inte någon direkt effekt på innehållet i den hälso- och sjukvård som utförs av kommuner i hemmet, vilken även fortsatt avser primärvårdsnivå, men förändringen är en del i en övergripande omställning där olika vårdnivåer och vårdformer förtydligas.

Att platsen är just patientens hem innebär samtidigt särskilda förutsättningarna gällande logistikaspekter, specifika kunskaper och kompetenser hos utförarna.

[13] Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 105.

## Hälso- och sjukvård i hemmet[14] har blivit vanligare över tid

Figur 4.1 Personer i särskilt boende över tid



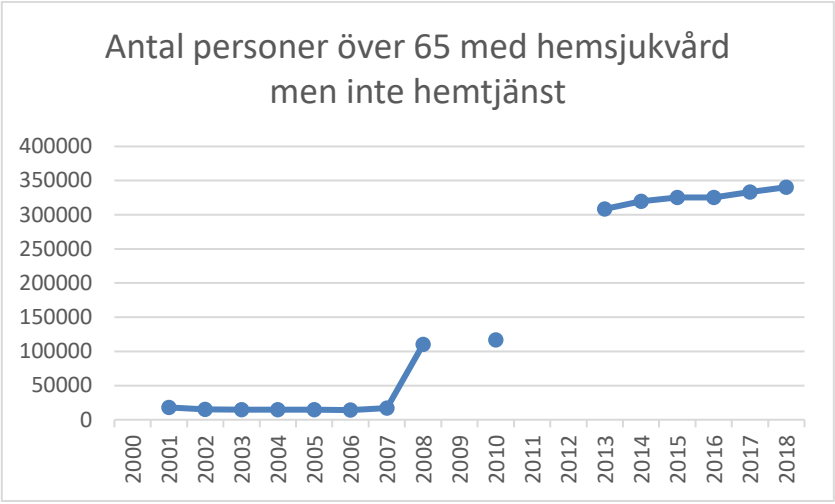

*Källa:* Socialstyrelsen, Obs att nationell statistik saknas för 2009.

Hälso- och sjukvård i hemmet är en form av hälso- och sjukvård som blivit vanligare över tid och förväntas öka än mer framöver. Antalet personer över 65 år som har fått socialtjänstinsatsen särskilt boende beviljad har samtidigt löpande minskat mellan 2000 och 2018 (se figur 4.1), från 118 291 personer till 81 982 vilket motsvarar en minskning på 31 procent. Under samma tidsperiod ökade antalet personer, 65 år eller äldre som fick hälso- och sjukvård i hemmet med kommunen som huvudman. Från 17 920 personer 2001 till 340 306 personer 2018 (se figur 4.2). Den mycket stora ökningen beror på att kommunerna gradvis tagit över ansvaret att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet till sina invånare. Värt att nämna är att hälso- och sjukvård i hemmet med kommunen som ansvarig huvudman för patienter under 65 också ökat markant. Mellan åren 2013 och 2018 ökade antalet från 59 751 till 69 175 patienter, vilket motsvarar en ökning på 16 procent (motsvarande siffra för patienter över 65 år är 10 procent).

[14] Med kommunen som huvudman.

**Figur 4.2 Personer över 65 med hemsjukvård[15] men inte hemtjänst**

Baserat på statistik från Socialstyrelsen




Observera att nationell statistik saknas för 2009, 2011 och 2012.

Att hälso- och sjukvård i hemmet med kommunen som huvudman ökat så markant över tid visar tydligt vikten av att beskriva hälso- och sjukvård i hemmet i relation till hela hälso- och sjukvårdssystemet, inte som en egen företeelse. Att vi genom våra förslag om hälso- och sjukvård i hemmet tydliggör att det är samma hälso- och sjukvård som avses, även om den utförs på annan plats än vårdinrättning är en central grundbult för att bygga ett hälso- och sjukvårdssystem som anpassas utifrån befolkningens behov.

*Datakvaliteten på uppgifterna*

Vi vill påpeka att siffrorna som redovisas ovan ska ses som en indikation, inte som en exakt redogörelse för antalet patienter och insatser. Uppgifterna baseras på den officiella statistiken från Socialstyrelsen. Statistik om patienter som fått hälso- och sjukvård i hemmet saknas under åren 2009 samt 2010–2013 där ökningen bedöms varit som störst. Socialstyrelsen beskriver den stora ökningen i antalet patienter som att kommunerna fram till 2005 enbart ansvarade

[15] Med kommunen som huvudman.

för hälso- och sjukvård i särskilt boende och dagverksamhet och först runt 2010 i praktiken börjat ta över insatser i ordinarie boende från regionerna (med undantag för Stockholms län där regionen ansvarar för detta, förutom i Norrtälje kommun).

En annan aspekt att beakta är att antalet kommuner som redovisat sina hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet ökat över tid. Detta kan bero på att man vid olika tidpunkter övertagit ansvaret från regionerna, men kan också bero på att det inte funnits nationella krav på inrapportering till Socialstyrelsens register förrän 2013. Det innebär att antalet personer som fått hälso- och sjukvård i hemmet åren 2005–2012 kan vara högre än redovisat ovan. Dock kan man även under åren 2013–2018, som alltså baseras på författningsreglerad inrapportering, se en 11-procentig ökning av insatserna.

### 4.2.4 Tydliggörande gällande hälso- och sjukvård i hemmet

**Utredningens bedömning:** Den hälso- och sjukvård som kommunerna *ansvarar för att erbjuda* utgör primärvård, men kommunalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal kan *medverka i* hälso- och sjukvård som regionen ansvarar för att erbjuda.

#### Skäl för utredningens bedömning

En ordinarie bostad kan inte utgöra en vårdinrättning i den mening som avsetts i 2 kap. 4 § HSL, dvs. en med sjukhus jämställd vårdinrättning. Detta gäller i utredningens bedömning även om bostaden anpassas för att viss, och i många fall avancerad eller specialiserad, hälso- och sjukvård ska kunna bedrivas där. Eftersom sluten vård kräver intagning vid *vårdinrättning* är all hälso- och sjukvård som utförs i patientens hem öppen vård.

Insatser i hemmet kan ges både på primärvårdsnivå och som öppen specialiserad vård. I enlighet med förarbeten till Ädelreformen 1992 samt senare uttalanden från regeringen är den hälso- och sjukvård som kommunen som huvudman *ansvarar för att erbjuda* alltid på primärvårdsnivå.[16] Kommunerna kan, efter att ha ingått

[16] prop. 1990/91:14, *om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m. m.*, s. 59 f. och s. 152 f.; prop. 1994/95:195*Primärvård, privata vårdgivare m.m.* s. 46 f.

avtal med regionen, förutom att ansvara för hälso- och sjukvårdvård i särskilda boenden också *ansvara för att erbjuda* primärvårdsinsatser i patientens hem (även då kvarstår regionens skyldighet att tillhandahålla läkarinsatser till kommunerna i den utsträckning som behövs). Detta regleras i 14 kap. 1 § HSL.[17] Den begränsning som tydligt framgår i HSL är alltså att läkarinsatser inte omfattas av kommunens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård. I övrigt framgår inte någon tydlig begränsning av uppdragets omfattning. Av förarbeten framgår dock att det endast är ansvar att erbjuda vård på primärvårdsnivå som överförts.[18]

Det är samtidigt viktigt att skapa förutsättningar för god samverkan mellan huvudmännen vad gäller all den hälso- och sjukvård som bedrivs i patientens hem. Utredningen vill i detta avseende framhålla att det enligt vår bedömning inte finns något i lagstiftningen som hindrar att kommunalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal kan *medverka* i, och i vissa fall *utföra*, insatser på andra vårdnivåer, som den regionfinansierade hälso- och sjukvården har ansvar för att erbjuda och har initierat, om regionen och kommunen enas om förutsättningarna för detta. Kommunalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal utför då insatser som regionen fortfarande har huvudmannaskap för. Detta regleras i 15 kap. 1 § HSL, som fastslår att regioner och kommuner med bibehållet huvudmannaskap får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för enligt HSL.[19] Ett avtal kan säkerställa att båda huvudmännen har rätt förutsättningar för att samverkan i gemensamma insatser ska fungera.

Att regionen i dessa fall är huvudman för insatser där kommunen är utförare innebär inte någon ansvarsförskjutning. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har fortfarande personligt yrkesansvar, kommunen har fortfarande kvar sitt arbetsgivaransvar för persona-

[17] Regionen får till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om regionen och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare. Överenskommelsen får även avse ansvar för sådana förbrukningsartiklar som avses i 8 kap. 9 §. Regionen får lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överlåtelsen. Lag (2019:973).
[18] Jfr prop. 1990/91:14, *om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.*, s. 57 f.
[19] Regioner och kommuner får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för enligt denna lag. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ. Lag (2019:973).

len och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) har fortfarande ett särskilt medicinskt ansvar inom det av kommunen fastställda verksamhetsområdet.

Detta tydliggörande syftar inte till att föra över något nytt ansvar till kommunerna vad gäller hälso- och sjukvård. Det syftar till att skapa förutsättningar för personcentrerad vård över huvudmannagränserna. Det avser också bidra till en långsiktigt hållbar arbetsmiljö genom att förutsättningar för samverkan tydliggörs. Ett exempel på en sådan samverkanssituation kan vara specialiserad öppen vård i hemmet (ofta benämnt ASIH eller SSIH, även andra förkortningar förekommer). I dessa fall är regionen huvudman och ansvarig för insatserna, men kommunalt anställd personal kan delta i insatsen, om så avtalats.

## 4.3 Förtydligade samverkanskrav

Utredningen bedömer att gällande rätt när det gäller samverkan i hälso- och sjukvården är förhållandevis väl reglerad på makro-nivå (huvudmannanivå) och mikro-nivå (individnivå), men till stora delar saknas på meso-nivå (utförarnivå). Bestämmelser som träffar utförare, och därmed *hur* det övergripande uppdraget ska utföras för att sedan bestämmelserna på mikro-nivå ska kunna tillämpas, är inte tillräckligt tydligt reglerat i dag. I linje med de stora utmaningar vad gäller samverkan som beskrivits i såväl Effektiv vård (SOU 2016:2) som i våra tidigare delbetänkanden ser vi behov av att stärka samverkanskraven på utförarnivå.

På makro-nivå finns det dels generella bestämmelser som ger en region och en eller flera kommuner som finns inom regionens geografiska område möjlighet att samverkan genom en gemensam nämnd[20] och kravet att en myndighet ska inom sitt verksamhetsområde samverka med andra myndigheter.[21] Det finns också övergripande krav på samverkan i HSL avseende både regioner och kommuner att de vid planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.[22] Regionen/kommunen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av respektive huvud-

[20] 1 § *lagen om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet* (2003:192).
[21] 8 § *förvaltningslagen* (2017:900).
[22] 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § HSL.

mans ansvar för hälso- och sjukvård. Regionen/kommunen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. I beaktandet ska någon åtskillnad inte göras mellan privata eller andra vårdgivare.[23]

På mikro-nivå återfinns skyldigheten för region och kommun att upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten.[24] Nedan lägger utredningen förslag som syftar dels till att ytterligare stärka samverkan mellan huvudmännen och dels till att förtydliga hur övergripande samverkansbestämmelser ska beaktas på utförarnivå.

### 4.3.1 Regionen och kommuner ska samverka vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården

**Utredningens förslag:** Utifrån kommunernas ökade åtagande som huvudman för hälso- och sjukvård sedan gällande rätt utformades måste samverkan mellan huvudmännen stärkas. Kommunernas åtagande för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå omfattar i dag mer än vid Ädelreformens genomförande. De har tagit över ansvar för hälso- och sjukvård i hemmet på primärvårdsnivå i alla regioner utom en. För att tydliggöra kraven på samverkan ska regioners och kommuners särskilda samverkansansvar med varandra vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården förtydligas.

Förslaget medför ändrade bestämmelser i 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § i HSL.

#### Skäl till utredningens förslag

Vi föreslår att kravet att region och kommun ska samverka vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården förtydligas genom att kommuner särskilt pekas ut som samverkanspart i regionens planeringsansvar enligt HSL och att regioner särskilt pekas ut i motsvarande bestämmelse för kommunernas planeringsansvar.

[23] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 122–123.
[24] 16 kap. 4 § HSL.

Eftersom gällande rätt om samverkan i stora delar utformades innan Ädelreformen, när merparten av huvudmannaskapet för primärvård låg på regionerna finns skäl att införa nya bestämmelser för att hantera dagens situation där primärvård är ett delat ansvar mellan regioner och kommuner. Kommunernas roll som vårdgivare på primärvårdsnivå omfattar i dag dessutom mer än det som växlades i samband med Ädelreformen, de ansvarar för hälso- och sjukvård i hemmet på primärvårdsnivå i alla regioner utom en. Antalet patienter som får insatser i form av kommunalt finansierad hälso- och sjukvård har ökat. T.ex. har antalet patienter som fått hemsjukvård ökat från 17 920 personer till 340 306 under åren 2001–2018, (se även avsnitt 4.2.3). Dessutom har, som vi beskriver i avsnitt 4.3.3 antalet utförare ökat, särskilt på primärvårdsnivå, vilket också innebär att behovet av samverkan ökat.

Vår bedömning är att samverkan mellan region och kommun i planeringen och utveckling av hälso- och sjukvården visserligen omfattas av nuvarande bestämmelser då samverkansskyldigheten i 7 kap. 7 § HSL[25] respektive i 11 kap. 3 § HSL[26] också innefattar kommunen respektive regionen som samhällsorgan samt kommunala respektive regionala vårdgivare. I 7 kap. 7 § HSL åläggs regionen att i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. Motsvarande bestämmelse för kommunerna finns i 11 kap. 3 § HSL. Lagstiftaren valde att utforma bestämmelserna utan att också utforma någon motsvarande författningsreglerad skyldighet för dessa andra organisationer och samhällsorgan att samverka med regioner och kommuner, annat än i undantagsfall.

Givet att kommun och region har en särställning som huvudmän och stora vårdgivare bedömer vi att bestämmelserna bör förtydligas genom att kommuner och regioner uttryckligen pekas ut i respektive bestämmelse som en samverkanspart.

Syftet med samverkansskyldigheten i dessa paragrafer är att säkerställa att vårdplaneringsarbetet tillförs ytterligare synpunkter och önskemål från andra aktörer än regionens och kommunens egna planeringsorganisationer. Samverkansskyldigheten gäller också andra samhällsorgan, dvs. både statliga och regionala/kommunala myndig-

[25] I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.
[26] I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska kommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

heter. På det lokala planet är redan i dag de viktigaste externa inslagen i regionens planeringsprocesser på hälso- och sjukvårdsområdet kommunerna i länet, både utifrån det delade ansvaret för hälso- och sjukvård men också för angränsande verksamheter såsom kommunens nämnder på socialtjänst- och skolområdena för planering av verksamheter såsom socialtjänst och elevhälsa. I samband med omarbetningen av HSL utökades samverkansansvaret till att gälla alla vårdgivare, inte bara de privata vårdgivarna.[27]

Redan i förarbetena till den ursprungliga samverkansbestämmelsen i HSL 1981 beskrevs att landstingets planeringsansvar för hälso- och sjukvården skulle omfatta alla hälso- och sjukvårdsinsatser i länet, oavsett vem som utförde själva insatsen. Man förutsatte då att planeringen skulle utgå ifrån primärvårdsnivån för att säkerställa förankring i hela det område man hade planeringsansvar för. Planeringen manifesterades bland annat i så kallade femårsplaner som upprättades av landstingen, men dessa var inte författningsreglerade och upplevdes som svåra att följa på grund av landstingets årsbudgetering.[28]

### 4.3.2 En gemensam plan för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå

**Utredningens förslag:** Regioner och kommuner ska för utformningen av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå upprätta en övergripande gemensam plan. Vi föreslår en ny bestämmelse, 16 kap. 5 § i HSL.

#### Skäl till utredningens förslag

Utredningen har i uppdrag att lämna förslag på hur samverkan mellan regionernas och kommunernas primärvård kan underlättas. För att säkerställa att patienten får en sammanhängande hälso- och sjukvård oavsett huvudman bedömer utredningen att det behövs en stärkt samverkan på primärvårdsnivå. Vi föreslår därför att regioner och kommuner genom en ny bestämmelse i HSL ska åläggas att

[27] Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 103 f. och s. 136.
[28] Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 59 f.

upprätta en gemensam plan för hälso- och sjukvård på den gemensamma vårdnivån primärvård i länet. En nationell reglering av samverkan bedöms behövas för att säkerställa en sammanhållen primärvård i hela landet.

Förslaget avser inte att i detalj reglera innehållet eller tidsomfattningen i den övergripande planen. Avsikten är inte heller att ålägga huvudmännen att gemensamt utforma enskilda verksamheter som respektive huvudman ansvarar för. Avsikten är i stället att säkerställa en gemensam långsiktig strategisk planering för det gemensamma åtagandet primärvård. Planen kan förslagsvis omfatta frågor såsom kompetensförsörjning, lokalfrågor och utbudspunkter. Den kan med fördel bygga på de strukturer som används för utformningen av avtal kring omfattningen av och formerna för läkarmedverkan som är reglerade i HSL[29] och de lagreglerade avtalen som reglerar när någon annan aktör utför uppgifter som regionen eller kommunen fortsatt är huvudman för[30].

Vi anser att kravet att upprätta en gemensam plan för utvecklingen av hälso- och sjukvård på den gemensamma vårdnivån primärvård i länet är ett ändamålsenligt sätt att uppnå en ökad samordning. Som även konstaterades i Effektiv vård (SOU 2016:2) finns inget som hindrar huvudmännen från att samverka och skapa en mer integrerad vård, t.ex. genom att upprätta en motsvarande plan, redan i dag. Så sker dock inte, utan varje huvudman planerar i hög utsträckning enbart utifrån den egna organisationens perspektiv. Detta medför att man missar potentiella samordningsvinster och därmed går miste om möjligheter till effektivisering, samt skapar sämre förutsättningar att tillhandahålla en sammanhängande, god och jämlik vård till länets invånare.

Utmaningar med att få ihop kommunernas och regionernas hälso- och sjukvård till en sammanhängande helhet för patienterna är väl belagda.[31] Vi bedömer därmed inte det som ett alternativ att inte vidta några åtgärder för att stärka samverkan kring den gemensamma vårdnivån primärvård.

[29] 16 kap. 1 § HSL.
[30] 15 kap. 1 § HSL.
[31] Vårdanalys, *Från medel till mål*, 2017, s. 33 f.

Behovet av att utforma samverkan i form av en plan har också presenterats tidigare. Redan 1978 beskrivs i betänkandet ”Mål och medel för hälso- och sjukvården” att ett sätt att konkretisera huvudmännens planeringsskyldighet var att vårdgivarna förutsattes medverka i gemensam planering och att det var viktigt med erforderliga överenskommelser om samverkan.[32] Även i Effektiv vård (SOU 2016:2) fanns ett liknande förslag. Där föreslogs att den föreslagna riktade primärvården för äldre skulle ha en författningsreglerad skyldighet att upprätta en gemensam plan där mål, riktlinjer och resursplanering skulle framgå. Utredningen bedömer dock att ett sådant förslag utgör ett alltför stort ingrepp i det kommunala självstyret, samt att hela primärvården behöver omfattas av samverkanskyldigheten.

Effekterna av det nya kravet om en gemensam plan förväntas bli bättre möjligheter för huvudmännen att samordna sin planering för primärvården, och därmed även – när relevant – sina resurser för den gemensamma vårdnivån. Därmed bedömer vi att förutsättningar för att tillhandahålla en mer sammanhållen vård för patienterna kommer att stärkas.

### 4.3.3 Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas de förutsättningar för samverkan som behövs

**Utredningens förslag:** Det ska i HSL regleras att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas de förutsättningar för samverkan som behövs för att en god vård ska kunna ges. På så sätt stärks kraven på samverkan även på utförarnivå. Vi föreslår en ändring i bestämmelsen 5 kap. 2 § i HSL.

#### Skäl till utredningens förslag

Vår uppfattning är att även om det redan i dag finns övergripande krav på samverkan i lagstiftningen har de ej fått fullt och likvärdigt genomslag på utförarnivå. Vi bedömer att det saknas tillräckliga krav på samverkan, i form av tydliga, uttryckliga skyldigheter, på utförarnivå. Det ökade antalet utförare sedan gällande rätt utformades inne-

[32] SOU 1979:78, *Mål och medel för hälso- och sjukvården*, s. 294.

bär i sig att behovet av reglering av samverkan på utförarnivå har ökat. Vi föreslår därför att kraven på hälso- och sjukvårdsverksamhet i HSL också ska innefatta krav på förutsättningar för samverkan. Genom att lägga skyldigheten på hälso- och sjukvårdsverksamheten träffas alla som utför hälso- och sjukvård, oavsett vårdnivå och huvudman. Bestämmelsen kopplar till det befintliga kravet på vårdgivarens ledningssystem att genom processer och rutiner säkerställa, inte bara hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten, utan också säkerställa att samverkan möjliggörs med andra verksamheter.[33]

Det är redan reglerat i HSL att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls, vilket innebär att vården särskilt ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.[34] I patientlagen anges att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses och att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.[35] Det är alltså redan reglerat att hälso- och sjukvårdsverksamheten ska vara samordnad för att tillgodose patientens behov, men vi bedömer att det finns ett värde i att förtydliga detta på ett samlat sätt.

Genom att i HSL förtydliga att god vård kräver förutsättningar för samverkan, på samma sätt som att den kräver den personal, de lokaler och den utrustning som behövs, tydliggör vi kraven på ett hälso- och sjukvårdssystem som hänger ihop, även på utförarnivå. Att tydliggöra kraven på samverkan på utförarnivå skapar också bättre förutsättning för både uppföljning och tillsyn av verksamheterna utifrån samverkansaspekten då kravet författningsregleras. Med den föreslagna regleringen förväntas mer strukturerade former för samverkan mellan utförare utvecklas i olika regioner och kommuner, utifrån den lokala kontexten. Till skillnad från dagens situation, där många vårdgivare har egna rutiner för hur man ska samverka med andra vårdgivare, är avsikten här att det ska skapas ett gemensamt angreppssätt. Utredningen rekommenderar att man i sina avtal ställer krav på att man som utförare kan beskriva hur man lever upp till att säkerställa förutsättningar för samverkan.

[33] 4 kap. 5 § SOSFS 2011:9 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.*
[34] 5 kap. 1 § HSL.
[35] 6 kap. 1 § PL.

Att reglera samverkan på utförarnivå är nödvändigt då allt mer av hälso- och sjukvården handlar om att stödja vid långvariga och kroniska tillstånd, ofta med hög komplexitet. T.ex. för gruppen äldre med många sjukdomar, insatser under lång tid, ofta från flera huvudmän och olika aktörer saknas det i dag alltför ofta strukturer för ett samlat och väl koordinerat omhändertagande.

Ett annat exempel på förändrad kontext som medför behov av samverkan på utförarnivå är att antalet utförare ökat, då bland annat LOV öppnat upp för många nya aktörer. Utvecklingen inom regionerna de senaste årtiondena visar att andelen s.k. köpt verksamhet ökar. Under 2016–2018 stod köpt verksamhet för 19 procent av regionernas kostnader. Under 2018 motsvarade det 71 miljarder kronor. Det är dock stora skillnader mellan regionerna. Drygt en fjärdedel av verksamheten i Region Stockholm köps in från privata vårdgivare jämfört med Region Jämtland Härjedalen där drygt 3 procent köps in externt.[36]

## 4.4 Planeringsverktyg till stöd för en samordnad vård

I kapitel 5 i vårt förra delbetänkande[37] beskrev vi våra utgångspunkter gällande planeringsverktyg. Vi beskrev där bl.a. behovet av att tydliggöra kommunernas roll som både utförare av och huvudman för hälso- och sjukvård, behovet av att införliva ett personcentrerat synsätt i den individuella planen för att säkerställa att effekterna av samordning kommer patienten till gagn och behovet av att förtydliga (författnings-)regleringen av olika planverktyg. Vi beskrev också att otydligheten kring regleringen av individuell plan är ett problem i sig. Bestämmelserna träffar olika patientgrupper i olika författningar och det finns ett antal andra termer som används i verksamheterna för att beskriva individuell plan. Våra förslag är utformade i linje med utgångspunkterna, som alltså är vår uppfattning av problembilden kring dagens reglering av planverktyg till stöd för en samordnad vård.

[36] SKR, *Köp av verksamhet 2019 Kommuner och regioner 2006–2018*, 2019, s. 29 f.
[37] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*.

### 4.4.1 Förtydligande gällande författningsreglerade planer inom vård och omsorg

Hälso- och sjukvårdens planeringsskyldighet för insatser för en enskild patient har bland annat kommit till uttryck genom olika planverktyg, där ett antal av dem är författningsreglerade. Många olika aktörer vi haft dialog med har lyft att man i utformningen av hälso- och sjukvården och inte minst i det dagliga arbetet upplever det som otydligt vilket planverktyg som ska användas i en specifik insats och vilka planverktyg som faktiskt finns. Att tydliggöra vilka planer som faktiskt är författningsreglerade (till skillnad från initierade i lokal kontext) är därför ett viktigt steg för att underlätta för medarbetare i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vi har därför i enlighet med våra direktiv att se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner (dir. 2018:90) gjort en översyn av befintlig planlagstiftning inom vård och omsorgsområdet för att kartlägga och tydliggöra vilka av de författningsreglerade planverktygen som är unika och vilka planverktyg som återfinns i flera olika författningar. Detta är ett sätt att tydliggöra för hälso- och sjukvårdens medarbetare vilka författningsreglerade planer som finns. För att underlätta för patienten eller brukaren är det dock inte tillräckligt.

Resultatet av kartläggningen redovisades i vårt tidigare delbetänkande.[38] Det finns 18 författningsreglerade planer inom området varav fyra gäller generellt för hälso- och sjukvården. Andra planverktyg avser särskilda delar av hälso- och sjukvården, exempelvis smittskydd eller tvångsvård. Planverktygen har tillkommit i olika syften för olika målgrupper, och även framgent kommer behovet och verktygen för planering att skilja sig mellan olika grupperingar i hälso- och sjukvården.

[38] Se SOU 2019:29, *God och nära vård. vård i samverkan*, s. 144–145.

### Individuell plan eller SIP?

Under vårt arbete har vi genomgående uppfattat en begreppsförvirring i olika verksamheter gällande begreppen individuell plan och SIP.

*Individuell plan* är en lagreglerad plan som regleras i HSL, SoL och PL. I förarbetena[39] till de ursprungliga bestämmelserna om individuell plan användes ibland termen *samordnad individuell plan*, som förkortades SIP. I propositionen[40] och i bestämmelserna valde lagstiftaren i stället att använda just termen *individuell plan*. Enligt socialstyrelsens termbank är *samordnad individuell plan* en synonym till *individuell plan enligt SoL och HSL*. I vardagligt tal i verksamheterna används oftast förkortningen, SIP.

SIP kan dock också vara en förkortning för närliggande begrepp. I samband med lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten vård (LUS) kom SIP exempelvis att användas som förkortning till den författningsreglerade insatsen *samordnad individuell planering*, i verksamheterna ofta benämnt som ”SIP-möte”.

SIP är alltså en förkortning som kan representera olika saker. För att undvika missförstånd och olika tolkningar och för att utgå från gällande rätt i utformningen av våra förslag har vi valt att genomgående använda termen *individuell plan* även om man i verksamheterna ofta kallar planen för SIP.

## 4.4.2 Fler patienter ska ges möjlighet till en individuell plan

**Utredningens förslag:** Regleringen av individuell plan i HSL och SoL ska harmonieras med regleringen i LUS så att den kommunala hälso- och sjukvården inte bara omfattas när den individuella planen initieras vid utskrivning från sluten vård. Dessutom ska patienter som inte får socialtjänst men har behov av stöd i samordningen i vårdprocesser som inbegriper flera olika vårdgivare omfattas av möjligheten att få en individuell plan.

Ändringar föreslås i bestämmelserna 16 kap. 4 § i HSL, 2 kap. 7 § i SoL och 6 kap. 4 § i PL.

[39] SOU 2006:100, *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*.
[40] Prop. 2008/09:193, *Vissa psykiatrifrågor m.m.*

## Skäl till utredningens förslag

Den individuella planen regleras i dag olika i HSL och SoL respektive i LUS. Bestämmelserna träffar olika utförare och olika patientgrupper vilket har skapat en situation där det är oklart i vilken situation en individuell plan ska upprättas, då det beror på vilken lag man använder som utgångspunkt. Den kommunala hälso- och sjukvården omfattas bara när den individuella planen initieras vid utskrivning från sluten vård.

En förutsättning för att de nu gällande bestämmelserna i HSL och SoL om upprättande av en individuell plan aktualiseras är att den enskilde har behov av insatser från regionfinansierad hälso- och sjukvård *och* (kommunalt finansierad) socialtjänst. Kommunens skyldighet att upprätta en individuell plan enligt HSL och SoL avser endast kommunens socialtjänstinsatser. Den kommunala hälso- och sjukvården är exkluderad från kravet i HSL och SoL på upprättande av en individuell plan. Regeringen konstaterade dock redan i förarbetena att detta skulle innebära svårigheter i de kommuner som också ansvarar för hemsjukvården i ordinärt boende. I en sådan situation agerar en sjuksköterska i kommunen som t.ex. lägger om ett sår hemma hos den enskilde endast utifrån bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen.[41] Detta var vid införandet av bestämmelserna ett undantagsfall, men i dag har alla regioner utom en överlåtit hemsjukvården till kommunerna.

Vid upprättande av en individuell plan enligt LUS är kommunalt finansierad hälso- och sjukvård däremot inkluderad. Då ska det upprättas en sådan individuell plan som avses i HSL och SoL när en patient efter utskrivning från sluten vård behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård *eller* socialtjänst.

Gemensamt för de olika befintliga bestämmelserna om individuell plan är alltså att de först träder i kraft när den enskilde får insatser från *både* kommun och region, men den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården inkluderas bara när planeringen initieras vid utskrivning från sluten vård enligt LUS.

Regleringen exkluderar helt de patienter med komplexa behov som enbart får insatser från regionen, även om deras vårdprocess är lång och involverar många olika vårdgivare.

[41] Prop. 2008/09:193, *Vissa psykiatrifrågor m.m.*, s. 22.

Vi föreslår att bestämmelsen om individuell plan i HSL ska utökas till att också gälla när den enskilde får hälso- och sjukvård från flera vårdgivare oavsett vem som är huvudman för insatserna. Det innebär både att den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården genomgående inkluderas och att patienter med komplexa behov och insatser från flera vårdgivare inom en och samma huvudman inkluderas.

Vårt förslag syftar till att säkerställa att alla de patienter med behov som innefattar insatser från flera olika verksamheter eller enheter inom hälso- och sjukvård, eller hälso- och sjukvård och socialtjänst, och som behöver stöd i samordningen får möjlighet till en individuell plan. I enlighet med bestämmelserna i HSL om stöd för att tillgodose sitt behov av trygghet, kontinuitet, och säkerhet.[42] Detta gäller särskilt patienter som har de allra mest komplexa behoven som ofta får insatser från just den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården i kombination med insatser från socialtjänsten och/eller från den regionalt finansierade hälso- och sjukvården.

Vi förordar en utökning av den redan författningsreglerade individuella planen framför att införa en ny typ av plan, utifrån de många inspel till utredningen vi fått om att ett ökat antal planverktyg ökar komplexiteten. Alternativet att införa en ytterligare plan hade också blivit svårbegriplig ur patientens perspektiv, då denne skulle få en typ av plan om hälso- och sjukvårdsinsatserna utfördes av regionen men en annan typ av plan om hälso- och sjukvårdsinsatserna utfördes av kommunen. Vi väljer också att föreslå att bestämmelserna i HSL och SoL fortsatt i huvudsak ska vara likalydande, även om de inte ordagrant utformas lika.

### 4.4.3 Den enskilde ska ges möjlighet att initiera en individuell plan

**Utredningens förslag**: Den enskildes möjlighet av stöd till samordning utifrån sina behov behöver stärkas. Det ska därför regleras i HSL och SoL att också den enskildes önskemål om att få en individuell plan upprättad ska beaktas. Vi föreslår ändringar i bestämmelserna 16 kap. 4 § i HSL och i 2 kap. 7 § i SoL.

[42] 5 kap. 1 § HSL.

## Skäl till utredningens förslag

Vården kan vara organiserad så att den är samordnad, säker och har kontinuitet ur vårdgivarens perspektiv utan att den enskilde känner det så. Om även patientens behov av trygghet blir styrande för vilka åtgärder ska vidtas kan det ge bättre förutsättningar för att patientens behov sätts i fokus.[43] Att patientens behov av trygghet i vården ska tillgodoses är också en av förutsättningarna för att uppfylla kraven på god vård enligt 5 kap. 1 § HSL.[44] Delaktighet kräver att man som patient har förutsättningar och kunskap att vara aktiv i sin egen vård. Vi föreslår därför att den enskilde ska kunna ges möjlighet att initiera en individuell plan, för att tydligare beakta patientens behov av samordning. Även om man i förarbetena till nuvarande bestämmelserna kan utläsa att den enskildes uttryckta behov att få en individuell plan ska beaktas[45], menar vi att det finns ett stort värde i att det också kommer till uttryck i bestämmelsen. I utformningen av framtidens hälso- och sjukvårdssystem anser vi att en av grundpelarna måste vara ett personcentrerat arbetssätt där den enskildes behov och förutsättningar tydligare ges utrymme. Även om den framtida vårdprocessen inte uppfattas som komplex eller svåröverblickbar från hälso- och sjukvården eller socialtjänsten kan den uppfattas så av patienten.

Gemensamt för den nuvarande regleringen av individuell plan i HSL, SoL och LUS är att den utgår från huvudmännens bedömning att det finns behov av samordning, inte den enskildes, även om syftet är att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Planeringsbestämmelserna aktualiseras när de två huvudmännen region och kommun behöver samordnas och bestämmelserna adresserar inte uttryckligen den enskildes upplevda behov av samordning mellan olika insatser.

De nuvarande bestämmelserna om individuell plan i SoL och HSL infördes med bakgrund av propositionen 2008/09:193 om vissa psykiatrifrågor m.m. Regeringen beskrev där att för att ta ställning till om en individuell plan ska upprättas måste en behovsbedömning göras. Omfattningen av bedömningen kan variera, och underlaget

[43] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 61.
[44] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 61.
[45] Prop. 2008/09:193, *Vissa psykiatrifrågor m.m.*, s. 20.

kan exempelvis bestå av en epikris eller en utredning i en biståndsansökan. Regeringen beskrev också att underlaget kan bestå av att den enskilde önskar hjälp och stöd på ett område som en annan huvudman har huvudansvaret för. Även de närståendes beskrivningar av situationen bör ha betydelse för behovsbedömningen.[46]

Trots det menade regeringen då att det var tillräckligt att i lagstiftningen uttrycka att en individuell plan ska upprättas om landstinget (nu regionen) eller kommunen anser att det föreligger ett behov. Det ansågs rimligt att det är landsting och kommuner som ges ansvaret att avgöra om en individuell plan behövs för att den enskilde ska få sina samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda.

En viktig utgångspunkt för regeringen var då att de nya bestämmelserna inte skulle innebära någon onödig administration i hälso- och sjukvård eller socialtjänst. I betänkandet som låg till grund för förslaget förordade dock utredaren att en individuell plan alltid skulle upprättas så snart en enskild begärde det.[47]

Bestämmelserna i HSL och SoL är därför i nuläget utformade så att det faller på de två huvudmännen att avgöra i vilka fall det finns behov av en individuell plan. Skyldigheten att upprätta en plan är dock långtgående och situationer där den enskilde eller närstående nekas en individuell planering bör, så som förslaget var tänkt, vara undantagsfall.

### 4.4.4 En fast vårdkontakt ska ansvara för att den individuella planen är aktuell

**Utredningens bedömning:** En fast vårdkontakt ska ansvara för att den individuella planen är aktuell och uppdaterad. Samordningen för den enskilde patient ska ske med utgångspunkt i den individuella planen för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.

[46] Prop. 2008/09:193, *Vissa psykiatrifrågor m.m.*, s. 21.
[47] Prop. 2008/09:193, *Vissa psykiatrifrågor m.m.*, s. 20.

## Skäl för utredningens bedömning

Vi bedömer att en fast vårdkontakt ska ansvara för att den individuella planen är aktuell och uppdaterad och att samordningen för den enskilde patient ska ske med utgångspunkt i den individuella planen.

En fast vårdkontakt ska utses om patienten begär det eller det är nödvändigt för att tillgodose dennes behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.[48] Patienten ska få information om möjligheten att få fast vårdkontakt. Regeringen beskrev i samband med införandet av bestämmelserna om fast vårdkontakt att syftet var att en fast vårdkontakt kan stärka patientens ställning och att patienten skulle få en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vård och hjälpa till att samordna vårdens insatser.[49] Utifrån detta anser vi att det är lämpligt att det är en fast vårdkontakt som ska säkerställa att den gemensamma, individuella planen är aktuell och uppdaterad och att samordningen av de olika insatserna utgår ifrån planen.

Att utse en fast vårdkontakt är en skyldighet som åligger verksamhetschefen.[50] Då många patienter har kontakter med flera olika delar av sjukvården, olika enheter, vårdgivare och hälso- och sjukvård med både region och kommun som huvudman, kan patienter ha mer än en fast vårdkontakt. De fasta vårdkontakterna ska då kunna samverka och samordna vårdens insatser för en enskild patient, och ansvaret för att den individuella planen är aktuell och uppdaterad och att samordningen sker med utgångspunkt i planen, kan överföras från en fast vårdkontakt till en annan. Här är det av yttersta vikt att samordningen görs *tillsammans* med patienten, och inte *för* patienten. Det är inte reglerat vilka professioner eller roller som kan inneha funktionen fast vårdkontakt, men som vi redovisat i tidigare delbetänkanden är det patientens medicinska och övriga behov som ska avgöra vem och/eller vilken kompetens som bäst kan tillgodose patientens behov.[51] Så långt som möjligt bör även patientens önskemål om vem som ska vara den fasta vårdkontakten tillgodoses. En fast vårdkontakt kan vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen,

[48] 6 kap. 2 § PL.
[49] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 61.
[50] 3 kap. 1 § och 6 kap. 1–2 § PL och 4 kap. 1 § *hälso- och sjukvårdsförordningen* (2017:80).
[51] SOU 2018:39, *God och nära vård. en primärvårdsreform*, s. 191 f.

t.ex. en läkare, sjuksköterska eller psykolog. Det kan också vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård. Den enskilda patientens behov av vård styr när och hur länge det är lämpligt att ha en fast vårdkontakt. En fast vårdkontakt kan därför behöva utses och finnas inom alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård.

Vilka andra arbetsuppgifter som ingår i att vara fast vårdkontakt är inte reglerat, men Socialstyrelsen har gett ut en vägledning om fast vårdkontakt.[52] Regeringen beskrev dock redan vid införandet av bestämmelserna att en fast vårdkontakt bör kunna bistå patienterna i att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter som t.ex. Försäkringskassan.[53]

Patienter har också möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården.[54] Den fasta läkarkontakten ska svara för att patienten undersöks, om möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som hans eller hennes tillstånd fordrar eller att andra relevanta åtgärder vidtas. I ansvaret ingår även att vägleda patienten i hans eller hennes kontakter med övrig hälso- och sjukvård och i förekommande fall samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas.[55] Vi har i tidigare delbetänkande i relation till våra förslag att stärka patientens möjlighet att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården utförligare beskrivit relationen mellan fast läkarkontakt i primärvården och fast vårdkontakt.[56]

[52] Socialstyrelsen, *Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan – Nationell vägledning*, 2017.
[53] Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 62.
[54] 6 kap. 3 § PL.
[55] Prop. 2013/14:106, *Patientlag*, s. 100.
[56] Se kap. 10.2.3 i SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*.

### 4.4.5 Personcentrerat innehåll i den individuella planen

**Utredningens förslag:** Av den individuella planen ska målet med insatserna för den enskilde framgå. Målet ska formuleras utifrån den enskildes perspektiv. Vi föreslår ändringar i bestämmelserna 16 kap. 4 § i HSL och i 2 kap. 7 § i SoL.

#### Skäl för utredningens bedömning

Vi föreslår att innehållskraven i den individuella planen kompletteras med kravet att beskriva målet med insatserna utifrån den enskildes perspektiv. Dels för att skapa samsyn mellan de aktörer som är involverade i patientens individanpassade vårdprocess men också för att öka patientens möjlighet att samskapa genom att sätta målet med insatserna utifrån den centrala frågan – vad är viktigt för dig? Genom att införliva målet med de gemensamma insatserna i den individuella planen skapas förutsättningar för att planen inte bara blir ett schema över olika insatser, utan i stället ett verktyg för att insatser från olika aktörer ska stödja ett gemensamt mål.

Samordningen och den gemensamma planeringen över vårdgivar- och huvudmannagränser ska anpassas efter individens skiftande behov. Dessa behov kan skifta över tid eller situation i livet i övrigt. Exempelvis kan ett behandlingsalternativ med en uppsättning biverkningar uppfattas väldigt olika av en patient ”mitt i livet” med barn i skolåldern och av en multisjuk äldre patient.

Även om de olika delarna av vården och omsorgen har en tydlig uppfattning om vad som är syftet med deras respektive insatser är det inte alltid som dessa har utformats utifrån en dialog med patienten om vad som är det övergripande målet med insatserna. Det målet måste också beslutas tillsammans med patienten, så att alla delar i systemet, inklusive patienten själv, tillsammans kan bidra. Genom att sätta ett gemensamt mål utifrån den enskildes perspektiv möjliggörs en ökad personcentrering och krav ställs på utförarna att utgå från den enskildes behov och förutsättningar.

Det måste också vara tydligt för patienten eller brukaren varför samordningen sker, varför en plan upprättas och varför de aktörer som deltar är involverade. Ett led i detta är att sätta ett tydligt, gemensamt mål för den individanpassade processen och också följa

upp det, ur den enskildes perspektiv. Den individuella planen är ett centralt verktyg för att formulera det gemensamma målet.

Det finns i dag fyra reglerade krav på innehåll i den individuella planen; vilka insatser som behövs, vilka insatser som respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Redan i förarbetena till den ursprungliga bestämmelsen bedömde regeringen att den individuella planen när det är lämpligt bör innehålla mål för insatserna. Utredningen ställer sig bakom dessa resonemang och lägger därför förslag om att detta förtydligas i själva lagstiftningen.

Målet bör formuleras i samskapande mellan den enskilde och hälso- och sjukvårdens professioner. Ofta sammanfaller den enskildes och professionens målformulering, men ibland kommer de skilja sig åt. I de fall det finns väsentliga skillnader bör detta framgå av planen. Även om målet ska formuleras ur den enskildes perspektiv är det så att målen för de medicinska insatserna måste vara realistiska. Patienten kan inte via den individuella planen kräva särskilda insatser, exempelvis en viss typ av läkemedelsbehandling eller en viss typ av utredning, men målet som insatserna gemensamt syftar till måste beaktas och beskrivas utifrån patientens synvinkel.

Målet bör anges både på kortare och längre sikt, vilket möjliggör att planerna kan användas utifrån olika perspektiv: dels för en planering av stödinsatser som ska ges under en längre tid och beröra stora delar av personens livssituation, dels för insatser som behöver sättas in omedelbart för att lösa en tillfälligt uppkommen situation. I de fall planen behövs för att planera stödåtgärder under en längre tid och på flera livsområden, ställs särskilda krav på vårdens professioner som tillsammans med den enskilde och de närstående upprättar den individuella planen. Ibland kan den enskilde behöva stöd och motivation för att formulera sina behov och önskemål. Det är viktigt att vårdens företrädare är lyhörda och aktivt efterfrågar behoven på olika områden. Behovsbedömningen bör vara systematisk och dokumenteras så att uppföljningar blir möjliga. I synnerhet gäller det personer som inte själva formulerar sina behov eller driver sina intressen.[57]

[57] Prop. 2008/09:193, *Vissa psykiatrifrågor m.m.*, s. 23.

### 4.4.6 Den individuella planen ska även innehålla förebyggande och rehabiliterande insatser

**Utredningens förslag:** Av den individuella planen ska det framgå vilka förebyggande och rehabiliterande insatser som behövs. Ändringar föreslås i bestämmelserna 16 kap. 4 § i HSL och i 2 kap. 7 § i SoL.

Vi föreslår att det ska förtydligas att den individuella planen, där relevant, bör omfatta förebyggande och rehabiliterande insatser, för att tydliggöra det hälsofrämjande och förebyggande uppdraget i hälso- och sjukvården.

Sedan 1983, då den dåvarande sjukvårdslagen blev en hälso- och sjukvårdslag, har hälso- och sjukvården ett lagreglerat uppdrag att arbeta förebyggande och förebygga ohälsa hos befolkningen[58], utöver att erbjuda sjukvård. Givet hälso- och sjukvårdens roll att stärka hälsa, inte bara behandla sjukdom, och att vi i dag lever längre med kroniska hälsoproblem är det fler som har behov av förebyggande och rehabiliterande insatser. Det är därför angeläget att synliggöra förebyggande och rehabiliterande insatser om delar i patientens individanpassade vårdprocess. Ett område där förebyggande insatser skulle kunna göra stor skillnad är fallolyckor. Drygt 1 000 personer dör varje år och 70 000 personer skadas allvarligt varje år till följd av fallolyckor.[59] Äldre personer är särskilt utsatta för och sårbara vid fallolyckor. Bland personer som är 80 år eller äldre orsakas nio av tio skador av ett fall. Äldre personers fallolyckor beräknas kosta samhället ca 11 mdkr per år.[60]

Vi föreslår att det nya innehållskravet ska vara likalydande i SoL. Även i socialtjänsten är det förebyggande arbetet en central del. Utredningen Framtidens socialtjänst (S 2017:03) har beskrivit individuellt inriktande, förebyggande insatser som en central del av socialtjänstens uppdrag. Exempel på sådana insatser är ekonomisk hjälp, upplysningar, samtal och rådgivning. Det kan också vara tidiga insatser och särskilt stöd till barn som uppvisar problembeteenden, stöd till föräldrar som har svårt att klara sin föräldraroll eller åter-

[58] 1 § den äldre *hälso- och sjukvårdslagen* (1982:763).
[59] MSB, *Fallolyckor. Statistik och analys MSB 752*, 2014.
[60] MSB, *Samhällets kostnader för fallolyckor MSB 0197*, 2010.

fallsprevention när det gäller brottslighet eller missbruks- och beroendeproblematik.[61]

Att stärka innehållskraven i den individuella planen avseende hälsofrämjande insatser, kombinerat med förslaget om att fler patienter ska få möjlighet att få en individuell plan, är ett sätt att säkerställa att insatser för att främja hälsa och förhindra återinsjuknande planeras och följs upp för fler patienter än i dag.

Som utredningen beskrivit i tidigare delbetänkanden gör vi bedömningen att fokus på hur vi kan stärka hälsa, inte bara behandla sjukdom, är helt avgörande för att vi ska klara av att möta framtidens hälsoutmaningar och vårdbehov i befolkningen. Genom att förebygga eller skjuta upp insjuknande i akuta eller kroniska sjukdomar, minska risken för återinsjuknande och skapa eller återskapa funktionsförmåga kan såväl mänskligt lidande undvikas som den begränsade gemensamma resursen användas mer effektivt.

I förarbetena till den ursprungliga bestämmelsen om individuell plan resonerade man kring förebyggande och hälsofrämjande insatser. Detta kom dock inte att uttryckas i den faktiska bestämmelsen. Insatser från andra aktörer än kommun och landsting ansågs då kunna vara av stor betydelse för att den enskildes samlade behov tillgodoses, t.ex. rehabiliterande arbetsmarknadsåtgärder från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Även dessa ska enligt förarbetena anges i planen. Eftersom planen bara kan upprättas med den enskildes samtycke kan dock insatser från andra aktörer bara redovisas om den enskilde medger det.[62]

Att sjukdomsförebyggande och rehabiliterande insatser tydligare blir en författningsreglerad del av den individuella planen tydliggör att förebyggande och rehabiliterande insatser är centrala och förväntas bidra till att sådana evidensbaserade insatser genomförs i större omfattning än i dag. Därigenom förväntas också vissa framtida behov av vård och omsorg kunna undvika.

[61] SOU 2018:32, *Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst*, s. 31–32.
[62] Prop. 2008/09:193, *Vissa psykiatrifrågor m.m.*, s. 23.

### 4.4.7 Informationsdelningsfrågor

**Utredningens bedömning:** Att utöka bestämmelserna om individuell plan att också gälla kommunalt finansierad hälso- och sjukvård kräver inga ändrade bestämmelser avseende informationshantering.

#### Skäl för utredningens bedömning

*Möjligheterna att dela information används inte fullt ut*

Som vi redovisat i tidigare delbetänkande[63] bedömer vi att möjligheterna med sammanhållen journalföring enligt patientdatalagen (2008:355) (PDL) inte används fullt ut. Allt som dokumenteras av hälso- och sjukvården i syfte att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador för en patient är en journalhandling. När region och kommun delar information i en individuell plan för en och samma patient i rollen som vårdgivare gäller bestämmelsen om sammanhållen journalföring i PDL.[64] Då både kommunen och regionen delar information i rollen som vårdgivare kan information delas via direktåtkomst,[65] förutsatt att det rör en patient som vårdgivaren har en aktuell patientrelation med, att uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga eller behandla sjukdomar och skador hos patienten, eller för att utfärda intyg om vården och om patienten samtycker till det. Vid upprättande av en individuell plan måste de tre förutsättningarna anses vara uppfyllda, och då kan exempelvis en läkare på vård-/hälsocentral genom direktåtkomst ta del av uppgifter som dokumenterats i den individuella planen av medarbetare i kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. På motsvarande sätt kan exempelvis sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården genom direktåtkomst ta del av uppgifter som dokumenterats i planen av regionanställd hälso- och sjukvårdspersonal. Bestämmelsen reglerar vårdgivarnas möjlighet till sammanhållen journalföring, och är inte

[63] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*.
[64] 6 kap. 1 § PDL.
[65] Patientdatalagens bestämmelser om journalföring gäller oberoende om journaler förs på papper eller elektroniskt. Direktåtkomst är av förklarliga skäl enbart tillämpbart vid elektronisk journalföring. Pappersbaserade journalhandlingar kan i stället med patientens samtycke lämnas ut som papperskopior, muntligt eller genom elektroniskt utlämnande, efter sekretessprövning. Utlämnandet regleras i 25 kap. OSL och för privat verksamhet i 6 kap. 12–16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).

särskilt inriktad på någon specifik huvudman eller verksamhet. Det innebär att även de delar av elevhälsan som utförs utifrån HSL träffas av bestämmelsen om sammanhållen journalföring.

Bestämmelsen är inte utformad som en absolut skyldighet, utan reglerar möjligheten att göra information tillgänglig för andra vårdgivare genom sammanhållen journalföring.

Att bestämmelsen om sammanhållen journalföring inte används i den utsträckning den kunde bedömer vi beror på flera faktorer, dels tekniska och ekonomiska och dels att kunskapen om kommunernas roll som vårdgivare inte varit tillräckligt känd i systemet.

### *Tekniska utmaningar*

De tekniska utmaningarna beror i mycket på bristande möjlighet att utbyta och tolka information, s.k. interoperabilitet, mellan olika it-stöd. De utmaningarna hänger nära samman med de ekonomiska utmaningarna då det är kostsamt att koppla samman olika it-system. Inera AB redovisar att it-kostnaderna hos regionerna i relativa tal har varit stabila på ca 2,8–2,9 procent av omsättningen sedan 2004. År 2017 var andelen 2,88 procent. Inera AB drar slutsatsen att alla regioner måste tillföra ytterligare medel för att uppnå målen i Vision e-hälsa 2025.[66] Motsvarande aggregerade siffror för kommunens it-investeringar saknas.

### *Behovet av fungerande ledningssystem*

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår det att varje vårdgivare eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS ska ansvara för att det ledningssystem som ska finnas innehåller de processer och rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs i det följande. Enligt 2 § ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS utföra egenkontroller. I de allmänna råden till paragrafen ingår granskning av journaler, akter och annan dokumentation i skyldigheten om egenkontroll. Att det behövs rutiner för den särskilda situationen att kommunen har skyldighet att upprätta både

[66] Inera AB, *eHälsa och IT i landstingen*, 2018.

patientjournal och personakt för en och samma individ är alltså redan reglerad i SOSFS 2011:9. Vi har under våra dialoger stött på exempel där detta fungerat mycket väl, och där det t.ex. är tydligt för en undersköterska när det man utför är en insats enligt HSL eller en åtgärd enligt SoL och i vilket it-stöd det ska dokumenteras.

*Informationsdelning utifrån dagens reglering av individuell plan*

Som vi beskrivit i tidigare deldelbetänkande[67] är möjligheterna att dela information mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst mycket begränsade. Regeringen har i juni 2019 tillsatt en utredning, Utredningen om informationsutbyte inom vård och omsorg (S 2019:01), med uppdrag att bland annat se över möjligheten att införa direktåtkomst inom och mellan vissa verksamheter i socialtjänst och hälso- och sjukvård. Utredningen ska redovisa sitt slutbetänkande den 31 maj 2021 (dir. 2019:37) (se även avsnitt 2.3.1).

### 4.4.8 Elevhälsa

Elevhälsans roll för att stödja hälsa har uppmärksammats av flera av våra referensgrupper, expertgruppen och inte minst i många av de dialogmöten vi haft med företrädare ute i landet.

Genom vårt förslag i avsnitt 4.4.2 att utöka bestämmelsen om individuell plan i HSL till att också innefatta kommunalt finansierad hälso- och sjukvård bedömer vi att också de delar av elevhälsan som utförs inom lagrummet nås av skyldigheten att vid behov upprätta en individuell plan.

Även om elevhälsan finansieras via det s.k. grundbeloppet enligt skollagen och kommunen bara är huvudman för insatser i kommunala skolor (för fristående skolor är skolans styrelse huvudman) är de insatser som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal hälso- och sjukvård. De bestämmelser som rör utförare av hälso- och sjukvård når alla som utför verksamhet inom HSL, oavsett vem som är huvudman för insatsen och även om elevhälsans omfattning regleras i skollagen.[68]

[67] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*.
[68] 25 § *skollagen* (2010:800).

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) beskrev 2016 att vårdgivaransvaret inte är tillräckligt känt hos skolans huvudmän. Huvudmännen har därmed saknat insikt i alla de krav som ställs på vårdgivaren enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Det har medfört att flera av de skyldigheter som skolans huvudman har som vårdgivare ofta förbises. Huvudmännen har exempelvis inte alltid ledningssystem som är anpassade för elevhälsans medicinska del. Myndigheten menar att även det systematiska patientsäkerhetsarbetet kan förbättras.[69]

Precis som i andra delar av hälso- och sjukvårdssystemet blir samverkan mellan olika professioner central, för att även de professioner i skolan som inte verkar under HSL, via elevhälsoteamet, ska kunna ta initiativ till en individuell plan.

## 4.5 Konsekvensanalys

### 4.5.1 Övergripande konsekvenser av förslagen

De övergripande konsekvenserna av våra förslag om samverkan och planeringsverktyg är att de sammantagna skapar förutsättningar för ett hälso- och sjukvårdssystem som bättre hänger ihop för både patient och medarbetare. Förslagen förväntas också bidra till högre effektivitet när de insatser som ges planeras sammanhängande. Därmed bedöms det även påverka de medicinska resultaten i positiv riktning i en omfattning som motiverar en viss ökad arbetsinsats för planering på olika nivåer.

Vårt förslag om hälso- och sjukvård i hemmet skapar en struktur där hälso- och sjukvård beskrivs likadant oavsett om den ges vid vårdinrättning eller i patientens hem. Genom att ändra termen *hemsjukvård* till *hälso- och sjukvård i hemmet* ökar begripligheten för både huvudmännen, vårdens medarbetare och patienter och närstående. Det bedöms ge bättre förutsättningar för samverkan och samarbete mellan huvudmännen såväl som mellan olika utförare och mellan olika professioner, vilket förväntas bida till ökad kvalitet i vården.

[69] IVO, *Skolan – både huvudman och vårdgivare*, 2016.

### 4.5.2 Samhällsekonomiska konsekvenser

Våra samlade förslag kring samverkan och planeringsverktyg bidrar alla på olika sätt till en ökad tydlighet om gällande samverkanskrav. Detta bedöms bidra till en mer personcentrerad vård och ett bättre sammanhängande hälso- och sjukvårdssystem, som kan tillhandhålla en god och sammanhållen vård till befolkningen. Detta förväntas i sin tur leda till såväl bättre medicinska resultat som färre besök på fel vårdnivå, och minskande undvikbara vårdtillfällen. Enligt Socialstyrelsen är så mycket som en femtedel av besöken på akutmottagningar för gruppen äldre besök på ”fel” vårdnivå, som i stället skulle vara möjliga att behandla i primärvården.[70]

Det förväntas också leda till en ökad förståelse för hur hälso- och sjukvårdssystemet hänger ihop hos såväl befolkning som vårdens medarbetare vilket i sin tur borgar för ett högre förtroende för vården.

Ett ökat fokus på förebyggande och rehabiliterande tjänster, samt bättre samverkansförutsättningar, bedöms vidare i förlängningen kunna bidra till en stärkt folkhälsa och friskare befolkning, vilket får samhällsekonomiska återverkningar i form av t.ex. högre produktivitet och färre sjukskrivningar. T.ex. anses sundare levnadsvanor i befolkningen kunna förebygga 80 procent av hjärt- och kärlsjukligheten och 30 procent av cancersjukligheten; några av hälso- och sjukvårdens mest kostsamma sjukdomar.[71]

Det är dock viktigt att påpeka att de förväntade kostnadsbesparande effekterna är svåra att redovisa på kort sikt utifrån det faktum att hälso- och sjukvårdssystemet generellt är fragmentiserat. Studier visar att även om det för många hälsotillstånd är lämpligt att göra insatserna utanför traditionell sjukhusmiljö och att förebyggande och hälsofrämjande insatser stärker hälsan i befolkningen så är det svårt att dra några entydiga slutsatser om kostnadseffektiviteten. Det är inte per definition så att insatser i öppen vård är billigare än insatser i sluten vård. Motivet att ställa om hälso- och sjukvårdssystemet till att utformas nära patienten bör därför inte vara att minska kostnaden för den enskilda insatsen, utan snarare det mervärde som uppstår för patienten i och med personcentreringen. De minskade kostnaderna uppnås på systemnivå i hälso- och sjukvården,

[70] Socialstyrelsen, *Utveckling av indikatorer för äldres rehabilitering*, 2014.
[71] SKR, *Ekonomirapporten maj 2019*, 2019, s. 9.

därmed påverkande hela samhällsekonomin. Effekterna behöver dock inte uppstå i samma del av systemet som där olika typer av investeringar görs.[72]

### 4.5.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Att regioner och kommuner ska samverka vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården (avsnitt 4.3.1) är inte ett nytt åtagande för huvudmännen. Ändringen syftar till att öka tydligheten, men är ett språkligt förtydligande av redan gällande författningsreglerade krav. Eftersom kommuner respektive regioner är att se som både samhällsorgan och vårdgivare träffas de redan av bestämmelsen. Men tydligheten, att man bör vara den primära partnern, gör förtydligandet motiverat. Förändringen innebär inga inskränkningar av det kommunala självstyret.

Förslaget att kommuner och regioner ska upprätta en gemensam övergripande plan för primärvården i länet (avsnitt 4.3.2) är en ambitionshöjning i förhållande till gällande rätt och innebär en viss inskränkning av det kommunala självstyret. Nya samverkansprocesser kan behöva etableras för att utveckla och följa upp den gemensamma planen för primärvården. Genom förslaget underlättas dock just planering och resurssättning för primärvården, särskilt ur kommunernas perspektiv. Inskränkningen kan anses proportionerlig utifrån kraven på god hälsa och vård på lika villkor i HSL[73] och att primärvården i dag till större del än vid utformningen av gällande rätt är ett delat uppdrag mellan regioner och kommuner.

Förslaget att förutsättningar för samverkan ska finnas där hälso- och sjukvård bedrivs (avsnitt 4.3.3) är också ett förtydligande av gällande bestämmelser. I HSL anges att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls, vilket innebär att vården särskilt ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.[74] I PL anges att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses och att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.[75] Det

[72] Winpenny E, Miani C, Pitchforth E, Ball S, Nolte E, King S, Greenhalgh J, Roland M, *Outpatient services and primary care: scoping review, substudies and international comparisons*, 2016.
[73] 3 kap. 1 § HSL.
[74] 5 kap. 1 § HSL.
[75] 6 kap. 1 § PL.

är alltså redan reglerat att hälso- och sjukvårdsverksamheten ska vara samordnad för att tillgodose patientens behov och förslaget innebär inga nya skyldigheter jämfört med vad som följer av nuvarande lagstiftning och lagstiftarens intensioner sedan länge. Genom att närmre reglera det som förväntas redan i dag görs ett visst intrång i självstyrelsen. Förslagen om att förutsättningar för samverkan ska finnas där hälso- och sjukvård bedrivs har dock utformats på en övergripande nivå och med utrymme för regional anpassning och lokala lösningar. Regleringen går enligt utredningen därför inte utöver vad som är nödvändigt för att åstadkomma en sammanhängande hälso- och sjukvård.

De grundläggande förutsättningar som krävs för att åstadkomma en sammanhållen hälso- och sjukvård påverkas inte av geografiska förhållanden. Kraven som befolkningen ställer på samordning kommer i princip att vara samma i hela landet. Regleringen går därför inte utöver syftet som föranleder den.

Förslagen kring det utökade innehållet och den utökade målgruppen som träffas av bestämmelser om individuell plan (se avsnitt 4.4) utgör en ambitionshöjning, och därmed ett utökad uppdrag för vårdgivarna genom huvudmännen. Det är således ett visst intrång i den kommunala självstyrelsen. Det bedöms dock vara proportionerligt utifrån kraven på god hälsa och vård på lika villkor och kraven att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet i HSL.

### 4.5.4 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten

Förslagen i avsnitt 4.3.2., om en gemensam plan för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå, är en ambitionshöjning och ny uppgift i förhållande till gällande rätt och är en viss inskränkning av det kommunala självstyret vilket aktualiserar den kommunala finansieringsprincipen. Samordningsfunktionen för upprättande av den nya planen förväntas, liksom vid de flesta liknande samordningsprocesser i dag, utgå från regionerna. Finansieringen föreslås därmed kanaliseras via dem, även om den avser bägge huvudmännens uppdrag i förhållande till planen.

Omfattningen av funktionen anser vi kan liknas vid de s.k. samverkansorganen som var knutna till länsstyrelserna innan regionerna tog över det regionala utvecklingsansvaret 2019. Några specifika kostnadsuppskattningar för vad den typen av samordningsorgan kostar finns inte beskriven i förarbetena[76], men för ändamålet ökades anslag 5:1 i UO1 med 60 miljoner kronor i samband med övertagandet.[77]

Även om själva uppgiften skiljer sig åt mellan vårt förslag och de tidigare samverkansorganen, bedömer vi att likheterna i konstruktionen motiverar en jämförelse[78], och vi uppskattar därmed att regionerna bör tillföras 60 mnkr årligen för att samordna arbetet med planen, tillsammans med kommunerna i respektive län. Kostnaden föreslås finansieras genom ett tillskott UO25, anslag 1:1 Kommunalekonomisk utjämning, Resurserna föreslås flyttas dit från UO9 anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.

Våra förslag att utöka skyldigheten för huvudmännen att upprätta individuella planer och att planen ska innefatta förebyggande och rehabiliterande insatser (avsnitt 4.4.2 och 4.4.6) kommer att innebära att de som har störst behov av samordning kommer få möjlighet att få en individuell plan, till skillnad från i dag då många av dessa patientgrupper är exkluderade från den möjligheten. Förslagen kommer bidra till ett ökad fokus på förebyggande och rehabiliterande insatser, vilket kommer spara pengar för samhället på sikt. Detta bedöms också på sikt leda till minskade kostnader för staten, i form av exempelvis minskade sjukskrivningar.

Förslagen innebär samtidigt ett utökat åtagande för huvudmännen och aktualiserar därmed den kommunala finansieringsprincipen. Kostnaden för huvudmännen uppskattas till en årskostnad på 1350 mnkr (se avsnitt 4.5.5), vilken föreslås finansieras genom ett tillskott UO25, anslag 1:1 Kommunalekonomisk utjämning. Det bör fördelas med 70 procent till regionerna och 30 procent till kom-

[76] Prop. 2017/18:206, *Ett enhetligt regionalt utvecklingsansvar*, s. 25–26.
[77] Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020,* s. 57.
[78] Samverkansorganen hade i uppgift att: 1. utarbeta och fastställa en strategi för länets utveckling som kommuner och regioner avser att genomföra i samarbete med andra parter, 2. samordna insatser för genomförandet av strategin, 3. trots 2 kap. 8 § andra stycket kommunallagen (2017:725) besluta om användningen av vissa statliga medel för regionalt tillväxtarbete, 4. upprätta och fastställa länsplaner för regional transportinfrastruktur, och 5. följa upp, låta utvärdera och årligen till regeringen redovisa resultaten av det regionala tillväxtarbetet.

munerna – dvs. motsvarande deras respektive andel av kostnader för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Denna nya kostnad föreslås finansieras från de ytterligare tillskott till kommunsektorn som regeringen och dess samarbetspartier aviserat.[79] Detta motiveras utifrån utredningens övergripande bedömning att det finns ett behov av att tillföra medel till hälso- och sjukvårdshuvudmännen för att genomföra omställningen i ett skede där många huvudmän har stora ekonomiska utmaningar. Det understöds av det faktum att utredningen i sina direktiv inte har något krav på att förslagen som läggs ska vara kostnadsneutrala (se även avsnitt 9.4.5).

Vårt uppdrag handlar om att skapa förutsättningar för resurseffektivisering, att bibehålla eller öka kvaliteten i hälso- och sjukvården, möta de demografiska förändringarna och samtidigt ha kontroll på kostnaderna. Utredningen vill i detta sammanhang framhålla att på sikt är vår bedömning, i enlighet med aktuella rekommendationer och beskrivningar av moderna, hållbara hälso- och sjukvårdssystem[80], att omställningen kommer att bidra till en mer kostnadseffektiv hälso- och sjukvård.

Det kommer att ta tid att bygga upp den starka och breda primärvården som fullt ut kan axla rollen som bas och nav i ett modernt, personcentrerat och effektivt hälso- och sjukvårdssystem.

Just dessa förslag om individuell plan, som syftar till att stärka samverkan mellan huvudmän och olika verksamheter, och därigenom skapa en bättre sammanhängande vård för patienterna, bedöms av utredningen som en grundplåt för det fortsatta omställningsarbetet.

Övriga förslag bedöms ej medföra några kostnader eller andra direkta konsekvenser för staten. På sikt bedöms dock omställningen, som förslagen är en del av, som helhet bidra till en indirekt effektivisering av hälso- och sjukvårdssystemet.

[79] 2019/20:FiU49, *Ändringar i statens budget för 2020 – Stöd till kommunsektorn för att stärka välfärden*, s. 8.; prop. 2019/20:01, *UO 25*, s. 24.
[80] Jfr t.ex. WHO, *Building the economic case for primary health care: a scoping review*, 2018.

### 4.5.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna

#### Förtydligade samverkanskrav

Förslagen att regioner och kommuner ska samverka vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården (se avsnitt 4.3.1) och att förutsättningar för samverkan ska finnas där hälso- och sjukvård bedrivs är förtydliganden av gällande rätt (se avsnitt 4.3.3) och innebär alltså inte några nya åtaganden, varför finansieringsprincipen inte bedöms vara tillämplig. De bägge förtydligandena motiveras av att gällande lagstiftning om samverkan inte bedöms ha fått fullt och likvärdigt genomslag, vare sig på huvudmannanivå eller utförarnivå.

Förslagen bedöms initialt medföra en viss administrativ kostnad då lokala rutiner för samverkan behöver ses över och utvecklas. Dessa kostnader bör hanteras genom den del av överenskommelsen om god och nära vård som avser generellt stöd till omställningsarbetet (se avsnitt 9.4.4).

På sikt bedöms en ökad samverkan och ett begripligt och tydligt hälso- och sjukvårdssystem få positiva konsekvenser för regionerna. Ett tydligare system ger bättre förutsättningar för effektiva processer och god samverkan vilket i sin tur kommer leda till bättre kostnadseffektivitet. Ett hälso- och sjukvårdssystem där samverkan utformas utifrån patientens behov förväntas också påverka kvalitetsbristkostnader i hälso- och sjukvårdens på ett positivt sätt.

Förslaget att region och kommun för utformningen av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå ska upprätta en övergripande gemensam plan (se avsnitt 4.3.2) är ett delvis nytt åliggande, vilket aktualiserar finansieringsprincipen. Förlaget förväntas innebära vissa nya kostnader. Även om samverkan mellan huvudmännen redan är författningsreglerat finns det inga krav i gällande rätt på upprättandet av en gemensam plan. Nya rutiner och processer kan behöva etableras för att utveckla och följa upp den gemensamma planen för utformningen av primärvården. För detta bedömer vi, i enlighet med resonemang ovan under avsnitt 4.5.4, att 60 mnkr ska tillföras regionerna genom UO25 anslag 1:1 Kommunalekonomisk utjämning.

## Fler individuella planer kommer att upprättas

Våra förslag om individuell plan innebär att fler patienter kommer att omfattas av möjligheten att få en sådan än i dag. Detta innebär ett ökat åtagande för huvudmännen och i förlängningen för vårdgivare och utförare som ska upprätta de individuella planerna.

Vid införandet av den ursprungliga bestämmelsen om individuell plan ansåg regeringen att det var ett förtydligande av redan existerande ansvar och inte fråga om en ny uppgift eller en ambitionshöjning.[81] Vi menar att det utökade innehållet och den utökade målgruppen som träffas av bestämmelsen medför en ambitionshöjning och därmed ett utökat uppdrag för huvudmännen, och i förlängningen vårdgivarna. Därmed aktualiseras finansieringsprincipen.

Det är svårt att kvantifiera konsekvenserna av den utökade skyldigheten då det till stora delar saknas kvantitativa underlag. Vissa av målgrupperna träffas dessutom redan i dag av gällande rätt. Som vi redogjort för i tidigare delbetänkande[82] har Sverige, liksom de flesta andra jämförbara länder, generellt mycket knapphändig aggregerad information om primärvården i jämförelse med övriga delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Det är också svårt att redovisa hur många som i dag får en individuell plan då det saknas nationell statistik över antalet individuella planer som upprättas.[83] En anledning är att flertalet av de individuella planerna upprättas av primärvården i region eller kommun. Det finns dock en del statistik för gruppen barn och unga, där kan man se en ökning av användandet av individuella planer. Från 2 407 respektive 2 828 upprättade planer av kommun och region år 2013 till 3 919 respektive 5 904 år 2015.[84] 49 procent av kommunerna har en rutin för att delge enskilda personer information om att de vid behov kan få en individuell plan.[85]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har redovisat att ca en miljon patienter och brukare har komplexa samordningsbehov samtidigt som de behöver omfattande stöd för att samordna sin vård och omsorg.[86] Det ger en indikation på antalet patienter som skulle kunna vara föremål för de nya bestämmelserna

[81] Prop. 2008/09:193, *Vissa psykiatrifrågor m.m.*
[82] SOU 2018:39, *God och nära vård. en primärvårdsreform*.
[83] SOU 2019:29, *God och nära vård. vård i samverkan*.
[84] Socialutskottet, *Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering*, 2017.
[85] Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie*, 2018, s. 27.
[86] Vårdanalys, *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, 2016, s. 62.

om individuell plan. Det kan jämföras med antalet personer som i dag träffas av bestämmelserna. 334 420 personer som efter utskrivning från sluten vård fick insatser från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och därmed träffas av bestämmelserna om individuell plan enligt LUS och 221 221 personer som personer som fått sluten vård eller öppen specialiserad vård och socialtjänstinsatser och därmed träffas av bestämmelserna om individuell plan enligt HSL och SoL.[87] Eftersom patientregistret i dag inte omfattar insatser i primärvården går det inte satt säga något om hur många som fått både primärvård och socialtjänst och det kan därmed finnas ett visst mörkertal.

Motsvarande siffra för personer som kommer att träffas av de nya bestämmelserna, alltså får kommunalt finansierad hälso- och sjukvård respektive socialtjänst i kombination med regionfinansierad primärvård eller hälso- och sjukvård från flera olika vårdgivare, kan inte redovisas exakt p.g.a. avsaknaden av nationell statistik från primärvården. Det torde dock röra sig om betydligt fler patienter, då flertalet av vårdinsatserna i Sverige sker på primärvårdsnivå. Vårdanalys beräkning visar på det kan röra sig om totalt 1 000 000 patienter. Det innebär att upp till dubbelt så många patienter skulle kunna träffas av våra föreslagna bestämmelser i förhållande till de nu gällande.

## Ekonomiska konsekvenser vid upprättandet av individuella planer

Även om det saknas nationell statistik för antalet upprättade individuella planer så finns vissa data från enskilda regioner tillgängliga och det finns kvantitativa beskrivningar från enskilda regioner som kan användas som utgångspunkt för uppskattningar. Dessa beräkningar ska dock ses som just uppskattningar, då data på aggregerad nivå saknas.

I Region Stockholm ersätts individuell plan med 750 kronor[88] och i Region Värmland ersätts inte individuella planer specifikt, utan som del av ersättningen för det generella uppdraget.[89]

[87] Socialstyrelsen, *Om övergångar mellan sluten vård och öppen vård och omsorg*, 2017.
[88] Region Stockholm, *Förfrågningsunderlag enligt LOV vårdval – Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård*, 2019, s. 47.
[89] Region Värmland, *Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva vårdcentral inom Vårdval* Vårdcentral, 2019, s. 10.

Region Skåne har i sitt avtal för ersättning till hälsocentraler inom Hälsoval Skåne särskilt beskrivit ersättningen för en genomförd samordnad individuell planering. Ersättningen var under 2018 3 000 kronor[90]. I den kostnaden har två timmars arbete vid upprättandet räknats in samt 30 minuters registrering i journalsystemet. Summan är beräknad på en genomsnittslön för en sjuksköterska/läkare, registreringstid för en sekreterare och kostnad för eventuell bil för transport.[91] För 2019 var det prognosticerade beloppet för detta i Region Skåne 27,3 mnkr[92], vilket innebär att det beräknades att 9 100 individuella planer skulle upprättas under året. Givet de stora skillnaderna i regionernas beskrivningar, och svårigheter att få fram motsvarande beskrivningar för kommuner, väljer utredningen att basera vår beräkning på region Skånes exempel som mest heltäckande beskriver de olika ingående delarna.

Region Skåne har 1,4 miljoner invånare, vilket motsvarar ca 14 procent av det totala antalet invånare i Sverige. Vårdanalys uppgifter att det rör sig om ca 1 000 000 patienter som behöver stöd med samordning innefattar såväl de patienter som träffas av de gällande bestämmelserna om individuell plan i dag, 334 420 enligt LUS och 221 221 som enligt HSL och SoL.[93] Den utökade skyldigheten som vi föreslår rör alltså ca 450 000 patienter. Utifrån att alla som är föremål för möjligheten att få en individuell plan skulle få en sådan skulle kostnaden bli 1 350 miljoner kronor (3 000 kronor per plan och 450 000 upprättade planer).

Kostnaden kommer att variera beroende på vilka arbetssätt man redan i dag tillämpar i respektive region och kommun. En viss del av kostnaden bör kunna hanteras genom omfördelningen av huvudmännens egna resurser. Detta då andra och/eller tidigare förekommande planeringsmoment kan ersättas av upprättandet av den individuella planen. Givet den stora osäkerheten i underlagen och den stora variationen i befintliga arbetsformer och ersättningar hos huvudmännen väljer dock utredningen att förorda att den beräknade kostnaden – 1350 mnkr- i sin helhet ska finansieras genom finansieringsprincipen. Denna kostnad förslås tillföras UO25 anslag 1:1

[90] Region Skåne, *Förfrågningsunderlag och Avtal för Vårdcentral i Hälsoval Skåne gällande år 2018*, 2017, s. 53.
[91] Personlig mailväxling.
[92] Region Skåne, *Region Skånes redovisning av statliga medel God och nära vård 2019,* 2019, s. 33.
[93] Socialstyrelsen, *Om övergångar mellan sluten vård och öppen vård och omsorg*, 2017.

Kommunalekonomisk utjämning. Det ska fördelas med 70 procent till regionerna och 30 procent till kommunerna – dvs. motsvarande deras respektive andel av kostnader för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården (se avsnitt 4.5.4).

Den utökade skyldigheten att upprätta individuell plan kan förväntas medföra en större tidsåtgång för administrativa planeringsinsatser och i vissa fall involvering av fler aktörer när planen upprättas. Tiden för att upprätta planen kommer dock variera mellan olika patienter, exempelvis baserat på att det inte alltid kommer vara de med medicinskt mest komplexa behov som kommer att vilja ha stöd i form av en individuell plan. Genom den samordnade planeringen förväntas dock den totala tidsåtgången för planeringsinsatser minska, och kvaliteten på vården öka. Sett till den utökade målgruppen och den förväntade ökningen av planer behöver omställningen adekvat resurssättning. Verksamheter och organisationer i olika delar av landet har utarbetat olika rutiner kring samordnad planering och individuell plan, såväl kopplat till LUS som HSL och SoL. Erfarenheter visar på att initialt krävs en del ”övningstid”, men sedan ser man effektiviseringsvinster.[94]

Ytterligare en ekonomisk aspekt är funktionaliteten i vårdgivarnas it-stöd. Även om funktioner för upprättande av individuella planer finns redan i dag för de patienter som också får socialtjänst, redovisar Region Skåne att det i samband med införandet av LUS krävdes ett utvecklingsarbete, bl.a. för att anpassa rutiner och it-system, vilket kostat ca 5 mnkr.[95] Vår bedömning är dock att den absoluta majoriteten av it-stöden redan ska ha utvecklat funktionalitet för att upprätta individuella planer eftersom skyldigheten redan gäller för vissa patientgrupper (enligt LUS, HSL och SoL i dag).

Vi bedömer att förslagen om individuell plan (avsnitt 4.4.2–4.4.6) som helhet på sikt kommer att bidra till ökad effektivitet då de skapar bättre förutsättningar för förebyggande insatser, och adresserar problematiken med undvikbara återinläggningar. Att skapa bättre planeringsförutsättningar innebär att risken för undvikbara insatser minskar, vilket förutom att förebygga icke optimal vård för

[94] Region Kalmar, *Oskar – samverkan kommun och Region Kalmar län* och SKR, *Samordnad individuell plan, SIP*, 2019.
[95] Region Skåne, *Region Skånes redovisning av statliga medel God och nära vård 2019*, 2019, s. 31.

patienten, höga kostnader och risk för vårdskador, frigör resurser som kan nyttjas till annat.

### 4.5.6 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna

#### Övergripande

Konsekvenserna av våra förslag för att stärka samverkan kommer att påverka kommunerna på samma sätt som regionerna. De positiva konsekvenserna av de förbättrade planeringsförutsättningarna bedömer vi kommer komma till särskild nytta för kommunernas hälso- och sjukvårdsuppdrag då man via den gemensamma planeringen kommer närmre annan hälso- och sjukvård. Att stärka kraven på samverkan innebär också ett tydliggörande för alla aktörer att hälso- och sjukvård med kommunen som huvudman är samma hälso- och sjukvård som när regionen är huvudman. Det ger bättre förutsättningar för att bli en integrerad del av hälso- och sjukvårdssystemet som helhet, bättre möjligheter för teamarbete över vårdgivargränser och därmed bättre förutsättningar för att utföra sitt arbete.

De nya bestämmelserna förväntas också att på sikt, och i kombination med våra förslag om t.ex. utbildning, bidra till bättre arbetsmiljöer inom den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och öka attraktiviteten att arbeta där.

#### Tydliggörande gällande hälso- och sjukvård i hemmet

Vårt förslag att byta begrepp från *hemsjukvård* till *hälso- och sjukvård i hemmet* (avsnitt 4.2.3) har inga direkta ekonomiska konsekvenser för kommunerna. Det innebär inga nya eller ändrade uppdrag eller krav för varken kommun, region eller stat. Förändringen bedöms dock få positiva konsekvenser som en del av omställningen till en god och nära vård. Att tydliggöra att det handlar om hälso- och sjukvård, med samma kvalitetskrav, behov av adekvat resurssättning och kompetensbehov, som enbart särskiljer sig genom att den utförs i hemmet, förväntas ge positiva konsekvenser avseende kvalitet och möjlighet till samarbete och kompetensöverföring mellan huvudmännen.

Att tydligare beskriva hälso- och sjukvård i hemmet på samma sätt som hälso- och sjukvård på vårdinrättning kommer, tillsammans med förtydligandet om kommunernas roll i hälso- och sjukvård i hemmet (se avsnitt 4.2.4) också skapa en bättre grund för avtalssamverkan mellan olika huvudmän och utförare. Detta bedöms vara särskilt värdeskapande för de patienter med de allra mest komplexa behoven, som ofta får insatser från både kommun och region i sitt hem.

Att tydliggöra att det är samma hälso- och sjukvård som utförs i hemmet tydliggör kraven på kommunerna avseende kompetensförsörjning och kompetenskrav på vårdens medarbetare. Detta är något som t.ex. lyfts i betänkandet Stärkt kompetens i vård och omsorg (SOU 2019:20). Det är huvudmännens och arbetsgivarnas ansvar att se till att rätt kompetens finns för arbetsuppgifterna så att arbetsfördelningen bidrar till en effektiv verksamhet med kvalitet. Genom vårt förslag att tydliggöra hälso- och sjukvård i hemmet i relation till all annan hälso- och sjukvård skapar bättre förutsättningar för huvudmännen och arbetsgivarna att ta det ansvaret.

### Förtydligade samverkanskrav

Som beskrivits i konsekvensanalysen för regionerna utgör förslagen att regioner och kommuner ska samverka vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården (se avsnitt 4.3.1) och att förutsättningar för samverkan ska finnas där hälso- och sjukvård bedrivs (se avsnitt 4.3.3) förtydliganden av gällande rätt. De innebär alltså inte några nya åtaganden, varför finansieringsprincipen ej bedöms vara tillämplig. De bägge förtydligandena motiveras av att gällande lagstiftning om samverkan ej bedöms ha fått fullt och likvärdigt genomslag, vare sig på huvudmannanivå eller utförarnivå.

Förslagen bedöms initialt medföra en viss administrativ kostnad då lokala rutiner för samverkan behöver ses över och utvecklas. Dessa kostnader bör hanteras genom den del av överenskommelsen om god och nära vård som avser generellt stöd till omställningsarbetet (se avsnitt 9.4.4). För vidare resonemang se motsvarande konsekvensanalys för regionerna (se avsnitt 4.5.5).

Förslaget att region och kommun för utformningen av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå ska upprätta en övergripande gemensam plan (se avsnitt 4.3.2) är ett delvis nytt åläggande, vilket aktualiserar

finansieringsprincipen. Förlaget förväntas innebära vissa nya kostnader. Även om samverkan mellan huvudmännen redan är författningsreglerat finns det inga krav i gällande rätt på upprättandet av en gemensam plan. Nya rutiner och processer kan behöva etableras för att utveckla och följa upp den gemensamma planen för utformningen av primärvården. Se avsnitt 4.5.4 och 4.5.5 för förslag på hur detta ska finansieras. Som framgår där föreslås regionerna få en sammanhållande roll i arbetet med planen och finansieringen föreslås därför kanaliseras genom regionerna.

### Fler får individuell plan

Konsekvenserna av våra förslag att även den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården genomgående ska träffas av bestämmelserna om individuell plan (avsnitt 4.4.2–4.4.6) innebär inte att kommunerna får ett större ansvar för hälso- och sjukvård. Kommunalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal kan dock komma att delta i upprättandet av fler individuella planer än vad som i dag är reglerat via LUS. Arbetsmomentet med individuell plan som sådant är inte nytt i sig och samordning med den regionalt finansierade hälso- och sjukvården måste göras även i dag. Vår bedömning är att våra förslag, vilka tydligare inkluderar den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården i skyldigheten om individuell plan, på sikt är tidsbesparande, minskar dubbeldokumentation i form av flera olika typer av planer, ökar patientsäkerheten och bidrar till att kvalitetsbristkostnader minskas.

Det utökade innehållet och den utökade målgruppen som träffas av bestämmelsen, innebär samtidigt en ambitionshöjning och därmed ett utökad uppdrag för huvudmännen, och i förlängningen vårdgivarna (se motsvarade analys för regionerna avsnitt 4.5.5). Därmed aktualiseras finansieringsprincipen. För analyser och beräkningar gällande omfattningen, samt förslag av finansiering, se avsnitt 4.5.4 och 4.5.5. Den beräknade kostnaden – 1350 mnkr – föreslås i sin helhet finansieras genom finansieringsprincipen. Bidraget till huvudmännen fördelas med 70 procent till regionerna och 30 procent till kommunerna, dvs. motsvarande deras respektive andel av kostnader för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Ytterligare en ekonomisk aspekt är funktionaliteten i vårdgivarnas it-stöd. På samma sätt som för regionerna bedömer utredningen att majoriteten av it-stöden redan ska ha utvecklat funktionalitet för att upprätta individuella planer eftersom skyldigheten redan gäller för vissa patientgrupper (enligt LUS, HSL och SoL i dag), och det därför inte är nya verktyg som behövs.

### 4.5.7 Konsekvenser för en jämlik vård

Tydligare reglering av samverkan på utförarnivån bidrar till en mer jämlik hälso- och sjukvård över landet då kraven på samverkan kommer att tillämpas mer likartat mellan olika huvudmän, driftsformer och utförare. Jämlikheten ökar ur patientens perspektiv, men också för huvudmän och vårdgivare som får mer jämlika planeringsförutsättningar över hela landet.

Att kraven på samverkan tydliggörs innebär att komplexiteten att samordna olika insatser flyttas från patienten och dennes anhöriga till huvudmännen och vårdgivarna. Detta är särskilt viktigt och positivt för patienter med särskilda behov eller där anhöriga inte har samma möjligheter att bistå. Bättre samverkan mellan olika aktörer ökar också möjligheten till personcentrering. En mer utvecklad samverkan mellan olika aktörer bedöms spela extra stor roll för en jämlik tillgång till och utformning av primärvården. Primärvården är den del av hälso- och sjukvården som har bäst förutsättningar att se till personers hela vårdbehov – något som kommer att få ökad betydelse i takt med att fler lever med kroniska sjukdomar.[96]

Genom tydligare reglering av samverkan stärks primärvården, vilket i sin tur bidrar till en mer jämlik hälsa i befolkningen.[97] En väl utbyggd primärvård förbättrar tillgängligheten till vård för hela befolkningen. Grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar har oftare flera sjukdomar än andra grupper. Då primärvården fokuserar på individens hela sjukdomsbild förväntas primärvården bättre kunna möta individens samlade behov utifrån våra förslag.

[96] Vårdanalys, *En primär angelägenhet*, 2017, s. 3.
[97] Starfield, B., Shi, L., Macinko, J, *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*, 2005.

Att fler patienter får möjlighet till en individuell plan ökar jämlikheten mellan olika patientgrupper Våra förslag bidrar till att patientens perspektiv och behov blir mer styrande för när/hur samordning mellan huvudmännen ska ske.

### 4.5.8 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen

En majoritet av hälso- och sjukvårdens personal är kvinnor och förslagen kan få betydelse för jämställdheten mellan män och kvinnor genom påverkan på arbetsmiljön inom hälso- och sjukvården. Under senare tid har det t.ex. rapporterats om ökande sjukskrivningar p.g.a. utmattningssyndrom bland exempelvis unga kvinnliga läkare och höga sjukskrivningstal generellt inom vård- och omsorgsyrken. Generellt gäller också att kvinnor har en högre sjukfrånvaro än män, dubbelt så hög, mätt som sjukpenningtalet. Det rapporteras även om att många sjuksköterskor, en starkt kvinnodominerad yrkesgrupp, väljer att lämna sina arbeten på vårdinrättningar runtom i landet p.g.a. ohållbara arbetssituationer. En väl fungerande samverkan mellan olika aktörer i hälso- och sjukvården bedöms vara centralt för att kunna skapa sunda, stimulerande och välfungerande arbetsmiljöer för de kvinnor och män som arbetar inom hälso- och sjukvården. En förändring mot mer interprofessionella arbetssätt ses som en central del i att kunna tillhandahålla en modern och välfungerande arbetsmiljö.

Som en konsekvens av detta ges också bättre förutsättningar för vården och omsorgen att tillhandahålla ett samlat omhändertagande utifrån de behov som individuella kvinnor, män, flickor, pojkar eller personer med annan könsidentitet har, vilket kan förväntas bidra till en stärkt jämställdhet.

Det är i dag vanligare att kvinnor får stöd med samordning och daglig livsföring i form av socialtjänstinsatser än män. År 2018 fick en av fem kvinnor över 65 år minst en socialtjänstinsats medan motsvarande siffra för män var 12 procent.[98] Detta beror inte enbart på att kvinnor har sämre hälsa, utan också på att kvinnor får mindre hjälp av sin partner än män och därmed behöver hjälp och stöd från samhället i stället.[99] Att fler får möjlighet till en individuell plan och

[98] Socialstyrelsen, *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2018*, 2019.
[99] SKR, *Hemtjänsten i Botkyrka kommun – En gender budget-analys*, 2010.

att komplexiteten att samordna olika insatser flyttas från patienten och dess närstående till hälso- och sjukvårdens aktörer förväntas få positiva konsekvenser för jämställdheten mellan könen, och då särskilt för den samordning som i dag görs av kvinnor för sina manliga partners. När det gäller statistik redovisat utifrån kön är det som tidigare beskrivits ett stort problem att det generellt saknas data från primärvården. Vi kan därför inte redovisa hur många kvinnor respektive män som är t.ex. föremål för individuella planer i dag.

### 4.5.9 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården

Våra förslag bedöms leda till positiva konsekvenser avseende såväl de medicinska resultaten som hur patienterna och dess närstående upplever hälso- och sjukvården. Det är också avgörande för förtroendet för hälso- och sjukvårdssystemet. I grunden handlar förslagen om att flytta komplexiteten att samordna olika insatser från patienten och dennes närstående till huvudmännen och vårdgivarna. Detta är särskilt viktigt för marginaliserade och sårbara grupper.

Tydligare reglering av samverkan förväntas också öka patientsäkerheten. Det är välkänt att de största patientsäkerhetsriskerna uppstår i vårdens övergångar.[100] Därför är förslag som bidrar till att överbrygga sådana övergångar av stor vikt för att öka kvalitet och patientsäkerhet. Onödiga eller dubbla insatser kan undvikas genom bättre samordning.

Ett system som är begripligt för patienten förväntas leda till att patienten känner sig tryggare och kan få rätt vård på rätt plats i rätt form. Det bedöms också ge bättre förutsättningar för de som så önskar att vara en aktiv medskapare i sin egen vård. Detta leder inte enbart till bättre hälsa utan också till bättre medicinska resultat. Att sjukdomsförebyggande och rehabiliterande insatser blir en författningsreglerad del av den individuella planen bedöms bidra till att även sådana evidensbaserade insatser genomförs i större omfattning än i dag.

Vårt förslag att byta begrepp från hemsjukvård till hälso- och sjukvård i hemmet (avsnitt 4.2.3) förväntas för patienten innebära att hälso- och sjukvårdssystemet upplevs som tydligare och mer

[100] Se bl.a. SKR, *Patientens övergångar – Framgångsfaktorer för att identifiera och implementera arbetssätt som ökar patientsäkerheten*, 2017.

begripligt. Att förtydliga att det är samma hälso- och sjukvård som utförs, med samma kvalitetskrav och samma behov av adekvat resurssättning, även i hemmet förväntas få positiva konsekvenser för de som exempelvis i enlighet med ”tröskelprincipen” är föremål för hälso- och sjukvård i hemmet. Att man som patient har svårt att ta sig till en vårdinrättning ska inte innebära att man får sämre, eller någon annan typ av hälso- och sjukvårdsinsatser, något som tydliggörs genom vårt föreslag.

Att tydliggöra att det är samma hälso- och sjukvård som ges i hemmet bedöms också ha positiva konsekvenser för de medicinska resultaten eftersom det tydliggör kraven på kommunen som huvudman för hälso- och sjukvård. Det förväntas också skapa bättre och mer långsiktiga förutsättningar för interprofessionell samverkan och samverkan över huvudmannagränserna, mellan regioner och kommuner.

*Informationsdelning*

Våra förslag som syftar till att stärka krav på samverkan och att fler ska ges möjlighet att få en individuell plan bedöms få positiva effekter för patientsäkerheten då förslagen ger ökade möjligheter och incitament för vårdgivarna att tillämpa möjligheterna med sammanhållen journalföring. Att ge den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården samma skyldighet som den regionfinansierade hälso- och sjukvården innebär inga nya bestämmelser avseende informationsdelning. Men genom utökade krav på att en specifik informationsmängd, i detta fall den individuella planen, ska kunna delas mellan vårdgivare förväntas positiva konsekvenser avseende följsamhet till gällande rätt om möjligheten med sammanhållen journalföring. Det förväntas också påskynda implementeringen av den sammanhållna journalföringen. Genom att fler system måste kopplas samman skapas en infrastruktur mellan it-lösningarna som sedan också kan användas för att utbyta andra viktiga informationsmängder när flera olika huvudmän och/eller vårdgivare ger insatser till en och samma patient. Förslagen bidrar i förlängningen till en ökad s.k. interoperabilitet mellan olika it-stöd.

Bestämmelserna om sammanhållen journalföring som reglerar möjligheten att dela information infördes 2009. Bestämmelserna är utformade så att de reglerar möjligheten när man delar information mellan vårdgivare, men ställer inga krav på *att* information ska delas. Tillgång till rätt information i rätt tid är en av de mest centrala delarna i omställningen till nätverksbaserade organisationer och integrerade arbetssätt.

### 4.5.10 Konsekvenser för vårdens professioner

Medarbetarna har i dag ett stort ansvar att samordna befintliga resurser och kompetenser utifrån den enskilda patientens behov, preferenser och förutsättningar vilket på många platser upplevs som svårt p.g.a. bristande regelverk och stöd samt resurssättning. Tydligare reglering av samverkan mellan hälso- och sjukvårdens olika aktörer förväntas därför bidra till bättre förutsättningar för medarbetare att utföra sitt arbete gällande samordning. Därmed kan förslaget i förlängningen bidra till förbättrad arbetsmiljö och ett mer hållbart yrkesliv.

Våra förslag medför att behovet av samverkan mellan olika fasta vårdkontakter hos olika vårdgivare kommer att öka. Det är avgörande att det allokeras resurser och skapas rutiner för att de fasta vårdkontakterna ska kunna samverka och samordna insatserna för patienten inom sitt yrkesutövande.

Detta kommer att kräva nya sätt att arbeta och nya typer av ledarskap och medarbetarskap, då allt arbete varken kommer att utföras eller rapporteras i linjen. Dessa mer nätverksbaserade organisationernas styr- och ledningssystem måste, för att vara funktionella, vara mer horisontella än vertikala, mindre hierarkiska och mer fokuserade på tillit och värdeskapande aktiviteter.[101] För att möjliggöra detta har både SKR och professionsorganisationerna en stor roll att spela gällande stöd till utformning av och stöd till implementering av nya arbetssätt. Även vad gäller tillsynen av hälso- och sjukvårdens verksamheter, och hur den fungerar i dessa mer nätverksbaserade arbetssätt behöver utvecklas. Något som bl.a. reflekteras i regeringsuppdrag till IVO (se avsnitt 9.2.1).

[101] M. Minkman. *Longing for Integrated Care: The Importance of Effective Governance. Editorial, International Journal of Integrated Care*, 2017.

Förtydligandet att hälso- och sjukvård i hemmet (avsnitt 4.2) inte är någon separat eller annan hälso- och sjukvård än den som utförs vid en vårdinrättning kommer att förenkla samverkan och samarbete mellan olika professioner och huvudmän, särskilt för de medarbetare som är aktiva i kommunen. Genom att tydliggöra att hälso- och sjukvårdsuppdraget, som definieras i HSL, är samma oavsett av hos vilken huvudman man är anställd kommer skapa bättre och mer långsiktiga förutsättningar för teamarbete och samverkan över huvudmannagränserna, mellan regioner och kommuner.

Den översiktliga omställningen som förenklas av detta sker också mer i samverkan och med ett fokus på att alla kompetenser tas till vara. Det bedöms därför på lång sikt förbättra arbetssituationen för de som i dag arbetar i vården genom att skapa mer hållbara arbetsmiljöer med fler möjligheter till lärande i vardagen genom samverkan över organisations-och huvudmannagränser.

### 4.5.11 Konsekvenser för företagen

Flertalet av våra förslag riktar sig till huvudmännen för offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Vissa av dessa behöver sedan omsättas i huvudmännens avtal med företag som utför offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Undantaget är förslaget till förtydligande kring samverkansansvar på utförarnivå (se avsnitt 4.3.3), vilket träffar all hälso- och sjukvårdsverksamhet.

År 2018 var det totalt 30 874 registrerade företag som bedrev verksamhet inom hälso- och sjukvård enligt SCB:s företagsregister. 16 633 var aktiebolag och 14 241 enskilda näringsidkare. Antalet företag som utförde offentlig hälso- och sjukvård under 2018 var endast en liten del av dessa. 2 342 företag utförde primärvård, 1 061 somatisk vård, 393 inom psykiatrisk vård och 603 utförde övrig hälso- och sjukvård åt regionerna. Detta baseras på den totala mängden köp av verksamhet som regionerna gjort från privata utförare. Dock kan samma utförare förekomma i flera verksamhetsområden och i flera regioner. För den kommunala hälso- och sjukvården finns endast begränsad statistik över antal privata utförare. Enligt SCB:s utförarregister var det endast 36 privata företag som utförde hälso- och sjukvård finansierad av kommunen, av dessa 36 finns 32 i Kalmar.[102]

[102] SCB, *Finansiärer och utförare inom vård, skola och omsorg 2017*, 2019.

Förslaget att fler ska få möjlighet att få en individuell plan (avsnitt 4.4.2) beräknas påverka de privata utförarna på samma sätt som de offentliga. Se därför resonemang under avsnitt 4.5.5. Likaså är privata utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård inkluderade i våra ekonomiska beräkningar samt finansieringsförslag (se avsnitt 4.5.4 och 4.5.5).

Genom våra förslag att förtydliga och stärka kraven på samverkan (avsnitt 4.3.3) tydliggör vi att samverkan är en central del i att bedriva hälso- och sjukvård utifrån god vård-principen och att förutsättningar för detta måste finnas. Tydligare reglering av samverkan kan innebära att utförarna initialt måste avsätta mer tid för detta, även om vi bedömer att bättre samverkan är tidsbesparande på sikt. Det kan ha en viss påverkan på mångfalden av företag då vissa aktörer, p.g.a. storlek eller andra skäl, kan ha utmaningar att etablera och underhålla de samverkansstrukturer som behövs. Det är dock inte några nya krav i grunden och förtydligandet bedöms avgörande för en sammanhängande god och säker vård för befolkningen.

Övriga förslag bedöms inte medföra några direkta konsekvenser för företagen.

### 4.5.12 Övriga konsekvenser

Utredningen bedömer att förslagen inte har några konsekvenser för miljön, för sysselsättningen, för EU-rätten, för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen eller för det brottsförebyggande arbetet.

## 4.6 Ikraftträdande

Förslagen till lagändringarna i detta kapitel föreslås träda i kraft den 1 januari 2023.

Lagändringarna bör enligt utredningens mening införas så snart som möjligt för att underlätta och säkra framdriften i det pågående omställningsarbetet i hälso- och sjukvården. Givet att förslagen medför behov av vissa anpassningar hos huvudmännen, i form av såväl regioner som kommuner, ser utredningen att 1 års tid bör avsättas efter beslut om proposition, innan de nya författningarna träder

i kraft. Med hänsyn tagen till lagstiftningsprocessen bedömer därför utredningen att lagstiftningen tidigast kan träda i kraft den 1 januari 2023, och förslår därför detta som datum för ikraftträdande.

# 5 Patientkontrakt – patientens stöd för en sammanhållen vård

## 5.1 Planering utifrån individens perspektiv

Vi har i uppdrag se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan för patientens samtliga vårdinsatser oavsett aktör eller huvudman. Vi har också i uppdrag att klargöra hur patientkontraktet bör förhålla sig till samordnad individuell plan, så kallad SIP (dir. 2018:90).

I kapitel 5 i vårt tredje delbetänkande[1] finns bakgrundstexter i dessa delar. Det kapitlet ska därför läsas tillsammans med detta kapitel.

### 5.1.1 Nuläge i arbetet med patientkontrakt

#### Termen ”patientkontrakt”

Arbetet med det s.k. patientkontraktet har pågått under en längre tid. Regeringen aviserade redan under hösten 2016 en pilotverksamhet med patientkontrakt, vilken genomfördes i tre regioner; Region Kalmar län, Region Halland och Region Norrbotten under 2017.[2] Patientkontrakt är också en del av Januariavtalet.[3]

Det har problematiserats kring termen *patientkontrakt* ur juridiskt perspektiv. *Kontrakt* kan förespegla att det finns ett reglerat, ömsesidigt åtagande mellan patienten och vårdgivaren och att patienten eller vårdgivaren kan hävda sin rätt gentemot den andra parten.

[1] SOU 2019:29, *God och nära vård. vård i samverkan*.
[2] Se vidare i SOU 2018:39, *God och nära vård. en primärvårdsreform*, avsnitt 4.1.4.
[3] En sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna. Delar av regeringens politik bygger på denna överenskommelse (se punkt 53).

Hur detta förhåller sig blir extra viktigt att tydliggöra i relation till att hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) är en s.k. skyldighetslagstiftning, dvs. att huvudmännen har en skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård till befolkningen. Denna skyldighet kvarstår oavsett om patienten tar hand om sin hälsa på rekommenderat sätt eller inte. Vi avser inte att ändra den skyldigheten eller att ålägga patienten något ansvar, men väljer ändå att fortsätta använda termen patientkontrakt, i vilket ordet kontrakt avses ha en mer allmänspråklig betydelse (se förslag i avsnitt 5.2.1). Att ändra termen till något annat riskerar att skapa en otydlighet hos såväl de patienter och brukare som medarbetare som redan stött på begreppet patientkontrakt. Att benämna företeelsen med en annan term skulle dessutom bidra till att det uppfattades som att det fanns ytterligare en typ av plan, när det s.k. patientkontraktet i stället handlar om att skapa ett sammanhang ur patientens perspektiv av de olika pusselbitar som i stora delar redan finns i olika planverktyg.

## SKR:s arbete med patientkontrakt

Patientkontrakt har sedan 2018 ingått i överenskommelser mellan regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR).[4] I implementeringsarbetet, under ledning av SKR, beskrivs patientkontraktet som flera delar; en överenskommelse mellan hälso- och sjukvården och patienten som innehåller information och kontaktuppgifter till fast(a) vårdkontakt(er), en sammanhållen plan och att tiderna i planen är bokade i samråd med patienten. Vi har beskrivit detta arbete mer i tidigare betänkanden.[5]

Under 2020 har ett arbete påbörjats där SKR och regeringen kommit överens om att det s.k. patientkontraktet ska tillämpas i de personcentrerade, sammanhållna vårdförloppen.[6]

[4] Regeringskansliet och SKL, *Patientmiljarden – Insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2018*, 2017; *God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019*, 2019; *Standardiserade vårdförlopp – Jämlik och effektiv vård med god kvalitet, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019*, 2019.
[5] Se SOU 2018:39, *God och nära vård. en primärvårdsreform*, s. 123 f. och SOU 2019:29 *God och nära vård. vård i samverkan*, s. 151 f.
[6] Regeringskansliet och SKR, *Patientsäkerhet, nationella kvalitetsregister m.m. 2020*, *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, 2020.

## Inera AB:s förstudie om patientkontrakt

Inera AB har under 2019 på uppdrag av SKR:s projekt Patientkontrakt genomfört en förstudie om möjligheter och förutsättningar för att realisera en sammanhållen digital plan inom 1177 Vårdguiden. Inera har avgränsat förstudien till att ta fram en behovsbild som beskriver de förutsättningar som finns hos patienter, närstående och vårdpersonal. Kostnadsberäkningarna i förstudien är gjorda utifrån att Ineras egna tekniska plattform, tjänsteplattformen, används i den kommande realiseringen och utformningen av ett digitalt verktyg. Inera poängterar också att det finns andra leverantörer på den öppna marknaden som kan tillhandahålla tjänster som möter behoven som beskrivits i förstudien.[7] Resultatet presenterades i december 2019 i form av ett koncept, en handlingsplan, ett kostnadsestimat samt underlag för intresseanmälan till regioner och kommuner.

Inera beskriver att målbilden är en vy som sammanställer planerade insatser hos flera vårdgivare och av patienten själv och dess närstående, integrerat med digitala kommunikationskanaler och tidbokning. Den sammanställda planeringen ska vara tillgänglig för patienten själv och för den vård- och omsorgspersonal som är involverad i vårdinsatserna och framför allt för patientens fasta vårdkontakt. Inera beskriver att även om det är önskvärt att även patientens närstående kan använda vårdplanen förutsätter detta en lagändring (något vi beskriver mer ingående i avsnitt 5.2.3). Översikten av vårdinsatser utgår ifrån att befintliga system för vårdplaner kan integreras och visualiseras i en sammanhållen vy.[8]

I förstudien har det ingått en kartläggning av befintliga it-stöd. Kartläggningen visar att flera regioner har ett digitalt systemstöd för att upprätta en plan, oftast ett planeringsverktyg där olika vårdgivare tillsammans kan planera exempelvis vilka insatser en utskrivningsklar patient ska få för att kunna lämna sjukhuset. Planeringsverktygen är dock oftast separata it-stöd som inte är integrerade med journalsystemen, vilket gör att information inte automatiskt kan överföras mellan dem och planerna kan inte användas utanför den specifika planeringsprocess som de tagits fram för. De är inte utformade för att stödja att patienter ska kunna vara delaktiga och ta egna

[7] Inera AB, *Förstudie om sammanhållen planering via 1177 Vårdguiden Behov och lösningsförslag för ökad delaktighet och samskapande. Slutrapport förstudie 2019-12-13*, 2019, s. 11.
[8] Inera AB, *Ärendebeskrivning: Sammanhållen plan i 1177 Vårdguiden*, 2019.

initiativ. Patienten har i de flesta fall inte heller möjlighet att få digital åtkomst till informationen i planeringsverktygen utan får planen utskriven (utlämnad) på papper.[9]

Inera AB bedömer att det finns goda möjligheter att skapa en överblick för invånaren via 1177 Vårdguiden. För att utveckla Journalen på 1177 Vårdguiden[10] till att möta behoven har Inera AB föreslagit en utvecklingsplan som sträcker sig över 3 år med en utvecklingsbudget på 185 mnkr, och en förvaltningskostnad på 30 mnkr årligen efter år 3.[11] Inera beskriver att utmaningarna inte främst är tekniska utan handlar om resurser, prioriteringar, styrning och samverkan för att gemensamt utforma informatik och infrastruktur som möjliggör att mer planeringsinformation kan visas upp för patienten på ett bättre sätt. Inera menar att det krävs ett samlat uppdrag och en gemensam målbild för vem av parterna som gör vad, både regioner, kommuner, SKR och Inera. Inera pekar också på samma juridiska hinder som vi redovisat i vårt tidigare delbetänkande[12]; att målbilden om att invånaren på sikt ska kunna vara mer aktiv i sin egen planering och egenvård och själv kunna initiera aktiviteter och uppdatera planer med eget innehåll saknar lagstöd och att det på samma sätt saknas lagstöd för en gemensam digital plan för insatser som utförs av både hälso- och sjukvård och socialtjänst.[13]

## 5.2 Patientens översikt

### 5.2.1 Varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt

**Utredningens förslag:** Det ska i patientlagen (2014:821) (PL) regleras att varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt som på ett sammanhållet sätt, utifrån den enskildas behov och preferenser, presenterar patientens individuella plan med de aktiviteter och insatser som är planerade. Det ska också framgå vem/vilka som utgör patientens fasta vårdkontakt(er).

[9] Inera AB, *Förstudie om sammanhållen planering via 1177 Vårdguiden Behov och lösningsförslag för ökad delaktighet och samskapande Slutrapport förstudie 2019-12-13*, 2019, s. 17.
[10] ”Journalen” är Inera AB:s e-tjänst för att kunna se delar av sin patientjournal på 1177 Vårdguidens hemsida.
[11] Inera AB, *Förstudie om sammanhållen planering via 1177 Vårdguiden Behov och lösningsförslag för ökad delaktighet och samskapande Slutrapport förstudie 2019-12-13*, 2019, s. 41.
[12] SOU 2019:29, *God och nära vård. vård i samverkan*.
[13] Inera AB, *Förstudie om sammanhållen planering via 1177 Vårdguiden Behov och lösningsförslag för ökad delaktighet och samskapande Slutrapport förstudie 2019-12-13*, 2019, s. 7.

Vi föreslår för detta nya bestämmelser i 6 kap. 5 § i PL och 10 kap. 1 a § och 13 kap. 1 a § i HSL.

### Skäl för utredningens förslag

I vissa fall krävs särskild planering för en viss typ av verksamhet inom hälso- och sjukvården eller för vissa typer av professioner. Ur patientens perspektiv är dock behovet av sammanhang centralt. Även när vårdens olika delar måste använda olika planverktyg i utformningen av sina respektive insatser är de olika planerna bara pusselbitar i patientens relationer med och väg genom hälso- och sjukvården. Resultatet från de olika planeringsverktygen måste kunna presenteras på ett sammanhållet sätt för patienten, även när patientens plan består av olika delplaner som upprättats av olika delar av hälso- och sjukvården, för att kunna ge en begriplig bild av det som är planerat för just mig som patient och hur jag utifrån det kan bidra, utifrån mina preferenser och förmågor.

Vi bedömer att två av delarna som ingår i SKR:s arbete utifrån överenskommelserna om patientkontrakt redan är författningsreglerade:

- Enligt HSL och socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) finns bestämmelser om att regionen tillsammans med kommunen ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten. Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.
- Enligt 6 kap. 2 § PL ska en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Genom vårt förslag som redovisas i avsnitt 4.4.2 att fler ska få en individuell plan möter vi behovet av att alla patienter som får insatser från flera vårdgivare eller huvudmän ska ha möjlighet att få en sammanhållen plan. Det gäller alltså inte bara de patienter som uppfattas ha en särskilt komplex vårdsituation, även om de bör prioriteras.

Att i lagstiftning detaljreglera hur tider ska bokas bedömer utredningen dock inte vara proportionerligt. Utifrån gällande reglering att den individuella planen ska upprättas tillsammans med den enskilde när det är möjligt, och de övriga förslag som läggs i kap. 4 som stärker personcentreringen i den individuella planen, bedömer vi dock att det bör följa som en naturlig konsekvens att tider bokas i samråd med patienten.

Bestämmelserna om fast vårdkontakt förstärks avseende att uppgifter om den/de fasta vårdkontakterna ska presenteras samlat ihop med den individuella planen om patienten begär det.

Både region och kommun ska ha skyldigheten att tillhandahålla ett s.k. patientkontrakt. Vi föreslår att en ny bestämmelse om upprättande och tillhandahållande av ett patientkontrakt ska införas i 6 kap. 5 § PL. För regionens respektive kommunens ansvar att tillhandahålla ett patientkontrakt föreslår vi att det ska införas nya bestämmelser i 10 kap. 1 a § och 13 kap. 1 a § i HSL.

*Patientkontraktet är inte en ny typ av plan*

Patientkontraktet, som det här föreslås, är alltså inte en ny typ av plan utan en kombination av patientens individuella plan enligt HSL, som innehåller de aktiviteter och insatser som är planerade för den enskilde, i kombination med information om vem/vilka som utgör patientens fasta vårdkontakt(er), vilken presenteras på ett sammanhållet sätt för patienten.

Regionen ansvarar i dag för att en individuell plan upprättas i enlighet med 8 kap. 7 § HSL om patienten behöver habilitering, rehabilitering eller hjälpmedel vid funktionsnedsättning samt under de förutsättningar som anges i 16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § i SoL.

Kommunen ansvarar i dag för att en individuell plan upprättas i enlighet med 12 kap. 5 § HSL om patienten behöver habilitering, rehabilitering samt i samverkan och under de förutsättningar som anges i 16 kap. 4 § HSL.

Även om delar av det här föreslagna patientkontraktet redan är författningsreglerade i dag anser vi att de enskilda bestämmelserna måste sättas samman så att det blir begripligt för patienten vad som är planerat, vem som kommer hjälpa till med samordningen och vem man kan kontakta vid frågor. Vi föreslår att en ny bestämmelse

införs i patientlagen med en skyldighet att upprätta en sammanställning av uppgifter om patientens fasta vårdkontakt(er) och de aktiviteter eller insatser som är planerade för patienten i den individuella planen, om patienten begär det. Delarna som utgör patientkontraktet är reglerade via andra bestämmelser vilket innebär att själva upprättandet, givet ett funktionellt digitalt verktyg, kommer vara automatiserat för merparten av patienterna. Det s.k. patientkontraktet kommer därför enbart att medföra en liten utökning avseende administration för vårdens medarbetare, men kommer ändå utgöra en viktig skillnad för patienten då olika delar sätts i ett sammanhang.

I kombination med övriga förslag från utredningen, inte minst förslaget om att utöka bestämmelsen om individuell plan skapar vi ett tydligare sammanhang där patientens perspektiv är utgångspunkten.

För att man som patient verkligen ska kunna vara delaktig i sin hälso- och sjukvård måste individen ses som en del av teamet. För att skapa en sådan delaktighet behövs gemensamma verktyg mellan individ och profession där det är tydligt hur och när den enskilde kan bidra. Ett centralt sådant är möjligheten att kunna överblicka sin egen planering, i form av ett patientkontrakt. Patientkontraktet kan vara som en brygga mellan olika delar av hälso- och sjukvården och framför allt mellan patient och vårdens medarbetare.

Traditionellt upprättar hälso- och sjukvården flera olika planer för en och samma patient men låter sedan alltför ofta patienten, eller närstående till patienten, stå för koordineringen. Den komplexiteten måste flyttas, från patienten till professionen, genom att gränssnittet mellan vårdens planering och patientens egen planering tydliggörs. Även om hälso- och sjukvården upprättar olika planer för en och samma patient måste de kunna presenteras på ett sammanhängande sätt för individen och därmed skapa ett sammanhang.

Tillhandahållandet av den övergripande planeringen behöver kunna anpassas efter mottagaren och måste finnas i olika former, t.ex. digitalt, muntligt eller skriftligt utlämnat, för att säkerställa att alla patienter har samma möjligheter att tillgodogöra sig innehållet. Det är redan reglerat i PL att information till patienten ska anpassas efter

patienten förmåga och preferenser.[14] Bestämmelsen gäller inte bara information till patienten utan även till andra mottagare, dvs. främst vårdnadshavare eller andra närstående. Informationen ska anpassas till mottagarens ålder och mognad. Informationen ska vidare anpassas efter mottagarens erfarenhet. Därmed avses mottagarens tidigare erfarenhet av hälso- och sjukvården, men även övriga erfarenheter som bl.a. kan ha betydelse för vilken förståelse han eller hon har av exempelvis skeenden i kroppen.[15]

### *Ett digitalt verktyg*

Som vi beskrivit i tidigare delbetänkande[16] anser vi att det är viktigt att digitalisering och utvecklingen av it-stöd är inkluderande och sker utifrån olika gruppers behov och förutsättningar. Det s.k. patientkontraktet måste därmed kunna delges patienten på olika sätt, utifrån patientens förutsättningar och preferenser. Det sannolikt mest förekommande sättet kommer dock vara i digital form.

Potentialen med planverktyg kan exemplifieras genom Inera AB:s tjänst Journalen, som nås via 1177 Vårdguiden. Journalen ger en överblick över vårdhändelser som har ägt rum, men i dagsläget mycket lite information om planerade framtida händelser, även om det rent tekniskt går att dela information om vårdplaner med invånaren genom Journalen. I dag är det bara en region, Region Norrbotten, som visar upp information i vyn Vårdplaner.

Varje månad loggar 1,5 miljoner invånare in på 1177 Vårdguiden för att använda någon av 1177:s e-tjänster, som att läsa sin journal, se sina bokade tider eller efterfråga ett förnyat recept. Totalt har nästan 6,5 miljoner invånare använt någon av 1177 Vårdguidens e-tjänster. Våra förslag som både utökar innehållet och målgruppen för den individuella planen (se kap. 4) förväntas påskynda att fler regioner och kommuner delar planerna med andra vårdgivare. Om huvudmännen därtill fullt ut använde befintliga möjligheter i vyn Vårdplaner skulle de genom vårt förslag om patientkontrakt direkt kunna nå 1177 Vårdguidens 6,5 miljoner användare.

---

[14] 3 kap. 6 § *patientlagen* ”Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Mottagarens önskan om att avstå från information ska respekteras.”.
[15] Prop. 2013/14:106 *Patientlag*, s. 118.
[16] SOU 2018:39, *God och nära vård. en primärvårdsreform*.

Den vårdplan som i dag kan visas upp i Journalen presenteras som en fil, bifogad som ett PDF-dokument. En patient kan ha flera olika planer, och då visas de olika PDF-dokumenten i en lista. Att ta del av vårdplanen som en oformaterad PDF-fil motsvarar inte det behov som Inera AB identifierat i sin förstudie om patientkontrakt, varken hos patienter eller hos vårdpersonal. Inera har identifierat att det redan i dag finns *en* tjänst som möter behoven och kan visualisera en gemensam vårdprocess där både patienten och personalen utgår från samma information. Vårdpersonal kan i tjänsten lägga in information innan, under och efter ett patientmöte som kan visas på olika sätt beroende på användarens roll i processen. Patienten kan också bidra med egen information digitalt, exempelvis via appar. Om tjänsten integreras med vårdgivares journalsystem kan exempelvis tider uppdateras automatiskt. I dagsläget provas tjänsten bland annat vid KOL-enheten på Sahlgrenska sjukhuset i Västra Götalandsregionen.[17]

### 5.2.2 Ett patientkontrakt i praktiken

Tillhandahållandet av ett s.k. patientkontrakt kommer enligt våra förslag att initieras av att en patient efterfrågar ett sådant, med stöd i bestämmelsen i PL. Patientens fasta vårdkontakt ansvarar då för att ett patientkontrakt, som består av patientens individuella plan och kontaktuppgifter till patientens fasta vårdkontakt(er), upprättas. Om patienten inte har en fast vårdkontakt ska en sådan utses, med stöd av bestämmelser i PL[18], och om patienten inte har en individuell plan ska den fasta vårdkontakten initiera en sådan planering för att upprätta en individuell plan, bl.a. med stöd i bestämmelsen i LUS.[19]

Patientkontraktet ska sedan kunna visas upp digitalt för patienten utifrån den enskildas behov och preferenser. I dag lämnas planer generellt ut i pappersformat till patienten. Även om den möjligheten måste finnas kvar för att inte exkludera de patienter som saknar digitala hjälpmedel förväntas majoriteten av patienterna vilja ha sin plan presenterad digitalt.

[17] Inera AB, *Förstudie om sammanhållen planering via 1177 Vårdguiden Behov och lösningsförslag för ökad delaktighet och samskapande Slutrapport förstudie 2019-12-13*, 2019, s. 17.
[18] 6 kap. 2 § PL.
[19] 4 kap. 3 § LUS.

Att vi bedömer att det är en fast vårdkontakt som ska ansvara för att den individuella planen är aktuell och uppdaterad är en naturlig del av den samordnande rollen. Enligt LUS är det sedan 2018 reglerat att den fasta vårdkontakten som ska ta initiativ till en samordnad individuell planering[20]. Att då dessutom ansvara för resultatet av planeringen, den individuella planen, tydliggör att rollen handlar om att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet[21] och inte bara administrera det initiala planeringsmötet vid utskrivning från sluten vården.

Den individuella planen i det s.k. patientkontraktet kommer ur ett juridiskt och tekniskt perspektiv bestå av flera olika informationsmängder från olika vårdgivare och bestå av flera olika journalhandlingar. Vårdgivarnas skyldighet att föra journal regleras bland annat i patientdatalagen (2008:355) (PDL), men också av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Alla handlingar som upprättas av hälso- och sjukvården i syfte att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador för en patient är en journalhandling[22], så också handlingarna som utgör ett s.k. patientkontrakt. Flera journalhandlingar utgör rent formellt en patientjournal.[23] Ett krav på innehåll i patientjournalen är just vårdplanering.[24] Varje vårdgivare ansvarar för de journalhandlingar som de journalför och tillför patientjournalen. Det är därför viktigt att olika vårdgivares informationsmängder kan visas upp för patienten på ett sammanhållet, begripligt sätt genom patientkontraktet.

Att vi i vårt förslag till reglering inkluderar just individuell plan innebär inte att andra, icke författningsreglerade planer nödvändigtvis är mindre viktiga, eller inte kan vara del av den sammanhängande planering som visualiseras i ett patientkontrakt. Tvärtom är det lämpligt att även information från kompletterande planer ska kunna visas upp för patienten tillsammans med de hälso- och sjukvårds-

[20] 4 kap. 3 § LUS.
[21] Jfr 6 kap. 2 § PL.
[22] 1 kap. 3 § PDL: Framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder.
[23] 1 kap. 3 § PDL: En eller flera journalhandlingar som rör samma patient.
[24] 5 kap. 5 § *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården* (HSLF-FS 2016:40).

åtgärder som finns i den individuella planen, i samma gränssnitt. Eftersom de kompletterande planerna inte alltid är författningsreglerade kan vi dock inte utforma författningsförslag så att även dessa *ska* inkluderas i patientkontraktet. Eftersom gällande lagstiftning inte heller tillåter direktåtkomst mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst kommer inte heller eventuella socialtjänstinsatser i patientens individuella plan att kunna visualiseras i ett digitalt verktyg för patientkontraktet genom sammanhållen journalföring.

### 5.2.3 Informationsdelningsfrågor

#### Möjlighet att läsa sitt patientkontrakt

Att ge en patient tillgång till ett patientkontrakt kommer, liksom för andra journalhandlingar, ur juridiskt perspektiv vara ett *utlämnande*. Det finns ingen generell rättighet för den enskilda patienten att ta del av sin journal eller generell skyldighet för vårdgivaren att lämna ut journalen till patienten. Patienten har dock en författningsreglerad möjlighet att ta del av sin patientjournal, som regleras i tryckfrihetsförordningen samt i offentlighets- och sekretesslagen vad gäller den allmänna hälso- och sjukvården[25] [26] respektive i PDL beträffande enskild hälso- och sjukvård[27] [28]. Praxis är att dock att patienten får möjlighet att läsa sin journal. Det finns också ett nationellt it-stöd för detta, Journalen på 1177 Vårdguiden, som förvaltas av Inera AB.

Vårdgivaren får också ge en patient s.k. *direktåtkomst* till delar av eller hela patientjournalen, men vårdgivaren har ingen skyldighet att erbjuda det. Begreppet direktåtkomst är inte definierat i lag, men Högsta förvaltningsdomstolen har beskrivit att direktåtkomst vanligen innebär att någon har direkt tillgång till någon annans databas eller register och på egen hand kan söka efter information, dock utan att kunna påverka innehållet i databasen eller registret.[29]

[25] 12 kap. 1 § *offentlighets- och sekretesslag* (2009:400).
[26] Regionfinansierad respektive kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.
[27] 8 kap. 2 § PDL.
[28] Hälso- och sjukvård med privata utförare.
[29] Högsta förvaltningsdomstolens dom HFD 2017 ref. 67.

En förutsättning för direktåtkomst är att förbindelsen är krypterad med stark autentisering.[30] Det innebär till exempel att vårdgivaren använder en inloggning som ställer krav på att den enskildes identitet kontrolleras på minst två olika sätt (e-legitimation eller motsvarande). Om en vårdgivare bara ger begränsad direktåtkomst, till exempel på grund av sekretesskäl, ska den enskilde få information om det.[31] Det kan till exempel gälla uppgifter som berör skydd för barn, anmälare, vårdnadshavare eller vård och behandling.[32] Direktåtkomst kan enbart ges till patienten själv och inte till en närstående eller någon annan form av ombud. Frågan har prövats av Högsta förvaltningsdomstolen.[33]

Möjligheten att ge den enskilde direktåtkomst saknas i socialtjänsten. Regeringen har i juni 2019 tillsatt Utredningen om informationsutbyte inom vård och omsorg (S 2019:01), med uppdrag att bland annat se över möjligheten att införa sekretessbrytande bestämmelser för viss personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso- och sjukvård och att ge ombud åtkomst till patientjournal. Utredningen ska redovisa sitt slutbetänkande den 31 maj 2021.[34]

## Brist på möjlighet att själv tillföra information i sitt patientkontrakt

Det finns i dag ingen juridisk möjlighet för patienten själv att skriva i eller på annat sätt tillföra information i sin patientjournal, och därmed i sitt s.k. patientkontrakt, då skyldigheten att upprätta journalhandlingar enbart gäller vårdgivare. I praktiken kan det dock hanteras genom att patienten i dialog med vårdgivaren beskriver vad det ur dennes perspektiv är viktigt att patientkontraktet innehåller varvid vårdgivaren kan upprätta en sådan journalanteckning.

[30] 4 kap. 11 § *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården* (HSLF-FS 2016:40).
[31] 4 kap. 12 § *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården* (HSLF-FS 2016:40).
[32] Socialstyrelsen, *Direktåtkomst för den enskilde*, 2019.
[33] Högsta förvaltningsdomstolens dom HFD 2017 ref. 67.
[34] Dir. 2019:37, *Kommittédirektiv – Översyn av vissa frågor som personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso- och sjukvårdsverksamhet*.

Som vi tidigare beskrivit kan dock patienten begära att en journalhandling rättas.[35] Det är den enda reglerade möjligheten för en patient att ändra eller tillföra information i sin patientjournal. Om en uppgift rättas ska det därför framgå av vem och när uppgiften rättades. Det ska därefter tydligt framgå vilken anteckning som ska gälla.[36] Motivet till den bestämmelserna är att det måste finnas en spårbarhet ur tillsyns-, integritets- och patientsäkerhetssynpunkt.

## 5.3 Konsekvensanalys

### Övergripande konsekvenser av förslaget

De övergripande konsekvenserna av vårt förslag är att patientens ställning stärks i hälso- och sjukvården. Patientens möjlighet att vara delaktig ökar när hen får möjlighet till bättre överblick vad gäller sin hälso- och sjukvård. Relationen mellan patient och vårdens medarbetare blir mer jämlik när båda får tillgång till samma information om vad som är planerat för mig som individ.

### 5.3.1 Ekonomiska konsekvenser för samhället

Förslaget bedöms få positiva effekter för samhället på sikt. Genom att få möjlighet till ett patientkontrakt kommer patienten känna sig tryggare. Upplevelsen av delaktighet och trygghet förväntas bidra till stärkt välbefinnande samt minska behovet av många och fragmentiserade besök i vården, vilket är fördyrande.[37] En trygg patient vet att hen får hjälp när det behövs och patienten slipper ringa en extra gång eller åker inte in till sjukhusets akutmottagning för säkerhets skull för att hens planering och kontaktvägar är okända eller ofullständiga. Vård på sjukhus som hade kunnat undvikas resulterar, förutom i en icke optimal vård av patienten, i höga kostnader och vårdskador. En enda akut slutenvårdsepisod motsvarar i genomsnitt kostnaden för 56 läkarbesök i primärvården eller 220 hemtjänsttimmar för de mest sjuka äldre.[38]

[35] SOU 2018:39, *God och nära vård. en primärvårdsreform*.
[36] 3 kap. 14 § och 8 kap. 4 § PDL; artikel 5 *allmänna dataskyddsförordningen*.
[37] SOU 2016:2, *Effektiv vård*, s. 416.
[38] SKR, *Ingen på sjukhus i onödan*, 2016.

### 5.3.2 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Vårt förslag om patientkontraktet innebär en viss inskränkning av den kommunala självstyrelsen. Det bedöms dock vara proportionerligt utifrån kraven på god hälsa och vård på lika villkor och kraven att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet i HSL.

Förslaget om patientkontrakt är utformat för att innebära en minimal administrativ pålaga för vårdens medarbetare och består av två delar som redan i dag är författningsreglerade. De krav som nu kommer till uttryck i lag innebär i sig inget nytt ansvar, men genom det s.k. patientkontraktet placeras individuell plan och fast vårdkontakt i ett sammanhang som blir begripligt för patienten.

Med hänsyn tagen till dessa intressen anser vi att inskränkningen av det kommunala självstyret är proportionerlig och godtagbar i förhållande till syftet.

### 5.3.3 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten

Vårt förslag om att författningsreglera patientens möjlighet att få ett patientkontrakt (avsnitt 5.2.1) innebär att ett nytt krav åläggs huvudmännen och aktualiserar den kommunala finansieringsprincipen. Som vi redovisar ovan uppskattas kostnaden till en utvecklingskostnad om 185 mnkr samt 30 mnkr årligen i löpande förvaltningskostnader (se avsnitt 5.1.1). Vi bedömer att Ineras redovisade summa ger en god uppskattning av kostnaden för ett systemstöd för tillhandahållandet, oavsett om det är just Ineras lösning som väljs.

I och med vårt förslag att lagreglera patientkontraktet åläggs huvudmännen en ny uppgift, därmed aktualiseras finansieringsprincipen. Vi föreslår att den initiala utvecklingskostnaden hanteras genom ett tillfälligt statsbidrag om 185 mnkr över 3 år (75 mnkr 2021, samt 55 mnkr per år 2022 och 2023). Förslagsvis som en förlängd satsning på den redan befintliga satsningen på första linjens digitala vård.[39] Bidraget bör gå via SKR alternativt via huvudmännen till Inera AB.

[39] Bakgrunden till den satsningen är att SKR har ansökt om medel från regeringen för att modernisera och utveckla 1177 Vårdguiden och fått det beviljat. Utvecklingen av 1177 Vårdguiden planeras ske stegvis under 2019–2021. SKR fick 33 mnkr under 2019, 130 mnkr under 2020 och regeringen beräknar att avsätta ytterligare medel under 2021.

Därefter föreslås de löpande kostnaderna om 30 mnkr per år finansieras under UO9, anslag 1:6. Givet att den digitala infrastrukturen ses som en förutsättning för omställningsarbetet bedömer vi att denna kostnad i stället för att tas från befintligt anslag bör finansieras från de ytterligare tillskott till kommunsektorn som regeringen och dess samarbetspartier aviserat (se även avsnitt 9.4.5).

### 5.3.4 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna

För konsekvensanalys av de ingående delarna i patientkontrakt se våra konsekvensanalyser om individuell plan, avsnitt 4.5. Patientkontraktet förväntas på sikt bidra till ökad effektivitet då en större patientdelaktighet kan förväntas bidra tillförbättrade medicinska resultat.

Tillhandahållandet av det s.k. patientkontraktet till patienten medför framför allt kostnader för en nationell, gemensam teknisk lösning för att sammanställa de olika informationsmängderna. Regionernas olika regionala och lokala it-stöd ska redan vara anpassade till att kunna upprätta individuella planer, då krav om sådana redan föreligger enligt HSL och LUS. Delarna som utgör det s.k. patientkontraktet är reglerade via andra bestämmelser vilket innebär att själva upprättandet, givet ett funktionellt digitalt verktyg, kommer vara automatiserat för merparten av patienterna. Det s.k. patientkontraktet kommer därför enbart att medföra en liten utökning avseende administration för vårdens medarbetare, men kommer ändå utgöra en viktig skillnad för patienten då olika delar sätts i ett sammanhang. De ökade kostnader, t.ex. i form av personella resurser, som uppstår till följd av utökat antal individuella planer beskrivs direkt kopplat till dessa förslag i konsekvensanalysen i kap. 4.

Som beskrivet ovan förslås kostnader för den tekniska lösningen finansieras av staten, genom en tillfällig satsning för själva utvecklingskostnaden, samt ett nytt anslag under UO9 för att finansiera de löpande kostnaderna om 30 mnkr per år.

### 5.3.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna

För konsekvensanalys av de ingående delarna i patientkontrakt se våra konsekvensanalyser om individuell plan (avsnitt 4.5). Det s.k. patientkontraktet förväntas på sikt bidra till ökad effektivitet då en större patientdelaktighet kan förväntas bidra tillförbättrade medicinska resultat.

Kommunernas olika regionala och lokala it-stöd ska redan vara anpassade till att kunna upprätta individuella planer, då krav om sådana redan föreligger enligt HSL och LUS. Delarna som utgör det s.k. patientkontraktet är reglerade via andra bestämmelser vilket innebär att själva upprättandet, givet ett funktionellt digitalt verktyg, kommer vara automatiserat för merparten av patienterna. Patientkontraktet kommer därför enbart att medföra en liten utökning avseende administration för vårdens medarbetare, men kommer ändå utgöra en viktig skillnad för patienten då olika delar sätts i ett sammanhang.

Tillhandahållandet av patientkontraktet till patienten medför framför allt kostnader för en teknisk lösning för att sammanställa de olika informationsmängderna. De ökade kostnader, t.ex. i form av personella resurser, som uppstår till följd av utökat antal individuella planer beskrivs direkt kopplat till dessa förslag i konsekvensanalysen i kap. 4.

Som beskrivet ovan förslås kostnader för den nationellt, gemensamma tekniska lösningen finansieras av staten, genom en tillfällig satsning för själva utvecklingskostnaden, samt ett nytt anslag under UO9 för att finansiera de löpande kostnaderna om 30 mnkr per år.

Att ge den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården samma skyldighet som den regionfinansierade hälso- och sjukvården får inga juridiska konsekvenser för kommunerna avseende informationsdelning.

Genom att fler system kopplas samman skapas den infrastruktur mellan it-lösningarna i region och kommun som behövs för att utbyta informationsmängder när flera olika huvudmän och/eller vårdgivare ger insatser till en och samma patient. Vårt förslag bedöms i förlängningen bidra till en ökad s.k. interoperabilitet mellan olika it-stöd. I dag är det dock ovanligt att kommuner rent tekniskt kan dela information med regionerna. Att information kan delas vid upprättandet av det s.k. patientkontraktet är en central förutsätt-

ning. Som vi redovisat i tidigare delbetänkanden[40] har majoriteten av regionerna under 2018–2019 upphandlat nya journalsystem för framtidens vårdinformationsmiljö. Det är centralt att också kommunerna inkluderas i dessa upphandlingar och ges både teknisk och ekonomisk möjlighet att vara med och utforma framtidens vårdinformationsmiljöer och att vår föreslagna finansiering av utvecklingen också når kommunerna.

### 5.3.6 Konsekvenser för en jämlik vård

Förslagen bedöms ha positiva konsekvenser för en jämlik vård. Relationen mellan profession och patient blir mer jämlik när man har tillgång till samma information om vad som är planerat för mig som patient. Det förväntas också bidra till ökad jämlikhet mellan olika patientgrupper då möjligheten att få en individuell plan och därmed ett s.k. patientkontrakt utökas för att nå fler patienter än i dag.

### 5.3.7 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen

Det är i dag vanligare att kvinnor får stöd med samordning och daglig livsföring i form av socialtjänstinsatser än män. År 2018 fick en av fem kvinnor över 65 år minst en socialtjänstinsats medan motsvarande siffra för män var 12 procent.[41] Detta beror inte enbart på att kvinnor har sämre hälsa, utan också på att kvinnor får mindre hjälp av sin partner än män och därmed behöver hjälp och stöd från samhället i stället.[42] Att fler får möjlighet till en individuell plan och att komplexiteten att samordna olika insatser flyttas från patienten och dess närstående till hälso- och sjukvårdens aktörer förväntas få positiva konsekvenser för jämställdheten mellan könen, och då särskilt för den samordning som i dag görs av kvinnor för sina manliga partners.

[40] Se SOU 2019:29, *God och nära vård. vård i samverkan*, s. 69.
[41] Socialstyrelsen, *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2018*, 2019.
[42] SKR, *Hemtjänsten i Botkyrka kommun – En gender budget-analys*, 2010.

### 5.3.8 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården

Vårt förslag rörande patientens möjlighet att begära ett patientkontrakt innebär att fler patienter får en sammanhållen, individuell plan då skyldigheten att upprätta ett patientkontrakt i praktiken innebär att en individuell plan behöver upprättas. Det förväntas i sin tur underlätta patienters möjligheter att vara delaktiga i sin vård och får en tryggare vårdupplevelse. Genom det s.k. patientkontraktet får vården bättre förutsättningar att bli mer personcentrerad vilket i sig är ett medel för att uppnå andra mål, exempelvis jämlikhet och effektivitet, och bidra till bättre medicinska resultat. Exempelvis följer patienter som är involverade i sin egen vård i större utsträckning behandlingsråd, vilket bidrar till både bättre medicinska resultat och högre effektivitet.[43]

### 5.3.9 Konsekvenser för vårdens professioner

Vårt förslag om patientkontrakt kommer inte ha någon annan direkt påverkan för vårdens professioner än de som vi beskrivit som konsekvenser av våra förslag om individuell plan och samverkan i kap. 4. Ett patientkontrakt förväntas ytterligare stärka patientens ställning och möjligheter att engagera sig och bli delaktig i sin egen vård, vilket förväntas ha positiva konsekvenser för vårdens professioner, då patienten får bättre förutsättningar för att bli en medskapare och en medlem i vårdteamet runt sig. Att ta tillvara patientens resurser kommer att innebära att vårdens professioner får bättre förutsättningar att utföra sitt uppdrag och ökar möjligheterna att ge en personcentrerad vård utifrån patientens behov och preferenser.

Det kan samtidigt innebära en omställning för hälso- och sjukvårdens professioner att möta patientens och dess närståendes ökade förväntningar på delaktighet utifrån förändrad reglering. Utredningens bedömning är dock att patienter i dagens hälso- och sjukvårdssystem förväntar sig möjlighet till en större delaktighet och medskapande än tidigare och vi bedömer att förslag som reglerar hur detta ska gå till underlättar för vårdens professioner i den förändringen.

[43] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Från mottagare till medskapare Rapport 2018:8*, 2018, s. 41.

### 5.3.10 Konsekvenser för företagen

Genom vårt förslag ökar behovet av it-system i vården som även kan tillhandahålla det. s.k. patientkontraktet, vilket kan förväntas skapa ökad efterfrågan på tjänster från hälso- och sjukvårdens it-leverantörer. Även om vi ovan beskrivit och beräknat kostnaden för en nationell it-lösning kommer olika patientgruppen vilja interagera med sitt patientkontrakt på olika sätt, utifrån sina preferenser och möjligheter, vilket i sin tur kommer skapa möjligheter för företagen att tillhandahålla sådana lösningar. Enligt branschorganisationen Swedish Medtech finns ca 640 medicinteknikföretag i Sverige, som alltså potentiellt skulle kunna leverera sådana lösningar. 180 av dessa är medlemmar i branschorganisationen. Företagen är dock i dag tämligen heterogena vilket återspeglar sig i den stora variation av produkter som de levererar. Det är alltså ett urval av företagen som kommer kunna dra nytt av affärsmöjligheten med patientkontrakt.[44]

Vad gäller de privata vårdgivarna kommer dom att träffas av skyldigheten att upprätta patientkontrakt på samma sätt som de offentliga. Olika regioner har dock ställt olika krav på privata vårdgivare gällande it-lösningar. I de fall de privata vårdgivarna använder samma it-stöd som de offentliga kommer anpassningen av systemen inte kräva någon extra insats. I de fall där de privata utförarna har egna it-lösningar kommer dessa kräva särskilda utvecklingsinsatser. Det är därför viktigt att den statliga finansieringen av it-utvecklingen som vi föreslår också når de privata utförarna för att säkerställa att alla patienter har möjligheter att få ett patientkontrakt, oavsett i vilken driftsform hälso- och sjukvården de får bedrivs.

### 5.3.11 Övriga konsekvenser

Utredningen bedömer att förslagen inte har några konsekvenser för EU-rätten, sysselsättningen, miljön, för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen eller för det brottsförebyggande arbetet.

[44] Swedish Medtech, *Medtechbranschen i siffror*, 2018.

## 5.4 Ikraftträdande

Den nya bestämmelsen om patientkontrakt föreslås träda i kraft tidigast den 1 januari 2024.

**Skäl för utredningens förslag:** Den här föreslagna lagändringen är nära sammanhängande med de föreslagna ändringarna i kap. 4, och bör liksom dem enligt utredningens mening införas så snart som möjligt för att underlätta och säkra framdriften i det pågående omställningsarbetet i hälso- och sjukvården. För att potentialen i detta förslag fullt ut ska kunna realiseras krävs dock att ett digitalt verktyg, motsvarande behoven som beskrivits ovan, utvecklas. Detta förväntas också medföra behov av vissa anpassningar hos huvudmännen i form av såväl regioner som kommuner.

Med hänsyn tagen till lagstiftningsprocessen samt utvecklingen av ett digitalt verktyg bedömer utredningen att lagstiftningen tidigast kan träda i kraft den 1 januari 2024. I utredningens mening bör ett digitalt verktyg finnas på plats innan lagstiftningen träder i kraft. Ikraftträdandedatum bör därför slutligt avgöras utifrån när ett sådant verktyg kan tillgängliggöras.

# 6 Utbildningens och forskningens roll i omställningen till en god och nära vård

I utredningens tidigare betänkanden har vi genomgående belyst området Forskning, utveckling och utbildning (FoUU). Att säkerställa utveckling och innovation är en avgörande och central del i ett hållbart och uthålligt samhälle omfattande såväl miljömässig som social och ekonomisk hållbarhet. FoUU är ett av de perspektiv som nogsamt måste beaktas i omställningen till den nära vården, när hälso- och sjukvården skiftar fokus från den traditionella akutsjukhusmiljön till mer vård utanför sjukhuset och i förlängningen också i allt större utsträckning till vård i hemmet. Detta innebär att det måste etableras förutsättningar för livskraftig och uthållig forsknings- och utbildningsverksamhet även utanför de traditionella miljöerna och hos hälso- och sjukvårdens båda huvudmän, regioner och kommuner.

Vad gäller utbildning har det varit en fråga som utredningen belyst i samtliga tidigare betänkanden. Frågan om kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvårdssektorn är en av de största moderna samhälleliga utmaningarna i Sverige och många andra länder. Utifrån detta resonemang blir också utbildning i alla dess former, som grund för en adekvat kompetensförsörjning, en central fråga i utredningens dialoger liksom i utredningens interna arbete. Till skillnad från vad som är fallet när det gäller forskning är huvudmännens ansvar för utbildning, utöver allmäntjänstgöring (AT) och specialisttjänstgöring (ST) för läkare, inte reglerat i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL), något som vi beskrivit i tidigare betänkanden.[1] Många har lyft till oss att även om det är självklart för alla att ett så kun-

[1] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, avsnitt 9.2.6; SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, avsnitt 8.2.2.

skapsorienterat område som hälso- och sjukvård är helt beroende av kopplingen till utbildning riskerar det, genom att inte finnas med i den lagstiftning som reglerar kärnverksamheten, att bli satt på undantag. För att säkra framtidens kompetensförsörjning måste alla aktörer ta ett aktivt ansvar och finnas med vad gäller utbildningsinsatser på olika nivåer. Vi har tidigare meddelat vår avsikt att återkomma i frågan om behovet av att reglera även utbildningsuppdraget i HSL.

Vad gäller forskning har vi redan belyst utmaningarna vad gäller resursöverföring från sjukhusbaserad verksamhet till nära vård på längre sikt, inte bara i ekonomiska termer, utan också vad gäller kultur och kompetensförsörjning. I vårt andra delbetänkande föreslår vi att det i förordning regleras att det ska bedrivas forskning inom regioners och kommuners primärvård.[2] I vårt tredje delbetänkande beskriver vi ett antal utmaningar vad gäller forskningsområdet, och lyfter goda exempel och pågående initiativ inom området.[3] I det följande redogör vi för inspel på dialogfrågor i det föregående betänkandet, och lyfter särskilt ett pågående arbete kring förslag på finansiering av forskning inom primärvård och specifikt på det allmänmedicinska området.

## 6.1 Utbildningens roll i omställningen

### 6.1.1 En fråga utanför utredningens direktiv

Utbildningens roll i omställningen till en god och nära vård är alltså en fråga som vi inte har specifikt i våra direktiv att utreda. Som vi identifierat i vår färdplan är en fungerande kompetensförsörjning dock en förutsättning för den pågående omställningen och goda utbildningsmöjligheter är en självklar del av en sådan kompetensförsörjning. Det har till oss framförts önskemål om att vi tar oss an frågan om att lagreglerna utbildningsansvaret, inte minst från professioner och lärosäten. Utredningen har därför valt att i detta betänkande, liksom gjorts även i våra tidigare betänkanden, lyfta utbildningens roll och betydelse för omställningen.

Den utbildning som vi i detta kapitel resonerar kring är i huvudsak den verksamhetsförlagda utbildning som ingår i hälso- och sjukvårdsutbildningars utbildningsplaner, oavsett huvudman för utbild-

[2] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, avsnitt 9.2.6.
[3] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, avsnitt 8.1.

ningen, och som förläggs till de kliniska verksamheterna. Även andra begrepp än verksamhetsförlagd utbildning används för sådan utbildning, såsom t.ex. praktik, verksamhetsintegrerat lärande och arbetsplatsförlagt lärande. Verksamhetsförlagd utbildning (VFU) används här som ett samlingsbegrepp för alla dessa begrepp som bygger på pedagogiska modeller för samverkan och integrering mellan utbildning och arbetsliv. Utöver vikten av ett fungerande verksamhetsförlagt lärande, lyfter utredningen vikten av goda förutsättningar för fortbildning, dvs. möjligheter till fortsatt lärande. Även om fokus i detta kapitel ligger på de kliniska utbildningarna vill utredningen också understryka behovet av adekvat kompetensförsörjning av vårdens administrativa och stödjande yrkeskategorier.

### 6.1.2 Gällande rätt och praxis om utbildning inom hälso- och sjukvården

#### Begreppet utbildning

Utbildning är ett brett begrepp som kan innefatta bl.a. vidareutbildning, fortbildning, uppdragsutbildning och vad som i vardagligt tal benämns grundutbildning. Även läkarnas AT och ST, som är just tjänstgöring, kan betraktas som utbildning. De olika utbildningsbegreppen används olika och kan ha olika innebörder. Med vidareutbildning avses t.ex. i vissa sammanhang en obligatorisk fortsättning på en grundutbildning, i andra sammanhang en utbildning som en arbetstagare går i syfte att utveckla sina kunskaper inom sitt yrkesområde. Styr- och resursutredningen, den så kallade Struten, vars uppdrag var att göra en samlad översyn av universitetens och högskolornas styrning och resurstilldelning, benämner t.ex. vidareutbildning och fortbildning gemensamt som fortbildning.[4] Uppdragsutbildning kan vara en form av fortbildning beroende på syftet med utbildningen.

[4] SOU 2019:6, *En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan*.

## Definierade utbildningskategorier

*Högskoleutbildning*

Utbildningar vid universitet och högskolor under statligt huvudmannaskap är indelade i tre utbildningskategorier; grundnivå, avancerad nivå och forskarnivå.[5] För dessa utbildningar tillämpas högskolelagen (1992:1434) och högskoleförordningen (1993:100). Utbildning på grundnivå ska väsentligen bygga på kunskaper från gymnasieskolan, utbildning på avancerad nivå väsentligen på kunskaper från utbildning på grundnivå och utbildning på forskarnivå väsentligen på kunskaper från utbildning på avancerad nivå.[6]

Indelningen i tre utbildningskategorier har gällt sedan 2007 och har sin bakgrund i en anpassning av den svenska högre utbildningen till Bolognaprocessen.[7] Bolognaprocessen innefattar en målsättning om att de deltagande länderna ska ha strukturer för den högre utbildningen som huvudsakligen är baserade på tre cykler eller nivåer, där varje nivå ska förutsätta och bygga på studier på tidigare nivå. Före 2007 var högre utbildning i stället indelad i två kategorier; grundläggande högskoleutbildning och forskarutbildning.[8] Det angavs då uttryckligen i lagtext att det i grundläggande högskoleutbildning ingick fortbildning och vidareutbildning. Någon sådan lydelse finns inte i dag.

Att fortbildning och vidareutbildning utmönstrades ur lagtexten berodde på regeringens bedömning att de inte kunde ses som egna utbildningskategorier. Regeringen uttalade att universitet och högskolor har ett stort ansvar att erbjuda utbildning som motsvarar efterfrågan från personer som önskar fortbilda sig eller vidareutbilda sig, men att fortbildning och vidareutbildning inte är egna definierade utbildningskategorier. I stället är det individens syfte och avsikt med utbildningen som avgör om den kan sägas vara fortbildning eller vidareutbildning.

I Styr- och resursutredningens betänkande föreslås att universitets och högskolors ansvar för det livslånga lärandet i form av yrkesverksammas fortbildning och vidareutbildning åter ska anges i högskolelagen.[9] Betänkandet har remitterats och bereds för närvarande

[5] 1 kap. 7 *§ högskolelagen* (1992:1434).
[6] 1 kap. 9 a § *högskolelagen* (1992:1434).
[7] Prop. 2004/05:162 *Ny värld – ny högskola*, s. 85 f.
[8] Se 1 kap. 7 § högskolelagen i dess tidigare lydelse.
[9] SOU 2019:6, *En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan*.

i Regeringskansliet. En reglering menar den utredningen förstärker det politiska signalvärdet av fortbildning, och bidrar till att lyfta frågan i lärosätenas prioriterings- och uppföljningsarbete.

### *Uppdragsutbildning*

Universitet och högskolor kan utöver det reguljära utbildningsutbudet erbjuda utbildningar för yrkesverksamma genom s.k. uppdragsutbildning. Med uppdragsutbildning avses utbildning som lärosätena anordnar på uppdrag av myndigheter, företag eller andra organisationer, dvs. juridiska personer. Uppdragsgivaren, som betalar en avgift för utbildningen, kan exempelvis vara ett företag som beställer en kurs för fortbildning av sina anställda. Den offentliga sektorn är dock den absolut dominerande beställaren, främst vård- och skolsektorn.[10]

Högskolelagen och högskoleförordningen är inte direkt tillämpliga på uppdragsutbildningar. I stället tillämpas förordningen (2002:760) om uppdragsutbildning vid universitet och högskolor.[11] I förordningen finns inga bestämmelser motsvarande de i högskolelagen och högskoleförordningen om t.ex. behörighetskrav och regler kring disciplinära åtgärder.

De ursprungliga intentionerna med uppdragsutbildning var behovet av att fort- och vidareutbilda människor eller utveckla deras kompetens som ett led i utvecklingen av de företag eller myndigheter där de var anställda. På många kunskapsintensiva arbetsplatser är systematisk kompetensutveckling nödvändigt för att klara verksamheten.

Universitetskanslersämbetets (UKÄ) rapport om uppdragsutbildning vid universitet och högskolor visar samstämmighet bland lärosätena om uppdragsutbildningens värde för samverkan med olika delar av samhället och för lärosätenas övriga verksamhet. Enligt vissa lärosäten leder uppdragsutbildningen till utveckling av ordinarie utbildning och forskning genom att verksamheten tillförs erfarenheter från yrkeslivet.[12]

[10] Prop. 2001/02:15, *Den öppna högskolan*, s. 81.
[11] För uppdragsutbildningar tillämpas också Universitets- och högskolerådets föreskrifter om uppdragsutbildning vid universitet och högskolor, UHRFS 2013:11.
[12] UKÄ, *Uppdragsutbildning vid universitet och högskolor – Redovisning av ett regeringsuppdrag, Rapport 2016:8*, 2016.

Värt att lyfta är den problematik som kan finnas i behovet av uppdragsutbildningar. Det går att argumentera för att det vore mer ändamålsenligt om universitet och högskolor genom den statliga skattefinansieringen hade förmåga och resurser att tillhandahålla reguljära utbildningar i en omfattning som tillgodosåg vårt gemensamma välfärdssamhälles behov, i stället för att t.ex. regioner och kommuner behövde köpa in uppdragsutbildningar. På så sätt skulle det undvikas att allmänheten, i egenskap av skattebetalare, betalar två gånger för utbildning. Samtidigt har arbetsgivare ett ansvar för personalens kompetensutveckling. Många arbetsgivare köper insatser för sådan utveckling, från universitet eller högskola eller från andra aktörer. Uppdragsutbildningar från universitet eller högskola bidrar då på ett bra sätt till att tillgodose kompetensutvecklingsbehovet.

### *Utbildning vid yrkeshögskola*

I enlighet med sin instruktion ska Myndigheten för yrkeshögskolan verka för att behoven av eftergymnasial yrkesutbildning, som inte är utbildning enligt högskolelagen eller kan leda fram till en examen enligt lagen (1993:792) om tillstånd att utfärda vissa examina, tillgodoses.[13] Myndigheten analyserar arbetsmarknadens behov av utbildningar inom yrkeshögskolan, beslutar vilka utbildningar som ska ingå i yrkeshögskolan och beviljar statliga medel till utbildningsanordnarna. Utbildningarna är oftast mellan ett och tre år långa. Under utbildningen får de studerande kombinera teoretiska studier med arbetsplatsförlagda kurser som kallas Lärande i arbete (LIA).[14] Bland de utbildningar som ingår i yrkeshögskolan finns flera inom vårdområdet, t.ex. utbildningar till medicinsk sekreterare/vårdadministratör, skötare och specialistundersköterska.

### *Utbildning på gymnasial nivå*

Utbildningen i gymnasieskolan består av nationella program uppdelade i antingen yrkesprogram eller högskoleförberedande program.[15] Utbildningen till undersköterska, som ges på gymnasial nivå

[13] Förordning (2011:1162) *med instruktion för Myndigheten för yrkeshögskolan*.
[14] Myndigheten för yrkeshögskolan, *Yrkeshögskolan.*
[15] 15 kap. 7 § *skollagen* (2010:800).

genom vård- och omsorgsprogrammet, är ett exempel på ett yrkesprogram, dvs. en yrkesförberedande utbildning. Det ska dock noteras att undersköterska i dag är en anställningsform och att det inte är utbildningen i sig som leder till titeln undersköterska.

Det är i regel kommunen som är huvudman för gymnasieskolor i offentlig regi. Kommunen kan erbjuda utbildning som den själv anordnar eller som anordnas av en annan kommun eller region, då med samverkansavtal med kommunen eller regionen. I vissa avseenden kan också en region vara huvudman för gymnasieskolan, t.ex. avseende anordnande av utbildningar på nationella program som avser vård och omsorg. Gymnasieutbildning kan också ges vid en fristående gymnasieskola.

## Reglering av olika yrken inom hälso- och sjukvården

Inom hälso- och sjukvården verkar många olika yrkesgrupper. Flertalet av dessa kräver eftergymnasial utbildning och är legitimationsyrken, som är tydligt reglerade. Det finns också många yrken med utbildning på gymnasial och eftergymnasial nivå, där det generellt saknas tydlig reglering av utbildningarnas innehåll. Nedan ges en kort överblick av yrken som har, eller är på väg att få, en tydlig nationell reglering av utbildningarnas innehåll.

### *Legitimationsyrken*

Vilka yrken inom hälso- och sjukvården som är så kallade legitimationsyrken regleras i patientsäkerhetslagen (2010:659) (PSL). Yrkena i fråga är apotekare, arbetsterapeut, audionom, barnmorska, biomedicinsk analytiker, dietist, fysioterapeut, hälso- och sjukvårdskurator, kiropraktor, logoped, läkare, naprapat, optiker, ortopedingenjör, psykolog, psykoterapeut, receptarie, röntgensjuksköterska, sjukhusfysiker, sjuksköterska, tandhygienist och tandläkare.[16] Utbildning till samtliga dessa yrken är på eftergymnasial nivå. En legitimation fungerar som en garanti för en viss kunskapsnivå och vissa personliga egenskaper. Den som är legitimerad har skyddad yrkestitel, vilket innebär att yrkestiteln i fråga endast får användas av den som har legitimation i samma yrke. Legitimation är vidare en förut-

[16] 4 kap. 1 § PSL.

sättning för att få utöva yrke som apotekare, barnmorska, läkare, receptarie och tandläkare, s.k. ensamrätt till yrket. Det är Socialstyrelsen som prövar ansökningar om legitimation.

*Undersköterskeyrket*

Utbildning till en senare anställning som undersköterska, som i dag inte är ett reglerat yrke, ges genom yrkesutbildning vid gymnasieskola genom vård- och omsorgsprogrammet. Den största delen av de i dag yrkesverksamma undersköterskorna har dock i stället för gymnasieutbildning genomgått någon form av vuxenutbildning. En liten del av de som har anställning som undersköterskor har vidare inte fullgjort någon utbildning som avser att leda till en undersköterskeanställning. Bland de som har fullgjort en sådan utbildning har drygt en fjärdedel genomgått gymnasieutbildning inom vård och omsorg. Resterande tre fjärdedelar har genomgått någon form av vuxenutbildning.[17]

Utredningen Reglering av yrket undersköterska tillsattes av regeringen mot bakgrund av ett behov av att främja undersköterskeyrket och säkerställa tillvaratagande av undersköterskornas kompetens. Utredningen, som lämnade sitt slutbetänkande i april 2019, har identifierat relativt utbredda brister i kompetensen hos undersköterskorna och menar att det har en direkt effekt på utförandet av arbetsuppgifterna. Utredningen menar att bristerna kan ses som en konsekvens av att undersköterskeyrket hittills varit oreglerat och föreslår därför att yrket ska regleras med en skyddad yrkestitel. Genom förslaget om en skyddad yrkestitel menar utredningen att kvaliteten i verksamheterna kommer förbättras och intresset för att utbilda sig till och arbeta som undersköterska att öka.[18] Förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

[17] Se SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg*, avsnitt 5.3.
[18] SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg.*

## I lag reglerade ordningar för specialisering

Vidareutbildning i form av specialisering är avseende läkare och sjuksköterskor reglerad i lag.[19]

### *Specialisering för läkare*

Läkaryrket är ett legitimationsyrke och ett ensamrättsyrke, vilket innebär att endast legitimerade läkare eller läkare med ett visst särskilt förordnande har rätt att utöva det. Förutsättningarna för en legitimerad läkare att uppnå specialistkompetens regleras i PSL, patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) (PSF) och i föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen. I PSF uttrycks att läkaren för specialistkompetens ska förvärva de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som föreskrivs för specialistkompetensen genom att genomgå handledd specialiseringstjänstgöring under minst fem år. Under specialiseringstjänstgöringen är läkaren anställd av regionen som också bär konstadsansvaret för den avlönade tjänstgöringen. Det är Socialstyrelsen som genom föreskrifter och allmänna råd beslutar vilka kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som gäller inom respektive specialitet. Dessa regleras i en särskild publikation benämnd målbeskrivningar. Det är också Socialstyrelsen som beslutar om indelning och benämning av specialiteterna där specialistkompetens kan uppnås.

### *Översyn av och kommande ändringar i läkarutbildningen*

Sedan flera år tillbaka har frågan om en förändring av läkarutbildningen behandlats.[20] Utifrån förslag lämnade bl.a. i en promemoria utarbetad inom regeringskansliet[21] har regeringen genom en förordningsändring beslutat om en förlängning av grundutbildningen från fem och ett halvt till sex år. Riksdagen har vidare beslutat att ta bort kravet på allmäntjänstgöring för läkarlegitimation samt att specialisttjänstgöringen ska inledas med en obligatorisk fristående introduk-

[19] Sådan specialiseringsordning finns även för sjukhusfysiker och tandläkare, se 4 kap. 8 och 9 §§ PSL.
[20] Redan 2013 lämnades förslag till regeringen om en förändrad läkarutbildning genom Läkarutbildningsutredningens betänkande *För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning* (SOU 2013:15).
[21] U2018/02704/UH, *En sexårig utbildning för läkarexamen*.

tionsdel till hälso- och sjukvården i form av bastjänstgöring under ca ett år, ett s.k. basår. Basåret är ett obligatoriskt tjänstgöringsavsnitt vid specialisering för alla läkare. Lagändringen i vilken kravet på allmäntjänstgöring tas bort börjar gälla den 1 juli 2020. Bestämmelserna om en sexårig grundutbildning gäller för utbildning som bedrivs och examination som utfärdas efter utgången av juni 2021. Socialstyrelsen har tagit fram ett förslag till föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring, inklusive bastjänstgöring, som nu är ute på remiss. Avsikten är att föreskrifterna och de allmänna råden ska träda i kraft den 1 juli 2020.

Syftet med den nya läkarutbildningen är att skapa ett mer sammanhållet utbildningssystem och en utbildningsstruktur som leder till specialister med högre kompetens och bättre förutsättningar att tillgodose befolkningens behov av vård.

### *Specialisering för sjuksköterskor*

Sjuksköterskeyrket är ett legitimationsyrke. Yrkestiteln är skyddad, vilket innebär att endast den som är legitimerad sjuksköterska får använda titeln sjuksköterska. Det finns en reglerad ordning för specialistutbildning. Förutsättningarna för en legitimerad sjuksköterska att få kalla sig specialistsjuksköterska regleras i PSF och i bilaga 2 till högskoleförordningen, vilken benämns examensordningen. För att få kalla sig specialistsjuksköterska ska sjuksköterskan vid universitet eller högskola ha avlagt specialistsjuksköterskeexamen. Specialistsjuksköterskeutbildningen ges inom flera olika inriktningar och omfattar 60 högskolepoäng, dvs. ett år av heltidsstudier, med undantag för inriktningen mot distriktsköterska, som i dag omfattar 75 högskolepoäng.[22] I examensordningen anges målen med utbildningen och vilka kunskaper och färdigheter m.m. som ska erhållas för examen, den så kallade examensbeskrivningen. Generella kunskaper och förståelser, färdigheter och förmågor samt förhållningssätt som krävs för alla specialistsjuksköterskor, oavsett inriktning, anges här. Härutöver anges särskilda färdigheter och kunskaper som krävs för vissa specificerade inriktningar.

[22] I *Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter (SOU 2018:77)*, föreslås att alla specialistsjuksköterskeutbildningar ska omfatta 60 högskolepoäng, inklusive inriktningen mot distriktsköterska.

För specialistsjuksköterskeexamen ska en viss del av utbildningen vara verksamhetsförlagd. Omfattningen av den verksamhetsförlagda delen ska, enligt vad som anges i examensbeskrivningen, vara anpassad efter behovet för respektive inriktning.

Specialistsjuksköterskeutbildningen berättigar till studiestöd men finansieras i övrigt som utgångspunkt av studenten själv och kan dessutom komma att kräva tjänstledighet. Bristen på specialistsjuksköterskor är stor och för att inte finansieringsfrågan ska vara ett hinder mot att fler sjuksköterskor specialistutbildar sig, har olika former för finansierad utbildning arbetats fram. Vårdförbundet har t.ex. tagit fram modellen akademisk specialisttjänstgöring för sjuksköterskor (AST) där specialistutbildningen är en del av anställningen. Vissa regioner har på andra sätt gjort satsningar med möjlighet för sjuksköterskor att studera till specialister med bibehållen lön.

Specialistsjuksköterskeutbildningen är under översyn. I november 2018 lämnade Utredningen om specialistsjuksköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar (U 2017:08) sitt betänkande *Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter* (SOU 2018:77) till regeringen. Ärendet bereds för närvarande i Regeringskansliet.

### Specialiseringsordningar som inte regleras av staten

Även vissa andra yrkesgrupper än läkare och sjuksköterskor har identifierat ett behov av specialiserad kompetens inom sitt yrkesområde. De har därför, på initiativ av sitt fack- eller yrkesförbund, tagit fram egna ordningar för specialisering. Sådana specialiseringsordningar finns t.ex. avseende fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister och psykologer. Dessa yrkesgrupper bestämmer själva, genom sina förbund, förutsättningarna och kraven för specialisering. För att påbörja en specialisering krävs, förutom föregående utbildning på grundnivå, erfarenhet av kliniskt arbete under ett antal år. Inom samtliga specialiseringsordningar finns flera olika specialiseringsområden.

Bland annat för att undvika stora skillnader i förutsättningarna att specialisera sig inom sitt yrkesområde och med motiveringen att en oskyddad specialisttitel äventyrar patientsäkerheten, driver professionerna frågan om att specialiseringen ska bli reglerad i lag. En

sådan reglering av specialiseringsordningen anses möjliggöra för fler yrkesverksamma att vidareutbilda sig inom ramen för sin tjänst.

Även om nu nämnda specialiseringsordningar inte är rättsligt reglerade, efterfrågas specialisering som kompetens i formella sammanhang. Inom Region Stockholm finns t.ex. ett särskilt vårdval inom specialiserad fysioterapi. Med specialisering avses då den ordning för specialisering som yrkesförbundet Fysioterapeuterna har tagit fram.

## Omfattningen av verksamhetsförlagt lärande varierar beroende på utbildning och lärosäte

*För vissa utbildningar är omfattningen reglerad i författning*

Alla utbildningar inom hälso- och sjukvårdens område har inte i svensk författning angivna krav på att VFU ska utgöra en obligatorisk del för examen. Målen i examensbeskrivningarna är i stället uttryckta på ett sådant sätt att de ska inkludera de kunskaper och kompetenser som studenterna tillägnar sig genom både teoretisk och praktisk utbildning. VFU ingår ändå många gånger som en obligatorisk del, men omfattning och placering har bestämts av respektive universitet eller högskola och preciserats i den utbildningsplan som respektive lärosäte tagit fram. Att olika utbildningar har olika stort inslag av VFU beror på lärosätenas stora frihet att själva besluta om utbildningarnas innehåll, däribland omfattningen av det verksamhetsförlagda lärandet. Var och i vilken omfattning den verksamhetsförlagda utbildningen ska genomföras skiljer sig således åt hos olika lärosäten och är inte nationellt enhetligt för respektive utbildning.

För vissa utbildningar anges dock i författning i vilken omfattning VFU ska ingå. Alla gymnasiala yrkesprogram, dit t.ex. utbildningar inom vård och omsorg hör, ska t.ex. enligt skollagen innehålla arbetsplatsförlagt lärande.[23] Det arbetsplatsförlagda lärandet ska omfatta minst 15 veckor.[24] Huvudmannen, dvs. kommunen, ansvarar för att ordna platser för det arbetsplatsförlagda lärandet. Om sådana platser inte kan erbjudas får utbildning som huvudregel inte anord-

[23] 16 kap. 16 § andra stycket *skollagen* (2010:800).
[24] 4 kap. 12 § första stycket *gymnasieförordningen* (2010: 2039).

nas.[25] För den elev som deltar i arbetsplatsförlagda studier ska det utses en handledare. Handledaren ska ha nödvändiga kunskaper och erfarenheter för uppdraget och även i övrigt bedömas vara lämplig.[26]

För utbildningar som leder till kvalificerad yrkeshögskoleexamen, såsom t.ex. yrkeshögskolans utbildningar till medicinsk sekreterare, ska minst en fjärdedel av utbildningstiden bestå av lärande i arbete på en arbetsplats.[27]

Gällande utbildning till specialistsjuksköterska ska studenten enligt examensordningen ha fullgjort en verksamhetsförlagd del av utbildningen av en omfattning som är anpassad efter behovet för respektive inriktning. I apotekarutbildningen ska enligt samma förordning ingå sex månader apotekspraktik och avseende psykoterapeutexamen gäller att studenten under utbildningen ska ha haft deltidstjänstgöring med psykoterapeutiska uppgifter.

### *Yrkeskvalifikationsdirektivet*

Det s.k. yrkeskvalifikationsdirektivet[28] syftar till ömsesidigt erkännande av examens-, utbildnings- och andra behörighetsbevis avseende reglerade yrken. För vissa utbildningar finns i direktivet angett hur stort inslag av praktik eller motsvarande moment som ska ingå. Avseende utbildning till sjuksköterska anges att denna ska omfatta minst tre års utbildning eller 4 600 timmars teoretisk och klinisk undervisning och att den kliniska undervisningen ska utgöra minst hälften av den föreskrivna minimitiden för utbildningen.[29] Gällande utbildning till farmaceut anges att minst sex månaders praktiktjänstgöring på ett apotek eller på ett sjukhus ska ingå i den fem år långa utbildningen.[30]

Direktivet hanterar också frågan om fortbildning. I artikel 22 i direktivet anges att det genom fortbildning ska säkerställas att de som har avslutat sina studier kan hålla sig à jour med utvecklingen inom yrket i den mån som är nödvändig för att yrkesinsatserna ska bibehållas på säker och effektiv nivå.

---

[25] 4 kap. 12 § fjärde stycket och 13 § första stycket gymnasieförordningen (2010: 2039).
[26] 4 kap. 14 § *gymnasieförordningen* (2010: 2039).
[27] 14 § förordning (2009:130) *om yrkeshögskolan*.
[28] Europaparlamentets- och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 *om erkännande av yrkeskvalifikationer.*
[29] *Yrkeskvalifikationsdirektiv*et, artikel 31.
[30] *Yrkeskvalifikationsdirektivet*, artikel 44.

Allmänna bestämmelser i direktivet genomförs i svensk lagstiftning genom lagen (2016:145) om erkännande av yrkeskvalifikationer. Särskilda bestämmelser som bara rör vissa reglerade yrken och som genomför delar av yrkeskvalifikationsdirektivet finns i stället i de författningar där utövandet av dessa yrken regleras.

*Några exempel på hur den verksamhetsförlagda utbildningen förläggs*

Genom dialoger med och inspel från företrädare för förbund och organisationer har utredningen tagit del av exempel på hur den verksamhetsförlagda utbildningen är förlagd inom olika utbildningar och hos olika lärosäten. I ett exempel på vård- och omsorgsprogram inom den kommunala gymnasieskolan, dvs. i utbildningen till undersköterska, ingår totalt 18 veckors arbetsplatsförlagt lärande under de tre studieåren. I årskurs 1 ingår sex veckor, varav en under höstterminen och fem under vårterminen. I årskurs 2 ingår också sex veckor, samtliga under höstterminen, och i årskurs 3 ingår sex veckor under vårterminen. Den verksamhetsförlagda utbildningen i årskurs 1 sker inom äldreomsorgen och i årskurs 2 och 3 inom LSS-verksamhet, psykiatri eller hälso- och sjukvård, beroende på vilken programfördjupning studenten har valt. Det kan också noteras att det föreligger en stor variation, 5–15 veckor, när det gäller läkarutbildningens VFU på vårdcentral. Detta är något som även uppmärksammats vid Socialstyrelsens utvärdering av universitetssjukvård.

Avseende utbildning till fysioterapeut, som inte har någon i författning reglerad omfattning avseende verksamhetsförlagt lärande, kan som exempel anges att fysioterapiutbildningen vid Karolinska Institutet i Stockholm består av verksamhetsintegrerat lärande i två dagar under termin 1, en till tre dagar inom öppen- eller slutenvården under termin 2, sex veckor kliniskt träningscentrum och slutenvård under termin 3, två dagar neurologi, fyra dagar metodik, sex dagar pediatrik/barn samt fem dagar geriatrik/äldre under termin 4, tio dagar öppenvård under termin 5 samt två dagar vid klinisk utbildningsavdelning eller klinisk undervisningsmottagning och tio dagar klinisk fördjupning under termin 6.

För farmaceuterna, i vilket innefattas både receptarie och apotekare, ingår i alla lärosätens utbildningsprogram verksamhetsförlagt lärande. Den görs på öppenvårdsapotek. På receptarieprogrammet gör studenterna nio veckors VFU på sjätte tillika sista terminen. Innehållet är detsamma på samtliga lärosäten. Avseende apotekarprogrammet är den verksamhetsförlagda utbildningen olika fördelad vid olika lärosäten. I Umeå genomförs en vecka under termin 1, nio veckor under termin 6 och 16 veckor under termin 10. I Uppsala och Göteborg genomförs sex veckor sådan utbildning under termin 5 och 20 veckor under termin 10.

## Samverkan kring verksamhetsförlagt lärande mellan lärosäten och hälso- och sjukvårdens aktörer

*Regionernas och kommunernas ansvar att medverka till verksamhetsförlagd utbildning är inte reglerat i HSL*

Staten, regionerna och kommunerna är alla ansvariga för utbildning i någon form. Regionernas ansvar att tillhandahålla platser för verksamhetsförlagd AT- och ST-tjänstgöring är reglerat i lag. Av 10 kap. 5 § HSL framgår att det i regionen ska finnas möjligheter till anställning för läkares allmäntjänstgöring i sådan omfattning att alla läkare som avlagt läkarexamen och läkare med utländsk utbildning som föreskrivits allmäntjänstgöring ges möjlighet att fullgöra praktisk tjänstgöring för att få legitimation. I samma bestämmelse anges att det i regionerna också ska finnas möjligheter till anställning för läkares specialiseringstjänstgöring. Omfattningen ska, enligt vad som uttrycks i HSL, motsvara det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet.[31]

Vidare är en läkares skyldighet att handleda andra läkarstudenter reglerad i lag. Om läkaren arbetar där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen är denne skyldig att biträda vid handledning. En specialistutbildad läkare är härutöver i regel skyldig att inom sitt verksamhetsområde ge den undervisning och den examination som

[31] Mot bakgrund av förändringarna av läkarutbildningen kommer lydelsen i 10 kap. 5 § HSL from. den 1 juli 2020 i stället vara att det i regionen ska finnas möjligheter till anställning för läkares specialiseringstjänstgöring inklusive bastjänstgöring i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet.

behövs för att högskoleutbildningen för läkarexamen ska kunna bedrivas på ett ändamålsenligt sätt.[32]

Hälso- och sjukvården har ett stort utbildningsuppdrag, men vad gäller regioners och kommuners ansvar att medverka till att studenter ges möjlighet till VFU i deras vårdverksamheter, är detta inte reglerat i HSL. I stället sker samverkan i utbildningsfrågan med stöd av den s.k. principöverenskommelsen och genom avtal.

### *Principöverenskommelse om ett statligt övertagande av huvudmannaskapet för regionernas vårdhögskoleutbildningar*

I juni 1998 tillsattes den så kallade Vårdkommissionen med uppgift att kartlägga rekryteringsbehovet inom vård- och omsorgssektorn, analysera villkor som påverkar rekryteringen samt ge förslag till åtgärder mot kommande bristsituation inom vårdyrkena. En del av kommissionens uppdrag bestod i att diskutera huvudmannaskapet för de så kallade medellånga vårdutbildningarna, vilka bl.a. inbegrep arbetsterapeut-, barnmorske-, fysioterapeut- och sjuksköterskeutbildningen. Vid tidpunkten för kommissionens uppdrag var regionerna (då landstingen) huvudmän för dessa utbildningar. Kommissionens arbete utmynnade i ett förslag om att huvudmannaskapet för dessa vårdhögskoleutbildningar skulle överföras till staten.[33] Skälen var att rollfördelningen med ett huvudmannaskap där regionen är finansiär medan den statliga högskolan är utförare av utbildningen ansågs otydlig. En principöverenskommelse om ett förändrat huvudmannaskap utformades, vilken dokumenterade de principer som parterna ömsesidigt ansåg skulle ligga till grund för det överförande av huvudmannaskapet som senare ägde rum. Principöverenskommelsen finns antecknad i bilaga 3 till propositionen *Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar*.[34] Regeringen, som uttalade att klinisk praktik bör regleras i avtal mellan respektive högskola och region, resonerade kring behovet av samverkan dem emellan för att den kliniska praktiken skulle utvecklas och bli väl fungerande:

[32] 4 kap. 7 § *högskoleförordningen* (1993:100).
[33] Se Ds 1999:44, *Den ljusnande framtid är vård, Om vård och omsorg – en arbetsmarknad i utveckling*.
[34] Prop. 2000/01:71, *Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar.*

> Den kliniska praktiken är en nödvändig del av utbildningen och utgör för studenten den brygga som ska knyta an de teoretiska studierna med den kommande yrkesverksamheten. (…). Ett statligt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningarna förändrar inte behoven av kliniska utbildningsplatser. I principöverenskommelsen framhålls att parterna är ense om vikten av samverkan mellan högskola och vårdgivare för att utveckla den kliniska praktiken och ett huvudmannaskapsskifte kan tjäna som startskott för olika utvecklingsarbeten. Universitet och högskolor bör samverka med landstingen samt andra vårdgivare för att utveckla en väl fungerande klinisk praktik.

Regeringen påtalade även att det finns ett gemensamt intresse för högskolorna och primärvården att utveckla samverkansformer för att studenterna i sin utbildning ska ha tillgång till den sjukvård som kommunerna bedriver. Vidare resonerade regeringen kring behovet av att tillhandahålla praktikplatser i tillräcklig omfattning:

> Enligt principöverenskommelsen är inriktningen att landstingen ska erbjuda minst det antal praktikplatser med inriktning mot landstingens verksamhet som högskolan disponerar vid övertagandet och att genom ytterligare praktikplatser tillgodose framtida behov. Tillgången på praktikplatser är enligt samstämmiga bedömningar utbildningarnas kritiska moment. (…) Högskolorna har framfört att bristen på praktikplatser är ett allt mer växande bekymmer som med få undantag gäller generellt över hela landet. (…) I de utbildningsavtal som har tecknats mellan landsting och högskola garanterar landstingen att tillhandahålla viss volym av utbildningsplatser. Skulle landstinget i något fall inte kunna uppfylla detta åtagande förbinder sig landstinget att ersätta högskolan för detta, den s.k. garantiklausulen. Klausulen har endast behövt tillämpas i några enstaka fall.

De resonemang som regeringen förde kom att antecknas i 6 och 7 §§ i överenskommelsen med följande lydelser:

> 6 § En väl fungerande klinisk praktik är av grundläggande betydelse för en bra vårdhögskoleutbildning. Vid ett statligt huvudmannaskap är högskolan beroende av att landstingen även fortsättningsvis tillhandahåller praktikplatser i sin verksamhet. Inriktningen är att landstingen ska erbjuda minst det antal praktikplatser med inriktning mot landstingskommunal verksamhet som högskolan disponerar vid övertagandet och att genom ytterligare praktikplatser tillgodose framtida behov. Parterna är ense om vikten av samverkan mellan högskola och vårdgivare för att utveckla den kliniska praktiken.
>
> 7 § Det uppdrag som landstingen lagt på den statliga högskolan har lett till ett förtroendefullt samarbete. Parterna är ense om vikten av en fortsatt och utvecklad samverkan mellan landsting och högskola i ut-

bildningsfrågor även vid ett statligt huvudmannaskap för vårdhögskolorna. I denna samverkan utgör landstingens representation i berörda högskolestyrelser ett betydelsefullt inslag.

I samband med utformandet av principöverenskommelsen uttalade sig regeringen om lämplig storlek på ersättningen till regionerna för tillhandahållandet av utbildningsplatser. Regeringen bedömde vid denna tidpunkt att regioner för den kliniska utbildning som är förlagd till regionernas verksamheter, om inte annat överenskoms, bör få ersättning från högskolan med 1 200 kronor per student och praktikvecka.

Inom ramen för principöverenskommelsen gjordes ingen överenskommelse om ersättning för den kliniska praktiken mellan staten och kommunerna. I budgetpropositionen för 2009 uttalade regeringen dock att det är viktigt att lärosätena även kan använda de möjligheter till praktikplatser som de kommunala vårdgivarna ger och att det därför bör stå lärosätena fritt att teckna avtal om ersättning för klinisk praktik även med kommuner. Regeringen påtalade vikten av att lärosäten och sjukvårdshuvudmännen gemensamt och långsiktigt planerar de verksamhetsförlagda momenten i utbildningarna, så att vårdgivarna kan medverka i utbildningen på ett så tidsmässigt och kompetensmässigt effektivt sätt som möjligt.

### *Avtal om läkarutbildning och forskning*

Genom det centrala avtalet om läkarutbildning och forskning, det e s.k. nationella ALF-avtalet, regleras samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. Det nuvarande nationella ALF-avtalet gäller sedan den 1 januari 2015. Avtalsparter är staten och Region Stockholm, Region Uppsala, Region Östergötland, Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Region Örebro län och Region Västerbotten. Staten ersätter genom avtalet de sju regionerna för de resurser som tas i anspråk för klinisk utbildning vid universitetssjukhusen och andra vårdenheter. Det nationella ALF-avtalet kompletteras med regionala avtal mellan berörda regioner och universitet. I de regionala avtalen ska bl.a. regleras hur enheter som ska bedriva verksamhetsintegrerad utbildning av läkare utses. Det gäller enheter såväl inom som utanför universitetssjukvården, inklusive enheter i andra regioner.

Kostnaderna för den del av grundutbildningen för läkare som är förlagd till sjukvårdshuvudmännens verksamheter förutsätts täckas av den ersättning som staten betalar till berörda huvudmän enligt det nationella ALF-avtalet. Ersättningen ska kompensera sjukvårdshuvudmännen för de merkostnader som uppkommer för undervisning, handledning, kursledning, administration etc. Som konstaterats ovan ska den kliniska utbildningen förläggas både till universitetssjukhus och andra vårdinrättningar. Enheter som mer regelmässigt utnyttjas för läkarutbildningen finns förtecknade i avtal mellan parterna.

*Akademisk specialisttjänstgöring för sjuksköterskor*

Vårdförbundet har tagit fram en modell för utbildningsanställning för specialistsjuksköterskor. Modellen kallas akademisk specialisttjänstgöring (AST), och är en finansierad utbildning som ges med full lön och med villkor enligt kollektivavtal. Utbildningen ges av universitet eller högskola men delar av utbildningen genomförs i vårdverksamheten. Efter avslutad utbildning får sjuksköterskan en tjänst som specialistsjuksköterska i verksamheten.

Former för finansierad utbildning, där AST utgör ett exempel, har tagits fram för att finansieringsfrågan inte ska vara ett hinder mot att fler sjuksköterskor specialistutbildar sig. Flera regioner och kommuner har tecknat kollektivavtal om AST.

*Andra avtal*

Mellan hälso- och sjukvårdens huvudmän och lärosäten ingås avtal i syfte att reglera övergripande principer för VFU.

Ett sådant exempel är ramavtalet mellan Högskolan Kristianstad, Lunds universitet, Malmö universitet och Region Skåne. Avtalet gäller utbildning bl.a. till arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska inklusive specialistsjuksköterska. Genom avtalet åläggs Region Skåne bl.a. att tillhandahålla överenskommet antal platser för verksamhetsförlagt lärande, handledare med adekvat kompetens, introduktion och lokaler för utbildning. Lärosätena å sin sida åläggs bl.a. att beställa önskat antal platser för verksamhetsförlagt lärande och att erbjuda handledarutbildning. För den verksamhetsförlagda utbild-

ningen betalar lärosätena ersättning till regionen. Ersättningsbeloppet består av en fast del och en del som räknas upp årligen i enlighet med statens uppräkningar för budgetmedel för utbildning. För 2018 är totalbeloppet per student och studerandevecka 1 524 kronor. Ersättningen delas upp i två delar. En del baseras på beställda antal studerandeveckor och utgör 75 kronor per vecka. Återstående del om 1 449 kronor per vecka baseras på antalet faktiskt genomförda studerandeveckor. Den ekonomiska ersättning som Region Skåne får för att tillhandahålla platser för VFU ska enligt avtalet användas till handledarutbildning, pedagogisk utveckling, delfinansiering av tjänst som klinisk lärare/samordnande huvudhandledare, drift, utveckling och administration av gemensamt digitalt verktyg för planeringen av den verksamhetsförlagda utbildningen.

Ramavtal avseende den verksamhetsförlagda utbildningen finns också t.ex. mellan Sahlgrenska akademin vid Göteborgs universitet, Högskolan i Skövde, Högskolan i Borås, Högskolan Väst och Västra Götalandsregionen. Avtalet avser i princip samma utbildningar och bygger på samma principer som det som ovan redogjorts för. År 2016 var ersättningen till regionen 1 405 kronor per studentvecka, ett belopp som räknas upp med index varje år.

### 6.1.3 Utbildningsrelaterade utmaningar för god kompetensförsörjning

Som konstaterats är en väl fungerande och ändamålsenlig kompetensförsörjning en förutsättning för att klara omställningen till en god och nära vård. Kompetensförsörjning handlar om att hitta rätt medarbetare, utveckla dem och behålla dem. Vi lever i ett kunskapsintensivt samhälle och med en snabb utveckling inom teknik och andra områden är medarbetarnas kompetens en viktig beståndsdel av en verksamhet. De förhållandevis goda sociala och socioekonomiska förhållandena i Sverige beror till stor del på vår förmåga att producera och förmedla ny kunskap och på utbildningssystemets kvalitet.

Lärandet i vården har stor betydelse för dess kompetensförsörjning och framtida rekryteringsmöjligheter. Vårdens medarbetare behöver kontinuerligt utveckla sin kompetens och de behöver samtidigt utveckla nya arbetssätt som är teambaserade, personcentrerade och hälsofrämjande.

## Verksamhetsförlagd utbildning och fortbildning

Ett led i att tillgodose behovet av kompetensförsörjning är att skapa möjlighet och utrymme för studenter att genomföra sin VFU i hälso- och sjukvårdsverksamheter som är relevanta för utbildningen i fråga. Den verksamhetsförlagda utbildningen är i hög grad fortfarande knuten till sjukhusen. Då fokus nu förskjuts alltmer från de stora sjukhusens vårdavdelningar till vård på andra vårdinrättningar och i hemmiljö, behöver den verksamhetsförlagda utbildningen göra samma förflyttning. Studenterna behöver, för insikt i och förståelse för kommande arbetsuppgifter, kunna genomföra den verksamhetsförlagda utbildningen inom alla relevanta delar av hälso- och sjukvården. På så sätt ges t.ex. kunskap om de specifika förutsättningar det innebär att arbeta, ofta ensam, i patienters hem.

En relevant VFU skapar förutsättningar för medarbetare med hög kompetens och intresse inom sitt yrkesområde. Då den verksamhetsförlagda utbildningen många gånger kan leda till en kommande rekrytering, skapar sådan utbildning inom alla delar av hälso- och sjukvården också bättre förutsättningar för rekrytering inom alla delar av hälso- och sjukvården.

Ett annat led i att tillgodose behovet av kompetensförsörjning är att erbjuda hälso- och sjukvårdens befintliga medarbetare fortbildning. Vad som kan betecknas som fortbildning beror bl.a. på syftet med utbildningen för den enskilde deltagaren och på tidigare kunskaper och erfarenheter. Vad som utgör fortbildning för en person kan snarare betecknas som vidareutbildning för en annan. Med fortbildning avser vi generellt utbildning som ges för fortsatt lärande, oavsett skäl. Den enskilde medarbetaren kan vilja kompetensutveckla sig för egen personlig utveckling. Alternativt kan fortbildning i nya tekniker, arbetssätt m.m. vara nödvändig för att medarbetaren ska klara sina arbetsuppgifter och för att verksamheterna ska följa utvecklingen. Även människor med en gedigen utbildningsbakgrund behöver utveckla och förnya sina kunskaper. Möjligheter till fortbildning ökar förutsättningarna för en modern och kompetent hälso- och sjukvårdsverksamhet. Att erbjuda fortbildning skapar också en attraktiv arbetsplats och ökar förutsättningarna att behålla kompetent personal, då möjligheter till fortbildning efterfrågas i allt större utsträckning av hälso- och sjukvårdens medarbetare.

## Utmaningar för verksamhetsförlagd utbildning

För att behovet av VFU ska kunna tillgodoses behöver alla hälso- och sjukvårdens aktörer bidra. Det gäller huvudmän som planerar vården, oavsett om huvudmannen är regional eller kommunal, och vårdgivare som tillhandahåller den, oavsett om vårdgivaren driver sin verksamhet i offentlig regi eller i privat regi med offentlig finansiering. Faktorer såsom vårdverksamhetens storlek har förstås betydelse för i vilken omfattning vårdgivaren kan och bör bidra, men utgångspunkten behöver vara att alla vårdgivare kan medverka, utifrån hur huvudmannen väljer att planera sitt VFU-arbete. För att så ska ske behöver regioner och kommuner ställa krav på vårdgivarna om studentmottagande i den omfattning som behövs, och vårdgivarna behöver göra plats i sina verksamheter för verksamhetsförlagt lärande. Nedan resonerar utredningen kring ett antal olika utmaningar för VFU i dag. På nationell myndighetsnivå finns i dagsläget mycket lite sammanställt om VFU i andra utbildningar än lärarutbildningarna. Men problembilden som under de tre senaste åren framträtt i utredningens dialoger med berörda aktörer, och som också speglas i såväl budgetproposition som slutrapporten om Framtidens vårdkompetens, är samstämmig och i linje med det som nedan beskrivs. Även om situationen ser olika ut för olika yrkesgrupper instämmer även det stora flertalet fack- och professionsföreningar i utredningens referensgrupp för professioner i denna beskrivning.

En stor del av de kliniska utbildningsplatserna finns fortsatt inom regionens verksamhetsområden. En naturlig orsak till det kan möjligen vara att regionerna tidigare, i stället för som i dag staten, var huvudman för flera av vårdhögskoleutbildningarna. Det innebär att platser hos kommunala och privata vårdgivare inte är lika vanliga.[35] Både kommunal och privat hälso- och sjukvård utgör dock i dag en mycket stor del av det totala vårdutbudet, framför allt på primärvårdsnivå. I ett exempel från Västragötalandsregionen anger kommunerna utmaningar med få sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor som en förklaring till bristen på VFU-placeringar.[36]

I budgetpropositionen för 2020 lyfts behovet av tillgång på platser för VFU. Här anges att tillgången till platser för VFU behöver säkras för att tillgången till utbildad personal i hälso- och sjukvården ska

[35] Jfr t.ex. SOU 2018:77, *Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter*, s. 306–307.
[36] SOU 2018:77, *Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter*, s. 306–307.

kunna öka. Vidare att regeringen, för att utbildningssatsningarna ska få avsedd effekt, noggrant följer situationen avseende tillgång till sådana platser inom hälso- och sjukvårdsutbildningarna.[37]

För utredningen har både professioner och utbildningsanordnare återkommande påtalat att fler aktörer behöver medverka i utbildningsinsatserna. Det har även påtalats att det ofta inte finns tillräckligt många eller rätt platser för läkares specialisttjänstgöring i verksamheterna, trots ett reglerat krav om att tillhandahålla platser efter behov. Att vissa vårdgivare ser sig förhindrade att ta emot studenter under utbildning kan förstås ha flera orsaker. Tidsbrist och bristen på handledare kan vara sådana skäl, liksom bristen på lokaler. Många verksamheter, bl.a. inom den kommunala hälso- och sjukvården, har begränsad erfarenhet av att utbilda och saknar vanan av att ta emot studenter. I vissa verksamheter har utbildningen låg status och prioriteras inte. Dialogen mellan de personer som avtalar om platserna och de som finns i verksamheterna kan också brista och den kliniska verksamheten känner inte alla gånger till kravställningarna från huvudmännen om att ta emot studenter.

När utredningen hos fackliga förbund och professionsorganisationer har ställt skriftliga frågor om eventuella utmaningar kopplade till den verksamhetsförlagda utbildningen, har t.ex. Dietisternas Riksförbund framhållit betydelsen av att vårdgivarna ger utrymme både tids- och lokalmässigt för att ta emot studenter, samt att tid och uppmuntran för handledaren att gå handledarkurser och fortbilda sig kontinuerligt ges. Vidare att dietisternas VFU till största delen förläggs hos kliniskt verksamma dietister inom regioner; vid sjukhus – både på avdelningar och mottagningar – samt inom primärvård och vårdcentraler. I enstaka fall förläggs den hos kliniska dietister inom kommunal verksamhet, vilket innebär att det är svårt för studenter att få tillräcklig klinisk erfarenhet hos dietister inom denna verksamhet.

Fysioterapeuterna hänvisar för problembeskrivning bl.a. till en återrapportering som institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle vid Karolinska Institutet lämnat av sitt utbildningsuppdrag. I denna anges avseende fysioterapeutprogrammet att utbildningsuppdraget, inom framför allt privata verksamheter och i öppenvård, fortfarande inte uppfattas som en självklar del i verksamheten.

[37] Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020, Utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning*, s. 171.

Avseende arbetsterapeutprogrammet redogörs vidare för svårigheter att få verksamheter inom såväl regionen, kommunen som den privata sektorn att hålla avtalsbundna erbjudanden om platser för verksamhetsintegrerat lärande och att detta potentiellt drabbar studenterna som riskerar att stå utan en plats för VFU vid kursstart.

Företrädare för Sveriges Farmaceuter anger att den största utmaningen med verksamhetsförlagt lärande på apotek är att handledarna inte får tid att handleda. Det uppges ta sig uttryck i att apoteken inte vill skicka handledare på en tvådagarsutbildning för att bli handledare, att många studenter inte får sin handledartid varje vecka och att handledarna många gånger inte är förberedda när studenten kommer eller har en plan för studentens lärande. En ytterligare utmaning enligt Sveriges Farmaceuter är att bemanningen på apoteken ofta är så snävt tilltagen att studenterna ibland uppfattas som en resurs på apoteket, särskilt vid sjukdom bland personalen. Tidigare hade studenterna en temporär legitimation efter halva praktikperioden och kunde då expediera läkemedel, vilket i vissa fall ledde till att studenterna nyttjades som arbetskraft. I dag är det i stället handledaren som skriver under alla studentens expedieringar. En bärande princip måste enligt Sveriges Farmaceuter vara att studenter under praktiken inte ska utföra något ordinarie arbete åt apoteket, utan att de är i verksamheten som en del av utbildningen, vilket också innebär att de inte har någon lön. Rotationen på handledare och mobiliteten allmänt på arbetsmarknaden gör att det ibland kan uppfattas som svårt att få en kontinuitet i vilka apotek som erbjuder praktikplatser och det finns ett stort behov av utbildning till handledarrollen.

I Socialstyrelsens och UKÄ:s slutrapport Framtidens vårdkompetens, som omnämns nedan och närmare redogörs för i avsnitt 2.3.1, lyfts behovet av samarbete mellan lärosäten och vårdgivare om den verksamhetsförlagda utbildningen. Det konstateras att hälso- och sjukvårdens kapacitet för den verksamhetsförlagda utbildningen är en viktig faktor i dimensioneringen av högskolans utbildningar och att vårdgivarna behöver arbeta med att utöka utbildningskapaciteten. I rapporten påtalas också vikten av att öka möjligheterna till VFU utanför sjukhusen och i kommunala verksamheter och att bristen på handledare är en begränsande faktor.

Landstingsrevisorerna i Region Stockholm, som granskar den verksamhet som bedrivs av regionens nämnder och bolagsstyrelser, har avseende avtal om VFU som ingås mellan Region Stockholm och vissa lärosäten, bedömt att avtalen bör tydliggöras bl.a. i fråga om innehållsliga krav på omfattning och kvalitet. Revisorerna har granskat uppställda krav om VFU i avtalen och menar att avtalen innehåller en alltför generell formulering om att vårdgivaren ska tillhandahålla utbildningsplatser. I flera avtal saknas uppgifter om omfattning på VFU. Enligt landstingsrevisorerna skulle det i högre utsträckning än i dag gå att säkra tillgången på platser om krav härom skulle ställas i fråga om omfattning och kvalitet och i förlängningen skulle vårdgivarna bidra till att regionens kompetensförsörjningsuppdrag kan uppfyllas i högre utsträckning än i dag. Revisorerna menar även att det saknas strategier inom regionen för hur platser för VFU ska kunna frambringas och att det därför krävs tydligare ansvar, styrning och incitament för att möjliggöra tillgång till tillräckligt antal platser med tillräcklig kvalitet.[38]

### 6.1.4 Andra aktuella initiativ för ökad kompetensförsörjning

Förbättrade möjligheter till verksamhetsförlagt lärande är förstås inte tillräckligt för att hantera frågan om god bemanning och kompetensförsörjning på hälso- och sjukvårdsområdet. Nedan beskrivs kortfattat ett par andra aktuella initiativ och processer som också adresserar området.

#### Framtidens vårdkompetens

Socialstyrelsen tillsammans med UKÄ fick 2016 i uppdrag att se över hur tillgången på utbildad personal inom hälso- och sjukvården kunde tillgodoses genom ökad samverkan mellan berörda aktörer. Myndigheterna skulle tillsammans analysera och föreslå hur samverkansarenor mellan aktörer med ansvar för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården kunde utvecklas långsiktigt. I uppdraget ingick även att säkerställa en förbättrad tillgång till statistik och prognoser över kompetensbehovet i hälso- och sjukvården.

[38] Landstingsrevisorerna Stockholms läns landsting, *Kompetensförsörjning i vården – utbildning hos vårdgivare en förutsättning för fler sjuksköterskor*, 2013.

Socialstyrelsen och UKÄ lämnade i augusti 2019 sin slutrapport om uppdragen, som bedrevs under namnet ”Framtidens vårdkompetens”.[39] I denna föreslogs bl.a. inrättandet av ett nationellt samverkansråd, utvecklad samverkan i landets sex sjukvårdsregioner samt förbättrade kunskapsunderlag om kompetensförsörjningsbehoven. Regeringen gav sedan Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta ett nationellt vårdkompetensråd, i linje med förslaget. Rådet ska långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom vården. Rådet är inrättat sedan den 1 januari 2020. För vidare beskrivning av förslagen i slutrapporten samt det nationella rådet, se avsnitt 2.3.1.

### Resurser till vidareutbildning av sjuksköterskor och till karriärtjänster för specialistsjuksköterskor

Tillgången till specialistutbildade sjuksköterskor är en viktig faktor för att möta kompetensbehovet inom framtidens sjukvård. Behovet av sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor är stort och förväntas öka framöver. Under 2020 avsätts därför genom en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) totalt 500 miljoner kronor till regionerna för att öka antalet specialistutbildade sjuksköterskor. För att ta del av medlen ska regionerna genomföra insatser som syftar till att stimulera sjuksköterskor till att vidareutbilda sig till specialistsjuksköterska inom områden där de nationella behoven är stora eller inom prioriterade områden utifrån hälso- och sjukvårdens behov. Medlen ska vidare användas för att möjliggöra för sjuksköterskor att kombinera studier med arbete genom utbildningsanställningar och olika former av utbildningsförmåner, som t.ex. delvis eller full lön under studietiden.[40]

I syfte att bidra till att regionerna bedriver ett aktivt utvecklingsarbete med kompetens- och karriärmodeller för specialistsjuksköterskor, vilket bedöms öka attraktiviteten för yrket och möjliggöra bättre utvecklings- och karriärmöjligheter, avsätts vidare för 2020 100 miljoner kronor till regionerna.

[39] Socialstyrelsen och UKÄ, *Framtidens vårdkompetens – stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov*, 2019.
[40] Överenskommelsen mellan staten och SKR om *God och nära vård 2020 – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården.*

## 6.2 Förslag och motivering till förslag

### 6.2.1 Regioners och kommuners ansvar för medverkan i utbildning ska tydliggöras

**Utredningens förslag:** Det uppdrag som genom överenskommelser och andra avtal åvilar regioner och kommuner att medverka i utbildningsfrågan och tillse att behovet av platser för verksamhetsförlagd utbildning tillgodoses, ska tydliggöras genom ett i lag reglerat ansvar. I den nya bestämmelsen 18 kap. 4 § HSL ska anges att regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för. Bestämmelsen införs i syfte att synliggöra utbildningens betydelse för kompetensförsörjning och för att möjliggöra att fler aktörer i hälso- och sjukvården medverkar i utbildningsfrågan.

#### Skäl för utredningens förslag

En förutsättning för en fungerande och god hälso- och sjukvård är kompetenta medarbetare inom alla delar av hälso- och sjukvården. När svensk hälso- och sjukvård genomgår en omställning, mångfalden av aktörer ökar och vård i allt större utsträckning ges på annan plats än på sjukhus, behöver utbildningen av hälso- och sjukvårdens medarbetare anpassas. Den del av utbildningen som här främst avses är den verksamhetsförlagda utbildningen. Denna del av hälso- och sjukvårdsutbildningar behöver överensstämma med de arbetsförhållanden som de blivande medarbetarna senare kommer att arbeta under. Den verksamhetsförlagda utbildningen kan inte längre vara koncentrerad till sjukhusen, utan behöver förläggas till alla delar av hälso- och sjukvården.

Ökade möjligheter att förlägga den verksamhetsförlagda utbildningen till hälso- och sjukvårdsverksamhet även utanför sjukhus, torde också öka förutsättningarna för en senare rekrytering och anställning utanför sjukhusverksamheten, eftersom den verksamhetsförlagda utbildningen utgör en arena för kommande rekryteringar.

I dag finns ingen reglering i lag avseende regioners och kommuners ansvar att medverka till att VFU kan ske i den hälso- och sjukvård de ansvarar för. Utbildningsutbytet mellan lärosäten och

huvudmän bygger som ovan beskrivits i stället på avtal och överenskommelser. Det är således upp till avtalande parter att bestämma formerna för den verksamhetsförlagda utbildningen.

Även utan ett i lag reglerat krav kring regioners och kommuners medverkan i utbildningsfrågan har huvudmän möjlighet att kräva att de vårdgivare de ansvarar för medverkar till verksamhetsförlagt lärande. Det är upp till den enskilda regionen eller kommunen att vid en upphandling med stöd av lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU) eller vid ett vårdvalsförfarande med stöd av lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) avgöra vilka krav och villkor som ska gälla för de hälso- och sjukvårdstjänster som ska levereras. Eftersom den verksamhetsförlagda utbildningen i praktiken inte förläggs till alla delar av hälso- och sjukvården, är utredningens bedömning av hur den praktiska verksamheten hanterar, inkluderar och prioriterar frågan om utbildning dock att det inte ställs krav på vårdgivares medverkan i tillräckligt hög utsträckning. I dag är det främst den verksamhet som regionerna och kommunerna bedriver i egen regi som tillhandahåller utbildningsplatser.

Avsaknaden av ett formellt uppdrag att tillhandhålla utbildningsplatser upplevs på vissa håll medföra att det i princip blir en ny diskussion och förhandling om antal platser varje termin. Vårdsam är Göteborgsområdets lokala samordningsorgan (kopplat till ett regionalt avtal mellan Göteborgs universitet och VGR) med företrädare för universitetet och vårdgivare (region och kommun samt vissa privata vårdgivare). Företrädare för Vårdsam efterfrågar bl.a. ett ökat deltagande från såväl privata som kommunala vårdgivare. Att stärka utbildningsuppdraget till regioner uppfattas enligt representanter som ett sätt att underlätta arbetet med VFU.[41]

För att tydliggöra regionernas och kommunernas ansvar att medverka till möjliggörandet av VFU inom hela hälso- och sjukvården, föreslår utredningen att detta ansvar uttryckligen anges i HSL genom den nya bestämmelsen 18 kap. 4 § HSL. En lagreglering synliggör ansvaret och sänder en viktig signal till både huvudmän och vårdverksamheter om utbildningens betydelse för en god hälso- och sjukvård. Det ställer krav på regioner och kommuner att utifrån rådande behov av utbildningsplatser, vid planeringen av hälso- och sjukvården, i sin tur ställa erforderliga krav på vårdgivare att tillhandahålla utbildningsplatser i verksamheterna.

[41] SOU 2018:77, *Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter*, s. 307.

Bestämmelsen innebär inte att regioner och kommuner måste tillse att varje enskild vårdgivare tillhandahåller sådana platser. Ur ett regionalt eller kommunalt helhetsperspektiv ska dock säkerställas att behovet tillgodoses. Den praktiska utformningen av hur detta hanteras är en fråga för respektive region eller kommun. Regionen eller kommunen kan t.ex. ställa krav på att varje enskild vårdgivare, med hänsyn tagen bl.a. till vårdgivarens storlek, ska tillhandahålla utbildningsplatser i viss angiven omfattning. Alternativt kan regionen eller kommunen planera utbildningsinsatserna genom att vissa vårdgivare fungerar som särskilda utbildningsenheter och därmed tar emot en större volym studenter. Vad som är en ändamålsenlig lösning och hur stort behovet av utbildningsplatser är i den enskilda regionen eller kommunen bestäms utifrån lokala förutsättningar. Vid utformande av förfrågningsunderlag, som riktar sig till alla potentiella vårdgivare, och vid kravställandet, måste förstås hänsyn tas t.ex. till mindre aktörers möjligheter att uppfylla kraven i underlaget.

En förutsättning för ett ändamålsenligt utbildningsutbyte och för att studenterna ska kunna komma ut i lämpliga VFU-placeringar, är en fortsatt samverkan mellan huvudmännen och utbildningsanordnarna. En dialog mellan regionerna och kommunerna och utbildningsanordnarna måste även fortsättningsvis föras kring hur behoven ser ut i fråga om i vilken omfattning och i vilken verksamhet platser för verksamhetsförlagt lärande behövs. Detta för att regioner och kommuner ska kunna skapa sig en helhetsbild och utifrån denna kunna kravställa vårdgivarna i behövlig utsträckning. Så långt möjligt bör man i denna samverkan och planering också beakta behovet att skapa förutsättningar för interprofessionellt lärande.

Utbildningsfrågan har nära koppling till forskningsfrågan. Den föreslagna bestämmelsen har viss likhet med 18 kap. 2 § första stycket HSL som anger att regioner och kommuner ska medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Med hänsyn till att utbildningen, till skillnad från forskningen, inte enbart har staten som huvudman har den nu föreslagna bestämmelsen fått en föreslagen delvis annorlunda utformning. Avseende utbildning är det inte enbart fråga om behovet av regioners och kommuners medverkan till insatser som staten ansvarar för, utan regionen och kommunen är, tillsammans med andra huvudmän, ansvariga för utbildningen.

### 6.2.2 Att medverka till utbildning ska vara en del av primärvårdens grunduppdrag

**Utredningens förslag:** Det ska ingå i primärvårdens grunduppdrag att medverka till utbildning av de professioner som förekommer i primärvården. I tillägg till utredningens tidigare lämnade förslag om reglering av primärvårdens grunduppdrag genom införande av bestämmelsen 3 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), ska en ytterligare punkt föras in i samma bestämmelse, punkt 9, i vilken nu nämnda uppdrag avseende utbildning anges.

#### Skäl för utredningens förslag

För en ökad nationell likvärdighet av primärvården, med minskade regionala och lokala skillnader, och för att säkerställa en god och jämlik vård i hela landet, lämnade vi i vårt andra delbetänkande förslag på en reglering av vad som ska utgöra primärvårdens grunduppdrag.[42] Regleringen av primärvårdens grunduppdrag är en del i den föreslagna primärvårdsreformen. Redan när nu nämnda förslag lämnades gjorde vi bedömningen att det i uppdraget också bör ingå att medverka till utbildning av studenter och yrkesverksamma inom de professioner som förekommer i primärvården. Något förslag i denna del kunde dock inte lämnas då, mot bakgrund av att regioners och kommuners ansvar för utbildning inte fanns reglerat i HSL.

För en omställning till en stärkt och utvecklad primärvård krävs adekvata personella primärvårdsresurser. En förutsättning för att uppnå god bemanning och kompetensförsörjning är att blivande medarbetare får kunskap och förståelse för primärvårdens uppdrag och verksamhet. VFU är central för att utveckla denna kunskap och förståelse och det krävs att utbildningen också förläggs till primärvården. Primärvårdens vårdgivare, i såväl regioner som kommuner, behöver upplåta utbildningsplatser åt studerande inom professioner som förekommer i primärvården.

I detta betänkande konkretiseras därför vår bedömning att det i primärvårdens grunduppdrag bör ingå att medverka till utbildning. Den utbildning som avses är alltså sådan VFU som ingår i studier till

[42] Se SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*.

alla de professioner som förekommer i primärvården, på gymnasial nivå, på högskole- och universitetsnivå och vid yrkeshögskola.

Att inkludera utbildning i primärvårdens grunduppdrag innebär att regioner och kommuner i planeringen av hälso- och sjukvården behöver beakta vårdgivarnas möjligheter att tillhandahålla utbildningsplatser för verksamhetsförlagt lärande. Det leder till att regioner och kommuner, i sin egen regi-verksamhet och när de köper in hälso- och sjukvårdstjänster eller inrättar vårdvalsförfarande, behöver ställa krav på vårdgivarna i denna del. Som konstaterats ovan måste kravställandet förstås anpassas utifrån flera olika omständigheter, bl.a. kvalitet och mindre vårdgivares möjligheter att upplåta t.ex. lokal och handledning.

Vårt författningsförslag är formulerat på så sätt att bestämmelsen förs in i den av utredningen tidigare föreslagna regleringen av primärvårdens grunduppdrag, i hälso- och sjukvårdsförordningen. Dessa förslag bereds för närvarande i regeringskansliet. En förutsättning för att ta det här aktuella förslaget vidare är alltså att beslut fattas om ett reglerat grunduppdrag för primärvården.

## 6.3 Konsekvensanalys

### 6.3.1 Övergripande konsekvenser av förslagen

**Utredningens bedömning:** Genom att i lag reglera regioners och kommuners skyldigheter i fråga om utbildning tydliggörs det uppdrag för utbildning som i dag regleras genom avtal och andra överenskommelser mellan huvudmän och lärosäten. Tydliggörandet av huvudmännens ansvar skapar förutsättningar för verksamhetsförlagd utbildning inom alla delar av hälso- och sjukvården, oavsett huvudman och driftsform. Syftet med bestämmelsen är att fler aktörer inom hälso- och sjukvården ska involveras i utbildningsfrågan och att det därigenom skapas bättre förutsättningar för verksamhetsförlagd utbildning och därmed rekrytering av framtidens medarbetare inom alla delar av hälso- och sjukvården och över hela landet.

### 6.3.2 Samhällsekonomiska konsekvenser

Utredningens förslag syftar till en förbättrad kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården och en mer jämlik vård i hela landet. En väl fungerande och ändamålsenlig kompetensförsörjning är en förutsättning för den framtida vården. Nya effektivare arbetssätt kommer bidra till att utmaningarna inom detta område bättre kan hanteras, men trots det kommer det inom överskådlig tid att råda brist på medarbetare i hälso- och sjukvården. Alla möjliga effektiva och ändamålsenliga medel för god kompetensförsörjning bör därför övervägas och bättre förutsättningar för verksamhetsförlagt lärande i alla hälso- och sjukvårdens verksamheter är ett sådant medel.

Ett ändamålsenligt verksamhetsförlagt lärande, utan väntetider på en placering som är relevant för utbildningen i fråga, leder till ett snabbare genomförande av utbildningen och därmed till ett snabbare inträde i arbetslivet. Goda kapaciteter kring verksamhetsförlagt lärande skapar förutsättningar för ett bättre genomflöde och minskad sårbarhet. Korta sammanhållna utbildningsperioder minskar behovet av studiebidrag och människor i arbete ger ökade skatteintäkter för staten, vilket innebär en bättre samhällsekonomisk investering.

Ett i lag reglerat ansvar kring utbildningsfrågan skapar ett viktigt signalvärde och ger samtliga i utbildningen inblandade aktörer bättre förutsättningar för en ändamålsenlig dialog om utbildningens betydelse och om hur behoven kring den verksamhetsförlagda utbildningen ser ut.

### 6.3.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Att regionerna och kommunerna genom förslagen åläggs att säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för, innebär ett nytt åläggande och utgör därmed ett ingrepp i den kommunala självstyrelsen.

Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Bestämmelsen ger uttryck för en proportionalitetsprincip när det gäller inskränkningar i den kommunala självstyrelsen.

Våra förslag har föranletts av att hälso- och sjukvårdens olika aktörer inte medverkar i tillräcklig omfattning i utbildningsfrågan. I stor utsträckning är den verksamhetsförlagda utbildningen förlagd till regionens verksamheter, ofta till de som bedrivs i egen regi. Den inskränkning i den kommunala självstyrelsen som förslagen innebär går enligt utredningens bedömning inte utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till intresset av att säkerställa en god kompetensförsörjning. En god kompetensförsörjning är avgörande för en modern och effektiv hälso- och sjukvård och leder i sin tur till en mer jämlik vård. Kompetensförsörjningen behövs inom alla delar av hälso- och sjukvården och förutsättningar härför skapas när den verksamhetsförlagda utbildningen förläggs till alla delar av hälso- och sjukvården. Men hänsyn tagen till dessa intressen anser utredningen att intrånget i den kommunala självstyrelsen är proportionerligt och godtagbart i förhållande till syftet. Det kan vidare påminnas om att författningsförslagen som ska säkerställa att utbildning sker i hälso- och sjukvårdens olika verksamheter är en kodifiering av det ansvar som genom avtal och andra överenskommelser åvilar huvudmännen redan i dag. De krav på medverkan som nu kommer till uttryck i lag innebär alltså ett tydliggörande av ett ansvar som huvudmännen i stora delar redan tar.

När den svenska hälso- och sjukvården formades gällde andra principer för hur och av vem den kunde bedrivas. Inslaget av privata aktörer med offentlig finansiering har ökat markant, särskilt i samband med vårdvalsinförandet. Den kommunala hälso- och sjukvården har sedan Ädelreformen 1992, då kommunerna tog över viss hälso- och sjukvård från regionerna, varit en viktig och relativt stor del av den totala hälso- och sjukvård som bedrivs i Sverige. Hur den verksamhetsförlagda utbildningen bedrivs och förläggs har inte förändrats i takt härmed. I stället sker den största delen av den verksamhetsförlagda utbildningen fortfarande i regionernas verksamheter. Utbildningen behöver anpassas till nuvarande förhållanden, innebärande att även kommunala och privata aktörer behöver delta i kompetensförsörjningsfrågan. Genom förslagen möjliggörs detta. Härigenom kommer den egenägda verksamheten inte behöva avsätta lika stora resurser i utbildningsfrågan och förhållandet mellan utförare inom egen regi och enskilda utförare blir därmed mer jämlikt ur denna aspekt.

### 6.3.4 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten

Våra förslag syftar till att stärka huvudmännens förutsättningar att utifrån behov tillhandahålla VFU-platser och till en jämnare fördelning av utbildningsplatserna mellan hälso- och sjukvårdens olika aktörer. Det kan då lättare säkerställas att de kompetenser som hälso- och sjukvården behöver också kan utbildas. Förslagen syftar däremot inte i sig till att öka det totala antalet studenter i hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Redan i dag har staten kostnader för den utbildning som förläggs till hälso- och sjukvårdens olika verksamheter. Genom universiteten och högskolorna ersätter staten regionerna och kommunerna för mottagandet av studenter i deras verksamheter. Ersättningens storlek och vad den ska täcka regleras i avtal mellan berörda parter. Då ersättningen baseras på antalet mottagna studenter och våra förslag inte inbegriper en ökning av detta antal, kan utredningen inte se att den totala kostnaden för staten för utbildningsplatser i hälso- och sjukvårdens verksamheter ökar genom de förslag vi lämnar.

Däremot utgör våra förslag nya åligganden för regioner och kommuner, vilket aktualiserar finansieringsprincipen. Utredningen konstaterar dock att staten redan i dag finansierar ersättning till huvudmännen för mottagande av studenter. Detta sker indirekt genom statens bidrag till lärosäten för helårsstudenter och helårsprestationer. Universitet och högskolor tilldelas huvuddelen av sina resurser via ett anslag för utbildning på grundnivå och avancerad nivå och ett anslag för forskning och utbildning på forskarnivå. För utbildning på grundnivå och avancerad nivå tilldelas respektive lärosäte varje år ett s.k. takbelopp som är den ersättning lärosätet kan få för att utbilda studenter. Ersättningen beräknas dels utifrån antalet registrerade studenter, dels utifrån det antal högskolepoäng som studenterna presterar under ett år. Ersättningen beror också på vilket utbildningsområde som helårsstudenterna och helårsprestationerna hänförs till. För vårdens utbildningar finns t.ex. olika ersättningsbelopp för naturvetenskapliga, farmaceutiska, vård- och medicinska utbildningar.[43]

Om medel i stället skulle tillföras huvudmännen via de generella statsbidragen, borde detta ske genom att en del av kostnaderna för dessa ersättningsbelopp förs över från UO16, Utbildning och uni-

[43] Prop. 2019/20:01, *Budgetpropositionen för 2020., UO16*, s. 158 och s. 171.

versitetsforskning, till UO25, Allmänna bidrag till kommuner. Av tillgängliga underlag går det dock inte att utläsa hur dessa belopp är beräknade och vilken del som därmed kan anses avse VFU. Utredningen föreslår därför att finansieringen av huvudmännens omkostnader för VFU fortsatt ska finansieras genom ersättning från respektive lärosäte, vilken utgår från UO16. Om regeringen gör en annan bedömning, bör den utifrån egna underlag på annat sätt kunna disponera om resurserna.

Förtydligandet bedöms dock också medföra omställningskostnader t.ex. för att utbilda fler handledare, skapa ändamålsenliga rutiner och lokaler etc. Utredningen bedömer att sådana omställningskostnader bör hanteras som en del av den övergripande överenskommelsen om god och nära vård (jfr avsnitt 9.4.4), och de medel som finns avsatta inom den s.k. professionssatsningen.

Sådana medel bör t.ex. kunna användas av huvudmännen för att utbilda nya handledare, och därigenom kunna bredda den verksamhetsförlagda utbildningen i den hälso- och sjukvård de ansvarar för. Som en approximation för att beräkna en tänkbar omfattning på ett omställningsstöd i denna del har utredningen därför tittat på potentiella kostnader för att utbilda handledare. För flertalet vårdprofessioner med medellånga vårdutbildningar (t.ex. fysioterapeut, sjuksköterska och arbetsterapeut) ges handledarutbildningar om 7,5 högskolepoäng. Det motsvarar femveckors heltidsstudier, vilket därmed kan förväntas innebära produktionsbortfall och kostnader för arbetsgivaren motsvarande ungefär en månadslön. Genomsnittslönerna för flera av de aktuella yrkena (t.ex. sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och dietist) är omkring 32 000 kronor per månad. Den totala lönekostnaden för arbetsgivaren är då ca 45 000 kronor per månad. Om varje hälso- och sjukvårdshuvudman (290 kommuner och 20 regioner) t.ex. skulle få ersättning motsvarande utbildning av ca 15 handledare (mer för stora huvudmän, mindre för små) per år, skulle det motsvara en kostnad om 209,25 mnkr per år (4 650 handledare per år à 45 000 kronor). Vi lämnar dock den exakta utformningen och omfattningen av ett sådant omställningsstöd till parterna för den övergripande överenskommelsen för god och nära vård, dvs. regeringen och SKR.

### 6.3.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna och kommunerna

Krav på regioner och kommuner att säkerställa att utbildning sker i de verksamheter de ansvarar för innebär att huvudmännen vid utformningen av förfrågningsunderlag och andra handlingar som ligger till grund för inköp av hälso- och sjukvårdstjänster[44], kan behöva anpassas. I den mån regioner och kommuner inte redan i dag har krav avseende tillhandahållande av utbildningsplatser angivna i sina underlag, behöver underlagen ses över. Nya krav kan då behöva formuleras, anpassade dels efter utbildningsanordnarnas specifika behov av utbildningsplatser i regionens eller kommunens verksamheter, dels efter vårdgivares olika förutsättningar att tillhandahålla sådana utbildningsplatser som det nu är fråga om. Redan uppställda krav kan också behöva omformuleras för att bättre överensstämma med de lagkrav som nu föreslås. Vissa administrativa kostnader kan härigenom uppkomma.

Huvudmännen har redan utformade metoder för att uppdatera förfrågningsunderlag i fråga om t.ex. kravspecifikationer och gör sådana förändringar löpande. De eventuella ändringar som kan komma att behövas kan således göras inom den löpande administrationen och innebär därmed inga ökade kostnader.

Det är i egenskap av huvudmän och ansvariga för tillhandahållandet av hälso- och sjukvård en fråga för regionerna och kommunerna att avgöra hur de ingående delarna i ett hälso- och sjukvårdsuppdrag ska ersättas, däribland tillhandahållandet av utbildningsplatser. Huruvida särskild ersättning ska betalas till en vårdgivare som tillhandahåller sådana platser, är således upp till respektive region eller kommun att avgöra. Storleken på ersättningen är också en fråga för regionen eller kommunen att bestämma. Den ökade kostnaden för regionen eller kommunen med anledning av kravet på tillhandahållandet av utbildningsplatser beror helt på huvudmannens ersättningsmodell.

Det kan tänkas att vårdgivare, med nya krav om tillhandahållande av utbildningsplatser och med ersättningar för detta som enligt vårdgivarna inte motsvarar kostnaderna eller av annat skäl anses vara för låg, avstår från att lämna anbud eller bedriva vård under de förutsättningar som regioner och kommuner ställer upp. I ett vård-

[44] Vid upphandling med stöd av LOU eller vårdvalsinrättande med stöd av LOV.

valsförfarande kan det innebära att vårdgivarna blir färre till antalet. I ett upphandlingsförfarande med stöd av LOU skulle anbuden potentiellt kunna utebli. I den mån regioner och kommuner anser det ändamålsenligt kan de, likt gäller generellt, anpassa ersättningsvillkoren härefter. En sådan konsekvens är dock i överensstämmelse med principerna för den marknadsmässiga konkurrensen.

### 6.3.6 Konsekvenser för en jämlik vård

Våra förslag ökar förutsättningar för att fler vårdgivare kommer medverka i utbildningsfrågan och till tillgodoseendet av behovet av verksamhetsförlagt lärande. Förutsättningar för kompetensförsörjning i både regional och kommunal hälso- och sjukvård och i både privat och offentligt finansierad vård förbättras. VFU utgör en god grund för kommande rekryteringar och när sådan utbildning är förlagd till fler delar av landet, både socioekonomiskt och geografiskt, ökar förutsättningarna för rekrytering i fler sådana delar av landet. Kompetensförsörjningen blir därmed jämnare fördelad, vilket ökar förutsättningarna för en vård på lika villkor.

### 6.3.7 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården

En förutsättning för patientsäkerhet och goda medicinska resultat är god kompetensförsörjning. Det innebär i sin tur att det i hälso- och sjukvården måste finns medarbetare i tillräcklig omfattning och med rätt kompetens. Våra förslag innebär i förlängningen att en student i högre utsträckning än tidigare får möjlighet att genomföra sin VFU inom verksamhetsområden där studenten potentiellt senare kommer att tjänstgöra. Det verksamhetsförlagda lärandet blir därmed mer relevant och ändamålsenligt utifrån den enskilda studentens önskemål och inriktning i studierna. Våra förslag ökar därmed förutsättningarna för kompetenta och välutbildade framtida medarbetare. Det bidrar till en ökad patientsäkerhet.

Även om en ändamålsenlig VFU skapar förutsättningar för en ökad patientsäkerhet, är en grundförutsättning för all den utbildning som förläggs till hälso- och sjukvårdens verksamheter att den är patientsäker. Någon argumentation om en ökad risk för vårdskador

p.g.a. att studenter närvarar i eller genomför medicinska insatser i verksamheten kan således inte föras med framgång. Inte heller om att studentens bristande erfarenhet och utbildning leder till en sämre upplevelse av vårdbesöket. Tvärtom är nöjdheten hos patienterna ofta större vid vårdbesök där studenter har närvarat.

Att medarbetare ges möjlighet till utbildning och därmed till möjligheten att vara uppdaterad på utvecklingen i fråga om t.ex. teknisk apparatur och nya medicinska rön och metoder, ger med stor sannolikhet också en ökad patientsäkerhet och bättre medicinska resultat.

### 6.3.8 Konsekvenser för vårdens professioner

Handledarrollen tar tid i anspråk men utgör samtidigt ett incitament för ökad kompetens och motivation hos befintlig personal. Befintliga medarbetares kontakter med yngre kommande medarbetare skapar möjligheter att ta del av ny uppdaterad kunskap inom det egna kompetensområdet.

En VFU som bättre överensstämmer med de arbetsuppgifter och övriga förhållanden som senare kommer att gälla under en kommande yrkesutövning, ökar vidare kompetensen hos medarbetarna.

### 6.3.9 Konsekvenser för sysselsättningen

Att fler vårdgivare är med och tar ansvar för den verksamhetsförlagda utbildningen minskar risken för att studenter inte i rimlig tid kommer ut i den verksamhetsförlagda utbildning som studenten efterfrågar och är intresserad av. Förslagen förväntas medföra en bättre genomströmning av studenter på olika vårdutbildningar med resultatet att utbildningsperioden kortas och studenterna snabbare kan komma ut i tjänst och sysselsättning.

Att vårdgivare i alla delar av landet tillhandahåller utbildningsplatser, ökar som ovan konstaterats också förutsättningarna för rekrytering av framtida medarbetare i fler delar av landet. Då utbildningsplatser utgör en god bas för en senare rekrytering, ger förslagen således också ökade förutsättningar för sysselsättning i fler delar av landet.

### 6.3.10 Konsekvenser för företagen

Att i sin hälso- och sjukvårdsverksamhet ta emot studenter under utbildning innebär för de privata vårdgivarna med offentlig finansiering kostnader, på motsvarande sätt som det medför kostnader för de verksamheter i egen regi som redan nu tar emot studenter. Resurser behöver avsättas för introduktion och handledning av studenten, liksom för eventuell handledarutbildning. Lokal och teknisk utrustning, såsom t.ex. dator och telefon, kommer behöva tillhandahållas. Behov av att utforma rutiner för mottagande av studenter kommer att finnas och resurser kommer behöva avsättas för utformande av omdöme eller betyg. Det innebär sannolikt en viss minskad produktion för den enskilde vårdgivaren. Hur mycket produktionen kommer att påverkas och hur stora kostnaderna för mottagandet blir, beror förstås på uppenbara faktorer såsom antalet mottagna studenter och längden på den verksamhetsförlagda utbildningen, men också på verksamhetens storlek och vårdgivarens tidigare erfarenheter av att ta emot studenter. De förslag som utredningen lämnar innebär inte att varje enskild vårdgivare ska tillhandahålla utbildningsplatser, utan reglerar regionernas och kommunernas skyldighet att ur ett helhetsperspektiv tillgodose behovet av utbildning. Eftersom det är regionerna och kommunerna i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården som utformar kraven på vårdgivarna är det svårt att uppskatta vilka kostnader som de nu lämnade förslagen kommer innebära för de privata vårdgivarna. Det närmare kravställandet och ersättningen för insatserna är förbehållet regionerna och kommunerna. I de underlag som regionen eller kommunen utformar när den avser att anskaffa hälso- och sjukvårdstjänster får anges de närmare kraven kring hur och i vilken utsträckning vårdgivaren ska tillhandahålla sådana platser. Senast vid avtalstecknandet bör den ekonomiska ersättningen till vårdgivaren för mottagandet framgå. Kostnaderna för att ta emot studenter i sin hälso- och sjukvårdsverksamhet kan därmed på förhand uppskattas av den vårdgivare som vill lämna anbud.

Som exempel på redan befintligt kravställande om tillhandahållande av utbildningsplatser kan nämnas förfrågningsunderlaget avseende vårdvalet specialiserad öron-, näs- och halssjukvård inom Region Stockholm. Inom nämnda vårdval ska vårdgivarna för att få avtal med regionen, enligt vad som anges i förfrågningsunderlaget, till-

handahålla utbildningsplatser för VFU för vård- och medicinstuderande till de olika professioner som tjänstgör hos vårdgivaren. Vidare anges att vårdgivaren ansvarar för att utbildningsplatserna håller den kvalitet och den inriktning som följer examenskraven för respektive utbildning. De som handleder studenter ska ha handledarkompetens eller annan likvärdig pedagogisk utbildning och minst ha genomgått det webbaserade stöd för handledare inom VFU som ges av Karolinska Institutet och nås via Vårdgivarguiden. Av förfrågningsunderlaget framgår också att vårdgivarna ersätts för platserna för VFU i enlighet med av SLL fastställd ersättning.

Ett annat exempel är Vårdval Rehab inom Västra Götalandsregionen. Av förfrågningsunderlaget framgår att ett av kraven på vårdgivarna, för avtal med regionen, är att dessa ska tillhandahålla VFU-platser på grundnivå och avancerad nivå för de professioner som är verksamma vid enheten eller hos underleverantörer. Utbildningsplatser för andra yrkeskategorier än de som i huvudsak är verksamma vid enheten ska också tillhandahållas för studerande på yrkeshögskolor, studerande på omvårdnadsprogram, läkare under allmäntjänstgöring och specialiseringstjänstgöring. Vårdgivaren ersätts för mottagandet av studenter med 1 000 kronor per studentvecka.

Ovan exempel kan fungera som underlag för vårdgivarnas kostnader för mottagandet av studenter i sina verksamheter. Vilken eventuell merkostnad våra förslag innebär för en viss angiven vårdgivare går som ovan konstaterats dock inte att avgöra. Den beror på hur kraven avseende utbildningsplatser i en viss upphandling eller inom ett visst vårdval utformas och hur mottagandet av studenter ersätts av den specifika regionen eller kommunen. Kravet och ersättningen kommer dock vara känd för vårdgivaren på förhand och kostnaderna för mottagandet kommer därmed att kunna uppskattas och beräknas. Liksom andra parametrar i en regions eller kommuns upphandling eller vårdvalsförfarande kan ha betydelse för en viss vårdgivare i fråga om intresset att lämna anbud, kan kravställandet kring utbildningsplatser ha det för den enskilde vårdgivaren.

### 6.3.11 Övriga konsekvenser

Utredningen bedömer att förslagen inte har några konsekvenser för miljön, för jämställdheten mellan könen, för EU-rätten, för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen eller för det brottsförebyggande arbetet.

## 6.4 Ikraftträdande

**Utredningens förslag:** Förslagen till författningsändringarna i detta kapitel föreslås träda i kraft den 1 januari 2023.

#### Skäl för utredningens förslag

Författningsändringarna bör enligt utredningens mening införas så snart som möjligt för att underlätta och säkra framdriften i det pågående omställningsarbetet i hälso- och sjukvården. Givet att förslagen medför behov av vissa anpassningar hos huvudmännen, i form av såväl regioner som kommuner, ser utredningen att en period om ett år bör avsättas för förberedelsemöjligheter efter beslut om proposition, innan de nya författningarna träder i kraft. Med hänsyn tagen till lagstiftningsprocessen bedömer därför utredningen att författningsändringarna tidigast kan träda i kraft den 1 januari 2023, och förslår därför detta som datum för ikraftträdande.

## 6.5 Forskningens roll i omställningen

Utredningen har i tidigare betänkanden genomgående belyst forskningsfrågor. I utredningens andra betänkande, med förslag till en primärvårdsreform, betonades forskningens roll i primärvården, och vi la förslag på reglering av densamma i primärvårdens grunduppdrag. I utredningens tredje betänkande utvecklade vi resonemangen om forskningens förutsättningar i den moderna hälso- och sjukvården. Att säkerställa utveckling och innovation grundad i högkvalitativ forskning är en avgörande och central del i ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Forskningens roll måste ständigt beaktas i omställningen till den nära vården, när hälso- och sjukvården skiftar

fokus från den traditionella akutsjukhusmiljön till mer vård utanför sjukhuset och i förlängningen också i allt större utsträckning till vård i hemmet. Detta innebär att det måste etableras förutsättningar för livskraftig och uthållig forskningsverksamhet även utanför de traditionella miljöerna, och hos hälso- och sjukvårdens båda huvudmän, regioner och kommuner.

Vi har inte i våra direktiv att direkt adressera forskningsfrågor, och kommer därför inte, såsom vi också tidigare aviserat, lägga ytterligare förslag på området. Vi väljer dock att även i detta betänkande resonera kring ett antal utmaningar vad gäller forskningens roll i omställningen till nära vård.

### 6.5.1 Inspel på dialogfrågor

För en mer utförlig belysning av forskningsområdet inom ramen för utredningens uppdrag hänvisas till föregående betänkande.[45] I samma betänkande fanns också dialogfrågor, på vilka systemets olika aktörer uppmanades inkomma med inspel. Några huvudsakliga synpunkter som inkommit, och där det råder stor samstämmighet mellan olika aktörer, redovisas i det följande.

Många lyfter behovet av forskning som inte bara är fokuserad på behandling av specifika tillstånd, utan som ser till komplexa sjukdomstillstånd och multisjuklighet utifrån dagens uppdrag för sjukvården. I anslutning till det lyfts också behovet av interprofessionell forskning, och mötesplatser för forskare i syfte att öka utbytet mellan olika discipliner, yrkesgrupper och hälso- och sjukvårdens båda huvudmän. Ett återkommande tema är behovet av forskning vad gäller arbetssätt och metoder, inte minst i kölvattnet av en ökad digitalisering. Från den prehospitala vården påtalas pågående initiativ kring forskning gällande beslutsstöd som ett exempel på möjliga forskningsområden vad gäller arbetssätt och implementering.

Ett mer övergripande organisatoriskt synsätt på forskning efterfrågas också; behovet av stöd från chefer på alla nivåer, både vad gäller förståelse för forskningens villkor och förutsättningar och för att stödja enskilda medarbetare i deras forskargärning. Inte minst inom kommunernas verksamheter betonas vikten av detta, och även om en positiv utveckling iakttas av flera aktörer belyses fortfarande

[45] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, kap. 8.

bristen på medarbetare med högre akademisk examen, t.ex. disputerade, i kommunernas hälso- och sjukvård. Detta kan i delar också handla om grundläggande förutsättningar för en lärande kultur, så som tillgång till vetenskapliga tidskrifter.

Kombinationstjänster, såväl hos regioner som kommuner, efterfrågas. En synpunkt som lyfts av flera är behovet av att öka kunskapen för hur mycket av hälso- och sjukvården som bedrivs med kommunen som huvudman, och att kvantifiera och beskriva detta område tydligare. En sådan kunskap bedöms som en förutsättning för förståelsen av behovet av forskningsinsatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Man ser också ett behov av forskningsinsatser inom kommunens patientgrupper för att säkerställa generaliserbara resultat – kanske tillämpas i dag evidens i stora och växande grupper som egentligen inte är fullt ut generaliserbara för gruppen de appliceras på. I samma sammanhang lyfts behovet av forskning vad gäller förebyggande och hälsofrämjande insatser. Specifika områden av stor betydelse för folkhälsan, såsom t.ex. felnäring, betonas som områden där specifika forskningsinsatser skulle behöva göras inom den nära vården och primärvården.

Kopplingen mellan forskning och ett hållbart yrkesliv kommenteras, och att möjligheten för en enskild medarbetare att bidra såväl kliniskt som till forskning under ett långt yrkesliv ökar attraktiviteten i hälso- och sjukvårdens uppdrag.

Vidare betonas vikten av forskning och utbildning i den nära vården särskilt, och behovet av att det inom den samlade primärvården finns såväl resurser för att kunna bygga upp forsknings- och utbildningsmiljöer som stöd för innovations- och utvecklingsarbete. Att via forskning öka kunskapen om personcentrering och involvera personer med patient- brukar- och närståendeerfarenhet inom alla delar av forskningen lyfts till utredningen av flera aktörer. Begrepp som följeforskning, aktionsforskning och implementeringsforskning är sannolikt framgångsfaktorer i den omställning och den tid av förändring vi står inför.

### 6.5.2 Finansiering av forskning i den nära vården

Möjligheten och förutsättningarna att erhålla forskningsmedel för forskning som behöver bedrivas i primärvården har av många lyfts till utredningen som en utmaning. Strukturen i den nära vårdens verksamheter är annorlunda än de mer traditionella forskningsmiljöerna, ofta med små och geografiskt spridda enheter vilket kan vara försvårande. Uppfattningen är också att det gällande allmänmedicinsk forskning och omvårdnadsforskning utanför sjukhusmiljö i liten utsträckning finns forskningsmedel att söka från de traditionella forskningsfinansiärerna. Utredningen har i tidigare betänkande beskrivit dessa förhållanden närmare.[46] Behovet av en nationell forskningsstruktur inom området har påtalats av flera, och utredningen har i tidigare betänkande exemplifierat med ett förslag från Samling för Allmänmedicinsk Forskning och utbildning (SAFU).[47] I följande utdrag redovisas ett exempel på en tänkbar modell för hur även finansiering av denna typ av forskning skulle kunna stärkas via en mer nationell konstruktion.[48]

**Sammanfattande utdrag ur SAFU:s handlingsprogram för forskning inom primärvård och allmänmedicin**

*Nationell forskningsfond*
I Norge, där uppbyggnaden av en heltäckande primärvård genomförts, finns en statligt inrättad forskningsfond för allmänmedicinsk forskning, Allmenmedicinsk Forskningsfond. Fonden finansierar årligen stora forskningsprojekt med allmänmedicinsk relevans, och har nära samarbete med de fyra allmänmedicinska universitetsinstitutionerna. Den har också till uppgift att understödja samarbete mellan universiteten.

[46] SOU 2019.29 *God och nära vård. Vård i samverkan*, avsnitt 8.1.4.
[47] Samling för Allmänmedicinsk Forskning och Utbildning (SAFU) är ett officiellt samarbete mellan Distriktsläkarföreningen (DLF), Svensk förening för Allmänmedicin (SFAM) och representanter från alla allmänmedicinska enheter i Sverige. Syftet med SAFU är att gemensamt driva ett arbete för att synliggöra, utveckla och förstärka den allmänmedicinska forskningen och utbildningen som en del av en nationell reform för primärvården i Sverige. Se även SOU 2019:29 *God och nära vård. Vård i samverka*n, avsnitt 8.1.5.
[48] Utdrag ur: SAFU, *Förslag gällande utvecklandet av en nationell och regional FoU-struktur för forskning i primärvården*, 2019.

Enligt den norska modellen kan en forskningsfond bidra till att:

- Medarbetare stimuleras till att delta i och driva forskning med utgångspunkt i den egna verksamheten
- Kunskapsbaserad allmänmedicinsk verksamhet får goda villkor
- Att forskningen vid olika enheter koordineras och håller hög kvalitet
- Prioriterade allmänmedicinska forskningsområden identifieras och att forskning inom dessa områden stimuleras
- Forskning publiceras och sprids till relevanta delar av systemet som vårdcentraler, inom allmänmedicinsk verksamhet, andra medicinska specialiteter samt högskolor och universitet
- Forskning sprids till allmänhet och myndigheter nationellt och internationellt
- Verksamheten på universitetssjukvårdsenhet och akademiska vårdcentraler synliggörs
- Medarbetare på forskningsenheter stöds till att delta i och arrangera forskningsmöten inom primärvård och allmänmedicin
- Forskningsmässig synergi skapas mellan de forskande enheterna, institution och fakultet
- De forskande enheterna samarbetar tvärprofessionellt med andra berörda delar inom vården och samhället

Fonden kan vidare göra detta genom att t.ex.:

- Utveckla visioner och bidra i arbetet med övergripande strategier för att stärka och främja primärvårds- och allmänmedicinsk forskning
- Arrangera olika forum för möten mellan forskare, enheter, universitetssektorer, patientföreträdare och andra berörda, både nationellt och internationellt
- Utarbeta och driva en hemsida för fonden
- Medverka till rekrytering av forskare från kliniskt verksamma medarbetare

- Bidra till att utveckla system för datainsamling från primärvård
- Bidra till att hitta vägar att söka ytterligare ny finansiering av primärvårdsforskning.

Den norska modellen och idéerna bakom den är tillämpliga för att utveckla svensk primärvårdsforskning och allmänmedicinsk forskning. En svensk allmänmedicinsk forskningsfond med liknande uppdrag skulle vara en möjlighet till en långsiktig nationellt stödjande infrastruktur. Fonden kan också ligga som bas för en långsiktig finansiering av den nationella forskarskolan. I fonden bör representanter för regering, huvudmän, patientorganisationer, universitet samt professionsföreträdare finnas med. Finansiering av fondens verksamhet skulle kunna ske via årligen avsatta medel från statliga myndigheter, t.ex. Vetenskapsrådet och Forte, och dessa medel skulle då hanteras inom ramen för en specifik nationell forskningsfond för primärvård och allmänmedicin.

### 6.5.3 Aktuella initiativ av betydelse för omställningen till den nära vården

**Forskningspropositionen 2020**

Regeringen presenterar varje mandatperiod en samlad proposition för att peka ut den forskningspolitiska inriktningen. Nästa forskningspolitiska proposition planeras till hösten 2020.[49] Ca 200 organisationer har uppmanats inkomma med inspel till innehållet i propositionen. I flera av remissvaren, bl.a. från SKR, påtalas behovet av satsning på forskning inom välfärdsområdet och i ”nya” forskarmiljöer, inte minst i primärvård och nära vård.[50] Utredningen stödjer uppfattningen att detta är ett område som behöver belysas i den kommande forskningspropositionen.

[49] Regeringen, *Den forskningspolitiska propositionen 2020*, 2020.
[50] SKR, *Synpunkter på regeringens forskningspolitik*, 2019.

## Det fortsatta arbetet med regeringens life science-strategi

Avslutningsvis vill utredningen lyfta fram det arbete som gjorts inom ramen för det av regeringen tillsatta life science-kontoret, och som resulterat i den nationella life science-strategi som presenterades i december 2019.[51] Strategin är framtagen i dialog med aktörer från hela sektorn, och kan ses som ett ramverk med tydliga prioriteringsområden och målsättningar. Ramverkets prioriteringar och målsättningar bygger på de behov och utmaningar som sektorns aktörer har pekat ut, och däri nämns också de förändringar som ligger till grund för vårt utredningsdirektiv. Regeringen sätter i strategin upp 30 målsättningar som bedöms vara särskilt angelägna att uppnå. Utredningens uppfattning är att ska detta vara möjligt måste förutsättningar för forskning väsentligen stärkas i stora delar av hälso- och sjukvårdssystemet, inte minst inom den kommunala hälso- och sjukvården.

[51] Regeringen, *En nationell strategi för life science*, 2019.

# 7 Verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi

## 7.1 Inledning

Utredningen har i uppdrag att se över hur läkare och fysioterapeuter som bedriver verksamhet enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF) kan integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt i övrig öppenvård. I kapitel 6 i vårt förra delbetänkande finns bakgrundstexter och analys av dessa vårdgivare, det system de verkar i och reglerna kring deras form av anslutning till den offentligt finansierade vården.[1] Kapitel 6 i vårt förra delbetänkande ska därför läsas tillsammans med detta kapitel.

Av bakgrundstexterna framgår att det finns en kritik från samtliga ingående aktörer mot det befintliga system i vilket läkarna och fysioterapeuterna i fråga i dag verkar. Kritiken består bl.a. i svårigheter för regionerna att planera sin hälso- och sjukvård, då de upplever att de i liten utsträckning kan påverka läkarnas och fysioterapeuternas möjligheter att etablera sig och den lämnade vårdens innehåll. Kritiken består också i att befintligt ersättningssystem inte är utformat och anpassat efter dagens vårdbehov eller till hur vården i dag bedrivs. Inspel om att systemet inte möjliggör insyn i och kontroll av vårdverksamheterna i tillräcklig utsträckning finns också. Huruvida avtal som löper på obegränsad tid är förenligt med EU:s rättsordning, utifrån vikten av upprätthållande av konkurrens, har också ifrågasatts.

[1] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, s. 159 f.

Av vår tidigare analys framgår att flera tidigare förslag till förändringar har lämnats, däribland förslag om att upphäva de lagstiftningar som systemet bygger på och förslag om att behålla systemet men att förändra det i valda delar. Det system som aktuella läkare och fysioterapeuter verkar i och de lagar och förordningar som reglerar detsamma, är dock alltjämt gällande och har i stora delar varit oförändrade i många år. Uppfattningen om vad som är den mest ändamålsenliga och sett till helheten bästa förändringen är förstås olika hos olika aktörer, i olika verksamheter och också över tid. Gemensam är dock uppfattningen att det behövs en förändring. Vi lämnar här förslag som i möjligaste mån beaktar den kritik som har förts fram mot systemet men som också anammar värdet av flera sätt att verka i hälso- och sjukvården, något som också särskilt nämns i Januariavtalet[2]. De förslag vi lämnar i denna del ingår i en kontext och en helhet där övriga pågående förändringar i hälso- och sjukvården beaktas.

## 7.2 Dagens parallella system är inte ändamålsenligt

### 7.2.1 Dagens system står inte i samklang med ett modernt hälso- och sjukvårdssystem

Regionerna har planeringsansvaret för hälso- och sjukvården men dagens system uppfattas inte ge tillräckliga möjligheter att styra vårdetableringar under LOL och LOF som en del av hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet. Ett befintligt samverkansavtal gäller tills vidare och det finns ingen möjlighet för regionerna att ompröva behovet av etableringen utifrån det rådande behovet av vård. Regionen kan varken styra över vårdens innehåll eller över var verksamheten ska vara etablerad rent geografiskt. Rättspraxis har också utvecklats så att regionerna har små möjligheter att i stället för ersättningsetablering hänvisa till verksamhetsbedrivande inom ett befintligt vårdval. Samverkansavtalen som ger rätt till offentlig finansiering av den vård som vårdgivaren utför omprövas således inte. Det innebär att behovet av och kvaliteten på vården inte utvärderas på samma sätt som vid etableringar med stöd av t.ex. lagen (2016:1145)

[2] I januari 2019 slöts Januariavtalet – en sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna. Delar av regeringens politik bygger på denna överenskommelse.

om offentlig upphandling (LOU) eller lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) där avtalen löper på begränsad tid.

En grundförutsättning för ett modernt hälso- och sjukvårdssystem är vidare att vård ska ges där den behövs. En mycket stor del av de aktörer som i dag verkar med stöd av LOL eller LOF, driver sin verksamhet och ger vård i storstadsområden där det redan finns god etablering och ett stort vårdutbud.

När dagens system konstruerades var det inte främst utifrån patientens behov och det är utredningens bedömning att systemet inte är utformat så att patientens väg i vården stöds tillräckligt, även om de enskilda personer som verkar på taxan har sina patienters bästa för ögonen.

Ersättningssystemets utformning bygger på ersättning per patientbesök. I ett modernt hälso- och sjukvårdssystem behöver även andra faktorer beaktas än antalet besök. Ersättningsystem behöver utformas så att de främjar personcentrering, samverkan aktörer emellan och förebyggande hälso- och sjukvårdsarbete. De behöver uppmuntra till mottagande av studenter under praktik och till handledning åt dessa studenter. I ersättningssystems utformning bör också finnas incitament att erbjuda medarbetarna fortbildning. Vidare ser vårdbehoven annorlunda ut i dag än tidigare, och ersättningen behöver utformas för att spegla dessa nya behov.

De läkare och fysioterapeuter som i dag verkar i systemet uppfattar inte ersättningsystemet som ändamålsenligt. Fysioterapeuterna påtalar att reglerna om arvodesnivåer och fördelningen dem emellan gör att deras specialistkunskap endast kan användas för patienter som kräver mer avancerad fysioterapi under en begränsad del av sin arbetstid, trots att patienterna har stora behov. Aktörerna menar sig också ofta vara låsta till den plats som var aktuell när etableringen förvärvades och flytt till en mer ändamålsenlig lokal eller till områden med fler patienter är sällan möjlig. Vidare påtalar aktörerna att systemet har stora brister gällande möjligheten till forskning och utveckling och att man saknar möjlighet att ta emot och handleda studenter.[3]

[3] Se aktörernas egna problembeskrivningar i SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, s. 175 ff.

### 7.2.2 Utredningens utgångspunkter för en ny ordning

#### En god hälsa och vård på lika villkor

Hälso- och sjukvårdshuvudmännen och vårdgivarna har ett grundläggande ansvar för att bidra till uppfyllelsen av målet för hälso- och sjukvården om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

En del i målet för hälso- och sjukvården om vård på lika villkor består i att hälso- och sjukvården ska vara jämlik, vilket även innebär att den ska vara jämställd. Alla som bor i Sverige ska i princip ha samma möjlighet att vid behov få tillgång till hälso- och sjukvård. Förutsättningarna att kunna vända sig till hälso- och sjukvårdens verksamheter måste så långt det är möjligt utjämnas, då endast vårdbehoven ska avgöra insatsernas omfattning och karaktär. Andra hinder mot att den enskilde ska få del av vården måste från samhällets sida undanröjas. Exempel på sådana hinder är ekonomiska, sociala och kulturella, men också geografiska hinder. Samhället har en skyldighet att, inom ramen för tillgängliga resurser och kunskaper, se till att erbjuda vård åt alla vårdbehövande, oavsett var de bor. Vårdresurserna ska med andra ord vara geografiskt rättvist fördelade. Dessa centrala mål för hälso- och sjukvården är en av utgångspunkterna för de förslag vi lämnar.

#### Personcentrerad vård

Den personcentrerade vården är en viktig del i omställningen till en modern och mer jämlik hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvården upplevs av många som fragmentiserad och svårtillgänglig. Många patienter vill vara mer delaktiga i sin vård än vad de är, och uppfattar hälso- och sjukvården som organiserad utifrån verksamheten snarare än utifrån patienten. Då den moderna hälso- och sjukvården ska utgå från individens behov, är ett personcentrerat förhållningsätt en del i utformandet av våra förslag. Våra förslag sätter således patientperspektivet i främsta rummet. Det innebär inte att andra perspektiv inte behöver beaktas, såsom t.ex. företagarperspektivet och möjligheten att bedriva privat verksamhet, eller professionsperspektivet och den hänsyn som behöver tas till vårdens medarbetare.

## Regionens fortsatta planeringsansvar

Regionen, som ansvarig för att tillhandahålla hälso- och sjukvård inom sitt ansvarsområde, ska kunna styra över utformningen och omfattningen av vården. I regionens planeringsansvar för hälso- och sjukvården ska utgångspunkten vara behovet av vård. Sedan patientlagens (2014:821) (PL) tillkomst är det inte enbart vårdbehovet hos befolkningen som avses, utan vårdbehovet hos samtliga som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. De centralt fastställda allmänna riktlinjerna om prioriteringar, den s.k. etiska plattformen, måste också beaktas. Det finns ett behov av att prioritera inte bara enskilda medicinska åtgärder och insatser utan också mer horisontellt i systemet.

Med hänsyn till att primärvården ska utgöra basen i hälso- och sjukvårdssystemet bör planeringen också utgå från denna. Det numera lagreglerade kravet på att vården ska ges nära befolkningen måste också beaktas. Vidare måste det övergripande målet om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen genomsyra planeringen. I övrigt har regionen möjlighet att planera hälso- och sjukvårdsverksamheten inom sitt geografiska ansvarsområde på det sätt som den finner mest ändamålsenligt utifrån egna lokala bedömningar och förutsättningar. Våra förslag tar avstamp i att regionen fortsatt ska ha denna roll och i möjligaste mån kunna styra över och planera vårdutbudet inom sitt ansvarsområde.

## Kompetensförsörjning i hela landet

Svårigheterna att rekrytera medarbetare med rätt kompetens utifrån behov är i vissa delar av landet stora, vilket innebär omfattande vakanser, och därmed följande utmaningar att tillhandahålla en god och jämlik vård. I glest befolkade delar av landet är tillhandahållandet av service generellt låg, inklusive tillhandahållandet av hälso- och sjukvård. En utgångspunkt för våra förslag är en jämlik vård och däribland att i möjligaste mån främja tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet. Dels i form av hälso- och sjukvård som sådan för hela Sveriges befolkning, dels till de olika professioner som patienter kan behöva komma i kontakt med. I våra dialoger med vårdens unga och kommande medarbetare har framkommit önskemål om att kunna bo och verka i andra delar av landet än i storstadsregionerna, men att

detta kräver hållbara och förutsägbara villkor. En generell framtidsspaning är att just hållbar livsmiljö och närhet till naturen är viktiga faktorer när unga väljer var de vill bo.[4]

### Möjlighet att verka i offentligt finansierad vård på olika sätt

För att klara omställningen till en god och nära vård behöver vi använda all befintlig vårdkompetens. Vi behöver värna om alla de medarbetare som finns inom hälso- och sjukvården och som vill verka där och använda resurserna klokt. I det ingår att det måste finnas möjlighet att verka i hälso- och sjukvårdssystemet på olika sätt. Det innebär t.ex. att det ska vara möjligt för privata aktörer att verka i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och att företagandet ska kunna ske i både mindre och större bolag. Även om normen är att vara anställd i hälso- och sjukvård finns det också de som föredrar att vara egenföretagare. För att tillvarata befintlig kompetens behöver vi fortsatt tillhandahålla olika möjligheter att verka i systemet.

### Goda förutsättningar för en integrerad hälso- och sjukvård med teamarbete

Ett hälso- och sjukvårdssystem och alla dess ingående delar behöver vara uppbyggt så att det understödjer och ger incitament för samverkan mellan vårdprocesserna, och mellan olika professioner. Häri innefattas ett behov av att alla hälso- och sjukvårdens aktörer är integrerade i hälso- och sjukvårdssystemet som helhet. Det kan gälla allt från möjlighet att medverka till utbildning av studenter, till uppföljningssystem, system som möjliggör informationsdelning och samverkansrutiner. För att detta ska kunna säkerställas bedömer utredningen att huvudmännen behöver ha förutsättningar att ställa motsvarande villkor på alla offentligt finansierade verksamheter.

[4] AFRY, *Future Cities Survey Results*, 2019.

### Möjlighet till privat verksamhet inom allmänmedicin omfattas av dagens obligatoriska vårdvalssystem inom primärvården

Den aviserade primärvårdsreformen[5] och det omstruktureringsarbete av hälso- och sjukvården som pågår i övrigt syftar till att ge goda förutsättningar för medarbetarna att verka i primärvården. Målsättningen med ett omstruktureringsarbete är att medarbetarna inom primärvården ska uppleva goda arbetsvillkor och en ändamålsenlig primärvårdsverksamhet. Utredningens tidigare förslag vad gäller utformningen av regionernas vårdval för primärvård innebär en möjlighet att även som liten aktör verka inom detta vårdval.[6] Givet denna utformning ger det obligatoriska vårdvalssystemet för primärvård allmänläkare goda förutsättningar att verka som privata aktörer i den offentligt finansierade primärvården. Förutsatt att dessa förslag tas vidare finns alltså inget behov av ett parallellt system för anslutning till den offentliga finansieringen för allmänläkare.

## 7.3 Två alternativa scenarier

Med ovan angivna utgångspunkter lämnar vi två alternativa förslag på hur det befintliga systemet för legitimerade fysioterapeuters och vissa specialistläkares anslutning till den offentligt finansierade vården skulle kunna utvecklas. Vilket av de två förslagen som bör förespråkas beror på vilka perspektiv, värdegrunder och mål för hälso- och sjukvården som prioriteras. Den samhälleliga och politiska inställningen i dessa frågor förändras förstås över tid.

Det ena förslaget innebär att det ska vara obligatoriskt för regionen att inrätta valfrihetssystem även *inom* psykiatri och fysioterapi. Den närmare utformningen av valfrihetssystemen lämnas åt regionen utifrån det egna planeringsansvaret, dvs. det föreslås inte obligatoriskt omfatta all psykiatri eller all fysioterapi i en region.

Det andra förslaget består i att vidareutveckla befintligt system till ett omarbetat kompletterande nationellt utformat system som syftar till att skapa långsiktighet och förutsättningar för mindre vårdetableringar i geografiska områden där tillgången till vård är mindre.

[5] Se Januariavtalet, punkt 60. Januariavtalet är en sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna. Delar av regeringens politik bygger på denna överenskommelse.
[6] Se SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, avsnitt 9.3.1.

Båda förslagen inkluderar att LOL och LOF samt förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning (FOL) och förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi (FOF) upphävs. Övergångsbestämmelser föreslås som gör det möjligt för berörda läkare och fysioterapeuter att ställa om eller avsluta sin verksamhet utifrån de nya förutsättningarna (se avsnitt 7.4.2).

Införande av obligatoriska valfrihetssystem kan ifrågasättas utifrån regionernas redan befintliga möjligheter att inrätta sådana, och det stora intrång i den kommunala självstyrelsen som detta medför (jfr avsnitt 7.5.4). Att vi väljer att lägga ett alternativt förslag om obligatoriska valfrihetssystem bottnar i en nuvarande tillitsproblematik mellan regionerna och utförarna på dagens nationella taxa. I utredningens mening är det därför inte tillräckligt att upphäva befintliga lagstiftningar (LOL och LOF) utan att säkerställa ett alternativt sätt att verka som möjliggör småföretagande inom vården. Det kan förstås hävdas att scenario 2, utifrån att det är valfritt för regionen att tillämpa, har samma problematik. Där bedömer dock utredningen att incitamenten för regionerna, i och med en statlig delfinansiering, uppväger tillitsproblematiken.

I bakgrundstexterna i vårt förra delbetänkande redogörs för den departementspromemoria från Regeringskansliet från 2018 i vilken en rad lagändringar i LOL och LOF föreslås i syfte att hantera de utmaningar som identifierats.[7] Promemorian bereds fortfarande i Regeringskansliet. Vi har tagit del av och beaktat promemorians analyser där relevant och möjligt. Givet vårt uppdrag att integrera befintliga aktörer verksamma med stöd av LOL och LOF i primärvården och den övriga öppna vården, har utredningen dock ansett det behövligt att lämna förslag som är mer omfattande än de som lämnas i nämnda promemoria. Förslagen i departementspromemorian skulle – givet att regeringen ännu inte tagit ställning till dem – kunna ses som en tredje väg framåt, utöver de två vi här presenterar.

[7] Ds 2018:32, *Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi*, 2018; se SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, s. 185 f.

## 7.4 Scenario 1

### 7.4.1 Obligatoriskt inrättande av valfrihetssystem inom fler vårdområden

**Utredningens förslag:** Det ska vara obligatoriskt för regionerna att inrätta valfrihetssystem även inom fysioterapi och psykiatri. En ny bestämmelse, 7 kap. 3 a §, i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL), ska fastslå detta. LOL och LOF med tillhörande förordningar upphävs. Övergångsbestämmelser ska ge vårdgivare som verkar med stöd av LOL och LOF möjlighet att ställa om sin verksamhet utifrån de nya förutsättningarna.

#### Skäl för utredningens förslag

*Fler obligatoriska vårdval*

Begreppet vårdvalssystem i HSL syftar på regionernas organisering av primärvården och inkluderar dels att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård ska kunna välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården, dels att de ska få tillgång till och välja en fast läkarkontakt.[8] Vårdvalssystem som juridiskt begrepp är således kopplat till primärvården. Valfrihetssystem kan dock, i den utsträckning regionerna önskar, inrättas inom fler vårdområden än primärvården. Valfrihetssystem inrättas då med tillämpning av LOV. Med valfrihetssystem avses enligt definitionen i LOV just ett förfarande där den enskilde har rätt att välja den vårdgivare som ska utföra viss hälso- eller sjukvård och som en upphandlande myndighet godkänt och tecknat kontrakt med.[9] När regionen har inrättat ett valfrihetssystem inom ett visst vårdområde brukar det uttryckas som att vårdval har inrättats. Vårdval används således allmänspråkligt med innebörden inrättande av valfrihetssystem. Det är också med den innebörden vi använder ordet vårdval.

Regioner är skyldiga att organisera primärvården så att invånarna ges rätt att välja vårdcentral och annan primärvård, oavsett om den är privat eller offentlig. Vårdvalssystem inom primärvården är således obligatoriskt. Flera regioner i landet har valt att utöver primär-

[8] Se 7 kap. 3 § HSL.
[9] 1 kap. 1 § andra stycket LOV.

vården ha fler vårdområden förlagda som vårdval. Hur många vårdval regionerna har inrättat varierar dem emellan och beror på lokala förutsättningar och politisk vilja i respektive region. Region Stockholm är den region som har flest vårdval.

Som konstaterats tidigare har utredningen i uppdrag att se över hur de läkare och fysioterapeuter som i dag verkar med stöd av LOL och LOF kan integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt i övrig öppenvård. Ett sätt att tillmötesgå önskemålet om en integrering är enligt utredningen att ge regionerna ökade skyldigheter gällande inrättande av valfrihetssystem. Genom större möjligheter att arbeta inom ett vårdval ges vårdgivarna som nu verkar med stöd av LOL och LOF möjlighet att verka i hälso- och sjukvården i en annan etablerad form för anslutning till offentligt finansierad vård och under förutsättningar som är desamma som för andra vårdgivare, inom samma vårdområde.

Vilka vårdområden som utöver primärvården bör vara obligatoriska att inrätta valfrihetssystem inom bör, utifrån utredningens uppdrag, bestämmas dels utifrån behovet av vård på området, dels utifrån i vilken utsträckning aktörer i befintligt system verkar inom vårdområdet i fråga. På så sätt tillgodoses i största möjliga utsträckning dels målet om en god hälsa på lika villkor, dels uppdraget att integrera befintliga aktörer i systemet i övrig öppen hälso- och sjukvård.

### *Vårdgivare i befintligt system*

De vårdgivare som i dag verkar med stöd av LOL och LOF och som utredningen har i uppdrag att integrera i övrig öppen hälso- och sjukvård, är dels legitimerade fysioterapeuter, dels vissa specialistläkare. För nuvarande är 767 läkare och 1 467 fysioterapeuter anslutna genom LOL och LOF.[10]

Avseende fysioterapeuter är kravet i fråga om behörighet att fysioterapeuten har legitimation. Någon reglering i författning om krav kring viss specialisering finns inte, vare sig generellt eller när fysioterapeuter med möjlighet att verka enligt LOF identifieras.[11]

[10] SKR, *Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2018*, 2019.
[11] Någon i författning reglerad ordning för specialisering finns inte för fysioterapeuter. Däremot har fysioterapeuterna tagit fram en egen ordning för specialisering, se mer om detta i kapitel 8.

Alla läkarspecialiseringar omfattas av möjligheten att verka med stöd av LOL, bortsett från specialistkompetens i laboratoriemedicinska specialiteter, socialmedicin, klinisk neurofysiologi, rehabiliteringsmedicin, klinisk genetik eller bild- och funktionsmedicinska specialiteter utom klinisk fysiologi.[12] Ungefär 21 procent av de läkare som verkar med stöd av LOL är specialister inom allmänmedicin, knappt 17 procent inom psykiatri och ca 62 procent inom olika former av somatisk vård. Specialiteter inom somatisk vård fördelar sig i sin tur, sett till det totala antalet läkare som verkar med stöd av LOL på anestesi och intensivvård m.m. om ca 1,7 procent, barnmedicinska specialiteter om ca 2,3 procent, hud- och könssjukdomar om ca 4,6 procent, invärtesmedicinska specialiteter[13] m.m. om ca 13,4 procent, reumatologi om ca 1,0 procent, vissa opererande specialiteter[14] om ca 14,7 procent, obstetrik och gynekologi om ca 11,7 procent, ögonsjukdomar om ca 4,4 procent och öron-, näs- och halssjukdomar m.m. om ca 6,6 procent.[15] Den övervägande största gruppen enskilda specialistläkare utgörs således, förutom av allmänläkarna, av läkare med specialitet i psykiatri.

*Behovet av tillgång till fysioterapeuter och psykiatriker*

Kunskapen om de positiva effekterna av fysisk aktivitet för den somatiska och psykiska hälsan är väl kända. I och med detta är det viktigt att var och en får möjlighet att vara så fysiskt aktiv hen kan vara i förhållande till sina förutsättningar. Vissa individer behöver för detta, under kortare eller längre perioder, professionellt stöd i form av en fysioterapeut. Fysioterapeuter är ett bristyrke. 13 av 21 regioner uppger brist på legitimerade yrkesutövare i en enkät utförd 2019. Från fackligt håll har i samma rapport framförts att tjänster inte utannonseras i brist på sökande.[16] Ytterligare ett tecken på att

[12] 7 § andra stycket LOL.
[13] Rymmer potentiellt följande specialiteter: internmedicin, kardiologi, medicinsk, gastroenterologi och hepatologi, endokrinologi och diabetologi, medicinska njursjukdomar, lungsjukdomar, hematologi, allergologi, geriatrik, klinisk fysiologi, infektionsmedicin, arbets- och miljömedicin.
[14] Rymmer potentiellt följande specialiteter: kirurgi, urologi, barn- och ungdomskirurgi, plastikkirurgi, thoraxkirurgi, ortopedi, handkirurgi, neurokirurgi.
[15] SKR, *Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2018*, 2019.
[16] SKR, *Vårdgarantiläge. Alla regioner,* 2020.

förekomsten i regionerna av fysioterapeuter är alltför låg återfinns i SKR:s vårdgarantiredovisning. Andelen patienter som fått medicinsk bedömning inom tre dagar av fysioterapeut vid behov är ca 50 procent i medeltal över landet under 2019.[17] Till följd av den demografiska utvecklingen, en alltmer åldrad befolkning och möjlighet till olika typer av behandlade insatser för större grupper än tidigare, ökar också behovet av rehabiliterande och förebyggande insatser. Det bedöms därför särskilt angeläget att möjliggöra goda förutsättningar att verka som fysioterapeut även efter avskaffandet av LOF. Detta dels för att fortsatt behålla de fysioterapeuter som i dag verkar i hälso- och sjukvården, dels för att locka framtida medarbetare till yrket.

Även psykiatriker utgör en bristgrupp. Det är en av de tre specialiteter inom vilka flest antal regioner bedömer att det saknas läkare. Av de 19 regioner som bedömt tillgång och efterfrågan på specialistläkare rapporterar 18 en brist.[18] I samma rapport gör Arbetsförmedlingen bedömningen att pensionsavgångar, liksom en ökande andel äldre och yngre, vilka är grupper som kan ha stora vårdbehov, väntas ge upphov till brist på specialistläkare. Detta gäller bl.a. inom psykiatri. Även om vissa regioner särskilt satsar på fler ST-läkare i psykiatri är återväxten generellt problematisk. Det bedöms därför särskilt angeläget att möjliggöra goda förutsättningar att verka som psykiater även efter avskaffandet av LOL. Detta inte minst mot bakgrund av att psykiatri är ett område som omfattar patienter med ofta stora, och inte tillgodosedda, behov, och särskilt utsatta patientgrupper. Väntetiderna till psykiatrin är på många håll i landet långa.

### *Obligatoriskt valfrihetssystem inom fysioterapi*

Regionernas uppdrag till primärvården innefattar hos alla regioner en kärnverksamhet som på en övergripande nivå är gemensam för alla regioner. Den gemensamma kärnan som ingår i grunduppdraget till vårdcentralerna omfattar i flertalet regioner bl.a. mottagningsverksamhet inom rehabilitering. Utredningen har dessutom i ett av sina tidigare delbetänkanden lämnat förslag om att det i primär-

[17] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2019*, 2019.
[18] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2019*, 2019.

vårdens grunduppdrag ska ingå att tillhandahålla rehabiliterande åtgärder, ett förslag som för närvarande bereds i Regeringskansliet.[19] Det kan mot bakgrund härav tänkas att fysioterapeuterna, vid ett upphävande av LOF, bör kunna hänvisas till befintliga vårdval inom primärvård. I större utformade vårdval för primärvården torde goda möjligheter till arbete finnas inom detta vårdval genom anställning. En utgångspunkt för utredningen är dock att det ska finnas möjlighet att verka i den offentligt finansierade vården på olika sätt och eget företagande är ett av dem. Utredningen ser därför skäl att, vid ett upphävande av LOF och således avslutade möjligheter för fysioterapeuterna att verka med stöd av den lagstiftningen, hitta ett alternativt sätt för eget företagande. Eget företagande inom ett vårdval ställer krav på vårdvalets utformning, med hänsyn taget till detta perspektiv.

Regioner har möjlighet att inrätta vårdvalet inom primärvården som flera olika uppdrag och därigenom särskilja vissa hälso- och sjukvårdstjänster från andra. Vårdvalet kan således vara organiserat som ett brett och samlat uppdrag, där alla delar av primärvården levereras, eller som flera separata vårdval. Att så är möjligt framgår av LOV, som anger att en upphandlande myndighet inte behöver tillämpa samma valfrihetssystem inom alla berörda vårdområden.[20] I Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42) resoneras vidare kring regioners möjlighet att dela upp ett geografiskt område i flera vårdvalssystem för att kunna anpassa uppdrag och ersättningar utifrån de förhållanden som råder i olika delar av regionen, t.ex. när regioner har både tätbebyggelse och glesbygd.[21]

När regionen väljer att ha ett samlat vårdval för hela primärvården innebär det att den vårdgivare som vill lämna anbud ska kunna leverera primärvårdsuppdraget i sin helhet. Möjlighet finns visserligen för en vårdgivare att åberopa andra vårdgivares ekonomiska, tekniska och yrkesmässiga kapacitet, dvs. underleverantörers resurser.[22] Det betyder dels att flera vårdgivare kan gå samman för att tillsammans uppfylla kraven i ett förfrågningsunderlag och gemensamt ha ett avtal med regionen om vårdbedrivande inom vårdvalet, dels att en

[19] Se SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*.
[20] 1 kap. 1 § andra stycket LOV.
[21] SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*, s. 484 f.
[22] 5 kap. 2 § LOV.

vårdgivare kan knyta sig till ett befintligt vårdval. I det senare alternativet har vårdgivaren inget eget avtal med regionen utan är, även om vårdgivaren indirekt omfattas av avtalet för vårdvalet, beroende av en egen överenskommelse med den vårdgivare som har avtal med regionen. Vårdgivaren som knutit sig till en befintlig aktör får således inte ersättning från regionen, utan i stället utifrån en överenskommelse vårdgivarna emellan.

En fysioterapeut kan med nuvarande reglering om vårdvalssystem inom primärvården, som utgår från allmänläkarkompetens, inte gå in i ett övergripande vårdval inom primärvård ensam, men kan inte heller gå samman med andra fysioterapeuter och tillsammans uppfylla förutsättningarna för ett fullständigt primärvårdsuppdrag. Annan kompetens behövs också. Utifrån det som beskrivits ovan är fysioterapeuterna, för anslutning till den offentliga finansieringen, beroende av att det finns en vårdcentral eller motsvarande inrättning som är villig att köpa in deras tjänster och ersätta dem. Det krävs således samverkan med andra aktörer och fysioterapeuternas möjlighet att styra över sina förutsättningar att verka i systemet är förhållandevis små.

De flesta regionerna har organiserat vårdvalet inom primärvården på ett större samlat sätt. Sex regioner har i stället organiserat primärvården som olika vårdval. Vad gäller området fysioterapi eller rehabilitering har tre regioner fysioterapi eller rehabilitering som egna vårdval; Region Värmland har vårdval fysioterapi, Region Stockholm specialiserad fysioterapi och Västra Götalandsregionen rehabilitering.

Utredningen ser att den modell som vissa regioner redan tillämpar i praktiken med ett utbrutet vårdval för fysioterapi eller rehabilitering leder till ökade förutsättningar för fysioterapeuter att verka som egna företagare inom ett vårdval. Härigenom behöver fysioterapeuterna inte uppfylla hela vårdvalsuppdraget, utan kan fokusera på att tillgodose de egna patienternas behov av vård. Beroende på omfattningen och den exakta utformningen av det utbrutna vårdvalet skapas förutsättningar för en eller flera fysioterapeuter att gå samman och leverera uppdraget i sin helhet. Utredningen föreslår därför att det ska vara obligatoriskt att inrätta ett särskilt valfrihetssystem inom fysioterapi. Införande av ett obligatoriskt valfrihetssystem kan ifrågasättas utifrån regionernas redan befintliga möjligheter att inrätta sådana och det stora intrång i den kommunala självstyr-

elsen som detta medför (jfr 7.5.4). Att vi väljer att lägga ett alternativt förslag om obligatoriskt valfrihetssystem bottnar i nuvarande tillitsproblematik mellan regionerna och utförarna på dagens nationella taxa. I utredningens mening är det därmed inte tillräckligt att upphäva befintlig lagstiftning utan att säkerställa ett alternativt sätt att verka som möjliggör småföretagande inom vården.

Den närmare utformningen av vårdvalet inom fysioterapi får regionen i egenskap av huvudman och som ansvarig för planeringen av hälso- och sjukvården själv bestämma över utifrån lokala förutsättningar. Det kan vara en utbruten del av primärvården i övrigt, eller utgöras av annan öppen specialiserad vård.

### *Obligatoriskt valfrihetssystem inom psykiatri*

Långt ifrån alla specialistläkare som verkar med stöd av LOL verkar inom primärvården. Den största gruppen är som ovan konstaterats allmänläkare, men en stor del av aktörerna har andra specialiteter och verkar utanför primärvården. Ett resonemang kring ett utvecklat vårdval enbart inom primärvården, likt det som förts avseende fysioterapeuter, möter således inte behovet av alternativa sätt för specialistläkare i befintligt system att verka i hälso- och sjukvården. Vårdvalet inom primärvården är i fråga om läkartillgång ofta uppbyggt kring ett krav på allmänläkare.

Tre regioner i landet har i nuläget vårdval inom psykiatri, där utformningen och omfattningen ser olika ut. Region Östergötland har vårdval vuxenpsykiatri, i Region Halland ingår vuxenpsykiatri i ett vårdval avseende specialiserad öppenvård och Region Kronoberg införde vårdval inom barn- och ungdomspsykiatri vid årsskiftet 2020.[23] Region Skåne har vårdval LARO (LäkemedelsAssisterad Rehabilitering vid Opioidberoende[24]) med 13 privata aktörer anslutna. Möjligheten att inrätta valfrihetssystem inom psykiatri utnyttjas således i förhållandevis liten utsträckning.

En utgångspunkt för utredningen är att det ska finnas möjlighet att verka i den offentligt finansierade vården på olika sätt och eget företagande är ett av dem. För att möta befolkningens behov av tillgång till insatser i psykiatri bör det skapas förutsättningar för

[23] Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Östergötland röstade den 27 januari 2020 för att avsluta vårdvalet inom vuxenpsykiatri efter den 31 maj 2021.
[24] Kombinerad psykosocial och medicinsk behandling av långvarigt opiodberoende.

etablering av psykiatriker i samband med upphävandet av LOL. Utredningen anser att modellen med eget vårdval inom delar av psykiatrin, som ett litet antal regioner redan tillämpar, är ett möjligt tillvägagångssätt. Genom att inrätta valfrihetssystem inom psykiatri ges specialister i psykiatri möjlighet att verka inom vårdval genom att mindre enheter kan bildas. Beroende på utformningen och omfattningen av vårdvalet kan en eller flera psykiater gå samman och leverera uppdraget i sin helhet. De får då egna avtal med regionerna och kan styra över sitt yrkesutövande. Utredningen föreslår därför att regionerna ska vara skyldiga att inrätta valfrihetssystem inom psykiatri. Införande av ett obligatoriskt valfrihetssystem kan ifrågasättas utifrån regionernas redan befintliga möjligheter att inrätta sådana och det stora intrång i den kommunala självstyrelsen som obligatoriet medför (jfr 7.5.4). Att vi väljer att lägga ett alternativt förslag om *obligatoriskt* valfrihetssystem bottnar i nuvarande tillitsproblematik mellan regionerna och utförarna på dagens nationella taxa. I utredningens mening är det därmed inte tillräckligt att upphäva befintlig lagstiftning utan att säkerställa ett alternativt sätt att verka som möjliggör småföretagande inom vården.

Den närmare utformningen av valfrihetssystemet inom psykiatri får regionen i egenskap av huvudman och ansvarig för planeringen av hälso- och sjukvården själv bestämma över utifrån lokala förutsättningar. Förslaget innebär alltså inte något krav om att all psykiatri ska omfattas av det valfrihetssystem som föreslås.

### 7.4.2 Upphävande av LOL och LOF och möjlighet för befintliga vårdgivare att ställa om sin verksamhet

**Utredningens förslag:** LOL och LOF ska upphävas genom lag om upphävande av LOL och lag om upphävande av LOF. Tillhörande förordningar, dvs. FOL och FOF, ska som en följd härav också upphävas. LOL och LOF, som dock fortsatt ska tillämpas för redan befintliga aktörer i systemet, föreslås upphöra att gälla vid utgången av 2022.

De vårdgivare som genom föreslagna upphävanden inte längre kommer ha möjlighet att med offentlig finansiering bedriva verksamhet på samma sätt som tidigare, ska ges förutsättningar att i god tid före ett upphävande kunna avveckla eller ställa om sin

verksamhet. LOL och LOF med tillhörande förordningar ska därför under en övergångsperiod fortfarande gälla för de läkare och fysioterapeuter som i dag ger vård eller fysioterapeutisk behandling med stöd av dessa lagar. För dessa vårdgivare ska LOL och LOF fortfarande gälla till och med första halvåret 2028. Nya samverkansavtal ska dock inte kunna ingås under övergångsperioden. Möjligheten till ersättningsetablering är därför undantagen den under övergångsperioden fortsatta tillämpningen av lagstiftningarna. Ersättningsetableringar är således inte möjliga efter utgången av 2022 då LOL och LOF föreslås upphävas.

### Skäl för utredningens förslag

Vad som här föreslås gällande övergångsregler är också tillämpligt för scenario 2. Båda våra alternativa scenarier inkluderar att LOL och LOF och tillhörande ersättningsförordningar ska upphävas. Det kommer således inte vara möjligt att bedriva verksamhet enligt dessa lagstiftningar längre. Avsikten är att en förhållandevis stor del av de aktörer som ger vård eller fysioterapeutisk behandling med stöd av LOL eller LOF i stället ges förutsättningar att verka genom de i scenario 1 föreslagna obligatoriska valfrihetssystemen alternativt i det i scenario 2 föreslagna nya kompletterande systemet för vård i glesbygd.

De vårdgivare som genom ett upphävande av LOL och LOF inte längre kommer ha möjlighet att bedriva verksamhet med offentlig finansiering på sätt som tidigare, ska ges förutsättningar att i god tid före ett upphävande, kunna avveckla eller ställa om sin verksamhet. Det är därför nödvändigt med övergångsbestämmelser som tillmötesgår detta. Med anledning härav ska LOL och LOF fortfarande gälla för aktörerna under en övergångsperiod. Hur lång denna övergångsperiod bör vara, får bedömas utifrån flera faktorer.

En stor del av de aktörer som i dag verkar med stöd av LOL och LOF har en relativt hög ålder jämfört med läkare och fysioterapeuter som verkar i andra finansieringssystem. Det gäller särskilt läkarna, men till viss del även fysioterapeuterna. Åldersfördelningen av läkare verksamma med stöd av LOL domineras av personer över 58 år. I Region Stockholm befinner sig flest antal läkare i åldersspannet 68–77 år. Avseende fysioterapeuterna som verkar med stöd av LOF

är det dominerande åldersspannet i Region Stockholm 58–67 år.[25] För verksamma i denna ålderskategori är ålderspensionering förhållandevis nära förestående. Det kan således konstateras att en utfasning av naturliga skäl kommer att ske.

Den avskrivningstid som kan vara aktuell för material och utrustning i aktörernas verksamheter bör också beaktas. Avskrivningstiden är förstås svår att ange generellt, då den varierar utifrån faktorer såsom t.ex. inriktning av verksamhet och storlek på mottagning. Att bygga upp och utrusta en fysioterapimottagning kan handla om att inrätta en träningssal med behövliga redskap och nödvändig tillgänglighetsanpassning. Ett sådant inrättande innebär kostnader och det kan också finnas kostnader i att återställa hyrda lokaler när verksamhet inte längre ska bedrivas i dem.

Med hänsyn härtill föreslår utredningen att för redan etablerade läkare och fysioterapeuter som verkar med stöd av LOL och LOF ska dessa lagar fortfarande gälla sju år efter att beslut om upphävande av dem fattats. Givet att utredningen bedömer att ett sådant beslut tidigast kan fattas våren 2021, föreslår vi att de ska gälla fram till och med första halvåret 2028. Några nya samverkansavtal ska dock inte kunna ingås under övergångsperioden. Möjligheten till ersättningsetablering föreslås därför upphöra i samband med att lagstiftningarna upphävs, dvs. vid utgången av 2022.

## 7.5 Konsekvensanalys – scenario 1

### 7.5.1 Övergripande konsekvenser av förslagen

**Utredningens bedömning:** Upphävande av LOL och LOF leder till ett hälso- och sjukvårdssystem där utförare agerar på mer lika villkor. Taxeaktörerna integreras i det övriga hälso- och sjukvårdssystemet. Detta ger större möjligheter för regionerna att planera vården. Att samtidigt inrätta vårdval inom fysioterapi och psykiatri tillgodoser det stora behovet av vård inom dessa om-

[25] Se Ds 2018:32, *Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi*, s. 23–29. Statistiken som redovisas avser Region Stockholm, men mot bakgrund av att 40 procent av läkarna och 35 procent av fysioterapeuterna som verkar med stöd av LOL respektive LOF finns i Stockholm, kan siffrorna anses ge en tillräckligt rättvisande bild av åldersfördelningen hos aktörerna.

råden och möjliggör fortsatt småskaligt företagande inom respektive vårdområde.

### 7.5.2 Nollalternativ och alternativa lösningar

#### Nollalternativ

Utredningen har enligt direktiven i uppdrag att föreslå hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning enligt LOL och LOF ska kunna integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt i övrig öppenvård. Att inte göra några förändringar i nuvarande regelverk skulle fortsatt ställa dessa aktörer delvis utanför systemet.

Under 2018 betalade regionerna ut 1,4 mdkr i ersättning enligt LOL och LOF.[26] Det finns en stark vilja från regionerna att reformera dessa system då de av regionerna anses vara onödigt kostnadsdrivande och svårreglerade. Till utredningen har från samtliga aktörer framförts att det är angeläget att någon form av förändring genomförs då det har gjorts flera utredningar men ingen förändring har skett. De aktörer som i dag är verksamma i systemet upplever att det finns en osäkerhet och svårighet i att vara aktiv då regionerna på olika sätt försöker förhindra dem från att utföra sin verksamhet.

#### Att avskaffa LOL och LOF räcker inte för att integrera

Om den s.k. nationella taxan avskaffas utan några andra ändringar i lagstiftning blir det upp till regionerna att garantera möjligheter för aktörerna anslutna via LOL och LOF att integreras i systemet. Detta kan göras bl.a. genom att tillhandahålla ett valfrihetssystem eller att upphandla deras verksamhet. Om det inte görs obligatoriskt kan regionerna välja att inte göra några åtgärder i sina system och därmed inte ge andra möjligheter att verka som egenföretagare inom de aktuella vårdområdena. Utredningen bedömer att det inte är tillräckligt att endast rekommendera regionerna att införa ett vårdval eller att upphandla verksamhet. En sådan lösning skulle innebära att det inte gjordes något intrång i det kommunala självstyret. Dock skulle det inte i samma utsträckning garantera möjligheter för aktörer att

[26] SKR, *Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2018*, 2019.

fortsätta verka, utan att vara anställd, vilket är en del av utredningens uppdrag. Utredningens förslag till två nya obligatoriska valfrihetssystem ämnar möjliggöra fortsatt verksamhet för en stor del av dessa aktörer. Med andra mindre omfattande förslag kan inte möjligheten att ansluta sig garanteras för lika många aktörer. Vilken väg man går beror på vilket/a perspektiv som prioriteras.

### Flera specialister än psykiatriker

Av de nuvarande specialiteterna på nationella taxan har utredningen valt att endast föreslå ett obligatoriskt valfrihetssystem inom delar av psykiatrin, och därmed omfattande psykiatriker (se avsnitt 7.4.1). En alternativ lösning skulle vara att föreslå valfrihetssystem för flera specialiteter. Detta skulle möjliggöra för flera av de aktörer som nu är verksamma på taxan att integreras i systemet. Utredningen bedömer dock att detta skulle vara ett allt för stort intrång i det kommunala självstyret och innebära utökade uppgifter för regionerna med ett stort antal nya obligatoriska vårdval (för konsekvenser för de specialiteter som inte omfattas av obligatoriska vårdval, se avsnitt 7.5.10).

### Jämförelse med scenario 2

Det andra scenariot som utredningen föreslår (se avsnitt 7.7) tar tillvara på möjligheten till småskaligt företagande och integrerar aktörerna på systemnivå, dock möjliggör det inte för lika många att fortsätta sin verksamhet. Scenario 2 är ett mindre omfattande intrång i det kommunala självstyret och har inte lika stora osäkerhetsfaktorer för huvudmännen som införandet av obligatoriska valfrihetssystem.

## 7.5.3 Ekonomiska konsekvenser för samhället

Att ersätta nuvarande LOL och LOF med obligatoriska valfrihetssystem innebär ett mer sammanhängande vårdsystem då det parallella anslutningssystemet försvinner. Ett mer sammanhängande system ger bättre möjlighet till uppföljning, planering och statistik både på nationell och regional nivå. Då utformningen av vårdval kommer

skilja sig åt regionalt kommer det inte uppstå enhetliga samhälleliga effekter. Bl.a. kommer det omfatta olika delar av fysioterapi och psykiatri samt införas i olika utsträckning, vilket gör att det inte går att beskriva förändringar för samhällsekonomin, varken ur resultat- eller kostnadsperspektiv. Dessa effekter träffar i stället på regional nivå. Det finns också osäkerheter kring vilka effekter valfrihetssystem har då nuvarande utvärderingar visar att det kan leda till såväl kostnadsökningar som kostnadsminskningar.[27] Det är också svårt att bedöma effekter av de föreslagna obligatoriska valfrihetssystemen inom fysioterapi och psykiatri då den enda liknande reform som genomförts är det obligatoriska vårdvalssystemet inom primärvård vilket var mer omfattande och krävde en omorganisering av hela primärvården, även den offentliga. Vårt förslag är inte lika omfattande, utan verksamhet i offentlig regi och upphandlad verksamhet kommer fortsatt kunna verka. Möjligheten att anpassa efter regionala förutsättningar gör att förslaget berör en begränsad del av vården på regional nivå och inte har direkta eller förutsägbara effekter på samhället i stort.

### 7.5.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Införandet av obligatoriska valfrihetssystem inom fysioterapi och psykiatri innebär ett stort ingrepp i det kommunala självstyret då det blir en skyldighet för regionerna att organisera ytterligare delar av sin vård inom ett vårdval. Detta bedöms dock vara proportionellt förutsatt syftet att integrera aktörerna i det övriga systemet. I jämförelse med de befintliga regelverken för läkare och fysioterapeuter på den s.k. nationella taxan ger denna lösning huvudmännen bättre möjligheter att planera och styra sin verksamhet samtidigt som det garanterar möjligheter för aktörer inom de berörda professionerna att fortsätta bedriva privat verksamhet.

Obligatoriska vårdval kan beroende på tillämpning innebära vissa negativa effekter för jämlik vård (se avsnitt 7.5.8). Dock varierar dessa effekter mycket mellan olika vårdval och det är svårt att avgöra om negativa effekter för jämlikheten uppstått till följd av vårdval eller fanns tidigare. Regionerna kan påverka detta själva i bl.a. utformandet av villkor, ersättningsnivåer och geografiska avgräns-

[27] Riksrevisionen, *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? (RiR 2014:22)*, 2014.

ningar. Det är därför särskilt viktigt att regionerna säkerställer tillgång till jämlik vård i utformandet av vårdvalen.

Utredningen bedömer att nuvarande utformning av LOL och LOF i praktiken är en större inskränkning. LOL och LOF är utformade på nationell nivå och möjliggör inte anpassning till lokala förhållanden. Ersättningsnivån förhandlas också på nationell nivå. Med LOV har regionerna större möjlighet att påverka både utformningen av verksamheten och ersättningen. Valfrihetsmodellen är utformad med hänsyn till regionernas självstyre. Regionerna utformar själva sitt specifika system och sina förfrågningsunderlag utifrån lokala förutsättningar, preferenser och behov. Regionen kan fastställa krav för vården samt besluta om vilka tjänster som ska ingå i valfrihetssystemet. Dessutom är det regionen som bestämmer hur tjänsterna ska utföras, hur ersättningssystemet utformas samt hur invånarna informeras om systemet. Såväl inom valfrihetssystem för fysioterapi som psykiatri finns stora möjligheter att anpassa vad som ska tillhandhållas, tex. om fysioterapi ska vara avgränsat till en viss typ av rehabilitering eller om psykiatri ska vara avgränsat till mindre uppdrag eller mindre spetskliniker med få kompetenser.

Den huvudsakliga skillnaden är att det är frivilligt att ingå ett samverkansavtal (även om det i praktiken inte är möjligt för regionerna att avsluta eller justera befintliga avtal) medan valfrihetssystem inom fysioterapi och psykiatri skulle vara obligatoriska. Obligatoriskt vårdval bedöms vara mer hanterligt för regionerna än LOL och LOF då etableringar genom taxan är på livstid. Avtal enligt LOV tecknas under en på förhand bestämd tidsperiod varefter man löpande följer upp om vårdgivaren uppfyllt de på förhand bestämda villkoren. Med LOL och LOF har regionen ingen möjlighet att utforma verksamheten. Det finns mycket begränsad möjlighet för regionen att avsluta ett ingått avtal om etablering enligt LOL och LOF. Möjligheterna för regionerna att utvärdera verksamheten är mindre vid anslutning via LOL och LOF än vid anslutning via LOV (se avsnitt 6.3 i vårt tredje delbetänkande God och Nära Vård. Vård i samverkan (SOU 2019:29) för en mer utförlig beskrivning av svårigheterna med uppföljning ur huvudmännens perspektiv). Om en vårdgivare på taxan väljer att sälja vidare sin etablering så måste regionen godkänna högstbjudande om den uppfyller de grundläggande kraven. Detta gör att det i praktiken inte är frivilligt för regionen att ingå ett samverkansavtal med en vårdgivare som köper en

existerande etablering. I praktiken är alltså LOL och LOF ett större ingrepp i det kommunala självstyret än obligatoriskt vårdval, där regionen själv styr villkor och ersättning.

De nuvarande etableringarna är förhållandevis få och koncentrerade till större städer (avseende både läkare och fysioterapeuter är de flesta taxeanslutna verksamma i Stockholm, följt av Skåne och Västra Götaland).[28] Ett obligatoriskt vårdval skulle behöva tillhandahållas i regioner som för närvarande inte har några, eller enbart ett fåtal etableringar. Det skulle potentiellt också möjliggöra att aktörerna får en större spridning och inte koncentreras endast till större städer. Syftet med utredningens förslag är att möjliggöra integration av vårdgivare som får ersättning enligt den nationella taxan i det existerande systemet. En utgångspunkt för utredningen är att det ska finnas möjlighet att verka i den offentligt finansierade vården på olika sätt, och att eget företagande är ett av dem. Den alternativa lösningen att avskaffa LOL och LOF utan krav på regionerna att tillhandhålla ett annat sätt för privata aktörer att ansluta sig till det offentligt finansierade systemet skulle göra att dessa aktörer saknar ett naturligt sätt att integreras i systemet. Att avskaffa taxan utan möjlighet till anslutning någon annanstans skulle ha negativa konsekvenser för företagen, se avsnitt 7.5.12.

### 7.5.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna

Det nya ansvar som åläggs regionerna är att det ska inrättas valfrihetssystem inom fysioterapi och psykiatri. Det finns betydande skillnader mellan detta förslag och obligatoriskt vårdval i primärvården. Detta då vi inte föreslår att all fysioterapi eller all psykiatri måste erbjudas genom valfrihetssystem utan endast en del av det, som regionen själva avgör. Då vårdvalet i primärvården är det enda befintliga obligatoriska valfrihetssystemet är det ändå av intresse att utgå från detta.

Vid införandet av obligatoriskt vårdval i primärvården gjorde regeringen bedömningen att obligatoriska vårdval inte medförde direkta konsekvenser för landstingens ekonomi då det inte innebar nya uppgifter. Det var fortsatt landstingen (numera regionerna) som

[28] SKR, *Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2018*, 2019.

beslutade om budgeten för hälso- och sjukvården. Landstingen ålades inte ett ansvar att tillhandahålla något mer eller annat än tidigare. En vårdvalsmodell bedömdes således inte öka landstingets kostnader för vården i sig. Vilket resursutrymme som avsätts till vården skulle fortsatt vara ett politiskt ställningstagande i varje enskilt landsting.[29] Sedan införandet av obligatoriskt vårdval har det gjorts ett antal utvärderingar av faktiska effekter av olika valfrihetskonstruktioner som utredning redogör för nedan.

I majoriteten av de undersökningar och utvärderingar som gjorts av vårdval finns inte belägg för varken positiva eller negativa ekonomiska effekter. I de flesta fall har kostnadsutvecklingen varit oförändrad jämfört med före införandet av vårdval.[30] Dock skiljer sig de ekonomiska konsekvenserna något mellan regionerna och form av vårdval. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) genomförde 2014 en utvärdering av införandet av obligatoriskt vårdval inom primärvården som visade att primärvårdens del av den totala kostnaden för hälso- och sjukvården inte hade förändrats sedan införandet av vårdval.[31] En genomgång utförd av Region Stockholm angående kostnaden för deras vårdval visar att vårdvalen ökar i kostnader snabbare än den övriga upphandlade vården. Rapporten menar dock att den utvecklingen behöver ses i relation till i vilket skede som vårdvalen är i och det uppdämda behov som finns. Det har inte gått att jämföra förändringarna i kostnader sedan innan vårdvalen infördes i Stockholm.[32]

Det är brist i regionerna både på specialister i psykiatri och på fysioterapeuter. Enligt det nationella planeringsstödet uppger ungefär hälften av regionerna att de har brist på fysioterapeuter och 18 av 21 regioner att de har brist på psykiatriker.[33] En vårdvalskonstruktion som möjliggör en ökad konsumtion av dessa tjänster kan därför ge upphov till ökade kostnader. Denna ökade konsumtion motsvarar i det fallet ett behov som tidigare inte tillgodosetts. Det är upp till regionerna att planera sin ekonomi så att vårdbehovet kan mötas oavsett hur vården tillhandhålls.

[29] Prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården*, s. 48.
[30] Riksrevisionen, *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? (RiR 2014:22)*, 2014.
[31] Vårdanalys, *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?*, 2014, s. 153 ff.
[32] Region Stockholm, *Vårdval 10 år: Vad vet vi om dess effekter?*, 2017.
[33] Socialstyrelsen, *Nationella planeringsstödet 2019*, 2019.

Eftersom valfrihetskonstruktioner i vissa fall har lett till ökade kostnader och det i dag upplevs en brist av både psykiatriker och fysioterapeuter så skulle de nya obligatoriska valfrihetssystemen potentiellt kunna leda till ökade kostnader. Utredningen bedömer dock att åtagandet, att införa någon form av valfrihetssystem inom psykiatri och fysioterapi, går att genomföra kostnadsneutralt. Kostnaden beror på genomförandet. Det finns stor frihet för regionen att välja en mindre del av psykiatrin och fysioterapin som effektivt kan avgränsas och resurssättas. Regionerna kan även utforma avtalen på ett sätt som undviker överkonsumtion och ökade kostnader, t.ex. genom att sätta ersättningstak. Om regionen väljer att införa mer omfattande vårdvalssystem som täcker stora delar av psykiatrin och fysioterapin så skulle det kunna leda till ökade kostnader. Detta är då utifrån regionernas egna val och budgetering. Det tillkommer inte regionerna en automatisk kostnadsökning med detta förslag utan det kommer att variera beroende på hur det implementeras. Utredningen bedömer därför att finansieringsprincipen inte aktiveras. Huruvida kostnaderna ökar eller minskar jämfört med taxan går inte att beräkna då det finns många andra faktorer som kan påverka kostnaderna, bl.a. vårdbehov.

Den konkreta kostnad som tillkommer regionerna är den administrativa kostnaden för införandet av ett eller två nya valfrihetssystem. Det är en initial kostnad för utformning av de nya valfrihetssystemen. Kostnaden kommer variera mellan regioner då några redan har antingen delar av psykiatri eller fysioterapi som vårdval samt beroende på att beredningen och omfattningen av vårdvalen kommer variera regionalt. Den därefter följande kostnaden för kontinuerlig förvaltning bedöms kunna göras inom ramen för regionernas ordinarie administration och leder inte till ett utökat uppdrag eller ökade kostnader.

Det som i praktiken tillkommer regionerna är alltså arbetet med att utreda vad de vill erbjuda inom ett vårdval samt utformningen av förfrågningsunderlag. Utredningen har efter kontakt med regionförvaltningar bedömt att utvecklandet av ett vårdval kräver ungefär motsvarande 1 heltidstjänst, under 14 månaders tid. Detta omfattar tid för utredning av möjlig utformning av förfrågningsunderlag och villkor samt utannonsering. Hela arbetsprocessen görs av flera professioner i samverkan, bl.a. ekonomer, medicinskt sakkunniga, jurister och kommunikatörer. Då det är flera olika kompetenser som krävs

med olika lönenivåer har utredningen utgått från en schablonlön på 40 000 kronor per månad. Till detta tillkommer arbetsgivaravgifter och försäkringar till en kostnad av 53 970 kronor per månad för regionen. Personalkostnaden under hela perioden blir då ca 755 580 kronor. Då det rör sig om två valfrihetssystem blir kostnaden för en region totalt ca 1 511 160 kronor. Detta är en engångskostnad för den initiala utformningen vilket utredningen bedömer bör finansieras med ett riktat statsbidrag (se avsnitt 7.5.6).

### 7.5.6 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten

Det kan tillkomma en eventuell kostnad för staten i form av ökat antal mål om rättelse i domstol. En leverantör som anser att en upphandlande myndighet brutit mot en bestämmelse i LOV, får ansöka om rättelse hos allmän förvaltningsdomstol. Det totala antalet mål som rör sådan rättelse är dock relativt få, endast ett tiotal mål per år har inkommit till de allmänna förvaltningsdomstolarna.[34] Det obligatoriska vårdvalet för primärvård är mer omfattande än vårdval för fysioterapi och psykiatri och i flera län finns ett flertal olika vårdval. Det finns ingen anledning att förvänta sig att vårdvalen inom fysioterapi och psykiatri skulle leda till ett stort antal mål i allmän förvaltningsdomstol. Det ökade antalet ansökningar om rättelse och kostnaden som följer kan alltså inte förväntas vara av den storleksordning att den utvidgar domstolarnas uppdrag och kräver en tillförsel av medel för att hanteras.

Utredningen föreslår att den tillkommande kostnaden för införande av två nya valfrihetssystem finansieras av staten genom ett tillfälligt statsbidrag. Utredningen bedömer att kostnaden för utformningen av två nya valfrihetssystem är ca 1 511 160 kronor (se avsnitt 7.5.5). I dag har tre regioner vårdval inom fysioterapi och tre inom psykiatri Med tanke på det föreslagna ikraftträdandet 2028 kan det då vara fler eller färre regioner som har dessa valfrihetssystem. Utredningen utgår därför från att denna kostnad tillkommer alla 21 regioner. Den totala kostnaden för staten blir då ca 32 mnkr, vilka föreslås tilldelas regionerna under 2027, som ett led i förberedelserna för införandet.

[34] SOU 2016:78, *Ordning och reda i välfärden*, s. 600.

### 7.5.7 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna

Avskaffandet av LOL och LOF och införandet av ett obligatoriskt valfrihetssystem inom psykiatri och fysioterapi kan få vissa konsekvenser för samverkan mellan den kommunala och regionala hälso- och sjukvården. Att alla aktörer är anslutna enligt ett enhetligt system gör det tydligare för kommunerna att veta vilka de kan samarbeta med. Inom både fysioterapi och psykiatri är det viktigt med samverkan mellan kommun och region då de grupper som berörs ofta har behov av insatser från flera olika utförare. Hur samverkan ska ske varierar mellan regionerna utifrån lokala samverkansavtal och ansvarsfördelningar. Det är viktigt vid utformandet av dessa vårdval att samverkan med kommunen tas till vara av regionerna och skrivs med i förfrågningsunderlag.

### 7.5.8 Konsekvenser för en jämlik vård

Ett antal undersökningar har visat att införande av vårdval i större utsträckning gynnat socioekonomiskt starka grupper än svaga. I en forskningssammanställning från 2017 behandlas sex vetenskapliga studier och nio offentliga rapporter. Denna undersökning visadeatt effekterna var svåra att följa upp och att det saknades övergripande undersökningar av vårdvalens påverkan på jämlik vård. Slutsatsen var dock att existerande utvärderingar visar på att införandet av vårdval främst gynnat dem i grupper med högre välstånd och låga vårdbehov även om effekterna var förhållandevis små.[35] De analyser som finns är främst inriktade på förändringen efter vårdvalet. En brist i forskningen generellt är att det finns ytterst lite analys när det gäller den fråga som väcktes före vårdvalsreformens införande, dvs. om det redan fanns ojämlikheter i vården och att vårdvalsreformen inte gav förutsättningar att förändra det. Det är också många faktorer som påverkar detta samtidigt.[36] Man bör därför vara försiktig med att dra alltför stora slutsatser utifrån detta.

Innan införandet av vårdval psykiatri i Östergötland fanns en farhåga bland personalen att ersättningssystemet skulle bidra till att köerna för nybesök skulle bli kortare samtidigt som patienter med

[35] Burström, B., Burström, K., Nilsson, G. et al. *Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping review*. Int J Equity Health 16, 29, 2017.
[36] SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*, s. 176–178.

behov av kontinuerlig behandling skulle trängas undan. Detta stärks dock inte av resultat från registerdata som visar att antalet besök per patient i genomsnitt har legat på samma nivå under de senaste åren, trots att antalet patienter har ökat betydligt. Några diagnosgrupper har fler besök per patient och andra färre, men dessa fluktuationer och förändringar fanns även innan vårdval infördes. Det fanns således ingen tydlig koppling mellan befarad undanträngningseffekt för vissa patientgrupper och införandet av vårdval. Dock fördelas patienter med olika vårdbehov ojämnt mellan olika utförare. Patienter med komplex sjukdomsbild och med större vårdbehov behandlas i större utsträckning i offentlig verksamhet. I en utvärdering föreslås flera olika skäl till detta. Bland annat så har dessa patienter p.g.a. sin sjukdomsbild svårare att göra val. Representanter för vårdgivarna uppger att ersättningssystemet gör det svårare för dem att tillhandahålla vård till de grupper som har stora behov.[37]

Sammanfattningsvis finns det en farhåga att införandet av vårdval leder till ökad ojämlikhet. Regionerna utformar själva hur vårdvalet ska se ut. Det är särskilt viktigt att regionerna tar hänsyn till jämlik vård i utformandet av vårdvalet. Utredningen Styrning för en jämlik vård genomförde nyligen en översyn av jämlikheten inom vården. De föreslog ett antal ändringar i det obligatoriska vårdvalet inom regionernas primärvård med syftet att det skulle vara mer jämlikt fördelat.[38] Betänkandet bereds för närvarande i Regeringskansliet.

### 7.5.9 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården

Det finns inte tillräckliga evidens för varken positiva eller negativa konsekvenser för patientsäkerheten och de medicinska resultaten genom införandet av vårdval. Detta beror delvis på bristen på uppföljning av resultaten i primärvården, som är det enda område där vårdval är obligatoriskt. Det är därför svårt att dra någon slutsats angående detta.

Vårdanalys uppföljning 2014 visade att primärvårdens kostnadsandel inte har förändrats sedan införandet av obligatoriskt vårdval. Eftersom andelen besök i primärvården ökat kan det tolkas som att

[37] Region Östergötland, Enheten för forskningsstöd, *Uppföljning av vårdval inom öppen specialiserad vuxenpsykiatri i region Östergötland*, 2018, s. 14–15, 28–31.
[38] SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*.

produktiviteten ökat. Vårdanalys studie visade dock att denna form av produktivitet varierade mycket mellan regionerna. Under tidsperioden 2006–2012 ökade antalet läkar- och sjuksköterskebesök i vissa regioner medan den minskade eller var relativt oförändrad i andra regioner.[39] Om den ökade produktiviteten inneburit en ökad effektivitet är dock svårt att säga någonting om. I en översikt av vårdvalsreformen från 2016 bedöms att det inte går att säga särskilt mycket om hur vårdvalet påverkat primärvårdens effektivitet utifrån dessa produktivitetsmått eftersom det saknas information om medicinska resultat av insatser, vårdbesökens innehåll och hur långa de är, besökens fördelning mellan olika grupper i befolkningen samt andra insatser vid sidan av besök.[40]

Förslaget att införa ytterligare obligatoriska vårdval innebär att medborgarna kommer behöva ta en mer aktiv roll i sin kontakt med vården och välja utförare i större utsträckning. På samhällsnivå innebär detta att relationen till vården blir mer påtaglig då invånarna blir konsumenter av vården.

### 7.5.10 Konsekvenser för vårdens professioner

De personer som i dag är verksamma på taxan och inte kan eller vill fortsätta bedriva sin verksamhet (med de anpassningar som eventuellt krävs) kommer behöva ta anställning antingen privat eller offentligt. Detta gäller främst de läkare utöver psykiatriker som i dag är anslutna på taxan. För nuvarande är 638 läkare som inte är psykiatriker anslutna genom LOL. När anslutningen via LOL avslutas kommer de vårdtillfällen som dessa läkare nu erbjuder försvinna efter övergångsperioden. Det frigörs medel för regionen att skapa flera anställningar och täcka upp för dessa uteblivna vårdtillfällen. En stor andel av läkarna på nationella taxan är också i pensionsålder och förväntas ha kort kvarvarande aktiv tid i arbetslivet (se avsnitt 7.4.2, s. 17–18). Det skulle kunna finnas en viss risk att det uppstår en arbetsbrist för personer med viss specifik kompetens då det under kort tid tillkommer ett stort antal personer till arbetsmarknaden. Dock är denna risk begränsad då det överlag råder brist på med-

[39] Vårdanalys, *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?*, 2014, s. 153 ff.
[40] SOU 2016:78, *Ordning och reda i välfärden*.

arbetare i hälso- och sjukvården, och det enligt förslaget är en lång övergångstid innan obligatoriet träder i kraft.

Även de fysioterapeuter och psykiatriker som inte kan eller vill bedriva ett eget företag under de nya förutsättningarna kommer behöva söka en anställning (se även avsnitt 7.5.12).

### 7.5.11 Konsekvenser för sysselsättningen

Att införa obligatoriska valfrihetssystem inom fysioterapi och psykiatri möjliggör etablering av flera företag inom dessa verksamheter, samtidigt som upphävandet av LOL och LOF innebär att andra etableringar försvinner. De nya etableringarna kan innebära ett ökat antal arbetstillfällen. De professioner som skulle beröras av detta är främst psykiatriker och fysioterapeuter men också närliggande professioner som psykologer, sjuksköterskor och administrativ personal. Det är svårt att uppskatta denna effekt då det beror på hur vårdvalen utformas regionalt. Ungefär hälften av regionerna uppger att de har brist på fysioterapeuter och 18 av 21 regioner uppger att de har brist på psykiatriker. Att det finns fler arbetstillfällen påverkar inte hur många utbildade som finns tillgängliga. Dock kan införandet av obligatoriska vårdval innebära att flera utbildar sig till dessa yrken om marknaden framstår som bredare och mer attraktiv.

### 7.5.12 Konsekvenser för företagen

Att avskaffa LOL och LOF och i stället införa obligatoriska valfrihetssystem inom psykiatri och fysioterapi kommer möjliggöra ett ökat företagande med mer privat etablering på lika grunder. Många nuvarande aktörer på taxan kommer behöva avveckla sin verksamhet eller göra förändringar för att fortsätta bedriva den.

De företag som kommer påverkas av denna förändring är:

- vårdföretag som tillhandhåller tjänster inom fysioterapi eller psykiatri. Både företag som är anslutna via LOU och LOV,
- företag som vill kunna utföra psykiatri och fysioterapi men i dag inte har möjlighet att etablera sig,
- alla som har ett samverkansavtal enligt LOL och LOF.

## Konsekvenser för nuvarande företag inom psykiatri och fysioterapi

*Nuvarande företag på LOV*

Tre regioner har vårdval inom psykiatri. I Halland ingår vuxenpsykiatri i vårdvalet för den specialiserade öppenvården. Fyra privata aktörer är anslutna på vårdval vuxenpsykiatri i Halland.[41] Region Skåne har vårdval LARO med 13 privata aktörer anslutna.[42] Region Kronoberg införde vårdval inom barn- och ungdomspsykiatrin vid årsskiftet 2020.

Tre regioner har vårdval för fysioterapeuter. Stockholms läns landsting har vårdval specialiserad fysioterapi, i november 2019 var 274 fysioterapeuter anslutna fördelat på drygt 160 företag[43], Västra Götalandsregionen har vårdval för rehabilitering med 69 privata rehabenheter anslutna. Region Värmland har vårdval fysioterapi med 33 anslutna.[44]

Införande av obligatoriskt vårdval innebär en rättvis konkurrenssituation mellan aktörer med ett enhetligt system på samma grunder. I nuvarande system med LOL och LOF parallellt så skiljer sig ersättning och villkor baserat på vilken form av anslutning man har. Exempelvis så får i nuläget en fysioterapeut på taxan i Stockholm högre ersättning per timme än en fysioterapeut ansluten genom vårdval.

*Nuvarande företag på LOU*

I de flesta regionerna ansluts privata utförare inom psykiatri via LOU. Under år 2018 fanns det 393 privata utförare av specialiserad psykiatri åt regionerna.[45] Borträknat de dåvarande utförarna anslutna via LOV och LOL så innebär det att det fanns ca 350 utförare av psykiatri anslutna via LOU.[46] Det är ovanligt att ansluta fysiotera-

[41] Region Halland, *Företeckning privata vårdgivare med avtal*, 2019.
[42] Region Skåne, *Vårdval Laro*, 2020.
[43] Region Stockholm, *Lista med godkända vårdgivare inom vårdval specialiserad fysioterapi*, 2019.
[44] Region Värmland, *Anslutna fysioterapeuter*, 2019.
[45] SKR, *Köp av verksamhet 2019*, 2019.
[46] Samma utförare kan förekomma inom ett landsting i olika verksamhetsområden. En utförare kan även förekomma hos flera landsting. Utredningen har här utgått från att utförare via LOL är inräknade. Statistiken kommer från SCB:s utförarregister där regionerna själva rapporterar in vilka utförare de har köpt verksamhet av. En problematik med LOL och LOF är att de inte innefattas av ansvaret att inrapporteras i statistik, det kan därför vara så att vissa regioner inte inräknar dem.

peuter via LOU, för dem rör det sig endast om ett fåtal enheter. Att ersättningen i ett valfrihetssystem alltid följer patientens val gör också att konkurrensen blir mer jämlik än med upphandlingar där fri etablering saknas och ersättningen skiljer sig åt baserat på kontrakt. Obligatoriska vårdval uppfattas av många som en mer långsiktig anslutningsform än LOU då utförarna vet att de kommer kunna fortsätta sin verksamhet om de uppfyller villkoren. Det kan därför uppfattas vara tryggare för företagen.

Under de första åren kan det komma att finnas regioner som redan har upphandlat och avtalat verksamheter inom de aktuella områdena i kontrakt där avtalsperioden omfattar flera år till. Beroende på hur regionerna upprättar sina respektive vårdval kan dessa företag då avtalsperioden är slut, potentiellt kunna fortsätta utföra offentligt finansierad vård på olika sätt. Antingen genom att anpassa verksamheten till de nyetablerade vårdvalen och ansluta sig till dem, alternativt, om regionen fortsatt väljer att ha kvar viss verksamhet på LOU, genom att fortsatt ha möjlighet att delta i de upphandlingarna.

### Framtida företag inom psykiatri och fysioterapi på LOV

Med obligatoriska valfrihetssystem inom psykiatri och fysioterapi kommer alla privata aktörer som uppfyller kraven ställda av regionen kunna ansluta sig och erhålla offentlig finansiering. Det kommer innebära ökade möjligheter för nya företag att etablera sig. Vilka möjligheter till etablering som uppstår kommer skilja sig mellan olika regioner. Delvis kommer viljan från företagen att etablera sig se olika ut. Vårdvalen kommer också vara olika utformade i olika regioner. Vid införandet av obligatoriskt vårdval primärvård etablerade sig företagen främst i större städer. Man bör dock undvika allt för mycket jämförelser med vårdval primärvård då det var ett mer omfattande uppdrag och en större reform. Den nya etableringen av företag kommer vara varierande och är svår att förutsäga.

### Företag anslutna genom LOL och LOF

Detta förslag innebär att LOL och LOF avskaffas och ersätts med obligatoriska valfrihetssystem inom psykiatri och fysioterapi. Förslagen har därför stora konsekvenser för de enskilda företag som nu

är ansluta genom LOL och LOF. För att kunna fortsätta bedriva sin verksamhet med offentlig finansiering kommer de behöva ansluta sig antingen genom ett vårdval eller genom en upphandling. Möjligheterna att göra detta ser olika ut för olika professioner, i olika regioner och beroende på hur verksamheten är utformad. Om man ansluter sig genom ett annat system kan det vara andra förutsättningar för verksamheten med andra krav samt förändrade ersättningsnivåer. För de som inte har möjlighet eller inte vill ansluta sig till vårdval eller upphandlas så kan man antingen välja att bedriva sin verksamhet med privat finansiering eller avveckla denna. För konsekvenser för de individer som avvecklar sin verksamhet och inte har möjlighet eller vill ansluta sig som företagare i ett annat system, se avsnitt 7.5.10.

För fysioterapeuter kommer obligatoriskt vårdval innebära mer likvärdiga möjligheter att ansluta sig och en mer likvärdig konkurrens då alla kommer vara på samma system. Fysioterapeuternas professions- och fackförbund har framfört kritik mot valfrihetssystemen för fysioterapeuter. De anser bl.a. att avtalstiderna är för korta och att kraven som ställs i vårdvalsavtalen så som de är utformade nu främst gynnar större aktörer och gör det svårt för småföretagare.[47] Konsekvenserna för de fysioterapeuters företag som nu är anslutna genom LOF kommer se olika ut beroende på hur vårdvalsavtalen utformas. Med viss utformning av avtal så kan de aktuella företagen gå direkt över på vårdval. Avtalen kan också utformas så att det innebär förändrade förutsättningar för verksamheten och att företagen måste göra anpassningar för att uppnå kraven. Om vårdvalsavtalen har höga specifika krav på t.ex. tillgång till personal och lokal så kan det innebära att fysioterapeuterna som nu är aktuella på taxan inte har möjlighet att ansluta sig. Samtidigt kommer det som tidigare nämnts innebära att andra företag med andra utformningar kommer ha möjlighet att etablera sig.

Även för psykiatrikerna så beror konsekvenserna på hur avtalen utformas. De nuvarande psykiatriföretagen som är anslutna på taxan är främst enpersons-mottagningar. För att dessa ska kunna fortsätta bedriva sin verksamhet med offentlig finansiering så behöver avtalen i ett valfrihetssystem möjliggöra anslutning för enskilda psykiatriker. Detta innebära att vissa av de företag som nu är aktiva kan behöva avveckla sin verksamhet då förutsättningarna förändras.

[47] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*.

Samtidigt kommer det möjliggöra att flera företag kan etablera sig och att dessa kan etablera sig i ett mer enhetligt system.

För fysioterapeuter och övriga läkarspecialiteter än psykiatriker så kommer de behöva avveckla sin verksamhet enligt övergångsbestämmelser. De kan fortsätta bedriva sin verksamhet med offentlig finansiering om ett vårdval finns som de kan ansluta sig till eller om regionen väljer att köpa deras tjänster via offentlig upphandling. Det skiljer sig mellan regionerna om vårdval finns. Det kan i vissa regioner tillkomma vårdval för att fånga upp detta men det är frivilligt.

Då taxan avskaffas försvinner möjligheten att sälja sin etablering. Detta gäller dock själva samverkansavtalet med regionen. Man kan fortsatt sälja t.ex. sin lokal, utrustning och därmed följande immateriella värden.

### 7.5.13 Konsekvenser för EU-rätten

Även vid tillämpning av valfrihetssystem inom psykiatri och fysioterapi ska regionerna behandla vårdgivarna på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt och beakta principerna om öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet. Principerna härrör från Fördraget om Europeiska unionens funktionssätts, EUF-fördragets, principer, framför allt från de om fri rörlighet för varor, etableringsfrihet och frihet att tillhandahålla tjänster. Att dessa grundläggande principer ska beaktas vid inrättande av valfrihetssystem kommer i svensk lagstiftning till uttryck i 1 kap. 2 § LOV. Förslaget om inrättande av fler obligatoriska valfrihetssystem bedöms därmed förenligt med EU-rätten.

### 7.5.14 Övriga konsekvenser

Utredningen bedömer att förslagen inte har några konsekvenser för miljön, för jämställdheten mellan könen, för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen eller för det brottsförebyggande arbetet.

## 7.6 Ikraftträdande – scenario 1

**Utredningens förslag:** Den nya bestämmelsen i 7 kap. 3 a § HSL föreslås träda i kraft den 1 juli 2028.

### Skäl för utredningens förslag

Utredningen bedömer att inrättande av valfrihetssystem inom de två vårdområden som vi föreslår inte kräver ett omfattande förberedelsearbete för regionerna. Samtliga regioner är i och med det obligatoriska vårdvalssystemet inom primärvården bekanta med ett inrättande som sådant. De nu tillkommande valfrihetssystemen ska dock formuleras och preciseras av regionerna och det nya valfrihetssystemens relation till redan befintligt vårdvalssystem inom primärvården och till eventuella övriga vårdval kommer behöva ses över.

För att regionerna inte, p.g.a. en ytterligare form för anslutning till den offentligt finansierade vården, ska riskera att belastas med parallella kostnader för den aktuella vården bedömer vi dock att den föreslagna bestämmelsen inte kan införas förrän den 1 juli 2028 (dvs. då LOL och LOF enligt vårt förslag inte längre ska tillämpas för de aktörer som i dag verkar med stöd av dessa lagar, se avsnitt 7.4.2). Det finns dock inget som hindrar regionerna från att inrätta valfrihetssystem inom dessa områden tidigare.

Med beaktande av ovan föreslår vi att 7 kap. 3 a § HSL ska träda i kraft den 1 juli 2028.

## 7.7 Scenario 2

### 7.7.1 Ett nytt kompletterande system för anslutning till offentligt finansierad vård i syfte att främja hälso- och sjukvård i hela landet

**Utredningens förslag:** Ett nytt kompletterande system för anslutning till den offentligt finansierade vården ska införas genom *lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet*. Det nationellt utformade systemet syftar till att skapa långsiktighet och bättre förutsättningar för en jämlik vård i hela landet och möjlig-

gör etableringar av mindre hälso- och sjukvårdsaktörer i glesbygd. Regionerna ges goda planeringsförutsättningar och genom att staten föreslås vara delfinansiär av vården skapas incitament för etablering i områden där vårdutbudet är litet. Det nya kompletterande systemet innebär att LOL och LOF upphävs. Övergångsbestämmelser ger de vårdgivare som i dag verkar med stöd av LOL och LOF möjlighet att ställa om eller avsluta sin verksamhet utifrån de nya förutsättningarna.

## Skäl för utredningens förslag

*Det behövs ett kompletterande sätt att bedriva hälso- och sjukvård*

När regionen i stället för att bedriva verksamhet i egen regi väljer att köpa in hälso- och sjukvårdstjänster kan det göras på flera olika sätt. Det kan t.ex. ske genom inrättande av valfrihetssystem med stöd av LOV, vilket regionen är skyldig att göra avseende primärvården. Med valfrihetssystem avses ett förfarande där den enskilde har rätt att välja den leverantör som ska utföra tjänsten och som en upphandlande myndighet godkänt och tecknat kontrakt med. Det kan också ske genom upphandling med stöd av LOU. LOU tillämpas när en upphandlande myndighet anskaffar varor eller tjänster genom tilldelning av kontrakt.[48] Även om det vanligen inte sker i praktiken inom hälso- och sjukvården, finns också möjlighet att tillämpa lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner, LUK. Det ska göras i de fall det är så kallade koncessioner som ska upphandlas.[49] Avseende verksamhet bedriven av legitimerade fysioterapeuter och vissa specialistläkare finns också möjlighet att tillämpa LOL och LOF.

[48] Med ett kontrakt avses ett skriftligt avtal med ekonomiska villkor som ingås mellan en eller flera upphandlande myndigheter och en eller flera leverantörer och som avser leverans av varor, tillhandahållande av tjänster eller utförande av byggentreprenad, se 1 kap. 15 § LOU.
[49] Med koncession avses ett skriftligt kontrakt med ekonomiska villkor som ingås mellan en upphandlande myndighet och en koncessionshavare, där ersättningen för tjänsterna utgörs antingen av enbart rätten att ta betalt för och utnyttja föremålet för koncessionen eller dels av en sådan rätt, dels betalning. Det krävs vidare att kontraktet innebär att de kommersiella riskerna med verksamheten till övervägande del övertas av koncessionshavaren, se 1 kap. 13 § LUK.

När valfrihetssystem med stöd av LOV inrättas inom ett vårdområde finns utrymme att dela upp ett vårdval i flera geografiska områden och bestämma olika villkor för olika områden.[50] Högre ersättning kan t.ex. bestämmas för verksamhetsbedrivande i glesbygdsområden. Även vid upphandlingar med stöd av LOU kan regioner avgöra ersättningsnivåer och andra villkor utifrån tillgången på vårdgivare och behovet av etablering. I de alltjämt gällande LOL och LOF finns vidare regler om att en särskild högre ersättning ska utgå för vård som ges enligt dessa lagar i så kallade stödområden.[51]

Trots flera sätt att köpa in hälso- och sjukvårdstjänster och möjligheter att utifrån lokala förutsättningar anpassa villkoren, råder brist på etablering av vårdgivare i flera delar av landet, särskilt de glest befolkade. Möjligheten att lämna en särskild högre ersättning vid verksamhet med stöd av LOL eller LOF i stödområden utnyttjas i liten utsträckning. Utredningen väljer därför att lämna förslag på ett kompletterande sätt med andra incitament för etablering än i dag för privata aktörer med offentlig finansiering att bedriva vård i glesbygd.

### *Ett nytt kompletterande sätt för regionerna att anskaffa hälso- och sjukvårdstjänster i syfte att främja vård i hela landet*

Vi föreslår ett nytt, kompletterande och i förhållande till LOL och LOF utvecklat system som tar avstamp i syftet att för en jämlik vård i hela landet främja hälso- och sjukvården där utmaningarna med att kompetensförsörja och etablera vård är som störst. Systemet möjliggör för vissa regioner att, som ett alternativ till ett upphandlingsförfarande enligt LOU eller ett vårdvalsförfarande enligt LOV, göra inköp av hälso- och sjukvårdstjänster i glesbygdsområden. Genom denna möjlighet för regionerna ges bättre förutsättningar för mindre hälso- och sjukvårdsaktörer att etablera sig och verka i glesbygd. En ny lag föreslås som reglerar detta system – *lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet*. Lagen kan tillämpas av den region som har ett eller flera områden som kan betecknas som glesbygd inom sitt geografiska ansvarsområde. När en sådan region i sitt planeringsansvar för hälso- och sjukvården identifierar ett behov av en

[50] Se resonemang som hänvisats till ovan i SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*.
[51] 20 § LOL och 20 § LOF.

viss vårdgivare inom ett sådant glesbygdsområde, kan regionen, för etablering inom området, tillämpa den nu föreslagna lagen.

19 kapitlet LOU, som ska tillämpas när upphandlande myndigheter anskaffar hälso- och sjukvårdstjänster genom tecknande av kontrakt, ska, i de delar särskilda bestämmelser i lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet inte anger något annat, tillämpas när regionen avser att köpa in hälso- och sjukvårdstjänster med stöd av den nya föreslagna lagen. Bestämmelserna i 19 kapitlet LOU bl.a. om hur annonsering och tilldelning av kontrakt ska gå till, liksom bestämmelserna om information till anbudsgivare och om dokumentation av en upphandling ska således tillämpas. I 19 kapitlet LOU hänvisas vidare till andra kapitel i samma lag som blir gällande även vid tillämpning av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet, däribland kapitel 20 och 21. De kapitlen innehåller bestämmelser om avtalsspärr, överprövning, skadestånd och upphandlingsskadeavgift. Även 22 kapitlet LOU är tillämpligt, vilket innehåller regler om tillsyn över regionernas förfarande kring avtalstecknande.

Av 19 kapitlet LOU följer vidare att endast begränsade bestämmelser är tillämpliga när värdet av den tjänst som regionen avser att köpa in understiger det s.k. tröskelvärdet.[52] När så är fallet tillämpas i princip endast vissa regler om annonsering och förfarande kring anbudsbeslut samt reglerna om avtalsspärr, överprövning, skadestånd, upphandlingsskadeavgift och tillsyn.

Den av oss föreslagna lagen har således sin grund i LOU och inköpen av hälso- och sjukvårdstjänster med stöd av den nya lagen liknar i stora delar förfarandet vid inköp av hälso- och sjukvårdstjänster med stöd av LOU. Särskiljande i förhållande till LOU med den föreslagna lagen är, förutom att den endast kan tillämpas för hälso- och sjukvårdsetablering i glesbygd, att modellen för ersättning till vårdgivarna är nationellt utformad och fastställd av en statlig myndighet. Särskiljande är vidare att lagen endast kan tillämpas avseende vissa angivna professioner och att avtal om vårdbedrivande tecknas, liksom i dag vid tillämpning av LOL eller LOF, med den enskilde vårdgivaren. Vidare, för att möjliggöra en tryggad försörjning och därmed skapa ökade incitament för etablering, ges möjlighet att teckna avtal om att bedriva vård med stöd av lagen som löper i upp till sju år. För att skapa incitament för regionerna att tillämpa

[52] Tröskelvärdet vid upphandling av sådana sociala och andra särskilda tjänster som hälso- och sjukvårdstjänster utgör är 7 701 675 kronor från den 1 januari 2020.

den nya lagen och således för etablering i glesbygd, föreslås vidare att staten bidrar i finansieringen av den vård som lämnas.

## Utvecklande av de särskiljande delarna

*Vad som utgör glesbygd*

Lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet är tillämpbar i sådana områden som vi betecknar som glesbygd. Med glesbygd avser vi i detta förslag områden som har en glest utspridd befolkning och som präglas av långa avstånd till större städer. Glesbefolkade områden har särskilda svårigheter med kompetensförsörjningen. Även andra områden än sådana som är glesbefolkade kan ha svårt att kompetensförsörja sina verksamheter, särskilt socioekonomiskt utsatta områden. I glesbefolkade områden är dock de geografiska förutsättningarna sådana att det är ändamålsenligt med ett specifikt system med särskilda incitament för att skapa långsiktiga förutsättningar för etablering och kompetensförsörjning.

Vår definition av glesbygd är kommuner där mer än hälften av invånarna bor i områden med en befolkningstäthet på under 300 boende per km$^2$. I dessa kommuner får etablering endast ske på platser belägna minst 30 min med bil från en tätort med 10 000 eller fler invånare. Om etablering görs i en tätort som uppfyller övriga krav får tätorten ha högst 6 000 invånare. Med denna definition innefattas 130 kommuner och totalt sett en befolkning om 1 620 000 invånare.[53] Utesluter man områden i dessa kommuner som inte uppfyller kraven på avstånd till tätort och tätortsstorlek så är det ca 1 200 000 invånare som innefattas av detta.

Definitionen av glesbygd som ett område med en befolkningstäthet på under 300 invånare per km$^2$, är framtagen av EU:s statistikmyndighet Eurostat. Detta mått används återkommande i svensk kontext, bl.a. i en rapport från Vårdanalys, där en tydlig korrelation mellan glesbygd och brist på läkarkompetens kunnat identifieras.[54] Vår avgränsning är på kommunnivå för att uppnå flexibilitet genom att peka ut större glesbygdsområden där etableringen kan centraliseras i mindre tätorter. Att centralisera mottagningarna möjliggör

[53] Tillväxtanalys, *Bättre statistik för bättre regional- och landsbygdspolitik*, 2014.
[54] Vårdanalys, *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*, 2017.

etablering i områden med tillräckliga patientunderlag samtidigt som kompetenserna tillgängliggörs för glesbygden.

En möjlig problematik med denna indelning är att den utestänger glesbefolkade områden i kommuner som i övrigt är tätbefolkade. Detta drabbar främst områden i norr där det finns särskilt stora kommuner. För att åtgärda detta skulle man kunna tänka sig en eventuell komplettering med mindre uppdelningar, till exempel distriktsuppdelning. Dock är distriktsindelningarna mycket små och varierande över landet och tillåter inte samma flexibilitet. Därför anser vi att kommuner räcker som avgränsning och fångar upp tillräckligt många områden för att definitionen ska vara ändamålsenlig.

Den föreslagna definitionen av glesbygd anges i den nya föreslagna *förordningen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet*. Om en annan definition av glesbygd och därmed en tillämpning av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet inom ett annat geografiskt område än det vi föreslår önskas, möjliggör en förordningsändring detta. Så skulle t.ex. kunna vara aktuellt vid förändrade förutsättningar kring befolkningstäthet.

### *Ett ersättningssystem som är nationellt utformat*

I syfte att skapa bättre förutsättningar och incitament för regionerna att tillämpa den nya lagstiftningen, samt främja jämlik tillgång till vård i hela landet, föreslår vi att den ersättning som ska utgå för vård lämnad med stöd av den nya lagen ska utformas och bestämmas på nationell nivå. Härigenom säkerställs en viss nivå på ersättningen och därmed skapas förutsebarhet och incitament för vårdgivare att etablera sig i sådana geografiska områden som det nu är fråga om. Frågan om ett nationellt utformat ersättningssystem utvecklas i avsnitt 7.7.2.

### *Vårdgivare vars tjänster regionerna kan köpa in*

De vårdgivare vars hälso- och sjukvårdstjänster regionerna kan köpa in med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet, är legitimerade fysioterapeuter och läkare med sådan specialistkompetens som i dag har möjlighet att verka med stöd av LOL, dock inte läkare med specialitet i allmänmedicin. Att dessa profes-

sioner omfattas anges i den ovan nämnda föreslagna nya förordningen. Lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet är utformad för att kunna tillämpas även avseende andra professioner än de nu angivna, om det framöver finns en samsyn kring att det vore ändamålsenligt. En förordningsändring gör det då möjligt att inkludera även andra professioner. Givet att utredningens uppdrag rör de vårdgivare som i dag verkar med stöd av LOL och LOF, har utredningen inte utrett frågan om möjligheten att inkludera andra professioner än legitimerade fysioterapeuter och aktuella specialistläkare i det nya systemet.

Att läkare med specialitet i allmänmedicin inte ska ha möjlighet att verka med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet beror på deras möjligheter att i stället verka inom det obligatoriska vårdvalssystemet för primärvården. För ett mer utvecklat resonemang kring detta, se avsnitt 7.2.2, s. 7.

Mot bakgrund av att läkarvårdsersättning inte lämnas till en läkare för verksamhet inom företagshälsovård eller elevhälsa som avser medicinska insatser enligt 2 kap. 25 § skollagen (2010:800) och fysioterapiersättning inte lämnas till en fysioterapeut för verksamhet inom företagshälsovård, omfattas inte sådan verksamhet av de tjänster som regionen kan köpa in med stöd av den nya föreslagna lagen.

*Urvalet av vårdgivare*

Vårt förslag till ny lagstiftning innebär att urvalet av den eller de vårdgivare som regionen ingår avtal med uteslutande ska göras utifrån kvalitetskriterier. Vad som utgör god kvalitet i den hälso- och sjukvårdstjänst som regionen efterfrågar och hur utvärdering kommer att ske, ska vara känt för vårdgivarna på förhand. Att urvalet ska göras enbart utifrån kvalitetskriterier, beror på utredningens förslag om en ersättning bestämd på förhand, reglerad på nationell nivå. Möjlighet att i urvalet av vårdgivare beakta parametern pris är således inte aktuellt.[55] Vilka kvalitetskriterier, och således vad som utgör god kvalitet, samt hur olika kriterier viktas i förhållande till varandra, är upp till respektive region att avgöra. Kriterierna kan och bör utformas utifrån regionens behov och efterfrågan och med hänsyn till

[55] Jfr urvalet vid offentlig upphandling med stöd av LOU, då kontrakt ska ingås med den leverantör vars anbud är det ekonomiskt mest fördelaktiga, vilket ska utvärderas utifrån kostnad, pris eller bästa förhållande mellan pris och kvalitet, se 19 kap. 24 § LOU.

vilken tjänst som ska köpas in. Vid bestämmandet av kvalitetskriterierna och vid urvalet ska regionen dock behandla vårdgivarna på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt och beakta de upphandlingsrättsliga principerna om öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet. Kriterierna som ligger till grund för urvalet och tilldelningen måste också vara kopplade till upphandlingsföremålet, dvs. relevanta.

*En i lag angiven möjlighet till lång avtalstid*

Till utredningen har framförts, särskilt från yngre representanter för hälso- och sjukvården, att det finns ett intresse för möjligheten att flytta från storstadsmiljö till områden i landet som är mindre befolkade och med andra livsförutsättningar. En flytt till ett sådant område som det nu är fråga om, innebär för många av hälso- och sjukvårdens medarbetare, samt för dennes eventuella medföljande familj, en stor omställning på många plan. Att starta upp en ny verksamhet innebär förstås också stora investeringskostnader. För att medarbetaren ska vara beredd att göra de personliga och ekonomiska satsningar som krävs, behövs en garanti om en viss avtalstid under en tid framöver. Samtidigt är det nödvändigt att beakta de EU-rättsliga aspekterna på frågan. En del i kritiken mot LOL och LOF är att de samverkansavtal som tecknas med stöd av lagarna gäller på obegränsad tid. Utifrån upprätthållandet av konkurrensen kan lämpligheten i detta ifrågasättas.

I den svenska upphandlingslagstiftningen finns för vissa typer av avtal regler kring tillåten maximal löptid. Reglerna kring löptid är olika beroende på tillämplig lagstiftning, typ av tjänst och inköpsvärde. Förekomsten av bestämmelser om en maximal tillåten avtalstid beror på avtalens konkurrensbegränsande effekt. Långa löptider ger påverkan på marknaden, oavsett avtalsform. För ramavtal som upphandlas med stöd av LOU gäller t.ex. att avtalen, oavsett tjänstens art och värde, får gälla i maximalt fyra år. Endast om det finns särskilda skäl får ramavtalen avse en längre tidsperiod.[56] Avseende upphandling av så kallade koncessioner, vilket i svensk lagstiftning som ovan nämnts regleras i LUK, gäller att avtalen ska vara tidsbegränsade. Den upphandlande myndigheten ska då göra en tids-

[56] 7 kap. 2 § LOU.

avvägning i förhållande till vad upphandlingen avser. Som huvudregel får en koncession dock inte löpa på längre tid än fem år.[57] För koncessioner avseende hälso- och sjukvårdstjänster finns ingen uttrycklig längsta angiven avtalstid.

Ingen av ovan angivna bestämmelser om maximal tillåten avtalstid är direkt tillämplig på de avtal som tecknas med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet. Av konkurrenshänsyn finns ändå starka skäl för att avtal inte ska ingås på obestämd tid. EU-domstolen har avseende offentliga kontrakt i offentlig upphandling uttalat att det i princip är främmande för det upphandlingsrättsliga regelverket att låta kontrakt löpa på obestämd tid. Samma domstol har också uttalat att starka skäl, däribland upprätthållandet av konkurrens, talar för att tilldelning av koncessioner på obegränsad tid inte är förenligt med EU:s rättsordning.[58] För alla avtal som reglerar inköp av hälso- och sjukvårdstjänster bör en löptid således bestämmas och avgränsas. När reglering kring längsta tid saknas, får bedömningen av löptidens lämplighet göras utifrån en proportionalitetsbedömning i förhållande till vad det är som anskaffas.[59]

Faktorer att väga in i en proportionalitetsbedömning kan vara hur stor påverkan avtalet har på konkurrensen i området, ställt mot vårdgivarens intresse att få avkastning på de investeringar som görs för att fullgöra sina åtaganden enligt avtalet. Även faktorer som rör svårigheten att få till stånd etablering i ett glesbygdsområde, vägda mot nödvändigheten därav, bör kunna vägas in i en proportionalitetsbedömning. En nyetablering innebär alltid en ekonomisk risk. Kostnader kopplade till bl.a. lokal och medicinsk utrustning kan vara omfattande. En nyetablering i ett glesbygdsområde kommer dessutom med stor sannolikhet att innebära stora förändringar på ett personligt plan för flera av vårdgivarna. För många kommer en etablering att förutsätta en flytt från större stad eller ort, vilket inte bara berör den enskilde vårdgivaren utan även eventuell medföljande familj. Det i sig är skäl som kan beaktas vid en proportionalitetsbedömning.

Med hänsyn till dessa aspekter, samt med vägledning från de föreskrivna maximala avtalstiderna i LOU och LUK, bedömer utredningen att det är proportionerligt och därmed förenligt med de

[57] Se 4 kap. 11 § LUK.
[58] Se EU-domstolens domar i mål C-454/06, *pressetext Nachrichtenagentur GmbH mot Republik Österreich*; mål C-451/08, *Helmut Müller GmbH mot Bundesanstalt für Immobilienaufgaben*.
[59] Prop. 2015/16:195, *Nytt regelverk om upphandling*, s. 515.

grundläggande upphandlingsrättsliga principerna, att avtal tecknade med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i glesbygd får löpa i upp till sju år. Det kan, med hänsyn till att en proportionalitetsbedömning ska göras i varje enskilt fall, övervägas om det i lagstiftningen i stället ska lämnas öppet hur lång avtalstiden maximalt får vara och i stället reglera att den ska vara tidsbegränsad och proportionerlig. Av hänsyn till behovet av trygghet för vårdgivarna lämnar utredningen dock inte ett sådant förslag.

Möjligheterna att säga upp ett avtal regleras enligt vanliga avtalsrättsliga principer, med villkor angivna i avtalet i fråga. Förutsättningarna för att avsluta ett avtalsförhållande är således annorlunda än de som gäller i dag för vård bedriven med stöd av LOL eller LOF. I avtalen som tecknas mellan regionen och vårdgivaren bör övriga avtalsrättsliga frågor också hanteras, såsom t.ex. vad som gäller i fråga om patientavgifter.

## Tillsyn över inköp och vårdverksamhet

*Tillsyn över regionernas inköp*

**Utredningens förslag:** Konkurrensverket ges i uppdrag att utöva tillsyn över inköp av hälso- och sjukvårdstjänster enligt lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet. Ett tillägg härom görs i 3 § förordningen (2007:1117) med instruktion för Konkurrensverket.

## Skäl för utredningens förslag

Över upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster och tecknande av kontrakt med stöd av 19 kapitlet LOU ska Konkurrensverket utöva tillsyn.[60] Vi föreslår att samma myndighet ges i uppdrag att utöva tillsyn över de inköp av hälso- och sjukvårdstjänster som regionerna gör med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet.

[60] 19 kap. 2 § och 22 kap. 1 § LOU samt 3 § förordning (2007:1117) *med instruktion för Konkurrensverket*.

Reglerna om tillsyn i 22 kapitlet LOU, tillämpliga när 19 kapitlet i samma lag tillämpas, innebär att tillsynsmyndigheten från regionen ska kunna inhämta de upplysningar som den anser nödvändiga för sitt arbete. Regionen är då skyldig att tillhandahålla sådana uppgifter. I vissa fall får upplysningarna hämtas in genom besök hos regionen. Tillsynsmyndigheten ska också ha möjlighet att vid behov förelägga regionen att lämna de uppgifter den behöver, visa upp en handling eller lämna över en kopia av handlingen. Ett sådant föreläggande får överklagas.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska svara för tillsynen av den vård som lämnas med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet. Uppdraget ligger inom ramen för myndighetens befintliga uppdrag att svara för tillsyn inom hälso- och sjukvård.[61]

### 7.7.2 Ett nytt ersättningssystem

**Utredningens förslag:** Förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning och förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi upphävs. I stället ska ett nytt ersättningssystem tas fram som bygger på principer som är bättre anpassade efter hälso- och sjukvårdens utformning i dag. Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att i samråd med Sveriges kommuner och regioner (SKR) och berörda professionsföreningar utforma detta ersättningssystem. Ersättningssystemet ska ligga till grund för den ekonomiska ersättning som vårdgivare som verkar med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet får för de hälso- och sjukvårdstjänster de lämnar.

#### Skäl för utredningens förslag

I syfte att främja jämlik tillgång till vård i hela landet, bör ett nationellt utformat ersättningsystem ligga till grund för den ersättning som vårdgivare som verkar med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet erhåller. Genom en nationellt bestämd ersättning säkerställs en viss nivå på densamma och därmed

[61] Se 1 § förordning (2013:176) *med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.*

skapas förutsebarhet och incitament för vårdgivare att etablera sig i sådana geografiska områden som det nu är fråga om. Det ersättningssystem som i dag ligger till grund för den ersättning som läkare och fysioterapeuter verksamma med stöd av LOL och LOF erhåller är dock inte anpassat efter dagens utformning av hälso- och sjukvården och de principer som är vägledande för vården i dag. Ersättning per patientbesök fungerar i vissa avseenden inte optimalt och det understödjer t.ex. inte samverkan i vårdprocesserna. Utredningen menar därför att ett nytt ersättningssystem bör utformas.

Socialstyrelsen fick 2017 i uppdrag att i samråd med SKR, Sveriges Läkarförbund och Fysioterapeuterna, se över läkarvårdsersättningen och ersättningen för fysioterapi. Syftet med uppdraget var att anpassa ersättningen utifrån en säker, effektiv, patientcentrerad och evidensbaserad vård och att skapa större enhetlighet med vårdens övriga klassificering. Ändamålsenligheten med ersättningsnivåerna, dess klassificering, förekommande tidsgränser, olika arvodeskategorier och de åtgärder som ingår i systemet skulle ses över. Socialstyrelsen fann att läkarvårdsersättningen och ersättningen för fysioterapi inte är ändamålsenlig i alla delar och att den nuvarande konstruktionen med ersättningsnivåer på sikt borde avvecklas.[62] En förutsättning för ett nytt ersättningssystem är enligt Socialstyrelsen att vårdgivarna tillämpar relevanta nationella klassifikationer och nationell terminologi i dokumentationen av vården. Myndigheten har lämnat förslag om att den medicinska beskrivningen i arvodeskategorierna översätts till nationella klassifikationer och nationell terminologi. Vidare att läkarvårdsåtgärder behöver preciseras och arvodeskategorier utvecklas med beskrivning av det medicinska innehållet.

Vid utformningen av ett nytt ersättningssystem bör enligt utredningen principer tillämpas som är anpassade efter ett modernt och personcentrerat hälso- och sjukvårdssystem och som tar hänsyn till hur dagens vårdbehov ser ut. Det bör uppmuntra till kontinuitet, utbildning och forskning, ha fokus på hälsa och främja samverkan och en sammanhållen vård. Det bör utformas med hänsyn till rådande förhållanden i glesbygd, möjligheterna till företagande samt regionernas och statens ekonomi (se avsnitt 7.2.2). Den kritik som framförts mot nuvarande ersättningssystem bör rimligen beaktas, vilken i stora delar i dag är densamma som den som framfördes mot

[62] Socialstyrelsen, *Uppdrag om läkarvårdsersättning och ersättning till fysioterapi*, 2018.

systemets tidigare utformning, när det bl.a. hade sju arvodesnivåer i stället för tre.[63] Ersättningssystemet anses föråldrat. Det ger stora möjligheter till individuella tolkningar vid debitering av arvodet, vilket kan leda till olikheter i den ekonomiska ersättningen till vårdgivare som inte är berättigade utifrån de medicinska behoven. Ersättningsmodellen kan också sägas premiera ett stort antal patientbesök snarare än att vårdgivaren ägnar tid åt patienten vid ett besök. Det har också framförts att modellen inte anpassats till den medicinska utvecklingen, t.ex. genom att vissa nyare behandlingsmetoder inte finns intagna i förteckningen över åtgärder som kan ersättas. Det har också hävdats att ersättningsnivåerna inte har höjts i samma takt som kostnaderna för verksamhetsbedrivandet och att detta riskerar en kvalitetsförsämring.

Som en fortsättning på det arbete som Socialstyrelsen genomfört i sin översyn av läkarvårdsersättningen och ersättningen för fysioterapi föreslår vi att samma myndighet i samråd med SKR och berörda professionsföreningar får i uppdrag att utforma ett nytt system för ersättning genom framtagande av föreskrifter.

Utredningen ser att framtagandet av ett nytt ersättningssystem utgör en del i den helhet som våra förslag avseende verksamheterna som bedrivs med stöd av LOL och LOF utgör. Utformande av en ny modell för ersättning och ett uppdrag till Socialstyrelsen att närmare precisera denna modell, kan dock genomföras oberoende av utredningens övriga förslag.

### 7.7.3 Statlig medfinansiering

För att främja tillämpning av den nya lagstiftningen hos regionerna och därigenom bidra till mer jämlik kompetensförsörjning, föreslår vi att staten ska delfinansiera den hälso- och sjukvård som utförs med stöd av den nya föreslagna lagen. Genom en statlig delfinansiering skapas förutsättningar för långsiktighet för både regioner och utförare, samtidigt som staten medverkar till bättre förutsättningar för en jämlik vård i hela landet och möjliggör etableringar av mindre hälso- och sjukvårdsaktörer i glesbygd. Vi föreslår att staten ska ersätta regionerna för 50 procent av kostnaderna för ersättningen till

[63] Se prop. 1993/94:75, *Arvoden till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samt vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m.*, s. 38.

dem som verkar enligt lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet. En lägre statlig andel av finansieringen bedömer vi inte skulle utgöra ett tillräckligt incitament för regionerna att använda sig av lösningen. Med en högre andel statlig finansiering riskerar incitamenten för regionerna att använda lösningen i stället bli allt för starkt.

Vi föreslår att det för ändamålet tas fram ett nytt anslag och bemyndigande om ekonomiska åtaganden för *bidrag i syfte att främja vård i hela landet,* under UO9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg. Anslaget föreslår vi ska användas för statens bidrag till regionerna för kostnader för vårdgivare som verkar enligt lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet.

Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att administrera och fördela medel på anslaget samt följa upp användningen, och baserat på det göra prognoser för omfattning av anslaget för kommande år.

Varje region med glesbygdsområde enligt den föreslagna definitionen (se s. 39) får rekvirera medel för ändamålet. Medlen får användas av regioner till kostnader för ersättning till de vårdgivare som verkar enligt lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet. De bidrag som inte används ska återbetalas.

Kostnader på anslaget ska beräknas årligen utifrån regionernas prognosticerade kostnader för utförd vård enligt lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet. Om regionernas kostnader blir mindre eller högre än förväntat ska detta regleras i nästa års bidrag. Kostnaden för delfinansieringen har vi beräknat till 680 mnkr för det första året (se avsnitt 7.8.6).

Ett alternativ till statlig delfinansiering som vi övervägt är helt statlig finansiering. Det skulle å ena sidan ytterligare öka incitamenten för regionerna att använda möjligheten som den föreslagna lagen medför och därmed leda till ännu fler etableringar i glesbygd. Å andra sidan skulle en sådan statlig finansieringslösning innebära ett helt statligt åtagande av en uppgift som egentligen ligger inom regionernas finansieringsansvar. Det skulle försvåra en integrering med övrig planering och resurssättning av hälso- och sjukvårdsverksamheten i regionerna. Full statlig finansiering av delar av verksamheterna i regionerna skulle också kunna påverka uppfattningen om huvudmannaskapet för den delen av verksamheten. Med full statlig finansiering finns också en eventuell risk att lagen tillämpas i större utsträckning än vad som motsvarar behovet hos regionerna.

Ett annat alternativ vi har övervägt är att kostnaderna helt skulle finansieras av regionerna. Det skulle å ena sidan stämma väl med regionens generella planerings- och finansieringsansvar för hälso- och sjukvården. Å andra sidan skulle ett sådant förfarande, som ovan beskrivet, innebära en viss risk att regionerna inte ser tillräckliga incitament att använda sig av den nya lagstiftningen.

### 7.7.4 Upphävande av LOL och LOF och möjligheter för befintliga vårdgivare att ställa om sin verksamhet

Då det reformerade system som här föreslås inbegriper etablering i glesbygd, och aktörerna som verkar med stöd av LOL och LOF i stor utsträckning verkar i storstadsområden, kommer det med stor sannolikhet vara andra individer än dagens aktörer som kommer verka med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet. En stor del av dagens aktörer kommer med stor sannolikhet inte återetablera sig på ny ort. Det är därför viktigt att dessa vårdgivare ges möjligheter att ställa om sin verksamhet utifrån de nya förutsättningarna. De som inte önskar flytta sin verksamhet till en ny plats ska kunna avsluta befintlig verksamhet under rimliga förhållanden. De ska ha rimlig tid att avveckla eller ställa om sin verksamhet, i förhållande till sina investeringskostnader. I avsnitt 7.4.2 redogörs för utredningens förslag angående övergångsregler. Samma övergångsregler föreslås alltså för såväl scenario 1 som scenario 2.

## 7.8 Konsekvensanalys – scenario 2

### 7.8.1 Övergripande konsekvenser av förslagen

**Utredningens bedömning:** Förslaget främjar etablering av hälso- och sjukvård i de områden där behovet är som störst. Den nya möjligheten att etablera sig förväntas i ökad utsträckning förbättra förutsättningar att ge vård i hela landet och skapar därmed en mer jämlik vård. Förslagen innebär att staten får ökade kostnader i form av en delfinansiering av denna nya anslutningsform. En statlig delfinansiering motiveras av behovet att främja vård i glesbygd och säkerställa att hela landet kan leva. Regionerna får också utökade planeringsmöjligheter jämfört med i dag. Avskaff-

andet av LOL och LOF leder till ett mer enhetligt system med jämlik konkurrens.

### 7.8.2 Nollalternativ och alternativa lösningar

#### Nollalternativ

Utredningen har enligt direktiven i uppdrag att föreslå hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning enligt LOL och LOF ska kunna integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt i övrig öppenvård. Att inte göra några förändringar i nuvarande regelverk skulle fortsätt ställa dessa aktörer delvis utanför systemet (se avsnitt 7.5.2). Att behålla den nuvarande lagstiftningen men att begränsa användningsområdet till glesbygd är inte önskvärt då konstruktionen i den nuvarande taxan med etableringar på livstid, med möjlighet till försäljning av etableringar, gör den oattraktiv för regionerna. Utredningen bedömer att för att möjliggöra nya etableringar för dessa aktörer krävs det en ny lagstiftning som tar tillvara på möjligheten till småskaligt företagande samtidigt som den är mer anpassad och integrerad i det moderna hälso- och sjukvårdssystemet.

#### Etableringar i andra områden än glesbygd

Utredningen har föreslagit användning av en glesbygdsdefinition som träffar områden över hela landet samtidigt som den begränsar anslutning till glest befolkade områden. Det skulle vara möjligt att använda både bredare och smalare definitioner av glesbygd samt att använda den föreslagna lagstiftningen på andra platser. Utredningen anser att den föreslagna definitionen skulle kunna ses över och utvidgas efter implementering och utvärdering. Utredning bedömer dock att denna definition är mest ändamålsenlig i detta skede då den möjliggör fortsatta enpersons-anslutningar samtidigt som den skapar bättre möjligheter till bemanning i glesbefolkade områden. En smalare definition riskerar att vara för avgränsad till områden där det är mycket oattraktivt att arbeta samt finns ett mycket litet patientunderlag. Detta skulle leda till allt för få anslutningar och innebära att aktörerna på taxan inte integreras. En allt för bred definition kan

leda till att etableringar endast sker i områden som redan i dag har möjlighet att rekrytera personal.

Ytterligare en möjlig användning av den nya lagstiftningen är att tillåta anslutningar i socioekonomiskt utsatta områden. Dessa områden har också i större utsträckning än andra områden svårigheter att bemanna. Bemanningsproblematiken i glesbygd beror på geografiska förutsättningar. Utredningen bedömer att det inte är ändamålsenligt att använda denna sorts statliga lösningar för bemanningsproblematiken i socioekonomiskt utsatta områden. Staten ska inte ta över delar av finansiering av hälso- och sjukvården i dessa områden. Regionerna kan själva använda t.ex. LOU för att skapa mindre enmansetableringar i dessa områden om det bedöms användbart för att tillgodose vårdbehovet.

#### Jämförelse med scenario 1

Utredningens första föreslagna scenario med obligatoriska valfrihetssystem inom psykiatri och fysioterapi innebär att en större mängd av de aktörer som i dag är verksamma inom LOL och LOF skulle kunna fortsätta bedriva verksamhet och att nya företagare skulle kunna bedriva verksamhet på samma platser. Scenario 1 innebär dock ett mycket stort intrång i det kommunala självstyret. Scenario 2 innebär ett mindre intrång eftersom regionerna själva väljer när/om de vill tillämpa lagstiftningen. Obligatoriska valfrihetssystem innehåller också omfattande osäkerhetsfaktorer, bl.a. finns en risk att det gynnar socioekonomiskt starka individer i större utsträckning än svaga.

### 7.8.3 Ekonomiska konsekvenser för samhället

Förslaget innebär att regionerna får större möjligheter att tillhandahålla vård i glesbygd. I praktiken blir de ekonomiska effekterna begränsade på samhällsnivå då det handlar om få etableringar på avgränsade platser. De få etableringar som sker får dock stor betydelse eftersom de områden där anslutningsformen kan användas har en bristande tillgång till vård. Livskvalitén och hälsan för invånarna kan förväntas öka om det finns en bättre tillgång till vård. De områden där de föreslagna etableringarna används blir också mer attrak-

tiva att bo och verka i. Förslaget möjliggör för människor att leva sina liv på olika sätt och att välfärdsuppdraget utförs mer jämlikt över landet. Oavsett antalet etableringar så innebär förslaget att staten tar ett större ansvar för ett jämlikt tillhandhållande av vård över hela landet genom att erbjuda denna möjlighet till finansiering.

### 7.8.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Det är regionerna som ska identifiera behovet innan systemet blir aktuellt. Det är frivilligt att använda sig av denna anslutningsform. Förslaget innebär en möjlighet till alternativa anslutningsformer och finansieringsmöjligheter när detta behov identifieras. Då det är valfritt för regionerna att använda sig av det föreslagna nya anslutningssystemet bedöms den inte utgöra en inskränkning i det kommunala självstyret.

Att staten genom en myndighet specificerar särskilda områden där extra medel kan tillföras till vården kan ses som en viss inskränkning av regionernas uppdrag att själva identifiera vårdbehovet. Dock är det inte rimligt att regionerna själva skulle definiera glesbygdsområden där denna anslutningsform kan användas då anslutningarna ska vara delvis statligt finansierade. Staten bör själv kunna styra avgränsningen och administrationen av sina bidrag. Flera regioner har i dag andra egenutformade stöd för vård i glesbygd, t.ex. extra ersättning till vårdcentraler i glesbygd. Vårt föreslagna system bör ses som ett frivilligt (delvis) statligt finansierat komplement till den sortens lösningar. Då det är frivilligt att använda sig av systemet och inte innebär något förändrat ansvar så är ingreppet proportionerligt.

Nuvarande LOL och LOF innebär ett stort ingrepp i det kommunala självstyret. Regionerna kan inte påverka ersättningarna lokalt då de förhandlas på nationell nivå. Etableringarna vars vårdinnehåll och geografiska placering regionerna inte helt fritt kan styra över är också på livstid och går att sälja vidare utan att regionen har någon möjlighet att bedöma behovet. Avskaffandet av LOL och LOF gynnar därför det kommunala självstyret (se även avsnitt 7.5.4 för ett mer utförligt resonemang).

### 7.8.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna

Förslaget bedöms ha positiva effekter för regionernas ekonomi då det gör det enklare för regionerna att uppfylla sitt hälso- och sjukvårdsuppdrag i glesbygdsområden. Denna effekt uppstår delvis genom möjligheten till en ny flexibel anslutningsform som är anpassad till små företag. Störst påverkan får dock tillförandet av medel från staten. En bättre tillgång till vård skapar en mer levande och attraktiv glesbygd. Förslaget kan på så sätt potentiellt leda till andra positiva ekonomiska effekter för regionerna som en minskad utflyttning samt ökad tillväxt och inflyttning. Avskaffandet av LOL och LOF bedömer utredningen också kommer bidra till en bättre ekonomi för regionerna då de får större planeringsmöjligheter än i dag (se resonemang i avsnitt 7.5.5).

Glesbygdsområden finns i alla regioner, dock i olika antal. Den effekt som uppstår kommer främst gynna de regioner som i dag har en stor mängd glesbygdsområden. I vilken utsträckning dessa effekter uppstår beror på i vilken grad regionerna väljer att använda sig av glesbygdsanslutningen samt om den används kostnadseffektivt. Det finns en stor mängd faktorer som påverkar benägenheten för regionerna att använda sig av glesbygdsanslutning, den främsta av dessa är kostnaden.

Ersättningsystemet för de vårdgivare som verkar enligt den nya lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet ska utformas av Socialstyrelsen i samverkan med SKR och med de berörda professionsföreningarna, med hänsyn till rådande förhållanden i glesbygd, möjligheterna till företagande samt regionernas och statens ekonomi (se avsnitt 7.7.2).

För att kunna redovisa potentiella kostnader för stat och region utgår utredningen från de nuvarande ersättningsnivåerna reglerade i FOL samt FOF. Dessa belopp är framförhandlade mellan SKR, Sveriges läkarförbund och Fysioterapeuterna. Ersättningsnivåerna kan därför anses spegla kostnaderna för bedrivande av verksamhet samt skälig ersättning för verksamheten. Det är dock viktigt att påpeka att nivåerna är framförhandlade utifrån nuvarande utformning av taxan där aktörer främst är aktiva i storstäder. Glesbygden har både ett lägre patientunderlag samt lägre lokalkostnader. Det är därför tänkbart att ett nytt ersättningssystem medför lägre kostnader totalt sett. Nedan redovisas de maxbelopp som är bestämda i förord-

ningen samt den genomsnittliga utbetalda ersättningen till aktörer anslutna via LOL och LOF under 2018.

**Tabell 7.1 Ersättningsnivåer för nationella taxan**

| Profession/specialitet | Maximal ersättning för heltidsarbete per år (2020) angivet i kronor | Beräknad maximal ersättning för halvtidsarbete per år (2020) angivet i kronor | Ersättning för heltid under fullständig avtalstid på sju år (2020) angivet i kronor | Ersättning för halvtid under fullständig avtalstid på sju år (2020) angivet i kronor | Genomsnittlig utbetald ersättning (2018) angivet i kronor |
|---|---|---|---|---|---|
| Fysioterapeut | 1 218 480 | 609 240 | 8 529 360 | 4 264 680 | 844 188 |
| Anestesi och intensivvård | 4 982 000 | 2 491 000 | 34 874 000 | 17 437 000 | 1 515 323 |
| Barnmedicinska specialiteter | 3 466 000 | 1 733 000 | 24 262 000 | 12 131 000 | 1 651 591 |
| Hud- och könssjukdomar | 4 179 000 | 2 089 500 | 29 253 000 | 14 626 500 | 2 350 882 |
| Invärtes medicinska specialiteter m.m. | 3 737 000 | 1 868 500 | 26 159 000 | 13 079 500 | 2 015 973 |
| Reumatologi | 3 821 000 | 1 910 500 | 26 747 000 | 13 373 500 | 1 485 375 |
| Vissa opererande specialiteter | 5 109 000 | 2 554 500 | 35 763 000 | 17 881 500 | 2 567 831 |
| Bestryk och gynekolog | 4 282 000 | 2 141 000 | 29 974 000 | 14 987 000 | 2 265 106 |
| Psykiatriska specialiteter | 2 839 000 | 1 419 500 | 19 873 000 | 9 936 500 | 1 156 052 |
| Ögonsjukdomar | 4 518 000 | 2 259 000 | 31 626 000 | 15 813 000 | 2 251 105 |
| Öron-, näsa och halssjukdomar | 4 369 000 | 2 184 500 | 30 583 000 | 15 291 500 | 2 396 062 |
| Onkologi | 3 750 000 | 1 875 000 | 26 250 000 | 13 125 000 | - |
| Neurologi | 4 041 000 | 2 020 500 | 28 287 000 | 14 143 500 | - |

De maximala ersättningarna är benämnda utifrån 2020 års nivåer, den genomsnittliga erhållna ersättningen är beräknad utifrån 2018, för närvarande anges inte utbetalningsnivåerna till onkologer och neurologer i statistiken då de är för få.

*Källa:* FOL, FOF samt SKR, Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2018, 2019.

Den föreslagna nya anslutningsformen innebär liksom dagens system att anslutna läkare och fysioterapeuter ska etablera och driva en egen verksamhet. Ersättningsnivåerna kommer vara utformade utifrån detta och därför inte bara innefatta kostnaden för läkaren eller fysioterapeuten utan också övriga kostnader som tillkommer med att bedriva en verksamhet. Det kommer i många fall vara dyrare för regionen att ansluta en individ via glesbygdstaxan än att anställa någon, även om staten betalar hälften. Till exempel är den genomsnittliga lönen för en fysioterapeut 31 600 kronor per månad.[64] Den totala kostnaden per år, inklusive semesterlön, arbetsgivaravgift samt försäkrings- och löneskattekostnader, blir då 535 350 kronor.[65] Det maximala ersättningsbeloppet genom nationella taxan för en heltidsarbetande fysioterapeut är 1 218 480 kronor. Om den anslutne uppnår maxbeloppet och staten betalar hälften av detta så blir regionens kostnad för en heltidsarbetande fysioterapeut 609 240 kronor per år. Det är 73 890 kronor mer än att anställa en. Att ansluta en ny aktör via den föreslagna anslutningsformen innebär också högre administrativa kostnader för regionenen än att anställa någon då det krävs en upphandlingsprocess samt en större grad av uppföljning. Regionerna förväntas därför av naturliga skäl endast använda denna etablering i särskilda fall.

Den nya anslutningsformen bör snarare jämföras med de fall då regionen skulle välja att upphandla kompetenser antingen via LOV eller LOU. Denna anslutningsform skiljer sig dock från LOU och LOV då utformningen till viss del är nationellt utformad. Regionen kan endast använda den nya anslutningsformen för att ansluta egenföretagare som bildar mindre mottagningar som erbjuder insatser inom en avgränsad specialitet. Anslutningsformen går inte att använda för större mottagningar som samlar flera kompetenser. Större mottagningar kan ibland vara önskvärt för regionen i dessa mycket utspridda områden då det delvis finns en ekonomisk vinning i att centralisera resurser samt kan leda till mer effektiva behandlingar då flera kompetenser är samlade på samma ställe i stället för utspridda på flera små mottagningar. Regionen har därför endast användning för den nya anslutningsformen i specifika fall då det finns ett avgränsat uppdrag och tydligt behov av geografisk tillgänglighet.

[64] Statistiska centralbyrån, *Lönesök: sjukgymnast*, 2020.
[65] Den totala årslönen inräknat semesterlön blir 389 312 kronor, till detta tillkommer en arbetsgivaravgift på 31,42 procent i detta fall 122 322 kronor samt försäkrings- och löneskattekostnader på 23 716 kronor.

Det faktum att ersättningen och till viss del utformningen är bestämd på nationell nivå kan göra att denna anslutningsform är mindre anpassningsbar och attraktiv för regionen än upphandling. Detta är också meningen då den till viss del är statligt finansierad och endast ska användas vid avgränsade behov. Regionerna kan välja att använda denna anslutningsform när de har svårt att rekrytera. Nationellt bestämd ersättning samt längre avtalstider gör att denna anslutningsform är mer attraktiv för egenföretagare än LOU och LOV. Det är dock främst viljan och benägenheten att verka i dessa områden som ligger till grund för den bristande tillgången. Även om denna anslutningsform är mer attraktiv handlar det ändå i praktiken om få individer som kommer söka sig till den på grund av områdenas karaktär.

### 7.8.6 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten

#### Statlig delfinansiering av anslutningar

I enlighet med beskrivningen i avsnitt 7.7.3 föreslår vi att staten ska delfinansiera den hälso- och sjukvård som utförs med stöd av den nya föreslagna lagen. För detta ändamål föreslås ett nytt anslag tillskapas.

Det saknas övergripande prognoser och bedömningar om vårdtillgången i glesbygd. En problematik med de fåtal bedömningar som gjorts är att glesbygdsdefinitionerna skiljer sig åt. Att använda sig av dessa bedömningar kan därför vara irrelevant eller missvisande. 2018 genomförde Vårdanalys en undersökning av tillgängligheten till läkare i primärvården mätt i antalet vakanser (antalet vakanta, eller lediga tjänster, i förhållande till antalet anställda). Denna undersökning visade att det i glesbygden finns en vakansgrad på 0,35 vakanser per anställd jämfört med 0,1 i storstadskommuner.[66] Denna undersökning använder sig också av definitionen av glesbygd som ett område med en befolkningstäthet på under 300 invånare per kvadratkilometer och är därför användbar i detta sammanhang. Vår definition väger dock även in avstånd till tätort vilket deras inte gör. Vårdanalys undersökning redogör endast för vakansgraden hos läkare i primärvården. I primärvården finns främst behovet av allmänläkare vilket

[66] Vårdanalys, *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*, 2017, s. 57.

inte omfattas av vårt aktuella förslag. Utredningen har dock i vårt andra delbetänkande God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:39) lagt förslag om att staten ska finansiera 1250 nya ST i allmänmedicin.[67]

Undersökningen redogör endast för läkarkompetenser och inte fysioterapeuter som har flest individer verksamma på taxan. Denna uppskattning är dock den mest relevanta som finns tillgänglig. Då den speglar en generell svårighet i rekrytering så kan den ge en fingervisning även om resultaten bör tolkas med stor försiktighet.

Det saknas även utförlig statistik om nuvarande omfattning av och kostnader för vården i dessa områden. Även här finns en problematik med varierande definitioner av glesbygd. Det är också svårt att bedöma tillgänglighet i dessa områden då de långa avstånden gör att kriterierna för att räkna en resurs som tillgänglig ser annorlunda ut. Vi använder oss därför av ett mycket generellt mått då vi utgår från hur många fysioterapeuter samt läkare från de utvalda specialiteterna som är verksamma per 100 000 invånare i hela riket. För närvarande är det sammantaget 322 per 100 000 invånare.[68] Med vår definition av glesbygd inbegrips 1,2 miljoner människor. Detta innebär att det skulle finnas totalt 3 864 läkare/fysioterapeuter tillgängligt för invånarna i glesbygd om de vore jämnt fördelade. Om man utifrån Vårdanalys rapport utgår från en vakansgrad på 0,35 i glesbygden så innebär det att det är 1 325 vakanta platser i glesbygden om platserna vore jämnt fördelade.

Detta visar dock endast på antalet vakanser. Det är inte rimligt att utgå från att regionerna skulle använda denna anslutningsform för att fylla alla sina vakanser eftersom den även med statligt stöd är dyrare för regionerna än att anställa. Det är också en mindre flexibel anslutningsform som därför inte kan tänkas vara användbar för att fylla alla vakanser. I dag fylls många av regionernas vakanser med hyrpersonal och vikarier. Dessa tillfälliga bemanningsformer är dyrare än att anställa personal och leder till försämrad kontinuitet för patienter.[69] Hyrpersonal och vikarier används i högre utsträckning i glesbygd än i det övriga landet. 46 procent av läkarbeman-

[67] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*, s. 21.
[68] Socialstyrelsen, *Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal*, 2017.
[69] SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*, 2019.

ningen i glesbygd består av hyrpersonal.[70] Användningen av hyrpersonal visar på hur många av vakanserna som regionerna upplever behövs eller är möjligt att fylla med dyrare anslutningsformer. Dock är inte hyrbemanning direkt jämförbar med att ansluta en etablering vid den föreslagna nya anslutningsformen. Att ansluta kan innebära högre kostnader p.g.a. upphandlingsprocessen. En ny anslutning bedöms ändå vara mer attraktiv för regionen då det är en mer långsiktig lösning för bemanning med bättre kontinuitet. Utredningen använder därför nuvarande grad av hyrpersonal som indikator på hur många etableringar som regionerna kan bedömas ansluta. Utifrån beräkningen att det med proportionell fördelning skulle finnas 1 325 vakanta platser i glesbygden och att 46 procent av dessa kan fyllas med anslutningar via vår föreslagna nya anslutningsform så skulle det tillkomma 622 nya etableringar. Utifrån nuvarande maximala ersättningsnivån så blir den totala kostnaden per år för alla 622 etableringar 1 816 552 954 kronor. Om staten skulle finansiera hälften av dessa kostnader blir dess kostnad per år 908 276 477 kronor. Det bör samtidigt noteras att det i dag är få aktörer som når upp till maxersättningarna. Utifrån de genomsnittliga utbetalningarna 2018 skulle dessa 622 etableringar i stället kosta 898 085 244 kronor, den statliga delen skulle då uppgå till 454 138 238 kronor. Givet ovan, samt nedan redovisade osäkerheter i beräkningarna, föreslår vi att storleken på det för ändamålet föreslagna anslaget (se avsnitt 7.7.3) för det första året beräknas till medelvärdet av den genomsnittliga och den maximala kostnaden, vilket motsvarar ca 680 mnkr. Därefter bör anslagets storlek beräknas utifrån prognoser, baserade på det nya ersättningsystemet och på underlag från regionerna.

*Om osäkerheter i beräkningar*

Som nämnt är flera av dessa variabler osäkra. Beräkningarna är gjorda utifrån övergripande statistik. Resultaten bör därför tolkas med försiktighet och främst ses som en preliminär uppskattning av potentiella behov och kostnader. Beräkningen visar ett estimat av den maximala kostnaden. Utredningens bedömning är dock att det inte rör sig om högre summor än de beräknade. Sannolikt är det mindre

[70] Vårdanalys, *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*, 2018, s. 66.

summor då anslutningen kommer vara låg på grund av andra faktorer. Som nämnt är också viljan och benägenheten att verka i dessa områden den allra främsta anledningen till den bristande tillgången (se avsnitt 7.8.5).

### Överprövningar i domstol

Det kan uppstå en eventuell ökning av antalet överprövningar i domstol. Det sker dock en liten mängd överprövningar för tillfället. Förslaget bedöms i praktiken leda till färre anslutningar. En potentiell ökning av antalet överprövningar kan därför förväntas vara så liten att den ryms inom domstolarnas ordinarie uppdrag.

### Uppdrag till Socialstyrelsen att utforma ersättningsmodeller

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen utformar nya ersättningsmodeller och ersättningsnivåer för den föreslagna anslutningsformen. Socialstyrelsen utförde mellan 2017–2018 en översyn av LOL och LOF där de bl.a. utvärderade nuvarande ersättningsmodeller och föreslog ändringar. Utredningen bedömer att detta uppdrag hade liknande omfattning som det vi föreslår och att de därför borde vara likvärdigt i kostnader. Detta uppdrag bedömdes kosta 2,5 mnkr.[71] Kostnaden föreslås finansieras med medel från UO9, anslag 1:6.

Dessa ersättningsmodeller och belopp bör sedan uppdateras regelbundet. Den löpande uppföljningen bedöms kunna hanteras inom myndighetens ordinarie budget.

### Konkurrensverket och IVO ska utöva tillsyn

Utredningen föreslår att Konkurrensverket får i uppdrag att utöva tillsyn den föreslagna nya upphandlingsformen. Detta ansvar ska ses i relation till deras redan förordningsreglerade uppdrag att tillsyna offentlig upphandling. Under 2018 utannonserades 18 522 upphandlingar i Sverige.[72] Utifrån utredningens bedömning att den föreslagna nya formen högst innefattar 620 nya upphandlingar så är det

[71] Socialstyrelsen, *Årsredovisning 2018*, 2019.
[72] Konkurrensverket och upphandlingsmyndigheten, *Statistik om offentlig upphandling 2019*, 2019.

så få att tillsynen kan genomföras inom ramen för Konkurrensverkets existerande budget. Då tillsynsbestämmelsen i den nya lagstiftningen är utformad utifrån lagen om offentlig upphandling så är tillvägagångssättet likt nog att det inte krävs utformande av nya rutiner eller anställningar.

IVO ansvarar för tillsynen av hur hälso- och sjukvården utförs i de nya anslutna enheterna. Detta ingår i deras existerande ansvar och innebär inget nytt uppdrag. Även här rör det sig som så få enheter att det inte innebär ett utökat tillsynsuppdrag.

### 7.8.7 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna

Förslaget bedöms inte ha några direkta ekonomiska konsekvenser för kommunerna. För de kommuner där etableringarna sker kan detta bidra till en bättre hälsa i befolkningen. Tillgång till vård leder också till en ökad attraktivitet och möjlighet att locka och behålla arbetskraft (se även avsnitt 7.8.3). En ökad befolkning leder i förlängningen till ett ökat skatteunderlag. En bättre lokal tillgång på läkare underlättar också samverkan mellan den kommunala och regionala hälso- och sjukvården.

Förslaget kan påverka kommunernas möjlighet att anställa fysioterapeuter. Det finns en risk att de fysioterapeuter som i dag är aktiva i glesbygdskommunerna väljer att i stället ansluta sig till den regionala hälso- och sjukvården genom den föreslagna anslutningsformen. Arbetsformerna skiljer sig till en sådan grad att även om ersättningen kan vara högre så är det inte alla som vill vara egenföretagare.

### 7.8.8 Konsekvenser för en jämlik vård

Vården är i dag ojämnt fördelad över landet med en oproportionellt stor tillgång i storstäder och en låg tillgång i glest befolkade områden där det finns stora behov som inte möts. Detta förslag ger regionerna nya metoder och statliga medel för att tillgodose vårdbehovet i glesbygden. Detta möjliggör en mer jämlik vård över hela landet.

### 7.8.9 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården

Förslaget kommer leda till att patienterna i de glesbygdsområden där etablering sker får en bättre upplevelse av vården med ökad tillgänglighet och närhet. Ökad tillgänglighet och närhet leder även i förlängningen till bättre medicinska resultat.

### 7.8.10 Konsekvenser för vårdens professioner

Avskaffande av LOL och LOF innebär att flera som nu är aktiva genom denna anslutningsform kommer behöva söka anställning på andra platser, eller anpassa sin verksamhet för att ha möjlighet att ansluta sig till offentligt finansierad vård på andra sätt, alternativt utöva helt privat finansierad vård. För nuvarande är 767 läkare och 1 467 fysioterapeuter anslutna genom LOL och LOF.[73] Flera av dessa kommer kunna fortsätta bedriva sin verksamhet genom anslutning till LOU och LOV, förutsatt att man anpassar verksamheten till ett aktuellt LOV- eller LOU-uppdrag. Det kan finnas en viss risk att det uppstår en arbetsbrist för personer med viss specifik kompetens då det under kort tid tillkommer ett stort antal personer till arbetsmarknaden. Dock är denna risk begränsad då det överlag råder brist på medarbetare i hälso- och sjukvården. När anslutningen via LOL och LOF avslutas kommer de vårdtillfällen som dessa läkare och fysioterapeuter nu erbjuder försvinna. Det frigörs medel för regionen att skapa flera anställningar och täcka upp för dessa uteblivna vårdtillfällen. En stor andel av läkarna på nationella taxan är också i pensionsålder och förväntas ha kort kvarvarande aktiv tid i arbetslivet (se avsnitt 7.4.2, s. 17–18).

Förslaget innebär ökade incitament för läkare och fysioterapeuter att vara verksamma i glesbygden. För de som i dag är verksamma inom vården i glesbygden kan tillförseln av verksamma genom etableringar underlätta arbetsbelastningen då vården i glesbygden nu är underbemannad. Förslaget underlättar bemanning av kompetenser som det nu är brist på i glesbygden, särskilt specialistläkare. Närmare tillgång till specialistläkare underlättar arbetet för de som är verk-

[73] SKR, *Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2018*, 2019.

samma inom vården i glesbygden då det blir enklare att remittera och behandlingar kan utföras mer effektivt.

### 7.8.11 Konsekvenser för sysselsättningen

Som beskrivet under avsnitt 7.8.3 och avsnitt 7.8.7 så leder tillgång till vård till en ökad attraktivitet och möjlighet att locka och behålla arbetskraft.

Regionerna kan teckna avtal som omfattar mindre än heltid vilket möjliggör att de som i dag arbetar i kommunen och är intresserade av att vara egenföretagare kan fortsätta arbeta i kommunen på halvtid. Halvtidsmöjligheten innebär även att de som flyttar till glesbygd för att var egenföretagare genom den föreslagna anslutningsformen kan arbeta deltid i kommunen om de vill det. Det skulle då öka tillgängligheten till anställningsbar personal för kommunala verksamheter.

### 7.8.12 Konsekvenser för företagen

De företag som främst påverkas av dessa förslag är de som nu är aktiva på nationella taxan. Förslaget om en ny delvis statligt finansierad anslutningsform i glesbygd innebär ökade möjligheter till företagande i glesbygd. Avskaffandet av LOL och LOF kommer leda till att vissa företag som nu är aktiva genom denna anslutningsform inte längre kommer kunna bedriva sin verksamhet. Dock kommer det leda till ett mer enhetligt och rättvist företagande med konkurrens på lika villkor (för mer utförliga beskrivningar av konsekvenserna för avskaffande av LOL och LOF se avsnitt 7.5.12).

Införandet av en ny form av anslutning i glesbygd med statlig delfinansiering möjliggör ett ökat företagande inom vården i glesbygd. Som beskrivet finns det i dag en vilja att arbeta och etablera sig i utanför storstadsområdena (jfr avsnitt 7.2.2, s. 5–6) men inte förutsättningar att göra det. Denna anslutningsforms anpassning till just småföretagande och dess långa anslutningstider gör den mer säker och gynnsam för mindre egenföretagare än befintliga alternativ. De etableringar som uppkommer kommer även få positiva effekter för företagandet generellt i glesbygdsområdena då en bättre vårdtillgång

höjer områdets attraktivitet och möjlighet att locka och behålla arbetskraft.

Detta förslag möjliggör småföretagande inom vården. Anslutning via LOU och LOV har ofta höga krav på antal anställda, storlek på lokaler och ekonomiska förutsättningar. Kraven har gjort att det främst är stora företag som har möjlighet att ansluta sig till dessa system. Nationella taxan har med sina lägre krav möjliggjort för små företag att ansluta sig till den offentligt finansierade vården. Nationella taxans utformning har dock i förlängningen lett till negativa effekter för företagen då det skapat en ojämn konkurrenssituation, varit oproportionerligt resurskrävande och få individer har kunnat ansluta sig (se avsnitt 7.5.12). Den här föreslagna anslutningsformen använder sig av delar av nationella taxan som uppfattats som positiva, såsom anslutningskrav anpassade för små aktörer och långa anslutningstider, men avser undanröja en del av den problematik som uppkommit till följd av taxans föråldrade konstruktion. Detta möjliggör fortsatt egenföretagande på liknande villkor, dock i avgränsade områden. Det faktum att detta förslag är avgränsat till glesbygdsområden gör att det sannolikt inte är samma individer eller samma mängd egenföretagare som nu. Det bedöms handla om förhållandevis få individer och företag. Möjligheten och förutsättningarna för egenföretagande behålls dock.

Utifrån utredningens beräkning av en proportionerlig fördelning av resurser över landet så är fysioterapeuter den största gruppen som denna anslutningsform skulle vara aktuell för. Fysioterapeuter är också den grupp som för nuvarande är störst på nationella taxan. Fysioterapeuter har också goda möjligheter att utföra sin verksamhet i en mindre organisation såsom enpersons-mottagningar eller flera samlokaliserade enpersons-mottagningar.

Även företag som är aktiva i glesbygden eller i närheten till den, anslutna via LOU och LOV påverkas när en ny etableringsform införs. Det finns en potentiell problematik med konkurrens då den statliga finansieringen kan göra detta system mer attraktivt för regionen att använda. Detta kan uppfattas som missgynnade för aktörer i dessa områden som inte kan ansluta sig genom den nya formen. I praktiken bedöms detta vara ett försumbart problem då glesbygdsområdenas avgränsning gör att det endast kan användas under väldigt specifika omständigheter där det för nuvarande inte saknas aktiva aktörer eller en attraktiv marknad. Den nya anslutningsformen är

avgränsad till små mottagningar med nationellt bestämd ersättning. Dessa kan inte uppfylla samma behov som större mottagningar med flera professioner vilket är de som är aktuella för LOU och LOV. Det finns i praktiken inte en konkurrenssituation då de stora mottagningar som finns nu uppfyller ett annat behov som kommer kvarstå även efter införandet av den nya anslutningsformen (se även avsnitt 7.8.5).

Då taxan avskaffas försvinner möjligheten för enskilda som verkar på taxan att sälja sin etablering. Detta gäller dock själva samverkansavtalet med regionen. Man kan fortsatt sälja t.ex. sin lokal, utrustning och därmed följande immateriella värden.

### 7.8.13 Konsekvenser för EU-rätten

Vid utformningen av förslaget om lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet har tillämplig EU-lagstiftning beaktats och förslaget bedöms därmed förenligt med EU-rätten. De olika ingående delarna av detta utvecklas nedan.

#### Förhållandet till direktiv 2014/24/EU och direktiv 2014/23/EU

Vid utformande av ny lagstiftning krävs att denna förhåller sig till eventuella tillämpliga bestämmelser på EU-nivå. Direktiv 2014/24/EU, det så kallade LOU-direktivet, och direktiv 2014/23/EU, det så kallade LUK-direktivet, anger ramarna för hur regioner och andra upphandlande myndigheter kan gå till väga när de vill anskaffa varor eller tjänster. Hälso- och sjukvårdstjänster är sådana tjänster som återfinns i bilaga XIV till LOU-direktivet respektive bilaga IV till LUK-direktivet och som därmed till stora delar faller utanför tillämpningsområdet för direktiven. Endast begränsade regler i direktiven är därför tillämpliga avseende sådana tjänster.

Nu nämnda direktiv har implementerats i svensk lagstiftning genom LOU och LUK. I och med direktivens begränsade tillämpningsområde för hälso- och sjukvårdstjänster, tillämpas för dessa tjänster endast bestämmelserna i 19 kapitlet LOU respektive 15 kapitlet LUK. Om värdet av de hälso- och sjukvårdstjänster som regionen avser att köpa in understiger det så kallade tröskelvärdet faller tjänsten

helt utanför direktivens tillämpningsområden, vilket innebär att enbart ett fåtal av kapitlens bestämmelser tillämpas.

Hur avtalen som tecknas med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet ingås måste, för att vara förenliga med EU-rätten, beakta tillämpliga bestämmelser i LOU-direktivet eller, om avtalen skulle vara att klassificera som tjänstekoncessioner, i LUK-direktivet. Vilket av direktiven som är styrande för hur nationell lagstiftning behöver utformas beror på om avtalen ska klassificeras som kontrakt eller tjänstekoncessioner.

*Offentliga kontrakt*

LOU tillämpas när en upphandlande myndighet anskaffar varor och tjänster genom tilldelning av kontrakt. Med ett kontrakt avses enligt 1 kap. 15 § LOU ett skriftligt avtal med ekonomiska villkor som ingås mellan en eller flera upphandlande myndigheter och en eller flera leverantörer och som avser leverans av varor, tillhandahållande av tjänster eller utförande av byggentreprenad.

Av ordalydelsen till artikel 1.2 i LOU-direktivet framgår även uttryckligen att anskaffningen ska ske från, eller tilldelningen av kontraktet ska ske till, en leverantör som har valts ut av den eller de upphandlande myndigheterna. Detsamma följer av skäl 4 till LOU-direktivet, där det anges att situationer där samtliga aktörer som uppfyller vissa villkor har rätt att utföra en bestämd uppgift utan selektivitet inte ses som upphandling, utan enbart som ett auktorisationssystem. För att det ska vara fråga om offentlig upphandling enligt LOU krävs således ett inslag av selektivitet. EU-domstolen har även relativt nyligen behandlat frågan om gränsdragningen mellan auktorisationssystem och upphandlingspliktig anskaffning i två domar som är av särskilt intresse; EU-domstolens dom den 2 juni 2016 i mål C-410/14, Dr. Falk Pharma GmbH mot DAK-Gesundheit och EU-domstolens dom den 1 mars 2018 i mål C-9/17, Maria Tirkkonen mot Maaseutuvirasto. EU-domstolen konstaterar i de båda domarna att urvalet av ett anbud och därmed av en vinnande anbudsgivare ska anses vara ett grundläggande kriterium för begreppet offentligt kontrakt och även för tillämpningen av upphandlingsdirektiven.

Vad beträffar avtal som tecknas med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet, kan konstateras att de kommer att ingås efter ett urvalsförfarande. Urvalsförfarandet kommer att baseras på kvalitetskriterier och hur urvalet görs kommer framgå av annonsen eller annan dokumentation som görs tillgänglig tillsammans med annonsen. Avtalen kommer vidare att utformas som skriftliga kontrakt och hänvisa till ekonomiska villkor, såtillvida att det i avtalet framgår vad som krävs av vårdgivaren för att den fastställda ersättningen ska utgå. Vilka tjänster som efterfrågas och således vilken ersättning som kan utgå kommer inte att vara bestämt på förhand, utan kommer rimligen att variera något beroende på hur behoven ser ut i den region som etableringen avser. Med hänsyn till detta bedömer utredningen att ett avtal som ingås med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet skulle kunna klassificeras som ett offentligt kontrakt.

*Tjänstekoncessioner*

Vid anskaffning av tjänstekoncessioner ska den upphandlande myndigheten tillämpa LUK i stället för LOU. Definitionen av en koncession är ett skriftligt kontrakt med ekonomiska villkor som ingås mellan en upphandlande myndighet och en koncessionsinnehavare, där ersättningen för tjänsten utgörs antingen av enbart rätten att ta betalt för och utnyttja föremålet för koncessionen eller dels av en sådan rätt, dels betalning. För att det ska vara fråga om koncession krävs vidare att kontraktet innebär att de kommersiella riskerna med verksamheten till övervägande del övertas av koncessionshavaren.

Kravet på att ersättningen för tjänsterna i vart fall delvis måste utgöras av rätten att nyttja koncessionen är nära sammankopplat med kravet på att verksamhetsrisken ska övergå till entreprenören. Sättet på vilket tjänsteleverantören får ersättning utgör en faktor som gör det möjligt att fastställa vem som tar på sig risken i samband med nyttjandet.

De avtal som kommer att ingås enligt vårt förslag till ny lagstiftning innebär att vårdgivare får rätt att etablera sig och bedriva vård i det glesbygdsområde som avses. Till skillnad från vad som gäller för tjänstekoncessioner för mer kommersiella tjänster, där ersättningen betalas av nyttjarna av tjänsten direkt, kommer vårdgivare som har

avtal med en region att ersättas genom offentliga medel. Ersättningen kommer emellertid, utifrån hur utredningen ser att den bör utformas, baseras på den faktiska efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänsten.

Med hänsyn till ovan skulle nu aktuella avtal upphandlings-rättsligt också kunna klassificeras som tjänstekoncessioner. Avgörande är härvid om ersättningssystemet utformas så att vårdgivarna, i vart fall delvis, står risken för sina investerings- och verksamhetskostnader, eller om de får sina kostnader täckta oavsett efterfrågan på tjänsterna.

Av det som redogjorts för ovan framgår att det till viss del beror på hur ersättningssystemet utformas hur avtalen som tecknas med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet ska klassificeras. Bland annat av hänsyn till att utredningen inte lämnar förslag om ersättningens utformning är det svårt att dra någon slutsats i detta avseende. Givet dessa förutsättningar, samt utredningens uppfattning att avtalen kan betraktas som offentliga kontrakt, har vi valt att utforma lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet genom tillämpning av delar av LOU. Utredningens uppfattning är att regionerna har större igenkänning i denna lagstiftning än i LUK.

## Frågan om likabehandling

Att inrätta flera parallella system för samma upphandlingsföremål kan innebära viss problematik ur likabehandlingshänseende. Vårt förslag till ett nytt kompletterande system för inköp av hälso- och sjukvårdstjänster, som ett alternativ till inköp med stöd av LOU eller LOV, har beröringspunkter med frågan om användning av parallella ramavtal. Det ligger i ett ramavtals natur att en leverantör, på motsvarande sätt som i ett sådant system som vi föreslår, inte är garanterad att få leverera tjänster till ett visst värde. Det är dock en utbredd uppfattning att flera upphandlingar av samma upphandlingsföremål, t.ex. genom parallella ramavtal, kan strida mot de upphandlingsrättsliga principerna om det ger den upphandlande myndigheten frihet att välja efter fritt skön från vilket avtal avrop ska

ske.[74] Motsvarande problematik skulle kunna uppkomma med vårt föreslagna, vid sidan av LOU och LOV parallella, sätt att köpa in hälso- och sjukvårdstjänster. En sådan problematik skulle kunna uppkomma om flera vårdgivare som lämnar samma hälso- och sjukvårdstjänster inom samma geografiska område ersätts olika. Vid flera parallellt fungerande och tillämpade system bör, av hänsyn till likabehandlingsprincipen, villkoren för ersättning m.m. i den mån det är möjligt nämligen vara likalydande, oavsett med stöd av vilken lagstiftning vårdgivaren verkar. Mot bakgrund av syftet med det kompletterande system som vi föreslår, att främja etablering i områden där sådan saknas, torde risken för parallella system i praktiken vara liten. Det kan också konstateras att parallella system inom samma geografiska område redan i dag förekommer genom t.ex. LOU och LOV.

### Förslagets överensstämmelse med rättsmedelsdirektivet

Av det så kallade rättsmedelsdirektivet[75] följer att det måste finnas sätt att garantera att en upphandlande myndighets beslut gällande avtal som omfattas av upphandlingsdirektiven kan prövas effektivt och skyndsamt. Rättsmedelsdirektivet har till största del implementerats i svensk lagstiftning genom 20 och 21 kapitlet LOU och 16 och 17 kapitlet LUK och reglerna om avtalsspärr, överprövning, skadestånd och upphandlingsskadeavgift. Även reglerna om meddelande och dokumentation av tilldelningsbeslut i såväl LOU som LUK genomför rättsmedelsdirektivet. Dessa regler är i allt väsentligt desamma i LOU och LUK och innebär bl.a. att tilldelningsbeslut samt skälen till beslutet ska meddelas skyndsamt, att en avtalsspärr om minst tio dagar ska tillämpas efter det att tilldelning om kontraktet har meddelats, samt att såväl en upphandling som giltigheten av ett avtal kan överprövas vid förvaltningsdomstol.

[74] Se t.ex. RÅ 2010 ref. 97. Konkurrensverket yttrade sig i målet och konstaterade att ett förfarande där den upphandlande myndigheten genomför två olika ramavtalsupphandlingar avseende samma slags varor, tjänster eller byggentreprenader och som ger avropande myndigheter en frihet att välja urvalsmodell vid kontraktstilldelning inte uppfyller kraven på likabehandling och transparens.

[75] Europaparlamentets och rådets direktiv 2007/66/EG om ändring av rådets direktiv 89/665/EEG och 92/13/EEG vad gäller effektivare förfaranden för prövning av offentlig upphandling.

Då avtalen som ingås med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet är att betrakta antingen som offentliga kontrakt som omfattas av LOU-direktivet eller som tjänstekoncessioner som omfattas av LUK-direktivet, bör rättsmedelsdirektivet vara tillämpligt på dessa avtal. Detta tillgodoses i lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet genom hänvisningen till LOU och de bestämmelser som där reglerar just frågorna om tilldelningsbeslut, avtalsspärr, överprövning, skadestånd och upphandlingsskadeavgift.

### Statsstödsfrågan

När statliga offentliga medel tillskjuts för att stödja viss verksamhet utgör det ett så kallat statsstöd. På EU-nivå finns regler kring sådana statsstöd att förhålla sig till angivna i *fördraget om Europeiska unionens funktionssätt*, det så kallade EUF-fördraget. EU:s statsstödsregler är en del av de gemensamma regler om konkurrens som finns i detta fördrag. Artiklarna 107–109 i EUF-fördraget sätter ramarna för medlemsstaternas möjligheter att med offentliga medel kunna stödja en viss verksamhet genom att ge bidrag eller annat stöd. Där fastställs att statsstöd är förbjudet om det inte är förenligt med den inre marknaden enligt något av de undantag som finns. Den centrala bestämmelsen om statligt stöd finns i artikel 107.1 i EUF-fördraget som anger att, om inte annat föreskrivs i fördragen, är stöd som ges av en medlemsstat eller med hjälp av statliga medel, av vilket slag det än är, som snedvrider eller hotar att snedvrida konkurrensen genom att gynna vissa företag eller viss produktion, oförenligt med den inre marknaden i den utsträckning det påverkar handeln mellan medlemsstaterna.

Vi föreslår att staten ska vara delfinansiär av den vård som regionerna köper in med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet. I avsnitt 7.7.3 redogör vi för förslaget om ett nytt anslag vars medel ska användas för bidrag till regionernas kostnader för den vård som lämnas med stöd av den föreslagna nya lagen.

Regionerna får för ändamålet rekvirera medel från Socialstyrelsen. De bidrag som inte används ska återbetalas. Kostnader på anslaget ska beräknas årligen utifrån regionernas prognosticerade kostnader för utförd vård enligt lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela

landet. Om regionernas kostnader blir mindre eller högre än förväntat ska detta regleras i nästa årsbidrag (se avsnitt 7.8.6).

Den föreslagna modellen för finansiering inbegriper således inte ekonomiskt stöd till enskilda privata vårdgivare, utan i stället är det regionerna som erhåller bidrag till finansieringen av den inköpta vården. Den statliga finansieringen till regionerna är dock förbehållen regionernas inköp av hälso- och sjukvårdstjänster utförda av vissa privata vårdgivare som driver ekonomisk verksamhet. Det kan därför finnas anledning att fundera över om de stöd som regionerna erhåller, genom att de resulterar i etablering av vissa privata vårdgivare, kan anses utgöra stöd till viss verksamhet som är oförenligt med ovan nämnda artiklar i EUF-fördraget.

En förutsättning för att det ska vara tal om ett otillåtet statsstöd är dock att det stöd som ges gynnar vissa företag eller viss produktion. I detta krav ligger dels att åtgärden ska innebära en ekonomisk fördel för mottagaren, dels att åtgärden ska vara selektiv. Det är inte heller fråga om otillåtna statsstöd när åtgärden inte snedvrider eller hotar att snedvrida konkurrensen.

Det kan konstateras att de tjänster som regionerna kan anskaffa med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet är hälso- och sjukvårdstjänster i områden där det är brist på sådana tjänster. Tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster utgör en basal nödvändighet och är en förutsättning för välfärd. Det ligger således i det allmännas intresse att hälso- och sjukvårdstjänster kan tillhandahållas befolkningen i landets alla geografiska områden.

Vidare anskaffar regionerna hälso- och sjukvårdstjänsterna i nu föreslaget system genom ett förfarande med annonsering och urval av vårdgivarna i enlighet med upphandlingslagstiftning. Alla presumtiva vårdgivare som omfattas av lagstiftningen har på lika villkor möjlighet att lämna anbud och regionens urval av vårdgivare sker utifrån objektivt ställda kriterier och således efter konkurrensutsättning. Den eller de vårdgivare som regionen tecknar avtal med, och som indirekt i ett senare led tar del av det stöd som staten lämnar till regionerna, ges inga ekonomiska fördelar som andra vårdgivare inte ges. Den statliga delfinansieringen får inte till effekt att vissa vårdgivare får en mer fördelaktig konkurrensställning än konkurrerande vårdgivare. I stället konkurrerar vårdgivarna, i och med regionernas upphandlingsförfarande, på lika villkor.

Modellen för finansieringslösning torde mot bakgrund härav, i den mening som nu avses, inte resultera i någon ekonomisk fördel för de vårdgivare som regionen tecknar avtal med. Det finns vidare ingen risk att det stöd som staten lämnar till regionerna förbättrar den enskilde vårdgivarens konkurrensposition i förhållande till andra vårdgivare som den konkurrerar med. Stödet till regionerna påverkar t.ex. inte vårdgivarens möjlighet att expandera eller få en starkare konkurrensmässig position. Inte heller innebär stödets utformning att vårdgivare med avtal med regionen genom stödet befrias från kostnader som denne annars själv hade fått bekosta i sin verksamhet. Modellen för finansieringslösning torde således inte heller innefatta en risk för snedvridning av konkurrensen.

### 7.8.14 Övriga konsekvenser

Utredningen bedömer att förslagen inte har några konsekvenser för miljön, för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen eller för det brottsförebyggande arbetet.

## 7.9 Ikraftträdande – scenario 2

**Utredningens förslag:** Lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet och förordningen med samma namn, samt föreslagna övriga nya bestämmelser hänförliga till scenario 2, föreslås träda i kraft den 1 januari 2023.

### Skäl för utredningens förslag

Tidpunkten för införandet av den nya lagen är inte beroende av tidpunkten för upphävande av LOL och LOF. I stället bör den nya lagstiftningen, för att snarast skapa förutsättningar för hälso- och sjukvård i hela landet, införas så snart som möjligt. Hänsyn måste dock tas till den tid som behöver tas i anspråk för utformandet av det nya ersättningssystem som vi föreslagit att Socialstyrelsen ska ta fram. Tid kommer också att behöva tas i anspråk för att utarbeta en metod för den statliga delfinansiering som vi föreslår. Former för ett

nytt anslag behöver ses över. Vi föreslår med hänsyn härtill att författningsförslagen i scenario 2 ska träda i kraft den 1 januari 2023.

## 7.10 Utredarens reflektion över de två scenarierna

Vi har valt att presentera två scenarier, och därmed två alternativa förslag, på hur läkare och fysioterapeuter som bedriver verksamhet enligt LOL och LOF kan integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt i övrig öppenvård. Uppfattningen om vad som är den mest ändamålsenliga och sett till helheten bästa förändringen är förstås olika hos olika inblandade aktörer. Gemensam är dock uppfattningen att det behövs en förändring. Vi vill poängtera att vårt uppdrag inte handlat om vad som är bästa lösningen för varje enskild aktör på dagens taxa, utan vad som är det mest hållbara på lång sikt ur patient-, medarbetar- och samhällsperspektiv. Vi har också valt att ha som utgångspunkt för våra förslag att det ska finnas möjlighet att verka i den offentligt finansierade vården på olika sätt och även som mindre aktör.

En slutlig reflektion från utredaren är att de två scenarierna, och de därpå följande förslagen i våra analyser inklusive konsekvensanalyser, på många sätt är olika men samtidigt på många sätt jämbördiga. Vilket av de två förslagen man föredrar beror på vilka perspektiv, värdegrunder och mål man prioriterar. Den samhälleliga och politiska inställningen i dessa frågor förändras över tid. Utredaren vill dock uppmärksamma att det i ett avseende finns skillnader mellan förslagen som bör noteras.

Som beskrivet i våra utgångspunkter (se avsnitt 7.2.2) är målet för den svenska hälso- och sjukvården vård på lika villkor. Alla som bor i Sverige ska i princip ha samma möjlighet att vid behov få tillgång till hälso- och sjukvård. Som beskrivet i avsnitt 7.5.8 pekar ett antal undersökningar på att införande av vårdval i större utsträckning gynnat socioekonomiskt starka grupper mer än svaga. I en forskningssammanställning från 2017 behandlas sex vetenskapliga studier och nio offentliga rapporter. Effekterna var svåra att följa upp och det saknades övergripande undersökningar av vårdvalens påverkan på jämlik vård. Slutsatsen var dock att existerande utvärderingar visar på att införandet av vårdval främst gynnat dem i grupper med högre välstånd och låga vårdbehov, även om effekterna var

förhållandevis små. De analyser som finns är främst inriktade på förändringen efter vårdvalet. En brist i forskningen generellt är att det finns ytterst lite analys när det gäller den fråga som väcktes innan vårdvalsreformens införande, dvs. om det redan fanns ojämlikheter i vården och att vårdvalsreformen inte gav förutsättningar att förändra det. Det är också många faktorer som påverkar detta samtidigt. Man bör därför vara försiktig med att dra alltför stora slutsatser utifrån detta, men det finns en beskriven farhåga delvis belagd, och utredarens uppfattning är att den inte fullt kan bortses ifrån. Detta med anledning av frågans allvarliga karaktär i förhållande till avsikten med hälso- och sjukvårdens uppdrag. Ett sätt att bevaka jämlikhetsperspektivet vore att om förslagen i scenario 1 genomförs ge Vårdanalys ett uppdrag att följa upp de föreslagna förändringarna särskilt ur ett jämlikhetsperspektiv.

Scenario 2 har som utgångpunkt just den jämlika vården i hela landet. Som redovisat i avsnitt 7.8.8 är vården i dag ojämnt fördelad över landet med en oproportionellt stor tillgång i storstäder och en låg tillgång i glest befolkade områden där det finns stora behov som inte möts. Scenario 2, och de därpå följande förslaget om en ny lagstiftning gällande förbättrade möjligheter till mindre etableringar i hela landet, ger regionerna nya metoder och statliga medel för att tillgodose vårdbehovet i glesbygden. Avsikten med detta är just att skapa förutsättningar för och möjliggöra en mer jämlik vård över hela landet.

# 8 En ändamålsenlig struktur för styrning av hälso- och sjukvården

## 8.1 Inledning

Utredningen har utifrån direktiven (dir. 2017:97) i uppdrag att analysera om vårdens uppdelning i öppen vård och sluten vård fortfarande är ändamålsenlig med utgångspunkten att vården ska organiseras och bedrivas effektivt med god kvalitet och utifrån den enskildes vårdbehov. Analysen ska göras utifrån ett patientperspektiv i relation till utredningens övriga förslag och utredningen ska redogöra för vilka konsekvenser en förändring skulle kunna få för kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner eller regioner ur ett samhällsekonomiskt perspektiv samt avseende ansvarsfördelning och samverkan mellan huvudmännen.

I kapitel 4 i vårt föregående delbetänkande[1] analyserade vi bakgrunden och gällande rätt kopplat till begreppen öppen vård och sluten vård samt vårdformernas utveckling över tid. Därför bör kapitel 4 i vårt förra delbetänkande läsas tillsammans med detta kapitel.

Kort sammanfattat fyller, sedan ikraftträdandet av 1982 års hälso- och sjukvårdslag (1982:763), inte dagens begreppsindelning i öppen och sluten vård någon organisatorisk funktion i lagstiftningen. Indelningen i dessa vårdformer utgör därmed endast en *lagteknisk lösning*. Att regioner även efter 1982 valt att organisera sina verksamheter utifrån dessa begrepp regleras alltså inte av lagstiftning.

[1] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, s. 91 ff.

Indelningen bygger på att det definierade begreppet *sluten vård*[2] innefattar sådan hälso- och sjukvård som ges till en patient som är *intagen vid en vårdinrättning*. Till detta regleras att det för sådan vård ska finnas *sjukhus*.[3] Definitionen av *öppen vård*[4] är däremot negativt reglerad och innefattar annan hälso- och sjukvård än sluten vård, dvs. all annan hälso- och sjukvård som inte kräver intagning vid vårdinrättning. Denna konstruktion har använts av lagstiftaren för att säkerställa att ingen hälso- och sjukvård ”faller mellan stolarna”. Vårdformernas indelning och definitioner i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) har däremot fortsatt kommit att ha stor betydelse för hur regionerna valt att organisera, styra och följa upp vården.

Indelningen i öppen respektive sluten vård används också av angränsande regleringar, men med delvis annan innebörd, t.ex. i samband med tvångsvård av olika slag eller fullgörande av en påföljd för brott. Dessutom finns det andra, närliggande begrepp inom ramen för hälso- och sjukvårdssystemet, men med egna definitioner som regleras i annan ordning, såsom exempelvis gällande läkemedel.[5]

Det råder samtidigt enighet om att nuvarande struktur och vårdformsindelning också utgör en bidragande orsak till ineffektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet. Nya behandlingsalternativ och nya sätt att organisera vården har lett till att vård som tidigare krävde intagning på sjukhus, numera kan utföras och utförs på andra platser än på sjukhus och därmed förflyttas till den öppna vårdformen. Det befintliga styrsystemet uppfattas dock ofta i stället premiera sluten vård, vilket medför att sådan förflyttning inte sker i önskad utsträckning.

### 8.1.1 Utgångspunkter och avgränsningar

#### Utgångspunkter utifrån gällande rätt

När det gäller gällande rätt hänvisas till den beskrivning som återfinns i vårt tredje delbetänkande, God och nära vård. Vård i samverkan (SOU 2019:29). Nedan påminner vi om några grundläggande definitioner och utgångspunkter utifrån befintlig lagstiftning samt utredningens slutsatser utifrån denna.

[2] Se 2 kap. 4 § *hälso- och sjukvårdslag* (2017:30) (HSL).
[3] Se 7 kap. 4 § HSL.
[4] Se 2 kap. 5 § HSL.
[5] Se avsnitt 3.1 SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*.

I 2 kap. 1–3 §§ HSL definieras vad som enligt lagen utgör *hälso- och sjukvård* (1 §) och som därmed faller in under lagens tillämpningsområde, vad som avses med *huvudman* (2§) respektive *vårdgivare* (3§).

I 2 kap. 4 § definieras begreppet *sluten vård* enligt följande

> Med *sluten vård* avses i denna lag hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning.

I 2 kap. 5 § definieras begreppet *öppen vård*

> Med *öppen vård* avses i denna lag annan hälso- och sjukvård än sluten vård.

I 2 kap. 6 § definieras begreppet *primärvård*[6]

> Med *primärvård* avses i denna lag hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

I 2 kap. 7 § definieras *högspecialiserad vård*

> Med *nationell högspecialiserad vård* avses i denna lag offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje samverkansregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

### *Primärvård utgör alltid öppen vård*

Vårdformen primärvård utgör alltid öppen vård vilket framgår av definitionen av denna vårdnivå i 2 kap. 6 § HSL.

Begreppet öppen vård är däremot bredare och omfattar all vård som inte enligt befintlig definition är sluten vård. All öppen vård är således inte primärvård.

[6] Utredningen har i delbetänkandet God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:39) s. 311 ff. föreslagit en modernisering av definitionen av primärvård.

*Kommunal hälso- och sjukvård utgör primärvård*

Den hälso- och sjukvård som kommunen har ansvar att erbjuda är primärvård och således öppen vård i enlighet med 2 kap. 6. § HSL.

Av 12 kap. 1 § framgår att kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller motsvarande tillståndspliktig boendeform eller bostad som avses i 7 kap. 1 § första stycket socialtjänstlagen (2001:453). Kommunen ska även i samband med dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § samma lag erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som vistas i dagverksamheten.

Av 14 kap. 1 § HSL framgår bland annat att en region får överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende och i särskilt boende till en kommun inom regionen, om regionen och kommunen kommer överens om det. En sådan överenskommelse får däremot inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare.

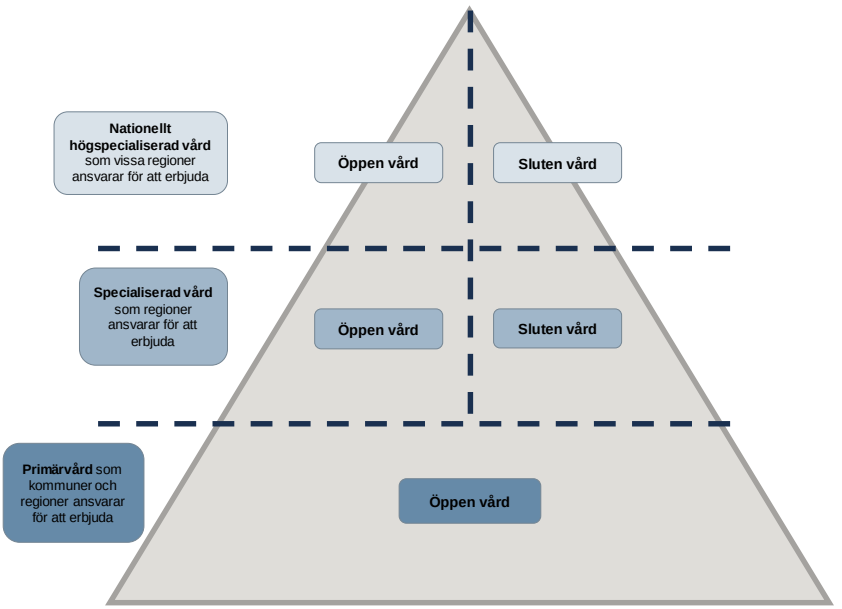
Den begränsning som tydligt framgår i HSL är alltså att läkarinsatser inte omfattas av kommunens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård. I övrigt framgår inte någon tydlig begränsning av uppdragets omfattning. Av förarbeten framgår dock att det endast är ansvar att erbjuda vård på primärvårdsnivå som överförts.[7]

[7] Jfr prop. 1990/91:14, *om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.*, s. 57 f.

## Utgångspunkter utifrån utredningens analyser

*Vårdformer och vårdens nivåstrukturering*

**Figur 8.1 Vårdformer och vårdens nivåstrukturering**




Bilden är en beskrivning av de olika vårdformerna och vårdens nivåstrukturering, samt hur dessa förhåller sig till varandra. Den stora besöksvolymen vård utgörs av primärvård, basen i hälso- och sjukvårdssystemet. Den medelstora volymen av specialiserad vård kan utgöras av såväl öppen som sluten vård. En mindre del av hälso- och sjukvården utgörs av den nationellt högspecialiserade vården. Alla dessa delar omfattas av, och ingår i, omställningen till den nära vården. Vården i framtiden bedöms i allt mindre utsträckning vara beroende av intagning på en fysisk plats där vården utförs. I stället bör system fokusera mer på innehållet i de hälso- och sjukvårdstjänster som tillhandahålls patienten, oavsett den fysiska platsen.

Internationellt benämns delarna i bilden ofta utifrån begreppen primär, sekundär och tertiär vård. En viktig del av hälso- och sjukvården, nämligen egenvården, illustreras inte i bilden.

*Otydligt gränssnitt mellan vårdformer medför ojämlik tillämpning*

Som beskrivs ovan samt i utredningens senaste delbetänkande[8], betraktas det befintliga gränssnittet mellan vad som i praktiken utgör öppen respektive sluten vård som otydligt. Det bör även noteras att begreppen delvis har olika innebörd i Socialstyrelsens termbank och i HSL. Sammantaget påverkar detta tillämpningen av befintliga regelverk, då det exempelvis för såväl vårdgivare som för huvudmän inte är tydligt vilken typ av vårdinrättning patienten behöver vara intagen i för att definitionen av sluten vård ska anses vara uppfylld. Vissa regioner organiserar exempelvis avancerad vård i hemmet (vanligen kallad ASIH eller SSIH, även andra förkortningar förekommer) som sluten vård medan andra regioner ger sådan vård som öppen vård. Ytterligare andra ser det som en helt egen vårdform. Olika tolkningar görs också gällande exempelvis dygnet-runt-vård inom primärvården, där sådan vård i vissa fall registreras som sluten vård, medan i andra fall bedöms dygnet-runt-vård endast kunna ske på vårdinrättning som kan jämställas med sjukhus. Ibland beskrivs viss vård som en blandform[9] av öppen och sluten vård, såsom åtgärder som utförs i dagkirurgisk verksamhet och patienten sedan övernattar på patienthotell. Några sådana blandformer bedöms dock inte ha varit avsedda att förekomma.

Utredningen bedömer att tillämpningen av vårdformerna behöver bli mer enhetlig och att gränssnitten dem emellan behöver bli tydligare.

*Begreppen är ålderdomliga*

Flera begrepp i de befintliga definitionerna av vårdformerna såsom ”intagen vid vårdinrättning”, ”sluten vård” och även ”sjukhus” betraktades som ålderdomliga redan i förarbetena[10] till 1982 års HSL. Sedan dess har HSL moderniserats. Begreppen öppen vård respektive sluten vård har lyfts ut från tidigare 5 § första stycket andra meningen i HSL till egna definitioner i nuvarande 2 kap. men själva begreppen öppen vård och sluten vård har inte förändrats.

[8] Se SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, s. 117 f.
[9] Se SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, s. 117 f.
[10] Se prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag m.m.*, s. 73.

Såväl ”intagen” som ”sluten vård” associeras i praktiken inte sällan till andra vårdformer såsom psykiatrisk tvångsvård eller kriminalvård, samtidigt som dessa vårdformer regleras i andra författningar än i HSL.[11]

Utredningen bedömer att språket i den relevanta lagstiftningen bättre behöver spegla dagens kontext och språkbruk. En avgränsning för utredningens arbete är lagstiftning som reglerar tvångsvård.

### *Nya förarbetsuttalanden saknas*

En stor del av vården sker i dag utanför traditionella vårdinrättningar för sluten vård, såsom sjukhus. I samband med Ädelreformen 1992 utökades möjligheterna för vård i patientens egna hem eller i särskilda boenden (se vidare beskrivning i kapitel 4). Sådan hälso- och sjukvård övergick efter reformen till att klassas som öppen vård.[12] Även regionernas hälso- och sjukvård bedrivs i dag i allt högre utsträckning som öppen vård.

Trots att vårdformerna genom 2017 års översyn av HSL, i förtydligande syfte, gjordes om till definitioner, så gjordes inte någon modernisering eller förarbetsuttalanden när det gäller den fortsatta ändamålsenligheten med vårdformernas innebörd eller gränssnitten dem emellan i förhållande till hälso- och sjukvårdens utveckling.

Utredningen bedömer att det finns behov av sådana uttalande t.ex. vad gäller hur samhällsutvecklingen påverkar vilket vårdbehov som avses.

### *Öppen vård bör vara förstahandsalternativet*

Den öppna vården enligt HSL omfattar i dag all vård som inte är sluten vård enligt befintlig definition.

Utredningen föreslog i vårt första delbetänkande en reglering av den grundläggande principen inom hälso- och sjukvårdssystemet att hälso- och sjukvården i första hand ska ges som öppen vård. Även om denna princip i dag inte är författningsreglerad vidhåller utredningen att den är och ska utgöra fortsatt grund för omställningen till

[11] Se SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, s. 106 f.
[12] Prop. 1999/2000:149, *Nationell handlingsplan för utvecklingen av hälso- och sjukvården*, s. 33 f.; prop. 2005/06:115, *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*, s. 39; Se även Zeteokommentaren till 7 kap. 4 § HSL, 2017-11-09.

en god och nära vård i enlighet med principen om Lägsta Effektiva OmhändertagandeNivå (LEON).

*Vård och omhändertagande under dygnets alla timmar*

En annan viktig princip är att möjlighet till dygnet-runt-vård utgör en materiell förutsättning för dagens slutna vård, men vård dygnet runt i form av platser för heldygnsvistelse kan också ges inom ramen för den öppna vården, exempelvis i s.k. sjukstugor. Med andra ord kan alltså redan i dag dygnet-runt-vård bedrivas utanför sjukhus och på primärvårdsnivå.

*Vårdinrättningar och sjukhus*

Som utredningen har beskrivit i vårt tredje delbetänkande, är begreppet vårdinrättning inte definierat i lagstiftningen. Däremot ingår rekvisitet att patienten är *intagen vid vårdinrättning* som förutsättning för att den hälso- och sjukvård som ges utgör sluten vård. I begreppen intagen inbegrips att när patienten vistas på vårdinrättningen så ska vården kunna ges både på natten och på dagen.

Vilka vårdinrättningar som är att anse som vårdinrättningar specifika för sluten vård har däremot ändrats över tid utifrån både förändrad ansvarsfördelning mellan huvudmännen men också utifrån utbyggnaden av den öppna vården. Historiskt sett har vårdinrättningarna avsedda för sluten vård benämnts sjukhus, men vad ett sjukhus är har ändrats över tid. I 1982 års HSL ersattes begreppet sjukhus med begreppet vårdinrättning i beskrivningen av sluten vård, dock utan avsikt att innehållet i begreppet skulle ändras i sak. Begreppet sjukhus behölls i andra delar av HSL och återfinns också i andra författningar.

Begreppet vårdinrättning är ett dynamiskt begrepp och i dagens hälso- och sjukvårdssystem bedöms den inte enbart utgöras av den fysiska platsen sjukhus eller lasarett, antalet vårdplatser eller dess organisation utan kan även avse annan plats där hälso- och sjukvård bedrivs. Exempelvis kan sjukstuga i glesbygd, vård-/hälsocentral men också annan plats eller lokal falla in under begreppet vårdinrättning om hälso- och sjukvård bedrivs där och den också är inrättad specifikt för verksamheten på ett patientsäkert och ändamålsenligt sätt.

På detta sätt är själva begreppet vårdinrättning inte exklusivt eller materiellt kopplat till att det måste bedrivas sluten vård där. Det finns alltså olika typer av vårdinrättningar för olika verksamhetsformer. Utredningen finner inte att det vore ändamålsenligt att i dag lyfta ut och definiera vårdinrättning som ett eget begrepp i HSL.

*Läkemedelsförsörjning*

Finansiering av läkemedel ingår i ett tämligen komplext regelsystem. Regelverket utgår ifrån begreppen *sjukhus*, *sjukhusapotek* och *öppenvårdsapotek*. Däremot bedöms de inte vara annat än språkligt kopplade till vårdformerna öppen vård respektive sluten vård. En förändring av exempelvis begreppet sluten vård i HSL, bedöms därför inte direkt påverka denna lagstiftning.

Ett sjukhusapotek ansvarar för läkemedel till och inom ett sjukhus. Regionerna kan också erbjuda läkemedel ur ett läkemedelsförråd (knutet till ett sjukhusapotek) till individer i särskilda boenden eller till de patienter som får sjukvård i hemmet.

Om ett läkemedel tillhandahålls *förskrivet* till patienten eller om det ges på *rekvisition* (dvs. att hälso- och sjukvårdspersonal administrerar läkemedlet till patienten) ska avgöras av om patienten själv kan ta läkemedlet, eller om det av medicinska skäl behöver ges av hälso- och sjukvårdspersonal. Valet mellan att förskriva läkemedel eller tillhandahålla det via rekvisition är därför inte beroende av om vården i sig är öppen eller sluten.

Rekvisition sker i regel inom den sluten vård men kan också avse beställning av läkemedel till öppen vård. Vid rekvisition, dvs. distribution från sjukhusapotek (och öppenvårdsapotek) eller läkemedelsförråd, är läkemedlen kostnadsfria för patienten. Läkemedel som tillhandahålls via öppenvårdsapotek genom förskrivning, omfattas till stor del av läkemedelsförmånssystemet.

I vissa sammanhang som kan relateras till läkemedelsförsörjning används benämningen öppen vård och sluten vård på ett sådant sätt att en sammanblandning kan uppstå kring valet av förskrivning eller rekvisition som om de vore beroende just av dessa definitioner. Givet att denna lagstiftning alltså inte är annat än språkligt besläktad med begreppen öppen vård och sluten vård i HSL kommer utredningen inte att göra någon ytterligare analys av denna lagstiftning.

*Det skiljer sig internationellt hur man definierar sluten vård*

Ur ett internationellt perspektiv varierar regleringen avsevärt när det gäller vad som definieras som sluten- eller sjukhusvård. I vissa länder ingår såväl platsen/inrättningen/sjukhuset och/eller faktisk vårdtid i rekvisiten, där tiden kan skilja sig åt i definitionerna exempelvis mellan 3, 6 eller 12 timmar, eller specificeras som dagvård eller dygnet-runt-vård. I andra länder bygger definitionen på ett flertal rekvisit som behöver vara uppfyllda för att vården ska betraktas som sluten (in-patient care) och vårdformerna för den enskilde patienten kan övergå från en (sluten) vårdform till en alternativ vårdform under pågående vårdepisod. Det är därför svårt att finna ledning i andra länders hälso- och sjukvårdssystem för att avgöra vad som skulle utgöra en mer ändamålsenlig definition av motsvarigheten till den svenska slutna vården.

## 8.2 En förändring möjlig i flera steg

I utredningens arbete med att analysera om vårdens uppdelning i öppen vård och sluten vård fortfarande är ändamålsenlig, med utgångspunkten att vården ska organiseras och bedrivas effektivt med god kvalitet och utifrån den enskildes vårdbehov, har vi som beskrivits ovan fastslagit ett antal utgångspunkter utifrån gällande rätt och våra egna analyser. Baserat på utredningens samlade dialoger med företrädare för de många olika perspektiv som på olika sätt berörs av dessa grundläggande strukturfrågor har vi kommit fram till de bedömningar och förslag som presenteras i detta kapitel.

Intresset för frågan om ändamålsenligheten med uppdelning i öppen vård och sluten vård ser delvis annorlunda ut jämfört med utredningens övriga frågor; för den som ansvarar för och arbetar med systemnivån vad gäller styrning och ledning, beskrivningssystem och det ekonomiska perspektivet är den intressant utifrån sin faktiska legala utformning och därpå följande konsekvenser. För många andra är den mer principiellt intressant utifrån hur väl den underlättar den omställning av hälso- och sjukvården som är utredningens övergripande uppdrag att såväl föreslå som stödja. Vi är medvetna om, och har under utredningens gång flera gånger uppmärksammats på, att förändringar i de grundläggande begreppen öppen vård och sluten vård är stora ingrepp i strukturen för det rådande systemet.

Det råder olika uppfattning om hur viktiga sådana förändringar är att göra, för att möjliggöra och underlätta omställningen till nära vård, och i vilken utsträckning de är bärare av en traditionell kultur som behöver förändras för att uppnå en modern hälso- och sjukvård. Vi vill därför inleda med ett resonemang om hur våra bedömningar och därpå följande förslag i kapitlet förhåller sig till varandra.

1. Vi presenterar skälen för vår *bedömning* att en uppdelning i vårdformer är fortsatt ändamålsenlig (se avsnitt 8.2.1).
2. Vi gör bedömningen att de beskrivningssystem som i dag används inte är ändamålsenliga för styrningen och uppföljningen av dagens och framtidens hälso- och sjukvård, och presenterar därför *förslag* om att de behöver utredas och anpassas (se avsnitt 8.2.2).
3. Vår uppfattning är att även om en sådan översyn genomförs bör på sikt definitionen av sluten vård moderniseras till namn och innehåll. Utredningen presenterar som en *bedömning* hur en sådan utformning skulle kunna se ut (se avsnitt 8.2.3).

Till följd av de stora förändringar som en ändrad definition av sluten vård enligt punkt 3 innebär, och också med tanke på de därav följande svårigheterna att med säkerhet beskriva konsekvenserna av en sådan förändring, väljer utredningen att presentera detta som en bedömning. Vi vill påpeka det som också aktualiserats av flera av våra referensgrupper; en översyn av beskrivningssystemen i enlighet med punkt 2 är ett avgörande steg för omställningen till den nära vården. En ändrad definition av den slutna vården i enlighet med punkt 3 är sannolikt nödvändig för att möjliggöra och underlätta omställningen vid någon tidpunkt, och har sannolikt också ett viktigt symbolvärde. Det kan dock dröja innan systemet är moget för en sådan större strukturförändring. Punkt 2 är alltså möjligt att göra utan att beslut fattas om att genomföra punkt 3 i närtid. Punkt 3, däremot, förutsätter att punkt 2 genomförts.

### 8.2.1 En uppdelning av vården är fortsatt ändamålsenlig

**Utredningens bedömning:** En uppdelning av vården i olika vårdformer bedöms fortsatt vara ändamålsenlig.

Begreppen öppen och sluten vård kan av lagtekniska skäl inte tas bort utan att ersättas med annan reglering, då uppdelningen också fyller en funktion inom andra rättsliga regleringar än hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

#### Skäl för utredningens bedömning

Att vården i dag delas in i sluten vård och öppen vård fyller flera olika rättsliga funktioner, såväl i hälso- och sjukvårdsregelverk som i andra regelverk. Begreppen kan därför inte tas bort utan att ersättas med en annan reglering.

Dagens reglering bygger på att viss vård särskiljs från övrig vård. Utredningen bedömer inte att en annan form av indelning, såsom endast en vårdform eller ett större antal vårdformer, skulle öka ändamålsenligheten utifrån de rättsliga funktioner begreppen fyller.

Inom hälso- och sjukvården fyller en uppdelning mellan vårdformerna framför allt funktionen att tydliggöra ansvarsövergångar mellan huvudmän. Det underlättar för samverkan om patientens vård. Det kan vara viktigt att veta vilken typ av vård som bedrivs inom en viss vårdform t.ex. vid tillsyn.

En uppdelning behövs för att staten ska kunna styra regleringen av olika hälso- och sjukvårdsförmåner. Den kan även behövas för att underlätta implementering av EU-rättsliga regler som kan skilja mellan olika vårdbehov (se utredningens tredje betänkande[13]).

En uppdelning kan också behövas för att kunna styra hälso- och sjukvården på nationell och regional nivå bl.a. i syfte att skapa incitament för vård i öppnare former.

Utredningen gör således bedömningen att en uppdelning i två vårdformer är fortsatt ändamålsenlig.

[13] Se avsnitt 4.3.2 i SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*.

### 8.2.2 Beskrivningssystemen behöver utredas och förändras

**Utredningens förslag:** Det ska utredas på vilket sätt de beskrivningssystem som används inom hälso- och sjukvården behöver förändras för att underlätta och stimulera en överföring av mer vård till öppna vårdformer, och möjliggöra att vård kan ges och adekvat beskrivas på lägsta effektiva omhändertagandenivå.

Det bedöms vidare finnas ett behov av att utreda om den hälso- och sjukvård som ges med kommunen som huvudman i dag omfattas tillräckligt, och om inte i vilken utsträckning den framöver bör omfattas, av vårdens beskrivningssystem för att säkerställa samma goda kvalitet och relevanta uppföljningsmöjligheter i all hälso- och sjukvård oavsett huvudman.

Socialstyrelsen ska därför ges i uppdrag att genomföra en sådan utredning samt, utifrån dess resultat, vid behov vidare uppdras göra en översyn av begrepp, termer och klassifikationer i avsikt att tillhandahålla en ändamålsenlig informationsstruktur.

#### Skäl för utredningens förslag

Socialstyrelsen har ett instruktionsenligt uppdrag att tillhandahålla enhetliga begrepp, termer, klassifikationer och en ändamålsenlig informationsstruktur för sitt verksamhetsområde. Den s.k. gemensamma informationsstrukturen innefattar Nationell Informationsstruktur (NI), samt de fackspråkliga resurserna hälsorelaterade klassifikationer (t.ex. ICD 10-SE, KVÅ och ICF), Snomed CT (begreppssystem), och Socialstyrelsens termbank. Socialstyrelsen förvaltar också den svenska versionen av beskrivningssystemet DRG.

De olika beskrivningssystem som i dag används för att beskriva insatser i hälso- och sjukvården utgår i många fall från uppdelningen i öppna och slutna vårdformer. De har i flera fall sitt ursprung i beskrivning av den slutna vården, och har senare i viss mån utvecklats till att omfatta även den öppna vården och primärvården. I takt med den medicinska och medicintekniska utvecklingens framsteg, tillämpningen av den s.k. LEON-principen (Lägsta Effektiva OmhändertagandeNivå) samt utvecklingen att bedriva allt mer vård utanför traditionell sjukhusmiljö eller till och med i hemmet, blir det nödvändigt att beskrivningssystemen anpassas till den utveckling som

sker. Samma typ av insats kan utföras såväl i traditionell sjukhusmiljö som utanför sjukhus, som öppen vård, ibland också på primärvårdsnivå med antingen region eller kommun som huvudman.

DiagnosRelaterade Grupper (DRG) är ett patientklassificeringssystem för att dela in patienter i medicinskt- och resurshomogena grupper och systemet används för aggregerad verksamhetsbeskrivning i sjukvården.[14] Den variant av DRG-systemet som används i Sverige är en version gemensam för de nordiska länderna, s.k. NordDRG. DRG består av en eller flera ICD-10-SE-koder och en eller flera KVÅ-koder tillsammans med patientuppgifter. Samtliga parametrar grupperas till en DRG-kod. DRG-koderna kopplas till vikter och kan således vara ett relativt mått på vård- och behandlingskostnaden för en genomsnittspatient i varje DRG-grupp.

Resursåtgången per DRG beräknas nationellt utifrån ”Kostnad Per Patient” (KPP), vilket rapporteras till SKR:s databas. KPP är en metod för att beräkna unika kostnader per vårdkontakt och patient. Utifrån den verkliga resursåtgången per vårdtillfälle räknas en genomsnittlig kostnad per DRG fram. Detta genomsnitt jämförs med den genomsnittliga kostnaden för hela databasen och på så sätt får varje DRG en relativ vikt som uttryck för den genomsnittliga resursåtgången för patienter i den aktuella gruppen. Noteras bör dock att enbart den specialiserade somatiska och psykiatriska vården rapporterar in till SKR:s KPP-databas. För att vikterna ska bli representativa krävs att kostnadsberäkningarna görs på stora volymer av patientdata. Styrande principerna för KPP utformades 2015. År 2019 presenterades ett förslag på reviderade principer för att också kunna tillämpa KPP i primärvården,[15] men inget beslut har ännu fattats om att uppdatera principerna.

De allra flesta regioner använder DRG-poäng för uppföljning av sin verksamhet,[16] det kan användas för produktions- och produktivitetsberäkningar. Produktion mäts då som antal DRG-poäng per tidsperiod och produktivitet mäts som egen kostnad per DRG-poäng. Det senare kräver att verksamheten har tillgång till KPP-data. DRG i sig är alltså inte ett ersättningsystem men det kan även användas till grund för prestationsbaserade ersättningar. Det är upp

[14] Socialstyrelsen, *Sekundär klassificering av diagnosrelaterade grupper (DRG)*, 2019.
[15] SKR, *KPP för primärvård*, 2019.
[16] Socialstyrelsen, *DRG-statistik 2017*, 2019, s. 11.

till respektive region både om och hur man använder och prissätter DRG-poäng.

DRG-systemet är initialt utformat för sluten vård och insatser företrädesvis utförda i sjukhusmiljö, vilka ges en högre vikt än motsvarande insats utförd i öppen vård.[17] Detta är till viss del också avsikten med systemet, då särskild kompetens, jourlinjer, teknisk utrustning och andra faciliteter nödvändiga för många insatser som klassificeras som sluten vård.

I dag utförs dock många insatser som tidigare var sluten vård som öppen vård, inklusive utanför traditionell sjukhusmiljö. Det finns en utbredd bild av att den vård som flyttas ”ut” från sjukhusen framför allt är den enkla vården, men utredningens uppfattning är att många gånger är den vården, även om den är mindre avancerad, väl så komplex till sin natur. Det kan till exempel röra sig om insatser som ges till äldre med många sjukdomar, där insatsen i sig kan vara mindre medicinskt avancerad, men patientens multisjuklighet och övriga omständigheter gör att vården är minst lika resurskrävande som när den tidigare utfördes i sjukhusmiljö.

Användandet av DRG och DRG-systemets tyngre viktning av insatser utförda i den slutna vården riskerar, om DRG-poäng används för beräkning av ersättning, därmed att systematiskt undervärdera de ofta komplexa insatser som görs i den öppna vården i dag. Därmed uppstår ett behov av att mer likartat, eventuellt med en förändrad syn på delar av viktningen, beskriva insatser oavsett om de utförs i öppen eller sluten vård. Motsvarande resonemang kan också vara tillämpligt på den del av primärvårdsnivån som har kommunen som huvudman.

DRG-systemet har möjlighet att beskriva alla delar av vården, dvs. sluten vård och öppen vård, inklusive primärvård. För att kunna följa öppen vård i samma utsträckning som slutenvård så finns ett behov av en mer likartad insamling av data till de nationella hälsodataregistren. Behovet består delvis i att kunna samla in data från fler yrkeskategorier inom öppenvården än vad som görs i dag.

Det finns alltså ett behov att utreda och lämna förslag och konsekvensanalyser på vad och på vilket sätt de beskrivningssystem (för såväl primär- som sekundärdata) som används i hälso- och sjukvården och som förvaltas av Socialstyrelsen bör förändras för att motsvara den moderna hälso- och sjukvården och omställningen till

[17] Socialstyrelsen, *Viktlistor för NordDRG*, 2019.

den nära vården. Utredningen bör särskilt beakta om den hälso- och sjukvård som ges med kommunen som huvudman i dag i tillräcklig utsträckning omfattas av beskrivningssystemen. Detta för att säkerställa samma goda kvalitet och relevanta uppföljningsmöjligheter i all hälso- och sjukvård oavsett huvudman.

Uppdraget bör inledas med en utredning av vilka beskrivningssystem som bör omfattas av översynen, i syfte att klargöra vilka förändringar som krävs samt fastställande av tids- och resursramar för vidare genomförande. Utredningen föreslår att ett sådan uppdrag ges Socialstyrelsen, i enlighet med myndighetens instruktion att tillhandahålla enhetliga begrepp, termer, klassifikationer och en ändamålsenlig informationsstruktur för sitt verksamhetsområde. Regeringen kan efter denna inledningsfas ta ställning till omfattning av fortsatt uppdrag.

### 8.2.3 Begreppet sluten vård behöver omdefinieras

**Utredningens bedömning:** Utredningen bedömer att det finns ett behov att byta ut begreppet sluten vård.

Till följd av de stora förändringar som en ändrad definition av sluten vård innebär, och med tanke på de därav följande svårigheterna att med säkerhet beskriva konsekvenserna av en sådan förändring, väljer utredningen att presentera detta som en bedömning. Nedan presenteras ett möjligt sätt att utforma en sådan ny definition, benämnd särskild vård.

Med särskild vård skulle i det tänkta förslaget avses specialiserad hälso- och sjukvård som av kvalitets- och effektivitetsskäl ges vid en vårdinrättning i vilken vård kan ges dygnet runt. Utöver detta bör sådan vårdverksamhet, till patienten kunna tillhandahålla tillgång till insatser som innefattar dels det akuta omhändertagandet, dels adekvat övervakning med multidisciplinära kompetenser och viss teknisk utrustning men också diagnostiska metoder för fortsatt utformning av patientens vård. För att vården ska klassificeras som särskild behöver därför vissa rekvisit vara uppfyllda, dock inte nödvändigtvis alla samtidigt.

## Skäl för utredningens bedömning

Den befintliga definitionen av sluten vård, dvs. hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning (2 kap. 4 § HSL) sammantagen med bestämmelsen i 7 kap. 4 § HSL, att det för hälso- och sjukvård som kräver intagning vid vårdinrättning ska finnas sjukhus, har konstaterats vara otydlig. Detta såväl i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) som i våra tidigare delbetänkanden utifrån dialogen med regioner, myndigheter, vårdgivare och utförare. Otydligheten i lagstiftningen har medfört olika tolkning och tillämpning av bestämmelsen.

Hälso- och sjukvården har dessutom, sedan befintlig reglering av vårdformerna öppen vård och sluten vård tillkom, utvecklats markant men utan att begreppen har bytts ut eller anpassats till samhällets och vårdens utveckling. I dag uppfattas därför begreppen snarare som bevarande av traditionella strukturer än som bidragande till en effektiv, jämlik eller rättssäker styrning.

Utredningen bedömer därför att begreppet ”sluten vård” på sikt bör ges en ny definition i hälso- och sjukvårdslagen med ett innehåll som på ett bättre, mer modernt, sätt än i nu gällande lagstiftning beskriver logiken för vilken vård som behöver särskiljas.

Nedan redogörs initialt för skälen till bedömningen att begreppet behöver bytas, samt hur begreppet intagning samtidigt skulle kunna utmönstras i och med den tänkta konstruktionen av definitionen. Därefter redogörs för hur den nya definitionen skulle kunna konstrueras. Slutligen ges en översikt av några olika följdändringar i lagstiftning, som skulle behöva följa som en konsekvens av den förändrade definitionen av sluten vård.

### *Begreppet sluten vård skulle på sikt kunna ersättas med ”särskild vård”*

Med hänsyn till vår bedömning att det fortsatt är ändamålsenligt att särskilja viss vård från annan vård (se avsnitt 8.2.1) samt att begreppet *sluten vård* är otidsenligt, bedöms det på sikt kunna ersättas med *särskild vård*.

Begreppet särskild vård bedöms på ett mer neutralt sätt beskriva den vård som behöver särskiljas från annan, dvs. öppen, vård. Utredningen är medveten om att just begreppet särskild kombinerat med

begreppet vård förekommer i andra sammanhang och regleringar. Risken för sammanblandning ses dock som liten, i förhållande till svårigheten att hitta en annan lämplig deskriptiv term för det som finns ett behov av att särskilja.

Utredningen har också i dialog med olika aktörer övervägt andra möjliga ordpar som på ett ändamålsenligt sätt skulle kunna ersätta både begreppen *öppen vård* och *sluten* vård. Exempel som har diskuterats är allmän, basal, vardaglig, generell eller ordinär parat med specifik, speciell eller särskild. Inget av dessa ordpar har dock befunnits tillräckligt väl beskriva innehållet i vården, utan att också medföra ett slags inneboende värdering av det som motsvarar dagens öppen vård, vilken då uppfattas som enklare vård utan samma behov av kompetenta insatser. Eftersom det som inte särskiljs må vara medicinskt mindre avancerad vård, men många gånger väl så komplext, ser vi inte behov av att använda en mer beskrivande term på denna vård. Dvs. vi ser inte behov av någon ny benämning på den öppna vården.

### *Definitionen skulle inte längre utgå från begreppet intagen*

Som tidigare beskrivits grundar sig den i dag gällande definitionen av sluten vård i 2 kap. 4 § HSL delvis på *platsen*, dvs. den fysiska *vårdinrättningen* men också på det formella kravet på *intagning* vid denna vårdinrättning. Ett beslut om intagning associeras dock inte sällan till andra vårdformer och sammanhang än de som avses i HSL. Sammanhang där vårdinrättningen t.ex. utgörs av kriminalvårdsanstalt, eller sjukvårdsinrättning för psykiatrisk (tvångs-)vård och intagningen avser situationer där individen helt eller delvis fråntas rättshandlingsförmåga.

I praktiken innebär intagning enligt HSL ett administrativt beslut om *inskrivning*, men inskrivningen påverkar sedan vilka andra åtgärder som kan bli aktuella för patienten, när det gäller exempelvis samverkan eller individuell planering. Ett inskrivningsbeslut grundat på en *medicinsk bedömning*, ska vidare, enligt förarbetena till HSL,

fattas om patientens vårdbehov är av sådan karaktär att patienten behöver en *vårdplats* på sjukhus eller liknande vårdinrättning.[18]

Den tidpunkt från vilken patienten skrivs in och till dess att patienten är utskrivningsklar, är patienten såväl intagen som inskriven i sluten vård. Ett sätt att hantera problemen med det ålderdomliga begreppet intagen hade därmed kunnat vara att ändra begreppet intagen till inskriven. Förutom att inskrivning används administrativt inom den slutna vården, används det dock också som begrepp inom den öppna vården[19] (t.ex. inom barnavård eller mödravård). Vid 2017 års översyn av HSL lyftes också behovet av ändring av begreppet intagen till inskriven, men lagrådet gjorde bedömningen att intagning som begrepp bör kvarstå just för att upprätthålla särskiljbarheten mellan öppen och sluten vård då individen också kan vara inskriven i den öppna vården. Lagrådet utvecklade dock inte resonemanget.[20]

Utredningen bedömer att begreppet intagen vare sig bidrar till tydlighet eller fyller en ändamålsenlig funktion i den befintliga definitionen. Begreppet signalerar inte heller samskapande på lika villkor i den personcentrerade vården. Även om ett beslut motsvarande dagens intagningsbeslut fortsatt skulle gälla som grund för in- och utskrivning från den särskilda vården, bedömer utredningen att definitionen av sluten vård framöver inte skulle behöva bygga på intagning vid vårdinrättning.

## Så skulle innehållet i den nya definitionen ”särskild vård” kunna konstrueras[21]

Det som enligt vår bedömning skulle kunna utgöra särskild vård är specialiserad hälso- och sjukvård som av kvalitets- och effektivitetsskäl ges vid en vårdinrättning där vård kan ges dygnet runt.

[18] Jfr prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag m.m.,* s. 65 f. och 120 f.; prop. 1969:125, *med förslag till lag om ändring i lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring*; prop. 1962:122, *om sjukvårdslag m.m.* Jfr även begreppet ”vårdplats” i Socialstyrelsens termbank som förklarar förhållandena dels mellan disponibel, teknisk och fastställd vårdplats men också hur vårdplats förhåller sig till in- och utskrivningsprocessen i sluten vård.
[19] Inskrivning kan även ske inom primärvården, men då används det administrativa begreppet ”listning” som i sig utgör den huvudsakliga grunden för s.k. kapiteringsersättning från region till primärvårdens utförare.
[20] Se prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*, s. 89 och s. 280 f.
[21] För tänkbar utformning se bilaga 5.

Med *specialiserad* hälso- och sjukvård avses en avgränsning mot primärvårdsverksamhet som definitionsmässigt (se 2 kap. 6 § HSL) ges som öppen vård. Vare sig primärvård som har regionen eller kommunen som huvudman skulle alltså kunna utgöra särskild vård inom ramen för den tänkta definitionen.[22] Liksom i dag skulle specialiserad vård kunna ges både som öppen vård och särskild vård (tidigare sluten vård). Den öppna vården skulle avgränsas från den särskilda vården genom ytterligare angivna rekvisit (se nedan).

Den *vårdinrättning* som avses i definitionen är fortsatt tänkt att utgöra en typ av vårdinrättning som kan jämställas med dagens sjukhus eller lasarett. I den tänkta nya definitionen tydliggörs att vårdinrättningen behöver vara av sådan beskaffenhet att hälso- och sjukvårdsverksamhet dels kan tillgängliggöras däri kontinuerligt under dygnets alla timmar, dvs. ”dygnet runt”, dels att vården också kan tillhandahållas på ett sådant sätt att patientens behov av vissa insatser kan tillgodoses.

Noteras bör att i en sådan bestämmelsen skulle inte primärvårdsverksamhet inbegripas, då det per definition är öppen vård. Därmed skulle inte särskilt boende kunna jämställas med sådan vårdinrättning där särskild vård ges. En ordinarie bostad skulle inte heller kunna utgöra en vårdinrättning i den mening som avsetts i 2 kap. 4 §, dvs. en med sjukhus jämställd vårdinrättning. Detta gäller även om bostaden anpassas för att viss, och i många fall avancerad eller specialiserad, hälso- och sjukvård ska kunna bedrivas där.

I jämförelse med befintlig definition av sluten vård, skulle det uttryckliga kravet på att patienten måste vara *intagen* vid vårdinrättningen tas bort, såsom förutsättning för att vården skulle vara särskild. I begreppet intagen har förutsatts att patienten som vistas på vårdinrättningen även kan göra det under natten.[23] I vårt tänkta förslag till definition inryms detta i stället i att vårdinrättningen skulle kunna tillhandahålla kontinuerlig vård dygnet runt. Det formella förfarandet gällande inskrivning i den nya särskilda vården, som t.ex. skulle aktivera lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, är inte avsedd att påverkas innehållsmässigt utan skulle i princip gälla alltjämt.

[22] Jfr även definitionen av specialiserad vård i Socialstyrelsens termbank: ”*hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård*”.
[23] Se prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag m.m.*, s. 120 f.

Utöver de ovan beskrivna obligatoriska rekvisiten skulle den särskilda vården också behöva tillhandahålla sådana insatser som ger patienten tillgång till:

a) aktiva insatser motsvarande *akut omhändertagande*, dvs. behandling av allvarlig skada eller sjukdom, akut medicinskt eller psykiatriskt tillstånd eller initial återhämtning från kirurgiskt ingrepp, eller

b) adekvat *övervakning* med tillgänglig multidisciplinär kompetens och/eller teknisk utrustning, eller

c) *diagnostiska metoder* för utformning och fortsatt planering av patientens vård (se vidare beskrivning av punkterna nedan).

Det tänkta förslaget skulle således medföra en förflyttning av fokus i definitionen från kravet på ett intagningsbeslut, till att det är beskaffenheten på vårdinrättningen och innehållet i de hälso- och sjukvårdstjänster som tillhandahållas vid vårdinrättningen som blir avgörande för att vården skulle falla under klassificeringen särskild vård. Med andra ord ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges i form av särskild vård (jfr 5 kap. 2 § HSL).

Det tänkta förslaget skulle innebära att den särskilda vården, inom överskådlig tid, i stor utsträckning, skulle ges vid sådana vårdinrättningar som kan jämställas med dagens sjukhus. Den tänkta definitionen skulle dock medge, förutsatt en fortsatt medicinsk och teknisk utveckling, att mer av även denna typ av vård i framtiden skulle kunna bedrivas utanför traditionell sjukhusmiljö.

Ovanstående innebär att all vård som inte faller in under dessa kriterier, även framledes ska utgöra öppen vård i enlighet med definitionen i 2 kap. 5 § HSL. Några former av halvsluten vård eller halvöppen vård, är alltså inte heller fortsatt möjliga.

För en tänkbar utformning av ett sådant författningsförslag se bilaga 5.

## Potentiella följder av förslag om ny definition

*Kravet på att det ska finnas sjukhus för vård som kräver intagning skulle kunna tas bort*

Begreppet sjukhus förekommer som tidigare beskrivits på många ställen i såväl nationell som internationell lagstiftning, men är i sig inte definierat nationellt.

Vad som i svensk kontext har betraktas som ett sjukhus har ändrats över tid[24] och såväl vårdinrättning som sjukhus har bedömts utgöra dynamiska begrepp som enligt lagstiftarens intention ska kunna anpassas till samhällsutvecklingen. Som tidigare konstaterats har dock begreppet sjukhus medfört tillämpningssvårigheter.

Utredningen bedömer att bestämmelsen i 7 kap. 4 § HSL, dvs. att det för hälso- och sjukvård som kräver intagning vid vårdinrättning ska finnas sjukhus, sammantaget med bestämmelsen 5 kap. 2 § HSL som reglerar att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, lokaler och utrustning som behöves för att god vård ska kunna ges, blir överflödig i HSL i ljuset av den tänkta omdefinitionen av sluten vård. Paragrafen skulle därför kunna upphävas. Trots att begreppet sjukhus återfinns i andra författningar, bedöms ett upphävande av den aktuella bestämmelsen, inte påverka sådan annan lagstiftning. Det både kan och kommer fortsatt finnas såväl sjukhus och med sjukhus jämställda vårdinrättningar. I och med att beskaffenheten av den vårdinrättning som ingår i det tänkta förslaget på ny definition av särskild vård regleras särskilt, skulle den aktuella bestämmelsen inte längre tillföra något i sak.

*Behov av att närmare klassificera särskild vård*

För att öka tydligheten nationellt och bidra till en likvärdig implementering i hela landet bedömer utredningen att regeringen eller den myndighet regeringen bestämde skulle behöva få ett uppdrag att meddela föreskrifter om klassificering av vilken hälso- och sjukvård som skulle utgöra särskild vård.

[24] Se avsnitt 4.1.2 i SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*.

Detta arbete bör sannolikt ske utifrån en genomgång av såväl diagnosområden som vårdförlopp. Arbetet borde kunna anknytas till det pågående arbetet med den högspecialiserade våren samt Partnerskapet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården.

### *Tentativa följdändringar i HSL och annan lagstiftning*

Med anledning av det tänkta nya begreppet särskild vård skulle flera bestämmelser i olika författningar på hälso- och sjukvårdsområdet behöva ändras för att anpassas till den nya definitionen, men i princip endast i språkligt hänseende.

Definitionen av öppen vård i 2 kap. 5 § HSL (se avsnitt 8.1.1) och 17 kap. 2 § HSL skulle behöva ändras språkligt, liksom 1 kap. 1 punkten 1, 2 § och 3 § första stycket, punkterna 3–5, 2 kap. 1, 3, 4 och 6 §§, 3 kap. 1–2 §§, 5 kap. 1, 3, 4 och 6 §§ lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten vård (LUS).

Eftersom 1 kap. 3 §, punkten 3 LUS innehåller en egen definition av sluten vård som inte hänvisar direkt till definitionen i 2 kap. 4 HSL men som är näst intill likalydande med HSL, påverkas denna paragraf även till sitt innehåll. De övriga två punkterna (4 och 5) behöver dock endast ändras språkligt.

Även 3 kap. 2 b § patientlagen (2014:821) (PL) skulle behöva ändras språkligt med anledning av en ny definition.

Utredningen bedömer att fler författningar[25] än de här angivna skulle kunna komma att påverkas av en ny definition av sluten vård.

### *Nya definitioner kan påverka statistik*

Den tänkta nya definitionen skulle kunna medföra ett skifte där viss vård som tidigare klassificerats som sluten vård inte skulle klassificeras som särskild vård enligt den nya definitionen, utan i stället som öppen vård. Det skulle leda till att man fick en bruten statistikserie, där man inte rakt av kunde jämföra statistik kring t.ex.

[25] Såsom exempelvis *tandvårdslagen* (2008:145), *patientsäkerhetslagen* (2010:659), *mervärdesskattelagen* (1994:200), förordning (1995:239) *om förmåner för totalförsvarspliktiga*, *hälso- och sjukvårdsförordningen* (2017:80), förordning (1984:555) *om tillämpning av konvention av den 4 februari 1983 mellan Sverige och Spanien*, konventionen (SÖ 1984:18), som gäller vid sidan av *Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen*, förordningen (2001:707) *om patientregister hos Socialstyrelsen*, bilagan till *offentlighets- och sekretessförordningen* (2009:641) avseende sekretess hos TLV.

öppen vård före och efter den nya definitionen. Detta eftersom gränsen mellan vad som är öppen vård och sluten/särskild vård förändrats. Samtidigt kan framhållas att dessa begrepp – i enlighet med lagstiftarens intentioner- oavsett är dynamiska och att det över tid organiskt skett ett skifte där mycket som tidigare utförs som sluten vård i dag bedrivs som öppen vård. Det är vidare utredningens bedömning att de insatser som i dag faller under sluten vårdsdefinitionen och som med den tänkta nya definitionen skulle bli öppen vård torde bli specialiserad öppen vård, inte primärvård. Därmed skulle huvudmännen fortsatt omfattas av skyldigheten att rapportera insatserna till Patientregistret, som förvaltas av Socialstyrelsen.

*Läkemedel – ett angränsande men annat regelverk*

Utredningen bedömer att den tänkta nya definitionen inte skulle ha en direkt påverkan på förskrivningen av läkemedel och därmed inte heller på statens kostnader för dessa. Läkemedel finansieras på olika sätt och med olika fördelning mellan patienten och det offentliga i ett relativt komplext system. Regelverket utgår från begreppen sjukhus, sjukhusapotek och öppenvårdsapotek, inte öppen vård och sluten vård. Regleringen skulle därför inte direkt beröras av en förändring i HSL av begreppen öppen och sluten vård. Det regelverket omfattas därför inte heller av vår utrednings överväganden (se även avsnitt 8.1.1 under rubriken ”Läkemedelsförsörjning”).

Samtidigt kommer den nödvändiga omställningen av hälso- och sjukvården, som utredningens alla förslag är en del av, innebära att mer vård utförs på andra platser än på sjukhus samt att insatserna och bedömningarna som görs blir mer anpassade till individen och dess sammanhang. Förmedling av läkemedel via rekvisition ska avgöras av om patienten själv kan ta läkemedlet eller om det av medicinska skäl behöver ges av hälso- och sjukvårdspersonal. Omställningen i sig kan därför i förlängningen indirekt leda till en ökad förskrivning av läkemedel då rekvisition i dag främst är kopplat till sjukhusvård av tradition och bedömningar i större utsträckning ska utgå ifrån patientens behov än utifrån verksamhetens organisering.

## 8.3 Konsekvensanalyser

### 8.3.1 Övergripande konsekvenser av förslaget

De övergripande konsekvenserna av förslaget om översyn av beskrivningssystemen (se avsnitt 8.2.2) bedöms vara att möjliggöra en anpassning av hälso- och sjukvården på ett sådant sätt att förutsättningar ges för att bedriva och beskriva en modern hälso- och sjukvård på effektivt sätt utifrån befolkningens behov.

Förslaget bidrar även till ökad tydlighet kring begrepp i systemet.

### 8.3.2 Samhällsekonomiska konsekvenser

Utredningen bedömer att den föreslagna utredningen av beskrivningssystemen samt ändringarna vad gäller regleringen av öppen och särskild vård bidrar till att skapa bättre förutsättningar för omställningen till ett långsiktigt hållbart hälso- och sjukvårdssystem. WHO förespråkar en integrerad och personcentrerad ansats när vi utvecklar våra hälsotjänster och system. Dagens sjukhustunga system leder till onödiga kostnader i form av onödig medikalisering samt behandlingsrelaterade skador.[26] Beskrivningssystem som bättre speglar helheten i hälso- och sjukvården kan i förlängningen bidra till en minskning av dessa onödiga kostnader och till en mer effektiv användning av resurser.

### 8.3.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Förslaget om översyn av beskrivningssystem som tydligare beskriver insatser i den öppna vården kan på sikt också komma att få vissa konsekvenser för huvudmännen, t.ex. gällande kodning, beskrivning och inrapportering av uppgifter till nationella myndigheter. I vilken mån det blir fallet går dock ej att bedöma innan den föreslagna utredningen gjorts av Socialstyrelsen. Eventuella förändringar i olika beskrivningssystem kan i förlängningen också komma att underlätta för huvudmännen att på ett adekvat sätt beskriva, och i förlängningen ersätta, olika typer av insatser som utförs under ens huvudmannaskap.

[26] WHO, *Now more than ever, World Health Report 2008*, 2008.

### 8.3.4 Ekonomiska och andra konsekvenser för regionerna

Att ha kvar dagens beskrivningssystem oförändrade är i utredningens mening vare sig möjligt eller ändamålsenligt till följd av de medicinska och samhälleliga förändringar som har skett. För att regionerna ska kunna utföra mer vård i öppna vårdformer behövs system som kan ge incitament till, beskriva och resurssätta detta på ett rättvisande sätt. Om systemen inte ses över försvåras omställningen vilket i förlängningen förvänta leda till fortsatta svårigheter vad gäller kostnadskontroll och effektivt resursutnyttjande.

Den föreslagna översynen av nationella beskrivningssystem som i dag används på lokal nivå som delar av system för ersättning och uppföljning, kan i förlängningen medföra att lokala metoder för beskrivning och uppföljning behöva anpassas (se avsnitt 8.2.2).

Till följd av eventuella förändringar i beskrivningssystemen som kan komma utifrån uppdraget till Socialstyrelsen i avsnitt 8.2.2 kan regionerna även komma att behöva se över sina regionala it-system.

### 8.3.5 Ekonomiska och andra konsekvenser för staten

#### Uppdrag till Socialstyrelsen om översyn av beskrivningssystem

Utredningen föreslår en översyn av Socialstyrelsens beskrivningssystem (se avsnitt 8.2.2). Det föreslagna uppdraget och därpå följande fördjupade uppdrag samt förändringar av systemen är omfattande och beräknas omfatta flera år i tid. Uppdraget bör enligt ovan inledas med en utredning omfattande en översikt av existerande system, i syfte att klargöra vilka förändringar som krävs samt fastställande av tidsramar för genomförande. För denna inledande del av projektet bedöms ett regeringsuppdrag omfattande 12 månader behövas samt en ekonomisk resurssättning omfattande 20 mnkr. Denna tidsram och kostnad baseras på Socialstyrelsens regeringsuppdrag att införa en nationell informationsstruktur 2011, ett projekt utredningen bedömer vara av motsvarande omfattning. För det projektet krävdes ca 18 tillsatta tjänster. Kostnader för implementering och vidareutveckling tas fram av Socialstyrelsen i denna föreslagna inledningsfas. Regeringen kan efter denna inledningsfas ta ställning till omfattning av fortsatt uppdrag.

För att visa på en möjlig omfattning av det vidare arbete som senare kan komma att behövas utifrån den initiala fasen, har utredningen utgått från bedömningar vid införandet av en nationell informationsstruktur. Baserat på estimaten som gjordes i samband med det projektet bedömer vi att omfattande systemförändringar av detta slag kan kräva en projektperiod på 5 år. För införandet av nationell informationsstruktur beräknades den totala arbetsinsatsen för den organisationen och dess åtgärder motsvara 66 heltidsekvivalenter per år för att under projekttiden stiga till 161 i genomsnitt. Omkring 60 procent av personresurserna beräknades bli tillgodosedda genom inhyrd personal och konsulter. Kostnaden för projektet bedömdes vara 136,3 mnkr för det första året, 246 mnkr för det andra och sedan ca 280 mnkr per år för resterande tre år. Den totala kostanden för projektet under femårstiden beräknades till 1,2 mdkr.[27]

### 8.3.6 Konsekvenser för kommunerna

Tydligare beskrivningssystem kan leda till bättre planeringsförutsättningar för kommunen som huvudman för hälso- och sjukvård.[28] Att förtydliga att vård som utförs i hemmet är öppen vård underlättar samverkan mellan kommun och region då ansvarsområden förtydligas.

### 8.3.7 Konsekvenser för en jämlik vård

Förslaget om översyn av beskrivningssystem förväntas möjliggöra en mer jämlik vård då de underlättar en mer jämlik tillämpning av regelverk för öppen och sluten vård.

Bättre beskrivningssystem förväntas också ge bättre förutsättningar för att utveckla och resurssätta verksamheter på adekvat sätt, exempelvis delar av den kommunala hälso- och sjukvården som är riktad till utsatta grupper, såsom t.ex. personer med behov av socialpsykiatriska insatser och/eller personer med funktionsnedsättning.

[27] Socialstyrelsen, *Ändamålsenlig och strukturerad dokumentation – underlag för nationell samordning och finansiering*, 2011, s. 63–73.
[28] SOU 2016:2, *Effektiv vård*, s. 372–373.

Förtydligandet att dygnet-runt-vårdplatser kan erbjudas såväl i särskild vård som i öppen vård bedöms också underlätta inrättandet av sådana platser. Detta kan underlätta inte minst i delar av landet där avstånden till sjukvårdsinsatser är långa och där dygnet-runt-vård kan behöva ges av andra skäl än vård som kräver intagning.

### 8.3.8 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården

Resultatet av den förslagna utredningen av beskrivningssystemen förväntas kunna bidra till att förutsättningarna förbättras för att bedriva mer vård som öppen vård samt öka patientsäkerheten avseende de patientsäkerhetsrisker som uppstår t.ex. i vårdövergångar.

### 8.3.9 Övriga konsekvenser

Utredningen bedömer att förslaget inte har några konsekvenser för vårdens professioner, jämställdheten, företagen, sysselsättningen, EU-rätten, miljön, möjligheten att nå de integrationspolitiska målen eller det brottsförebyggande arbetet.

# 9 Att skapa förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet

## 9.1 Omställningen – En långsiktig process i flera steg

Vår utrednings uppdrag och arbete syftar till en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård, med fokus på primärvården. För att uppnå målet räcker det dock inte att göra förändringar i dagens primärvård. Omställningsarbetet omfattar hela den svenska hälso- och sjukvården, vilken har såväl region som kommun (och till en liten del även staten) som huvudman, samt alla som på olika sätt verkar i den. Tillsammans utgör de ett komplext system med flera olika beslutsnivåer, vårdgivare, professioner och framför allt med alla de människor vars hälso- och sjukvårdsbehov ska mötas.

Att genomföra en samordnad utveckling mot ett gemensamt mål är därmed en betydande utmaning. En utmaning som kommer innebära en långsiktig stegvis process och kräva stor uthållighet från alla inblandade. Det kommer inte att räcka med ett eller par stora politiska beslut på statlig nivå de närmsta åren. Det kommer att behövas beslut på alla politiska nivåer, och en bred politisk förankring som gör att beslut och inriktning står sig över flera mandatperioder. Detta såväl på kommunal som regional och nationell nivå.

Men inte heller politisk uthållighet kommer vara tillräckligt. Det kommer dessutom krävas ett långsiktigt och uthålligt utvecklingsarbete i alla delar av systemet. I de enskilda vårdverksamheterna, i utbildningsystemen, i forskningen, i tillsynen osv.

Nästa steg på nationell nivå är den primärvårdsreform som aviserats i Januariavtalet,[1] vilken enligt propositionsförteckningen ska läggas fram till riksdagen under våren 2020. Men även den kommer bara att vara ett av flera grundläggande steg av vad som behöver göras på nationell nivå. Kompletterande steg kommer att behöva tas därefter, såsom beslut baserade dels på förslagen i detta betänkande och vårt avslutande betänkande. Även förslag från relaterade utredningar såsom t.ex. slutbetänkandet Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42), slutbetänkandet Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget (SOU 2020:8), betänkandet Framtidens teknik i omsorgens tjänst (SOU 2020:14), utredningen Framtidens Socialtjänst (S 2017:03), Utredningen om översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsverksamhet (S 2019:01), Fast omsorgskontakt i hemtjänsten (S 2019:02), Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård (S 2019:03) och Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (S 2019:05) kan komma att utgöra ytterligare pusselbitar i det vidare omställningsarbetet.

I kapitel 2 har vi, med utgångspunkt i vår målbild och färdplan, lämnat en nulägesbeskrivning vad gäller omställningen. I kapitel 3 har vi, i enlighet med våra direktiv, redogjort för det vi ser som de primära framgångsfaktorerna respektive hindren för omställningen, med utgångspunkt i huvudmännens ansvar och arbete. I detta kapitel kommer vi att lyfta olika former av stödstrukturer som vi ser som avgörande att den nationella nivån tillhandahåller huvudmännen och övriga berörda aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet.

[1] I januari 2019 slöts Januariavtalet – en sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna. Delar av regeringens politik bygger på denna överenskommelse.

## 9.2 Att uppnå uthållighet i den nationella färdplanen mot målbilden

### 9.2.1 Ett samordnat budskap och stöd till huvudmännen från den nationella nivån och statliga myndigheter

Även om det inte räcker med ett antal beslut i riksdag eller regering för att klara att ställa om den svenska hälso- och sjukvården så är nationell enighet om inriktningen, tillsammans med beslut och lagstöd som understödjer och underlättar omställningen, nödvändigt för att skapa förutsättningar för uthållighet. Vi ser det därför som centralt att det finns en tydlighet och kontinuitet i budskapen från riksdag, regering och stat till huvudmännen om det långsiktiga omställningsarbetet.

Utredningen välkomnar därför de steg som redan tagits i denna riktning, såsom riksdagens beslut 2018 om prop. 2017/18:83 Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti och de överenskommelser som slutits mellan regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) om god och nära vård under 2019 och 2020.

#### Riksdagsbeslut kring inriktning skapar långsiktighet

Som beskrivet ovan kommer politisk uthållighet, över mandatperioder och partigränser, vara avgörande. Det krävs tydlighet och övergripande enighet i budskapen från den nationella nivån. Därför var det betydelsefullt att prop. 2017/18:83 Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti, som baseras på vårt första delbetänkande, kunde antas med bred politisk enighet mindre än ett år efter att vi överlämnat delbetänkandet. I propositionen fastslogs att det var ”…ett första steg i regeringens avsedda omstrukturering av hälso- och sjukvården där primärvården ska bli den tydliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården.” Vidare gjordes bedömningen att ”alla vårdens intressenter och aktörer bör sträva åt samma håll i omstruktureringen av hälso- och sjukvården. En förflyttning bör ske från dagens sjukhustunga hälso- och sjukvård till en förstärkt första linjens hälso- och sjukvård. Grunden är en god och nära vård som tydligt utgår från patientens behov.”

Vårt andra delbetänkande God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:39) överlämnades till regeringen den 1 juni 2018. Där lämnade vi förslag på en fördjupad målbild och färdplan för omställningen av den svenska hälso- och sjukvården, där primärvården är utgångspunkten för en ökad närhet till patienten. Denna målbild och färdplan har under 2019 använts av regeringen som utgångspunkt för såväl uppdrag till myndigheter som i överenskommelse med SKR. I övrigt fokuserade förslagen i det andra delbetänkande på primärvården och hur den kan stärkas.

Betänkandet har remitterats och en proposition om Inriktning för en nära och tillgänglig vård finns på propositionsförteckningen för våren 2020.

Utredningen bedömer det som avgörande för omställningsarbetet att regering och riksdag även framöver har en kontinuerlig framdrift i beslut om nästkommande steg i reformarbetet.

## Uppdrag till statliga myndigheter för att stödja omställningen

Efter hand som ytterligare steg konkretiseras bör fler och fler delar av det statliga systemet också kunna användas för att understödja omställningen. Ett sätt att göra det kan vara att ge relevanta myndigheter övergripande uppdrag att stödja omställningen, utifrån sina respektive grunduppdrag. Utifrån behov bör också specifika uppdrag ges till relevanta myndigheter såsom de som under 2019 gavs till Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och kortfattat beskrivs nedan.

### *Strategisk plan för hur Socialstyrelsen kan stödja omställningen mot en god och nära vård*

I maj 2019 fick Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en strategisk plan för hur Socialstyrelsen kan stödja omställningen mot en god och nära vård. I uppdraget ingick bl.a. att analysera vilka insatser myndigheten kan genomföra för att stödja regionerna och kommunerna i omställningen. Arbetet ska utgöra en grund för en strategisk flerårig plan för myndighetens arbete.

I november 2019 presenterade Socialstyrelsen rapporten ”Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård” som svar på detta uppdrag. I den identifierar Socialstyrelsen några viktiga utvecklingsområden:

- God och nära vård
- Samordnad vård och omsorg
- Främja hälsa och förebygga ohälsa
- Patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser
- Primärvården i regionen är navet i vården och omsorgen
- Kompetensförsörjning
- Vision e-hälsa 2025.

För varje utvecklingsområde har Socialstyrelsen tagit fram mål för myndighetens utveckling fram till 2027. Konkreta insatser redovisas som Socialstyrelsen skulle kunna bidra med till och med 2022 under förutsättning att myndigheten får det i uppdrag. Genomförandet kommer att kräva ett nära samarbete med SKR och partnerskapen för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården respektive inom socialtjänsten.[2]

*Utvecklad nationell uppföljningen av primärvården*

I juli 2019 fick Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av primärvården, ett uppdrag i tre delar. Den första delen avser möjligheter för nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Det andra handlar om förutsättningarna för att på aggregerad nivå inhämta resultat för ett antal utvalda indikatorer i syfte att följa omställningen till en mer nära vård. Det tredje deluppdraget handlar om att följa upp, analysera och rapportera hur omställningsarbetet i regionerna och kommunerna utvecklas (se även avsnitt 2.3.3 angående deluppdrag 2 och 3). I uppdraget ingår även att följa upp och analysera de insatser som regionerna vidtar inom ramen för överenskommelsen God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården, som regeringen

[2] Socialstyrelsen, *Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård*, 2019.

beslutade om den 19 juni 2019. Socialstyrelsen ska lämna en årlig rapportering om uppdraget (alla tre delarna) den 1 juni varje år fram t.o.m. 2022.

*Tidsbegränsad förstärkt tillsyn på området god och nära vård*

I juni 2019 fick IVO ett uppdrag om tidsbegränsad förstärkt tillsyn på området god och nära vård. I uppdraget ingick att föreslå hur myndigheten kan bidra till den pågående omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård.

IVO rapporterade på detta uppdrag i december 2019. I rapporten konstaterar IVO att den påbörjade omställningen är komplex och omfattande, och omfattar hela hälso- och sjukvårdssystemet. Inte bara primärvården. Förändringsarbetet kommer kunna medföra nya möjligheter men också nya risker ur ett patient- och brukarperspektiv. IVO:s ansvar för tillsyn och tillståndsgivning inom vården och omsorgen är mot den bakgrunden centralt. Oaktat förstärkningar av tillsynen är det IVO:s bedömning att de konsekvenser som omställningen medför är angelägna fördjupningsområden för IVO.

Följande åtgärder har identifierats som angelägna för att förstärka IVO:s bidrag till omställningen:

- En förstärkning av myndighetens analysförmåga och -kompetens med fokus på bland annat stora datamängder och datadrivna analyser.
- En satsning på inledningsvis tre av myndighetens identifierade nationella riskområden (personer som behöver ett multidisciplinärt omhändertagande, barn med psykisk ohälsa och samsjukliga patienter).
- En förstärkning av myndighetens arbete med återkoppling, dialog och lärande i vården och omsorgen, bl.a. genom förstärkningar inom förbättringskunskap och kunskap om lärande organisationer.[3]

[3] IVO, *IVO:s bidrag till omställningen i vården. Uppdrag om tidsbegränsad förstärkt tillsyn på området god och nära vård*, 2019.

### 9.2.2 Stöd från Sveriges Kommuner och Regioner

I sin roll som medlems- och arbetsgivarorganisation för kommuner och regioner är även SKR en central nationell aktör vad gäller stöd till huvudmännen för omställningen. Liksom för riksdag och regering ser utredningen även för SKR behov av tydlighet och kontinuitet i budskapen kring omställningsarbetet.

I vårt tredje delbetänkande beskrev vi övergripande hur SKR organiserat sig internt för att tillhandahålla sådant stöd.[4] Sedan dess har steg, såsom en utökad bemanning, tagits för att ytterligare förstärka den interna organisationen, något utredningen välkomnar. För att kunna ge kommuner och regioner adekvat stöd i omställningsarbetet behöver den interna organisationen fortsatt utveckla samverkan mellan sina olika delar, t.ex. mellan de delar som hanterar hälso- och sjukvård och socialtjänst.

#### Överenskommelse om god och nära vård 2020

Liksom 2019 års överenskommelse mellan regeringen och SKR om god och nära vård lyfter även 2020 års överenskommelse SKR:s centrala roll vad gäller att ge stöd till regioner och kommuner i omställningen till god och nära vård. Under 2020 innebär det bl.a. att SKR ska:

- Stödja kommuners och regioners strategiska arbete för omställningen till god och nära vård.
- Tillsammans med kommuner och regioner stödja den regionala och lokala uppföljningen av omställningen till den nära vården samt arbeta fram metoder för att följa upp resursutnyttjande och ekonomisk bärkraft i omställningen.
- Stödja kommuners och regioners förändringsledning i relation till omställningen.
- Bidra till spridning av goda exempel på hur den nära vården tar form och stödja kommuner och regioners erfarenhetsutbyte och gemensamma lärande.

[4] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, s. 249.

– Stödja kommuners och regioners arbete med kompetensförsörjning, utbildning och forskning i relation till omställningen till den nära vården.
– Stödja nya personcentrerade arbetssätt med inriktning på främjande, förebyggande och proaktiva arbetssätt och nya arbetssätt med stöd av digital teknik.
– Samordna insatser för att stödja omställningen med Socialstyrelsen och andra berörda myndigheter.

Senast den 30 september 2020 ska SKR lämna en delrapport till Socialdepartementet där man ska redogöra för den verksamhet som bedrivits under första halvåret 2020. Där ska även redogöras för eventuella hinder och utmaningar och det ska framgå vilka insatser SKR preliminärt bedömer kan vara aktuella för en eventuell överenskommelse 2021.

I överenskommelsen fastslås även att regeringen och SKR under 2020 tillsammans ska utveckla formerna för en långsiktig strategisk samverkan mellan stat, regioner och kommuner för utvecklingen av den nära vården. Den strategiska samverkan ska bl.a. säkra förvaltningen av målbilden och uppföljningen av omställningen.

### 9.2.3 Dialog med medarbetare och invånare

I vårt förra delbetänkande beskrev vi hur behovet av dialog med invånare och medarbetare är en avgörande del av ett förändringsarbete som den pågående omställningen.[5] Får vi inte med oss de vården är till för – invånarna – och de som varje dag har vården som arbetsmiljö – vårdens medarbetare – på resan, då kommer vi inte att nå målet.

För att människor ska vilja och orka engagera sig i allt slags förändringsarbete är det avgörande att man kan förstå och känna igen sig i såväl beskrivningen av ”varför” saker behöver förändras som ”hur” denna förändring ska ske. Om människor får vara delaktiga i processen, får möjlighet att bidra med sina olika perspektiv, då kan vi ta fram lösningar som har tillräckligt bred förankring för att kunna få bärare vidare ut i hela organisationer och samtidigt bygga viss förståelse även hos dem som skulle föredragit delvis andra lösningar.

[5] SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*, s. 251–254.

Enbart genom att säkerställa att olika berörda aktörer, såsom personer med patient- och närståendeerfarenhet och professionsorganisationer, får möjlighet att vara delaktiga i och utforma processerna kan vi skapa det breda samförstånd och de bärare av förändringen som vi behöver på alla nivåer i systemet.

I detta sammanhang, och utifrån vår dialog med olika aktörer i systemet kring dessa punkter, ser vi ett behov av att kort återvända till två centrala budskap på detta område från vårt förra delbetänkande.

### Medarbetarna: att förankra arbete hela vägen ut i organisationen

Av regionernas nulägesrapporter framgår att omställningsarbetet i princip genomgående finns förankrat på strategisk nivå i regionerna, såväl hos politikens företrädare som på tjänstemannasidan. På många håll finns eller byggs nu också organisationsstrukturer inom förvaltningarna för att kunna driva och följa omställningsarbetet på ett ändamålsenligt sätt.

Även i de regioner som kommit längst på detta området möter vi dock ofta såväl medarbetare som patient-/närståenderepresentanter som inte upplever sig vara informerade om sin egen regions arbete på området. Detta även om de många gånger är väl medvetna om utredningens arbete och andra nationella initiativ på området. Utredningen får också till sig många berättelser om nya regelverk, arbetssätt etc. som – med de bästa intentioner- införs utan att man i verksamheterna upplever sig få information om *varför* dessa införs, eller möjlighet till dialog om dess utformning. På många håll finns en relativt utbredd misstro gentemot de förvaltningar som styr vårdverksamheter, vilka inte uppfattas ha förståelse för verksamheternas vardag. Det förefaller på många ställen saknas forum för dialog med medarbetarna, även om forum för information kan finnas. Häri ligger en stor utmaning för huvudmännen att hantera, tillsammans med olika professionsorganisationer och företrädare, vilket vi också har beskrivit i kap. 3 i detta betänkande (se framför allt avsnitt 3.3.5 Bristande inkludering av medarbetarna och avsnitt 3.3.9 Bristande arbete med ledarskapsfrågor).

I sammanhanget vill utredningen dock också lyfta fram positiva signaler som framkommer i regionernas nulägesrapporter, t.ex. finns det ett par regioner som anger att man har eller ska ta fram kommunikationsplaner för omställningsarbetet och någon region har också tydligt identifierat behov av skilda kommunikationsstrategier för medarbetare respektive invånare, samt angett att strategin för medarbetarna ska informera såväl om förändringar som om förutsättningar att vara delaktig i utvecklingen.

### Invånarna: förväntningar, förståelse och förtroende

Som vi och andra tidigare beskrivit så har befolkningen i dag andra förväntningar än förr på hälso- och sjukvårdssystemet. I dag upplever allt fler invånare att systemet inte fullt lever upp till deras förväntningar. Det är allvarligt. Om vi inte lyckas återvinna det förtroendet kan detta i förlängningen komma att riskera medborgarnas förtroende för vår offentligt finansierade välfärdsstat.

Som utredningen tidigare anfört ser vi därför behov av ett tydligare offentligt samtal om vad vi kan och ska göra inom den ändliga resurs som den allmänna hälso- och sjukvården har till sitt förfogande. Det behöver bli tydligare för invånarna på vilka grunder vi prioriterar våra begränsade resurser.

Det behöver också bli enklare för våra invånare att förstå hur hälso- och sjukvårdssystemet hänger ihop, enklare att ”göra rätt” när man söker sig till vården med sina behov.

Vi behöver se invånare och patienter som medskapare i vården, men alltid utifrån varje persons individuella behov, förutsättningar och preferenser. De är vårdens viktigaste partner, och bärare av exklusiv kunskap om sin egen situation, behov och målbild framåt. Men för att få ta del av den kunskapen måste vi involvera dem. Det gäller såväl i det enskilda mötet mellan patient och vårdens professioner som när vi bygger framtidens hälso- och sjukvårdsorganisation, vilket vi också har beskrivit i kapitel 3 i detta betänkande (se framför allt avsnitt 3.2.1).

### 9.2.4 Fortsatt behov av sammanhållande nationell stödstruktur

Som även beskrivs i avsnitt 2.2.6 bedömer utredningen att den efterfrågan som funnits på att få använda utredningen såväl som bollplank som ”pådrivare/katalysator” på hemmaplan är ett uttryck för ett behov av en samlande kraft för de olika aktörerna i vårt decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem. Givet att vår utredning har en relativt lång tid för uppdraget, och det faktum att vi lämnat våra förslag i olika steg under utredningstiden, har utredningen kunnat fungera som detta bollplank och samlande kraft i förhållande till helheten i omställningen och våra olika förslag, och kommer att fortsätta göra det fram till vår sluttid i januari 2021.

När utredningen är avslutad återstår dock, om man ser till färdplanen, minst sex år av omställningsarbete. Under denna tid, och även därefter, finns ett fortsatt behov av sammanhållande stödjande strukturer. När flera aktörer har åtaganden i att stödja omställningen behöver det finnas en sammanhållen nationell stödstruktur. Utredningen ser att såväl Socialstyrelsen som SKR har centrala roller i det arbetet.

## 9.3 Ett sammanhängande system för att följa omställningen

### 9.3.1 Utgångspunkter

I ett så omfattande förändringsarbete som detta, vilket utvecklas iterativt och pågår parallellt på flera olika nivåer och med flera olika huvudmän behövs ett sammanhängande system för att kontinuerligt kunna följa upp arbetet, se om man är på rätt väg mot målet eller, vid behov, ska justera någon del av planen. Kanske ta en lite annorlunda väg. Kanske låta någon del ta lite längre tid än planerat.

I vårt andra delbetänkande lämnade vi förslag på ett ramverk för att regelbundet följa upp omställningsarbetet.[6] Förslagen omfattade dels en årlig uppföljning av ett antal storheter för att följa förflyttningen på övergripande nivå, dels regelbundna nationella samråd (med representanter från kommun, region och statlig nivå) och dels

[6] Se avsnitt 8.3 i SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform*.

uppdrag till Vårdanalys att bistå med underlag inför dessa nationella samråd.

I juli 2019 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla den nationella uppföljningen av omställningen till en nära vård med fokus på primärvården. Ett uppdrag i tre delar, där den andra och tredje delen är direkt kopplade till uppföljningen av omställningen. Det andra deluppdraget handlar om förutsättningarna för att på aggregerad nivå inhämta resultat för ett antal utvalda indikatorer i syfte att följa omställningen till en mer nära vård. Det tredje uppdraget handlar om att följa upp, analysera och rapportera hur omställningsarbetet i regionerna och kommunerna utvecklas. En första rapport kring det andra deluppdraget lämnades i november 2019 (se avsnitt 2.3.3). Årliga rapporter om uppdragen kommer att lämnas till regeringen senast 1 juni 2020–2022.

### 9.3.2 Medskick i fortsatta arbetet med att utveckla ett nationellt system för uppföljning

#### System som omfattar den kommunala hälso- och sjukvården

Utredningen vill i detta sammanhang lyfta vad vi ser som en stor utmaning för att få fram rättvisande underlag för att följa omställningen på nationell nivå, nämligen bristen på kvalitetssäkrade underlag och kunskap om kommunal hälso- och sjukvård. T.ex. var det först i januari 2019 som landets kommuner blev skyldiga att rapportera uppgifter om vilka åtgärder som utförts av legitimerad personal till Socialstyrelsens register, och tidigast 2021 räknar Socialstyrelsen med att kunna redovisa statistik över denna vård. Antalet kommuner som rapporterar in, och kvaliteten i det inrapporterade materialet, har ännu inte nått tillräcklig omfattning.

Givet att våra uppföljningssystem för svensk hälso- och sjukvård hitintills i stor utsträckning fokuserat på den vård som ges vid sjukhus, och vi nästan helt saknat system för att systematiskt följa upp primärvården, såväl finansierad av region som kommun, finns det en risk att vi konsekvent missbedömer den vård som ges utanför sjukhusen, och då inte minst den primärvård som kommunerna har ansvar för att erbjuda. Detta måste beaktas vid utformandet och utvecklingen av uppföljningssystem såväl för omställningen, som för hela den svenska hälso- och sjukvården.

### Gemensamma arenor för utvecklingsdialog

Utredningen bedömer fortsatt att det i vårt decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem finns behov av något slags gemensamt forum för olika aktörer, där man kan diskutera framdriften i omställningen, utbyta erfarenheter och vid behov diskutera justeringar. Utredningen bedömer att detta behov finns såväl regionalt (mellan varje region och dess kommuner) som på mer övergripande nivå (stat, regioner, kommuner). Det är också vår bild att fler och fler regionala sådana forum är på väg att tillskapas runtom i landet. Vad gäller sådana arenor på övergripande nivå var det flera av remissvaren avseende vårt andra delbetänkande som välkomnade förslaget om gemensamma uppföljningstillfällen.

Ett tänkbart alternativ till de tidigare föreslagna nationella uppföljningstillfällena skulle kunna vara etableringen av ”Omställningsforum” i de sex sjukvårdsregionerna, vilka möts vart tredje år, eller så ofta regioner och kommuner i respektive sjukvårdsregion finner det lämpligt. Samt att den nationella nivån genom SKR och staten, t.ex. i form av Socialstyrelsen och IVO och andra relevanta myndigheter medverkar, vid dessa forum.

## 9.4 Omfördelning av resurser i systemet och resurser för omställningen

### 9.4.1 Utgångspunkter

### Det handlar inte bara om ekonomiska resurser

I enlighet med utredningens ursprungsdirektiv ska vi analysera hur resurser kan överföras från sjukhusvård till primärvård. Som vi beskrivit i tidigare betänkanden kan en sådan resursöverföring inte beskrivas enbart i ekonomiska termer. Det handlar i minst lika stor utsträckning om successiv överföring av kompetenser för såväl vårdverksamhet som utbildning och forskning, och ibland om att tillgängliggöra resurser och kompetenser till olika delar av systemet via nya arbetssätt och/eller nya tekniska lösningar. Även om omställningen till en god och nära vård omfattar hela hälso- och sjukvården så bedömer utredningen att det, i likhet med hur det utrycks i våra direktiv, finns behov av att också specifikt titta på hur primärvården resurssätts. Utan

en stark primärvård som kan vara basen i en mer nära hälso- och sjukvård kommer inte omställningen att vara möjlig.

### Men det handlar också om ekonomiska resurser

Samtidigt kan konstateras att den regionfinansierade primärvården står för en förhållandevis liten del av regionernas totala hälso- och sjukvårdskostnader, runt 18 procent 2018.[7] Även om en stor mängd nya uppgifter de senaste åren tillförts vård-/hälsocentraler så har generellt sett inte förutsättningar i form av kompetens och/eller ekonomiska resurser motsvarande uppdragen följt med.[8] Den specialiserade somatiska vårdens kostnader har under större delen av 2010-talet ökat mer än kostnaderna för regionernas primärvård, även om dessa steg något mer än för den somatiska vården 2017 (det senaste året för vilka siffror finns tillgängliga när detta betänkande trycks).[9]

Ser man i stället till den del av hälso- och sjukvården som kommunerna har ansvar för att erbjuda, vilken också är på primärvårdsnivå, motsvarar det visserligen en relativt stor del av kostnaderna för den svenska hälso- och sjukvården, men betydligt mindre av kommunernas totala kostnader, då de har ett stort antal andra ansvarsområden än hälso- och sjukvård. Dessutom är det ett återkommande problem att kommunernas hälso- och sjukvårdskostnader inte redovisas tydligt och därmed synliggörs på samma sätt som övriga delar av hälso- och sjukvårdssystemet. I SKR:s Hälso- och sjukvårdsrapport redovisas t.ex. bara regionernas hälso- och sjukvård, och i Ekonomirapporten – som omfattar både kommuner och regioner- så redovisas inte kommunernas hälso- och sjukvårdskostnader separat. Så vitt utredningen kan bedöma kan denna i stället i olika utsträckning rymmas under rubrikerna ”äldreomsorg”, ”funktionshinder” och ”övrigt”.[10] Rubriker som kan omfatta både hälso- och sjukvård och socialtjänst. På samma sätt förefaller det också vara i många kommuners övergripande budgetdokument och årsredovisningar.

Utredningen har inte haft möjlighet att göra en analys av samtliga kommuner i landet. I stället har vi i samband med besök/dialoger i olika kommuner, samt via vår referensgrupp med kommundirektö-

[7] SKR, *Ekonomirapporten oktober 2019,* 2019, s. 48.
[8] Vårdanalys, *En primär angelägenhet*, 2017, s. 65–66, s. 91.
[9] SKR, *Ekonomirapporten oktober 2019*, 2019 s. 48; Vårdanalys, *En primär angelägenhe*t, 2017, s. 91.
[10] SKR, *Ekonomirapporten oktober 2019,* 2019, s. 32.

rer, ställt frågan om man i olika kommuners budgetdokument och redovisningar av de nämnder som har ansvar för kommunens hälso- och sjukvårdsuppgifter kan utläsa vilken andel av budget som går till just hälso- och sjukvård. Representanterna i vår referensgrupp har också tillfrågat kringliggande kommuner. Av dessa svar framgår att flera, men inte alla, kommuner kan utläsa – eller med eftersökningar kan få fram – kostnader för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Delegerade insatser enligt HSL, som utförs av t.ex. personal i socialtjänst har dock flertalet kommuner svårigheter, eller inga möjligheter alls, att följa. En kommun har vid en initial genomlysning fått indikationer på att delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser inom hemtjänsten motsvarar ca 20–25 procent av den totala insatstiden i hemtjänsten. Detta kan jämföras med när kommuner tog fram schabloner över kostnader för hemtjänsttimme vid införande av LOV, då motsvarande beräkningen var ca 10 procent. Flera kommuner har sedan höjt ”HSL- schablonen” till 15 procent, vilket dock enligt den aktuella kommunens beräkningar alltså ändå skulle vara långt under den faktiska andelen.

En extra utmaning gällande den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården är att det finns så få kvalitetssäkrade underlag att det är svårt att beskriva både nuläge (omfattning, kostnader och kvalitet) och förmodade konsekvenser av eventuella förändringar. Därmed blir det också svårt att med säkerhet belägga det som såväl vi i utredningen som många andra hälso- och sjukvårdsaktörer – inte minst kommunala företrädare i våra dialoger – uppfattar: att den kommunala hälso- och sjukvården överlag är väsentligt underresurssatt. Exempel som pekar på detta återfinns i Socialstyrelsens förstudie om kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Av den framgår bl.a. att hälso- och sjukvården och socialtjänsten enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom bör erbjuda vård och omsorg utifrån ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt till personer med demenssjukdom. År 2018 var det dock enbart 41 procent av kommunerna som erbjöd sådan vård i ordinärt boende, dvs. uppnådde den förväntade kvalitetsnivån.

Ett annat exempel är att nationella riktlinjer för vård vid diabetes rekommenderar att patienter bör erbjudas en enkel fotundersökning. En sådan undersökning förebygger allvarliga problem i form av svårläkta fotsår och infektioner samt fotdeformiteter som ofta förekommer hos personer med diabetes typ 1 och typ 2. År 2018 var det

bara 20 procent av kommunerna som erbjöd patienterna i ordinärt boende detta, och 24 procent av kommunerna som erbjöd fotundersökning i särskilt boende.

### Hälso- och sjukvårdens finansiering

Det är viktigt att i detta sammanhang påminna sig om hur strukturen och finansieringen av den svenska hälso- och sjukvården ser ut. Staten har ett övergripande systemansvar. Riksdagen stiftar lagar som sätter ramarna för hälso- och sjukvården. Rent ekonomiskt är statens roll förhållandevis liten. År 2017 stod staten för ca 1,5 procent av de totala löpande hälso- och sjukvårdsutgifterna för den svenska hälso- och sjukvården.[11] Ansvaret för finansieringen och organiseringen av hälso- och sjukvården ligger hos de 20 regionerna, och i vissa delar hos de 290 kommunerna. Via region- respektive kommunalskatten finansieras merparten av hälso- och sjukvården. 2017 stod regionerna och regionägda bolag för 56,7 procent av de totala löpande hälso- och sjukvårdsutgifterna och kommunerna för 25,5 procent.[12] Tittar man i stället enbart på det offentligas kostnader för hälso- och sjukvården står staten för ca 2 procent, regionerna för ca 68 procent och kommunerna för ca 30 procent av de löpande hälso- och sjukvårdsutgifterna.[13] Oavsett gör detta att när en större andel av den ekonomiska resursen i framtiden ska tillfalla primärvården behöver det primärt ske genom omfördelning inom regionerna, och delvis kommunerna, av respektive huvudmans egna resurser. Statens bidrag till hälso- och sjukvården är en liten del i sammanhanget.

## 9.4.2 Omfördelning av huvudmännens resurser

Regioner och kommuner sköter sina angelägenheter inom hälso- och sjukvården på den kommunala självstyrelsens grund. I enlighet med våra grundlagar bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de

[11] SCB, *hälsoräkenskaper 2001–17*, 2019.
[12] Resterande kostnader fördelas mellan frivilliga sjukvårdsförsäkringar (0,6 procent), hushållens ideella organisationer (0,1 procent), företag (0,5 procent) och hushållens utgifter ur egen ficka/patientavgifter (15,2 procent).
[13] Prop. 2019/20:01, *UO9*, s. 21.

ändamål som har föranlett den.[14] Att från statens sida besluta om exakt fördelning av resurser inom ett område som enligt lagstiftning är regioner och kommuners ansvar vore ett mycket stort intrång i den kommunala självstyrelsen, som i utredningens mening inte går att motivera utifrån nuvarande ansvarsförhållanden. Givet att våra regioner och kommuner även i flera avseende har olika förutsättningar, t.ex. vad gäller geografi, befolkning och bemanning, och hur man hittills valt att organisera sin primärvård och övriga hälso- och sjukvård är det också en naturlig följd att behoven kommer att se delvis olika ut på olika ställen. Det är därför nödvändigt att varje region och kommun gör egna analyser av hur primärvården behöver förstärkas för att respektive huvudman ska kunna leva upp till de gemensamma lagbestämmelser som gäller för hela landet, och vilken resursomfördelning som behöver göras för att uppnå detta utifrån de egna förutsättningarna.

Som vi beskrivit i avsnitt 2.3.4 är det utifrån regionernas nulägesrapporter dock överlag svårt att säga om sådana analyser görs, och om en resursomfördelning från sjukhus till primärvård faktiskt sker. För flertalet regioner kan man på sin höjd utläsa att det är ambitionen utifrån fastslagna strategier och påbörjade utvecklingsarbete. Något mer konkret är det för t.ex. Västra götalandsregionen, som uppger ett pågående arbete med scenarier för uppdrags- och resursförflyttning, Region Skåne som anger att primärvården fått en ökad andel i budgeten för såväl 2019 som 2020 och för Region Kronoberg där primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader enligt budget ska öka kommande år.

### 9.4.3 Statliga stöd

Vårt uppdrag, och omställningen av hälso- och sjukvården, handlar inte om kostnadsbesparingar på kort sikt. Avsikten är att skapa förutsättningar för resurseffektivisering, att bibehålla eller öka kvaliteten, möta de demografiska förändringarna och samtidigt ha kontroll på kostnaderna. Då kan vård och omsorg inte organiseras på samma sätt som i dag.

[14] 14 kap. 3 § RF.

På sikt är bedömningen, i enlighet med aktuella rekommendationer och beskrivningar av moderna, hållbara hälso- och sjukvårdssystem,[15] att omställningen och omfördelningen av resurser från sjukhus till primärvård kommer att bidra till en mer kostnadseffektiv hälso- och sjukvård. Som utredningen konsekvent har framhållit är det dock inte momentant när vi börjar fördela mer resurser till primärvården, och därmed skapar förutsättningar för de fördelar som en stark primärvård medför, som kostnaderna minskar på sjukhusen. Det behövs perioder av, och förutsättningar för, omställning. Detta inte minst i ett läge då många (akut)sjukhusverksamheter upplever svårigheter att klara dagens beting inom befintlig budgetram. Det kommer att ta tid och resurser i anspråk att bygga upp den starka och breda primärvård som fullt ut kan axla rollen som bas och nav i ett modernt, personcentrerat och effektivt hälso- och sjukvårdssystem. Därför är det utredningens bedömning att det kommer att krävas ekonomiska tillskott till systemet under en omställningsperiod.

Utifrån den ansträngda ekonomiska situationen i ett växande antal kommuner och regioner med sviktande befolkningsunderlag, demografiska utmaningar och ökande försörjningskvoter är det inte rimligt att anta att detta är något som kommuner och regioner kommer att kunna lösa helt på egen hand. Detta framhålls i regionernas nulägesrapporter, av SKR och i utredningens dialoger med företrädare för såväl kommuner som regioner runtom i landet. Vid utgången av 2018 var det 35 kommuner och sex regioner som hade negativa resultat kvar att återställa om totalt 0,7 mdkr för kommunerna respektive 2,8 mdkr för regionerna. Jämfört med 2017 hade antalet kommuner som hade ett negativt resultat kvar att återställa ökat med 24 kommuner och beloppet som skulle återställas med 0,5 mdkr. Antalet regioner som hade ett negativt resultat kvar att återställa hade ökat med tre, och det sammanlagda beloppet som skulle återställas hade ökat med 0,9 mdkr jämfört med 2017.[16] Enligt SKR beräknas ett nittiotal kommuner redovisa underskott för 2019.[17] Ser man till regionerna räknade sju av dem med underskott för 2019, men endast två hade ekonomisk balans inom den somatiska hälso- och sjukvården.[18]

[15] WHO, *Building the economic case for primary health care: a scoping review*, 2018.
[16] Prop. 2019/20:1, *UO25*, s. 12.
[17] SKR, *Ekonomirapport okt 19*, 2019 s. 9.
[18] SKR, *Ekonomirapport okt 19*, 2019, s. 10.

Att det finns en allmän kännedom om detta återspeglas i de satsningar som gjorts, och uttalanden om framtida satsningar, från statlig nivå de senaste åren. Av såväl Januariavtalet som budgetpropositionen för 2020 framgår att förstärkningen av de allmänna bidragen till kommuner och regioner ska fortsätta i jämn takt över mandatperioden.[19] Staten stödjer kommunsektorn ekonomiskt med både generella och riktade statsbidrag. Det kan bl.a. noteras att i budgetpropositionen för 2020 gav regeringen generella tillskott på 5 mdkr till kommunsektorn för 2020, i syfte att förbättra förutsättningarna att utveckla välfärdens verksamheter och minska risken för nedskärningar eller skattehöjningar i kommunerna och regioner. Av dessa medel fördelades 1,5 mdkr på utgiftsområde (UO) 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg och 3,5 mdkr på UO 25 Allmänna bidrag till kommuner.[20] Staten har för 2020 avsatt ca 12,7 mdkr i riktade statsbidrag via överenskommelser med SKR på hälso- och sjukvårdens område[21] (finansierade under UO9, och exklusive läkemedelsförmånerna).

## Utmaningen med skilda vägar för statliga bidrag till kommuner respektive regioner

Generella statsbidrag är utgångspunkten i statens ekonomiska styrning av kommunsektorn. Generella statsbidrag möjliggör anpassning efter lokala och regionala behov, vilket är centralt då utmaningarna skiljer sig åt mellan kommunerna respektive regionerna. Det finns samtidigt ett fortsatt behov av att staten stödjer kommuner och regioner gällande kostnader inom vissa områden och då riktar statsbidrag till specifika områden med stora utvecklingsbehov.

Ett särskilt förhållande att beakta när man överväger och utformar riktade statliga stöd till hälso- och sjukvården är att ansvaret är fördelat mellan två huvudmän, regioner och kommuner. Detta reflekteras dock inte fullt ut i de riktade bidragen till hälso- och sjukvård på senare tid.

[19] *Januariavtalet,* punkt 6; prop. 2019/20:01, UO 25, s. 24
[20] Prop. 2019/20:1, *UO25*, s. 24.
[21] Överenskommelser om: Förlossningsvård och kvinnors hälsa 2020, Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2020, Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020, Patientsäkerhet, nationella kvalitetsregister m.m. 2020, En god och nära vård 2020, Insatser inom området psykisk hälsa 2020.

Såväl kommuner som regioner får större delen av sina statsbidrag via UO25, Allmänna bidrag till kommuner, anslag 1:1 Kommunalekonomisk utjämning. Dessa är då generella, inte riktade. Det är också det sätt som huvudmännen föredrar att få statliga bidrag.

Staten har på senare år tillfört medel till hälso- och sjukvården genom riktade statsbidrag, vilka primärt utgått från UO9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslag 1:6 bidrag till folkhälsa och sjukvård. Av ändamålsbeskrivningen för anslaget framgår bl.a. att ”medel inom anslaget får användas för överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)” (numera SKR). Hittills har i princip endast regionerna varit potentiella mottagare av dessa riktade statliga satsningar. Satsningarna har inte omfattat eller tagit sikte på kommunernas hälso- och sjukvård. I utredningens bedömning speglar detta den ”osynlighet” som länge präglat den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Den enda möjligheten för kommuner att få del av 2019 års överenskommelse om God och nära vård var t.ex. genom regionerna. Dock fanns 100 mnkr avsatta för kommunerna inom överenskommelsen om förutsättningar för vårdens medarbetare. I 2020 års överenskommelse om God och nära vård är 500 mnkr, av ca 6,25 mdkr, avsatta för kommunerna (avsett för övergripande insatser som ska bidra till att stärka huvudmännens planering av sitt kompetensbehov).

SKR har såväl i skrivelse till regeringskansliet som till utredningen framhållit att om regioner och kommuner ska kunna driva omställningen till nära vård gemensamt krävs det att staten säkerställer att det stöd som ges kan nyttjas på ett sätt som främjar det gemensamma arbetet. Dagens uppdelning genom den statliga budgeten bidrar enligt SKR till en cementering av befintliga strukturer, och stödjer inte den samsyn och samverkan som måste till för att säkra omställningen.[22]

### 9.4.4 Det behövs en långsiktig, övergripande överenskommelse för omställningen

**Utredningens bedömning:** Staten bör under den återstående omställningsperioden, 2021–2027, samla flera av de ekonomiska satsningar som regleras i överenskommelser mellan regeringen och

[22] SKR, *Skrivelse avseende God och nära vård - Vård i samverkan, SOU 2019:29*, 2019.

SKR i en övergripande överenskommelse för omställningen till en God och nära vård.

Överenskommelsen bör bestå av två delar. En del med ett övergripande omställningsbidrag som fördelas till regioner och kommuner efter fördelningsnyckel och vars storlek ligger fast under överenskommelsens tid.

En del där de övergripande ingående områdena slås fast från start, men där inriktning och storlek under de olika områdena kan variera från år till år och mellan olika huvudmän, utifrån behov.

### Skäl för utredningens bedömning

Vi bedömer att staten under den återstående omställningsperioden 2021–2027 bör samla flera av de ekonomiska satsningar inom hälso- och sjukvårdens område som i dagsläget regleras i separata överenskommelser mellan regeringen och SKR i en övergripande överenskommelse för omställningen, en överenskommelse om God och nära vård. Överenskommelsen bör bestå av två delar.

- En del med ett övergripande omställningsbidrag som fördelas till samtliga regioner och kommuner efter fördelningsnyckel baserat på befolkningstalet och vars storlek ligger fast under överenskommen tid. Utifrån att regionerna står för ungefär 2/3 av det offentligas kostnader för hälso- och sjukvården och kommunerna för ungefär 1/3 bör motsvarande andelar av denna del av överenskommelsen avsättas för regioner respektive kommuner.
- En del där de övergripande ingående områdena slås fast från start, men där inriktning och storlek under de olika områdena kan variera från år till år och mellan olika huvudmän, utifrån behov.

Staten har ett övergripande ansvar för att samtliga kommuner och regioner har förutsättningar och kapacitet att hantera skiftande utmaningar.[23] Därmed finns det en möjlighet för staten att gå in med tillfällig finansiering för att stötta och underlätta omställningsarbetet och möjliggöra dess framdrift under tiden fram till färdplanens slutpunkt, i syfte att leva upp till HSL:s mål om god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

[23] Prop. 2019/20:1, *UO25*, s. 25.

Liksom såväl regeringen som SKR tidigare utryckt ser utredningen behov av att skapa en mer samlad styrning, med mer långsiktighet och bättre planeringsförutsättningar för huvudmännen i deras utövande av huvudmannaansvaret för hälso- och sjukvården. Statskontorets rapporter om utvecklingen av den statliga styrningen av kommunsektorn visar t.ex. att många styrsignaler på olika områden kan skapa svårigheter för kommuner och regioner att bedriva verksamheten på ett ändamålsenligt sätt.[24] Regeringen har mot denna bakgrund meddelat att man avser att utveckla en mer strategisk styrning med riktade statsbidrag, bl.a. genom att se över möjligheten att minska antalet riktade statsbidrag samt möjligheterna att förenkla utformningen och minska administrationen inom de områden där det är lämpligt.[25]

Samtidigt ser vi att det fortsatt finns vissa behov av möjligheter för staten att stimulera utveckling på specifika områden. En konstruktion som samlar flera av dagens olika överenskommelser under en kappa, som ger långsiktighet kring såväl inriktning på vissa områden som den övergripande storleken på bidragen, bedömer utredningen vore ett viktigt steg i den önskade riktningen.

*Mer om utformningen: en vidareutveckling av 2020 års överenskommelse om God och nära vård*

Utredningens bedömning motsvarar, och kan ses som en vidareutveckling av, den konstruktion som använts för 2020 års överenskommelse mellan staten och SKR om en God och nära vård. Den överenskommelsen speglar att omställningen berör hela hälso- och sjukvården, och omfattar totalt 6 250,5 mnkr som fördelas på fyra olika utvecklingsområden, vilka syftar till att stödja utvecklingen av hälso- och sjukvården med fokus på den nära vården. För 2020 är dessa områden: utvecklingen av den nära vården med fokus på primärvården, ökad tillgänglighet i barnhälsovården, goda förutsättningar för vårdens medarbetare och insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025.

Med utgångspunkt såväl i att omställningen omfattar hela hälso- och sjukvården, som den uttalade avsikten att gå mot mindre fragmentiserad användning av riktade statsbidrag och ge bättre plane-

[24] Prop. 2019/20:1, *UO25*, s. 21.
[25] Prop. 2019/20:1, *UO25*, s. 25.

ringsförutsättningar för huvudmännen, bedömer vi att regeringen från och med 2021 och för den resterade omställningsperioden, bör samla merparten av de riktade statsbidragen från UO9 till hälso- och sjukvården, under en ram-överenskommelse för god och nära vård.

Givet att den statliga budgeten är ettårig med beräknade belopp för ytterliga två år, kan inga garantier ges om statliga riktade medel under hela den återstående omställningsperioden enligt färdplanen (fram t.om 2027). Det är dock utredningens bedömning att en avisering om en sådan avsikt (på liknande sätt som görs i nuvarande överenskommelser som sträcker sig över fler år), och en möjlig förankring av själva principen om en sådan ram-överenskommelse i kommande proposition/er om omställningen i sig, skulle utgöra ett viktigt steg på vägen mot bättre planeringsförutsättningar för huvudmännen.

Liksom i konstruktionen av 2020 års överenskommelse anser vi att det i kommande ram-överenskommelser bör finnas en del som är en generell resursförstärkning till huvudmännen. Dvs. ett inte helt generellt statsbidrag, men riktat endast i så måtto att det enbart får användas till ändamål kopplade till den övergripande inriktningen för omställningen av hälso- och sjukvården. I övrigt är det upp till huvudmännen att styra var i det egna omställningsarbetet medel behöver tillföras. I 2020 års överenskommelse omfattade denna del 1 500 mnkr till regionerna. Dessa medel var en del av de 5 nya mdkr till kommunsektorn som tillfördes i syfte att förbättra förutsättningarna att utveckla välfärdens verksamheter och minska risken för nedskärningar eller skattehöjningar i kommunerna och regionerna. De övriga 3,5 mdkr tillfördes UO25, Allmänna bidrag till kommunerna.

Framöver bedömer utredningen att det är avgörande att den generella delen av en ram-överenskommelse om god och nära vård kommer såväl kommuner som regioner till del.

Innehållsmässigt ser utredningen att ett antal befintliga satsningar skulle kunna utgöra delar i en sådan ram-överenskommelse (se tabell 9.1), fler än de som inkluderats i 2020 års ram-överenskommelse. Detta innebär inte att syftet med dessa satsningar, såsom t.ex. satsningarna på cancervården eller standardiserade vårdförlopp, skulle förändras. Däremot skulle de placeras i en kontext av den större omställningen.

**Tabell 9.1 Möjliga delar i en ramöverenskommelse om God och nära vård**

Miljoner kronor

| Befintlig satsning | Beräknad omfattning 2021 | Beräknad omfattning 2022 |
|---|---|---|
| Cancer (anslag 1:6) | 500 | 500 |
| Kvinnors hälsa och förlossningsvård (anslag 1:6) *satsning upphör 2022* | 1 000 | 1 000 |
| Utveckling av den nära vården med fokus på primärvården (anslag 1:6) | 3 000 | 3 000 |
| Standardiserade vårdförlopp (anslag 1:6) | 500 | 500 |
| Utbildning av specialistsjuksköterskor (anslag 1:6) *t.o.m. 2022, därefter 400 mnkr* | 500 | 500 |
| Karriärtjänster för specialistsjuksköterskor (anslag 1:6) | 100 | 100 |
| Psykiatri (anslag 1:8) *t.o.m. 2022* | 1 000 | 1 000 |
| Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna (anslag 1:11) | 3 000 | 3 000 |
| **Totalt** (t.o.m. 2022): | **9 600** | **9 600** |

Utredningen vill understryka att tabellen är en sammanställning av relevanta satsningar under UO9 som i budgetpropositionen för 2020 är beräknade för 2021 och 2022, och därmed möjliga att – under de här aktuella åren – inkludera i en ram-överenskommelse. Som ovan beskrivits kan inga garantier ges om storlek eller inriktning på en ramöverenskommelse för hela omställningsperioden utan detaljerna i utformningen behöver vara en del av gängse budgetprocess, samt förhandlingsprocess med SKR.

### 9.4.5 Reflektioner kring resurser för omställningen utifrån utredningens samlade förslag

För utredningens uppdrag att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården krävs förändringar i många delar av dagens hälso- och sjukvårdssystem. För att skapa en fungerande helhet krävs ett systemperspektiv, där det inte är funktionellt att betrakta varje problemställning som fristående från sitt sammanhang, och utifrån det söka lösa varje enskild fråga för sig. Alla utredningens förslag, i detta och tidigare betänkanden, hänger ihop, och bildar tillsammans en helhet.

Syftet är att bidra till att skapa förutsättningar för en hållbar hälso- och sjukvård motsvarande en modern samhällskontext och befolkningens behov i dag. I vårt uppdrag ingår också att beskriva hur ett genomförande av en sådan större strukturomställning ska kunna ske utan att riskera en sämre kvalitet i vården i dess helhet, och att i stället bidra till ökad kvalitet. Att beakta är också de kvalitetsbrister som finns i dagens system, och som förstås i möjligaste mån ska hanteras. Ett sådant exempel är patientsäkerhetsrisker i vårdens övergångar, ett annat exempel en ibland bristande resurs- och kompetenssättning av den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården.

Den demografiska utvecklingen, fler personer med kroniska sjukdomar, stora utmaningar vad gäller kompetensförsörjning samt ökade förväntningar på hälso- och sjukvården i hela landet är faktorer som på olika sätt kommer att kräva en förändring av hälso- och sjukvårdens struktur och organisation för att åstadkomma ett effektivare resursutnyttjande och möjliggöra kostnadskontroll.

I detta betänkande lägger vi ett antal bedömningar och förslag inom olika delar av hälso- och sjukvården som medför ca 2120 mnkr i löpande kostnader från och med år 2023 (se tabell 9.2) samt ett antal olika tillfälliga statsbidrag om totalt 239,5 mnkr, under åren 2021–2027 (se tabell 9.3).

Vår bedömning är att utöver de resurser som i dag är allokerade till hälso- och sjukvårdsområdet bör det vara prioriterat att tillföra medel från de ytterligare tillskott till kommunsektorn som regeringen och samarbetspartierna aviserat för de kommande åren.[26] Vi

[26] 2019/20:FiU49, *Ändringar i statens budget för 2020 – Stöd till kommunsektorn för att stärka välfärden*, s. 8.; prop. 2019/20:01, *UO 25*, s. 24.

har därför föreslagit att delar av kostnaderna ska finansieras från dessa aviserade medel. Vi har vidare inte lagt förslag på vilka delar av befintliga satsningar under UO9, anslag 1:6 som bör prioriteras bort till förmån för våra olika förslag. Detta motiveras av utredningens bedömning om ett avgörande behov att tillföra medel till hälso- och sjukvårdshuvudmännen för att genomföra omställningen i ett skede där många huvudmän har stora ekonomiska utmaningar. Det understöds av det faktum att utredningen i sina direktiv inte har något uttalat krav på att förslagen ska vara kostnadsneutrala. Vårt uppdrag handlar i stället om att skapa förutsättningar för resurseffektivisering, att bibehålla eller öka kvaliteten i hälso- och sjukvården, möta de demografiska förändringarna och samtidigt ha kontroll på kostnaderna. Utredningen framhåller att vår bedömning är, i enlighet med aktuellt kunskapsläge och rekommendationer, att omställningen till nära vård och en stark primärvård kommer att bidra till en mer kostnadseffektiv hälso- och sjukvård.

Det kommer dock att ta tid att bygga upp den starka och breda primärvård som fullt ut kan axla rollen som bas och nav i ett modernt, personcentrerat och effektivt hälso- och sjukvårdssystem. Vi ser därför att det finns behov av tillkommande omställningsmedel, till både kommuner och regioner, i enlighet med utredningens bedömningar och förslag, för att nå målbilden i den gemensamma färdplanen.

# Översikt utredningens samlade förslag

**Tabell 9.2 Kostnad löpande satsningar i utredningens förslag**

Miljoner kronor per år

| Avsnitt | Förslag | FiP* | Finansierings-källa | Startår | 2023 | 2024 och framåt |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.3.2 | En gemensam plan för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå | ja | UO25, 1:1 (*tillförs medel från UO9, anslag1:6*) | 1/1 2023 | 60 | 60 |
| 4.4.2–4.4.6 | Individuell plan | ja | UO25, 1:1 (*tillförs medel från aviserade satsningar på kommunsektorn*) | 1/1 2023 | 1 350 | 1 350 |
| 5.2.1 | Varje patient ska ha möjlighet till ett s.k. patientkontrakt | ja | UO9, 1:6 *(tillförs medel från aviserade satsningar på kommunsektorn)* | 1/1 2024** | | 30 |
| 6.2.1 | Regioners och kommuners ansvar för medverkan i utbildning ska tydliggöras | ja | UO16 | 1/1 2023 | Ja, del av ersättnings-beloppen till läro-sätena | Ja, del av ersättnings-beloppen till läro-sätena |
| 7.7.3 | Statlig medfinansiering (*främjande av hälso- och sjukvård i hela landet*) | nej | UO9, nytt anslag | 1/1 2023 | 680 | 680*** |
| **Totalt** | | | | | **2 090** | **2 120** |

* Finansieringsprincip tillämplig.
** Tidigast 1/1 2024, tidpunkt beror på när den tekniska plattformen är utvecklad.
*** Bör efter år 1 justeras utifrån prognos.

**Tabell 9.3 Kostnad tidsbegränsade satsningar i utredningens förslag**

Miljoner kronor per år

| Avsnitt | Förslag | Finansierings-källa | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.3.1 | Regionen och kommuner ska samverka vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården (*Omställningsstöd)* | UO9, 1:6, som en del av ök GoN (*den generella resursförstärkningen)* | X* | X | X | X | X | X | X |
| 4.3.3 | Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas de förutsättningar för samverkan som behövs (*Omställningsstöd)* | UO9, 1:6, som en del av ök GoN (*den generella resursförstärkningen)* | X | X | X | X | X | X | X |
| 5.2.1 | Varje patient ska ha möjlighet till ett s.k. patientkontrakt (*Utvecklingskostnader*) | UO9, 1:6 | 75 | 55 | 55 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6.2.1 | Regioners och kommuners ansvar för medverkan i utbildning ska tydliggöras (*Omställningsstöd)* | UO9 1:6, som en del av ök om GoN *(professionssatsningen*) | X | X | X | X | X | X | X |
| 7.4.1 | Obligatoriskt inrättande av valfrihetssystem inom fler vårdområden (*Stöd till utformning)* | UO9, 1:6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 32 |
| 7.7.2 | Ett nytt ersättningssystem (*Uppdrag till Socialstyrelsen)* | UO9, 1:6 | 2,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8.2.2 | Beskrivningssystem *(Uppdrag till Socialstyrelsen*) | UO9, 1:6 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Totalt** | | | **97,5** | **55** | **55** | **X** | **X** | **X** | **32** |

* Eftersom vårt förslag innebär att omställningsstödet här ska utgöras av medel i överenskommelsen om God och nära vård, vars exakta utformning förhandlas mellan staten och SKR, anges inte någon exakt omfattning utan i stället ”X”.

# 10 Uppdraget om lättare psykisk ohälsa

## 10.1 Uppdraget enligt direktiven

Den 15 augusti 2019 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till vår utredning. Utöver vad som sägs i tidigare direktiv ska vi utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivning. Utredningen ska också vid behov lämna förslag på hur detta kan genomföras på ett effektivt sätt. Uppdraget bygger på en punkt i det s.k. Januariavtalet[1]. I och med detta tilläggsuppdrag förlängs utredningstiden till januari 2021.

Som beskrivet i direktiven finns i dag ingen enhetlig definition av begreppet psykisk ohälsa. Nedsatt psykiskt välbefinnande kan indikera lättare besvär av psykisk ohälsa. Folkhälsomyndigheten genomför vartannat år den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. I undersökningen från 2018[2] uppgav 17 procent av befolkningen nedsatt psykiskt välbefinnande, bland kvinnor var andelen 20 procent och bland män 14 procent. Andelen har ökat sedan mätningen 2016, men ökningen är inte statistiskt säkerställd.

Nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligast bland unga, och i synnerhet bland unga kvinnor. I åldersgruppen 16–29 år angav 33 procent av kvinnorna och 19 procent av männen nedsatt psykiskt välbefinnande. I undersökningen uppgav 39 procent av befolkningen i åldern 16–48 år lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Det är en ökning sedan 2016, då andelen var 36 procent. Av de tillfrågade

[1] En sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna. Delar av regeringens politik bygger på denna överenskommelse.
[2] Folkhälsomyndigheten, *Hälsa på lika villkor*, 2018.

kvinnorna angav 46 procent besvär av ängslan, oro eller ångest. Motsvarande andel bland männen var 32 procent.

Män söker vård för psykisk ohälsa i mindre utsträckning än vad kvinnor gör, och de väntar längre innan de gör det. Andelen som uppger nedsatt psykiskt välbefinnande är vidare dubbelt så stor bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella. Transpersoner tenderar att ha ytterligare nedsatt psykiskt välbefinnande[3]. Enligt Försäkringskassan är nästan hälften av dagens sjukskrivningar relaterade till psykisk ohälsa[4].

Många äldre lider av ensamhet och ett minskat socialt sammanhang. En rapport från Socialstyrelsen visar att psykisk ohälsa är vanligare hos äldre kvinnor och män som är över 65 år än hos yngre personer.[5] Det har också uppmärksammats att äldre i vissa fall enbart behandlas med hjälp av läkemedel trots att de kan ha behov av andra insatser. Liknande problematik har rapporterats även i andra grupper.

I direktiven lyfts också ytterligare grupper med stora behov som inte alltid uppmärksammas i tillräcklig hög grad vad gäller bristande psykiskt välbefinnandet; personer med funktionsnedsättning, personer med riskbruk, liksom personer som vårdar eller stöder en närstående. I uppdraget understryks vikten av att primärvården samverkar med socialtjänsten vid behov vad gäller psykiskt välbefinnande, för att kunna beakta personens hela livssituation, och hitta bakomliggande orsaker till psykisk ohälsa såsom våld i nära relationer och ekonomisk utsatthet.

Det konstateras att hälso- och sjukvårdsinsatser för personer med psykisk ohälsa av olika slag, från psykiatrisk diagnos till nedsatt psykiskt välbefinnande, ges såväl inom regionernas och kommunernas primärvård, som inom den specialiserade vården. Även andra verksamheter, såsom Studenthälsan och företagshälsovården, kommer i kontakt med personer som har behov av stöd vid olika typer av psykisk ohälsa. Regeringens uppfattning, såsom den uttrycks i direktiven, är att det finns ett behov av att skyndsamt kunna erbjuda stöd till personer med lättare psykisk ohälsa. Skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom den nära vården skulle dels kunna ge förutsättningar för att förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar, dels, genom att vård ges på adekvat plats i systemet utifrån personens

[3] Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling,* 2017.
[4] Försäkringskassan, *Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2019*, 2019.
[5] Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre,* 2018.

behov, bidra till att förbättra tillgängligheten till den specialiserade psykiatrin för dem med behov av specialiserad vård.

Fokus för uppdraget är därmed lättare psykisk ohälsa som inte kräver specialiserad vård. I uppdraget ligger också att definiera begreppet lättare psykisk ohälsa. Det är enligt direktiven upp till utredaren att bedöma vilken form av lättare psykisk ohälsa som ska erbjudas den nya formen av insatser.

I utredningens uppdrag ingår sammanfattningsvis bl.a. att:

- Utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl. a, förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar,
- överväga vilka målgrupperna ska vara för de nya insatserna, hur deras behov av stöd ska definieras och vilka typer av insatser som är bästa lämpade för målgrupperna,
- överväga hur och när en medicinsk bedömning av behoven ska ske, utifrån att stödet ska kunna ges skyndsamt och på rätt vårdnivå,
- överväga hur insatserna ska passas in i primärvårdens uppdrag och organisation,
- överväga hur verksamhet såsom Studenthälsovård och företagshälsovård kan bidra till och komplettera regionernas och kommunernas primärvårdsuppdrag,
- utreda hur insatserna ska följas upp och hur effekterna ska utvärderas,
- kartlägga om liknande lösningar har utformats i något land inom EU eller EES-området,
- överväga vilka kompetenser som bör ligga till grund för det nya stödet, kartlägga nuvarande kompetenser inom primärvården och analysera behov av kompetens- och utbildningsinsatser,
- överväga vilka personalkategorier i primärvården som i första hand bör erbjudas kompetensinsatser och om även personer som i dag inte arbetar inom hälso- och sjukvården kan utbildas för arbete inom primärvården,

- beskriva konsekvenserna för primärvården, den specialiserade psykiatrin och berörda myndigheter, samt
- bedöma vilka konsekvenser som på sikt kan uppstå för sjukskrivningstalen och för vuxna med psykisk ohälsa.

## 10.2 Initiala reflektioner

Psykisk ohälsa är ett brett begrepp, och en viktig del i utredningens arbete blir uppdraget att definiera vad som avses med begreppet inom ramen för utredningens analys och förslag. Det är viktigt att skilja psykiskt välbefinnande, som subjektiv upplevelse, från psykiatriska diagnoser ställda på mer objektiva kriterier. Det är samtidigt viktigt att förstå betydelsen av upplevd psykisk ohälsa för den enskilde. Det finns ett behov av att identifiera vad i den upplevda psykiska ohälsan som behöver mötas inom hälso- och sjukvården, och vad som beror av andra faktorer än medicinska eller åligger andra samhällssektorer att ansvara för. Uppdraget leder också in på aktuella samtidsfrågor såsom ofrivillig ensamhet, och hur samhället på olika sätt, ofta genom samverkan mellan flera aktörer såväl på myndighetsnivå som inom frivilligverksamhet, kan skapa förutsättningar för psykiskt välbefinnande.

Utredningen har redan i tidigare betänkanden haft området psykisk ohälsa med i arbetet. I våra tidigare förslag vad gäller primärvårdens utformning är en utgångspunkt primärvårdens grunduppdrag, som omfattar såväl somatiskt som psykisk hälsa[6]. Utredningens grunduppdrag är att lämna förslag på hur ett modernt hälso- och sjukvårdssystem ska utformas. I det sammanhanget blir upplevelsen av nedsatt psykiskt välbefinnande i befolkningen, inte minst hos unga, ett viktigt område att belysa. Likaså utifrån de många rapporter om somatisk ohälsa hos människor med samtidig psykiatriska diagnos. I en personcentrerad hälso- och sjukvård är ett holistiskt förhållningssätt en grundbult. Inom området psykisk ohälsa blir det också självklart att knyta an till utredningens tidigare förslag som betonar vikten av förebyggande insatser och hälsofrämjande arbete.

[6] SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform.*

## 10.3 Tillvägagångssätt

Utredningen kommer i detta uppdrag att arbeta med samma breda dialog som tidigare, i enlighet med ursprungsdirektiven. Då området funnits med även i utredningens tidigare arbete finns redan insamlat material att tillgå från de omfattande möten och dialoger som genomförts. Vi har också sedan tidigare bevakat och även deltagit i olika initiativ inom området, såsom t.ex. SKR:s Kraftsamling för psykisk hälsa[7] samt det pågående arbetet hos SKR, regioner och kommuner inom ramen för Strategi för hälsa[8].

Utredningen avser också särskilt beakta tidigare genomförda utredningar med betydelse för området, såsom Kommissionen för jämlik hälsa (2015:2) och utredningen Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09). Även Tillitsdelegationens arbete (Fi 2016:03) kommer att tas i fortsatt beaktande. Utredningens fem referensgrupper (med representation för politik, profession, patienter och brukare, regionsamt kommunledningar) kommer fortsatt att stå till utredningens förfogande, liksom de av regeringen tillsatta experterna och sakkunniga.

Vi emotser, på samma sätt som tidigare, inbjudningar till dialog från systemets olika aktörer, och förstås i stor utsträckning från de som har egen upplevd erfarenhet av området, ofta representerade av patient- och brukarorganisationer.

Arbetet för att motverka psykisk ohälsa och stärka den mentala hälsan är ett globalt arbete som lyfts av såväl EU och OECD[9] som WHO. År 2013 antog Världshälsoförsamlingen[10] ”Comprehensive Mental Health Action Plan for 2013–2020”. Planen innebär specifika åtgärder för att förbättra mental hälsa och bidra till att ett antal globala mål inom området uppnås. En vägledande inriktning för utredningens arbete kan sammanfattas i citatet ”No health without mental health” – Ingen hälsa utan psykisk hälsa.

[7] SKR, *Kraftsamling för psykisk hälsa*, 2020.
[8] SKR, *Strategi för hälsa*, 2020.
[9] OECD och EU, *Health at a glance: Europe 2018*, 2018.
[10] WHA (World Health Assembly), WHO:s högsta beslutande församling.

### 10.3.1 Dialogfrågor

Vår utredning har i tidigare betänkande framgångsrikt arbetat med att samla in synpunkter brett från olika aktörer genom att använda dialogfrågor. Tanken med frågorna är att de ska stimulera till diskussion på hemmaplan; APT-möten, föreningsmöten, eller till enskild reflektion. Vi vill nu ta tillfället i akt att göra detta även för vårt uppdrag gällande lättare psykisk ohälsa. Utredningen tar gärna emot inspel utifrån nedanstående dialogfrågor. Kontaktuppgifter till utredningen återfinns på vår hemsida:
www.sou.gov.se/godochnaravard.

- Saknas det i dag kunskap om hur man bäst tar hand om sig själv för att må så bra som möjligt i livet? Om ja – var borde man få lära sig om det?
- Saknas det i dag kunskap om hur man bör förstå tidiga tecken som kan leda till t.ex. ångest, sömnproblem, depression eller suicidalitet? Och om hur man bör agera när man själv eller någon närstående drabbas? Om ja – var bör man få veta mer om det?
- Hur kan primärvården samverka bättre med civila samhället i frågor som rör psykiskt välbefinnande? Finns goda exempel?

# 11 Författningskommentar

## 11.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

**5 kap.**

*2 §*

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler, *den utrustning och de förutsättningar för samverkan* som behövs för att god vård ska kunna ges.

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.3.3.

Paragrafen ändras med tillägget att *förutsättningar för samverkan* läggs till som en av de grundläggande förutsättningarna för att god vård ska kunna ges. Dvs. det behövs såväl personal, lokaler, utrustning men också förutsättningar för samverkan mellan vårdgivare och olika verksamheter för ett hälso- och sjukvårdssystem som hänger ihop, även på verksamhets- och utförarnivå. Paragrafen ändras språkligt, genom att ”och” tas bort före beskrivningen av ”den utrustning” och det läggs till ”och de förutsättningar för samverkan” som ytterligare exemplifiering gällande vad som behövs för att god vård ska kunna ges. Exempel på sådana förutsättningar som avses är adekvata rutiner i vilka samverkan regleras och förutsättningar för uppföljning möjliggörs, beaktande av utvecklade samverkansstrukturer i och mellan olika verksamheter och att samverkan beaktas i verksamhetens ledningssystem.

**7 kap.**

*3 a §*

*Regionen ska med tillämpning av lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillhandahålla valfrihetssystem inom fysioterapi och psykiatri.*

*Ersättningen från regionen till utförare inom valfrihetssystemen ska följa den enskildes val av utförare.*

Paragrafen behandlas i avsnitt 7.4.1. Bestämmelsen har tillkommit som en följd av att lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi upphävts. För att skapa möjligheter för de läkare, av vilka en stor andel är specialiserade inom psykiatri, och för de fysioterapeuter som verkar med stöd av nämnda lagar att integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt övrig öppenvård och med offentlig finansiering fortsatt bedriva verksamhet i privat regi, har regionerna ålagts skyldighet att inrätta valfrihetssystem inom psykiatri och fysioterapi. De läkare med specialitet inom allmänmedicin som verkar med stöd av lagen om läkarvårdsersättning anses kunna bedriva fortsatt verksamhet inom det befintliga obligatoriska vårdvalssystemet för primärvård. Det är upp till respektive region att bestämma den närmare utformningen av valfrihetssystemen inom fysioterapi och psykiatri, däribland vårdvalens omfattning.

Precis som gäller vid regionernas organisering av primärvården som ett vårdvalssystem, ska ersättningen från regionen till utförarna inom de inrättade valfrihetssystemen fysioterapi och psykiatri följa den enskildes val av utförare.

**7 kap.**

*7 §*

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med *kommunen och andra* samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.3.1 och innebär genom tillägget ”kommuner och andra” (samhällsorgan) ett tydliggörande att regionen i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården behöver sam-

verka med kommunen. Samverkan mellan region och kommun är i detta avseende så viktig att det uttryckligen bör framgå av författningstext (jfr prop. 1981/82:97 s. 61 f., prop. 1990/91:14 s. 61–63). (Jfr kommentar till 11 kap. 3 § HSL där samma förtydligande görs gällande kommunens samverkanskrav).

## 8 kap.

*8 §*

Regionen får erbjuda läkemedel utan kostnad till den som får *hälso- och sjukvård i hemmet*.

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.3 och innebär en följdändring av 12 kap. 2 § HSL där begreppet hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) ersätts med hälso- och sjukvård i hemmet (utan parentes).

## 10 kap.

*1 a §*

*Regionen ska tillhandahålla ett. patientkontrakt till patienten i enlighet med vad som anges i 6 kap. 5 § patientlagen (2014:821).*

Paragrafen behandlas i avsnitt 5.2.1 och är ny.

En ny paragraf om upprättande och tillhandahållande av ett *patientkontrakt* har föreslagits införas i 6 kap. 5 § patientlagen (2014:821) (se avsnitt 5.2.1). Av denna framgår att patienten ska få del av en sammanställning av uppgifter om patientens fasta vårdkontakt/er och individuella plan. Regionen ansvarar i dag för att en individuell plan upprättas i enlighet med 8 kap. 7 § HSL samt i samverkan och under de förutsättningar som anges i 16 kap. 4 § HSL (jfr även förslag till ändringar i denna bestämmelse i avsnitt 4.4).

I den häri föreslagna paragrafen åläggs regionen att ansvara för att tillhandahålla den sammanställda informationen, det s.k. patientkontraktet, till patienten (jfr kommunens ansvar i föreslagen 13 kap. 1 a § HSL). Att den sammanställda informationen benämns patientkontrakt, trots att kontrakt i juridisk mening har en annan innebörd än vad som här avses, beror dels på att termen patientkontrakt redan

etablerats i hälso- och sjukvårdens verksamheter, dels på att den synliggör att det inte är någon ytterligare plan inom hälso- och sjukvården som ska upprättas, utan i stället en sammanställning av redan existerande uppgifter.

## 11 kap.

*3 §*

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska kommunen samverka med *regionen och andra* samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.3.1 och innebär ett tydliggörande av att kommunen i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvården även behöver samverka med regionen.

Samverkan mellan kommun och region är i detta avseende så viktigt att detta uttryckligen behöver framgå av författningstext (jfr prop. 1981/82:97 s. 61 f., prop. 1990/91:14 s. 61–63). (Jfr kommentar till 7 kap. 7 § HSL vari samma förtydligande görs gällande regionens samverkanskrav).

## 12 kap.

*2 §*

Kommunen får erbjuda den som vistas i kommunen *hälso- och sjukvård i hemmet* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453).

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.3 och innebär en ändring. Begreppet hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) ersätts med hälso- och sjukvård i hemmet (utan parentes). Några ändringar i sak är dock inte avsedda vad gäller det som enligt gällande skrivning utgör hemsjukvård. Det är därmed fortsatt hälso- och sjukvård i hemmet på primärvårdsnivå som omfattas av den nya skrivningen.

**12 kap.**

*4 §*

Regionen får på framställning av en kommun inom regionen erbjuda läkemedel utan kostnad ur läkemedelsförråd till den som

1. bor i en sådan särskild boendeform som avses i 5 kap. 5 § andra stycket socialtjänstlagen (2001:453), eller
2. får *hälso- och sjukvård i hemmet* genom kommunens försorg.

Regionen svarar för kostnaderna för läkemedel som rekvireras till läkemedelsförråden.

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.3 och innebär en språklig följdändring av vad som anges i 12 kap. 2 § HSL, varigenom begreppet hemsjukvård i *punkten 2*, ersätts med hälso- och sjukvård i hemmet.

**13 kap.**

*1 a §*

*Kommunen ska tillhandahålla ett patientkontrakt till patienten i enlighet med vad som anges i 6 kap. 5 § patientlagen (2014:821).*

Paragrafen behandlas i avsnitt 5.2.1 och är ny.

En ny paragraf om upprättande och tillhandahållande av ett *patientkontrakt* har föreslagits införas i 6 kap. 5 § patientlagen (2014:821) (se avsnitt 5.2.1). Av denna framgår att patienten ska få del av en sammanställning av uppgifter om patientens fasta vårdkontakt/er och individuella plan. Kommunen ansvarar i dag för att en individuell plan upprättas i enlighet med 12 kap. 5 § HSL samt i samverkan och under de förutsättningar som anges i 16 kap. 4 § HSL (jfr även förslag till ändringar i denna bestämmelse i avsnitt 4.4).

I den häri föreslagna paragrafen åläggs kommunen att ansvara för att tillhandahålla den sammanställda informationen, det s.k. patientkontraktet, till patienten (jfr regionens ansvar i föreslagen 10 kap. 1 a § HSL). Att den sammanställda informationen benämns patientkontrakt, trots att kontrakt i juridisk mening har en annan innebörd än vad som här avses, beror dels på att termen patientkontrakt redan etablerats i hälso- och sjukvårdens verksamheter, dels på att den synliggör att det inte är någon ytterligare plan inom hälso- och sjuk-

vården som ska upprättas, utan i stället en sammanställning av redan existerande uppgifter.

**14 kap.**

*1 §*

Regionen får till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda *hälso- och sjukvård i hemmet* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om regionen och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare. Överenskommelsen får även avse ansvar för sådana förbrukningsartiklar som avses i 8 kap. 9 §.

Regionen får lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överlåtelsen.

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.3.

Paragrafen utgör en följdändring av ändringen i 12 kap. 2 § där begreppet hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) ersätts med hälso- och sjukvård i hemmet. Några ändringar i sak är inte avsedda vad gäller det som enligt gällande skrivning utgör hemsjukvård. Det är därmed fortsatt hälso- och sjukvård i hemmet på primärvårdsnivå som omfattas av den nya skrivningen.

**14 kap.**

*2 §*

Om samtliga kommuner inom en regions område ingår i en överlåtelse av ansvar för *hälso- och sjukvård i hemmet* enligt 1 § och om det behövs för kostnadsutjämning mellan kommunerna, får kommunerna lämna ekonomiskt bidrag till varandra.

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.3.

Paragrafen utgör en följdändring av ändringen i 12 kap. 2 § där begreppet hemsjukvård har tagits bort. I denna bestämmelse ersätts hemsjukvård med begreppet hälso- och sjukvård i hemmet.

**16 kap.**

*1 §*

Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller *hälso- och sjukvård i hemmet* i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §.

Regionen ska med kommunerna inom regionen sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.

Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.3.

Paragrafen utgör en följdändring av ändringen i 12 kap. 2 § HSL där begreppet hemsjukvård har tagits bort i paragrafens *första stycke* andra mening och ersatts med begreppet *hälso- och sjukvård i hemmet*.

**16 kap.**

*4 §*

När den enskilde har behov av insatser *från flera vårdgivare eller* insatser både från hälso- och sjukvården och socialtjänsten, ska *representanter för de verksamheter eller enheter i regionen eller kommunen som ansvarar för insatserna tillsammans* upprätta en individuell plan.

Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina *behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet* tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. *Den enskildes önskemål om upprättandet av en individuell plan ska beaktas.* Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser, *exempelvis förebyggande och rehabiliterande,* som behövs,

2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,

3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen,

4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen, *och*

*5. målet med insatserna utifrån den enskildes perspektiv.*

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.4.

I paragrafens *första stycke* införs ändringar som utökar skyldigheten att upprätta en individuell plan till att gälla även när den enskilde får hälso- och sjukvårdsinsatser från flera vårdgivare (behandlas i avsnitt 4.4.2). Det kan röra sig om flera vårdgivare inom en och samma huvudman såsom exempelvis bara regionalt eller kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, eller hälso- och sjukvårdsinsatser från olika huvudmän. (Jfr 8 kap. 7 § HSL gällande regionens ansvar för att i samverkan med patienten upprätta en individuell plan respektive 12 kap. 5 § HSL gällande kommunens ansvar för upprättande av individuell plan). Enligt den i dag gällande lydelsen i vilken huvudmännen för dessa verksamheter, dvs. regionen tillsammans med kommunen ska upprätta en individuell plan under förutsättning att den enskilde har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från regionen *och* socialtjänst från kommunen, exkluderas en stor grupp individer som också behöver en individuell plan. Genom att införa skrivningen ”flera vårdgivare” i paragrafens *första stycke*, första mening, utökas således detta ansvar till att omfatta även denna grupp individer. I paragrafens *första stycke* införs även att den individuella planen ska upprättas av *representanter för* de *verksamheter eller enheter* hos huvudmännen som ansvarar för insatserna. Denna skrivning är inte avsedd att tolkas som om ansvaret för upprättandet av en individuell plan ska övervältras på annan än huvudmännen. Skrivningen är endast avsedd att dels harmonisera befintlig bestämmelse med formuleringen i lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (se exempelvis 1 kap. 1 § och 4 kap. 1–2 §§) samt dels bättre återspegla hur en individuell plan upprättas i praktiken, dvs. det är inte regional/kommunal nämnd/fullmäktige som upprättar individuella planer i samverkan med patienten, utan representanter för

verksamheter eller enheter som deltar i detta arbete och i mötet med patienten.

I paragrafens *andra stycke* förtydligas befintlig bestämmelse med vilka behov den enskilde ska få tillgodosedda genom att en individuell plan upprättas, dvs. *behovet av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.* I *andra stycket* läggs också till att den enskildes önskemål om en individuell plan beaktas (behandlas i avsnitt 4.4.3). Även om det av förarbetena till motsvarande paragraf i SoL, 2 kap. 7 §, (se prop. 2008/09:193 s. 20 f. och s. 33–34) framgår att den enskildes och de närståendes uppfattning om behovet bör tillmätas stor betydelse är det, ur ett personcentrerat perspektiv, viktigt att detta också förstärks i författningstext (jfr även kommentar till 6 kap. 4 § PL).

I paragrafens *fjärde stycke* (behandlas i avsnitt 4.4.6), görs ett tillägg i *första punkten* vari förtydligas att det av planen ska framgå vilka insatser som behövs, dvs. förebyggande och rehabiliterande insatser. Med förebyggande insatser avses i förslaget i första hand återfallspreventiva insatser (utifrån den enskildes befintliga hälsotillstånd). I vissa fall kan det vara så att de insatser som behövs är både av förebyggande och rehabiliterande karaktär. I sådana fall ska detta framgå av planen.

I *tredje punkten* stryks ”och” och flyttas till slutet av *fjärde punkten.*

En ny *femte punkt* (behandlas i avsnitt 4.4.5) införs också i *fjärde stycket* av vilken framgår att målet med insatserna utifrån den enskildes perspektiv också ska framgå av planen.

## 16 kap.

*5 §*

*Regionen och kommunen ska upprätta en övergripande gemensam plan för utformningen av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå.*

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.3.2 och är ny.

Föreslagen paragraf innebär att regionen tillsammans med de kommuner som ingår i respektive län, ska åläggas att upprätta en övergripande gemensam plan för hälso- och sjukvård på den gemensamma vårdnivån primärvård. Det finns i dag inga formella hinder i befintlig reglering som hindrar att en sådan samordning mellan region och

kommuner kommer till stånd, men det görs inte i dag vilket påverkar såväl effektivitet som jämlikhet i vården.

Förslaget avser inte att i detalj reglera innehållet eller tidsomfattningen i den övergripande planen. Avsikten är inte heller att ålägga huvudmännen att gemensamt utforma enskilda verksamheter som respektive huvudman ansvarar för. Avsikten är i stället att säkerställa en gemensam långsiktig strategisk planering för det gemensamma åtagandet primärvård. Planen kan förslagsvis omfatta frågor såsom kompetensförsörjning, lokalfrågor och utbudspunkter.

## 18 kap.

*4 §*

*Regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för.*

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 6.2.1. Bestämmelsen är en kodifiering av det uppdrag som hälso- och sjukvårdens huvudmän redan före bestämmelsens tillkomst haft genom den så kallade principöverenskommelsen (se prop. 2000/01:71, *Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar*) och förekommande avtal med utbildningsanordnare, att medverka till att studenter i hälso- och sjukvårdens olika verksamheter kan genomföra den verksamhetsförlagda utbildning som ingår i deras utbildningar. Bestämmelsen har tillkommit för att tydliggöra detta ansvar och skapa förutsättningar för verksamhetsförlagd utbildning inom alla delar av hälso- och sjukvården, oavsett huvudman och driftsform. Syftet med bestämmelsen är att fler aktörer inom hälso- och sjukvården ska involveras i utbildningsfrågan och att det därigenom skapas bättre förutsättningar för en ändamålsenlig kompetensförsörjning och en jämlik vård.

Bestämmelsen ålägger regioner och kommuner att utifrån rådande behov av utbildningsplatser, vilket bör framgå av dialoger med utbildningsanordnare som tillhandahåller utbildningar på hälso- och sjukvårdens område, ställa erforderliga krav på vårdgivare att tillhandahålla sådana platser. Det innebär inte att regioner och kommuner måste ställa krav på att varje enskild vårdgivare ska ta emot studenter i sin verksamhet. Ur ett regionalt och kommunalt helhetsperspektiv ska dock säkerställas att behovet tillgodoses. Den prak-

tiska utformningen för detta är en fråga för respektive region eller kommun. Regionen eller kommunen kan t.ex. inom ett valfrihetssystem kräva att vårdgivaren för avtal med regionen eller kommunen ska tillhandahålla utbildningsplatser i viss angiven omfattning, eventuellt med hänsyn tagen till t.ex. vårdgivarens storlek. Alternativt kan regionen eller kommunen planera utbildningsinsatserna på så sätt att vissa vårdgivare, i verksamhet som bedrivs i egen regi eller i verksamhet upphandlad med stöd av LOU, fungerar som särskilda utbildningsenheter och därmed tar emot en större volym studenter. Så långt möjligt bör man i denna planering också beakta behovet att skapa förutsättningar för interprofessionellt lärande. Vad som är en ändamålsenlig lösning, hur stort behovet av utbildningsplatser är i den enskilda regionen eller kommunen och till vilken verksamhet utbildningen behöver förläggas, får bestämmas utifrån lokala förutsättningar och behov.

## 11.2 Förslaget till lag om ändring av tandvårdslagen (1985:125)

*8 a §*

Vid tillämpningen av 8 § ska regionen särskilt se till att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som

1. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller

2. har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som

a) omfattas av en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),

b) får *hälso- och sjukvård i hemmet*, eller

c) är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer som omfattas av 2 a eller 2 b ovan.

Regionen ska också se till att nödvändig tandvård erbjuds patienter som avses i första stycket.

Regionen ska vidare se till att tandvård kan erbjudas

1. dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid, och

2. dem som har stora behov av tandvård på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.2.3 och innehåller en följdändring med anledning av föreslagna ändringar i 12 kap. 2 § HSL.

I paragrafens *första stycke* andra punkten, punkten b), ersätts begreppet hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) med hälso- och sjukvård i hemmet. Parentesen med begreppet hemsjukvård tas bort. Se kommentar till 12 kap. 2 § HSL.

## 11.3 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

**2 kap.**

*7 §*

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska *representanter för de verksamheter eller enheter i kommunen eller regionen som ansvarar för insatserna tillsammans* upprätta en individuell plan.

Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina *behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet* tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. *Den enskildes önskemål om upprättandet av en individuell plan ska beaktas.* Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

1. vilka insatser, *exempelvis förebyggande och rehabiliterande,* som behövs,

2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,

3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen,

4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen, *och*

*5. målet med insatserna utifrån den enskildes perspektiv.*

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.4.2–3, 4.4.5 och 4.4.6 och utgör en följdändring av förslag till ändringar i 16 kap. 4 § HSL.

I paragrafens *första stycke* införs att den individuella planen ska upprättas av *representanter för de verksamheter eller enheter* hos huvudmännen som ansvarar för insatserna (jfr kommentar till 16 kap. 4 § HSL). Denna skrivning är inte avsedd att tolkas som om ansvaret för upprättandet av en individuell plan ska övervältras på annan än huvudmännen, dvs. kommun eller region. Skrivningen är endast avsedd att harmonisera befintlig bestämmelse dels med föreslagna ändringar i 16 kap. 4 § HSL dels med formuleringarna i lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (se exempelvis 1 kap. 1 § och 4 kap. 1–2 §§). Detta bedöms bättre återspegla hur en individuell plan upprättas i praktiken, dvs. det är inte kommunal/regional nämnd/fullmäktige som upprättar individuella planer i samverkan med patienten, utan representanter för de verksamheter eller enheter som deltar i detta arbete och i mötet med patienten.

I paragrafens *andra stycke* förtydligas befintlig bestämmelse med vilka behov den enskilde ska få tillgodosedda genom att en individuell plan upprättas, dvs. behovet av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. I samma stycke läggs också till att den enskildes önskemål om en individuell plan beaktas. Även om det av förarbetena till aktuell bestämmelse (se prop. 2008/09:193 s. 20 f. samt s. 33–34) framgår att den enskildes och de närståendes uppfattning om behovet bör tillmätas stor betydelse är det, ur ett personcentrerat perspektiv, viktigt att detta också förstärks i författningstext (jfr kommentar till 6 kap. 4 § PL).

I paragrafens *fjärde stycke* görs ett tillägg i *första punkten* vari förtydligas att det av planen ska framgå vilka insatser som behövs, dvs. förebyggande och rehabiliterande insatser. Med förebyggande insatser avses i förslaget i första hand återfallspreventiva insatser (utifrån den enskildes befintliga hälsotillstånd). I vissa fall kan det vara så att de insatser som behövs är både av förebyggande och rehabiliterande karaktär. I sådana fall ska detta framgå av planen.

I *tredje punkten* stryks ”och” och flyttas till slutet av *fjärde punkten.*

En ny *femte punkt* införs också i *fjärde stycket* av vilken framgår att målet med insatserna utifrån den enskildes perspektiv också ska framgå av planen.

## 11.4 Förslaget till ändring i patientlagen (2014:821)

**6 kap.**

*4 §*

För en enskild som har behov av *insatser från flera vårdgivare eller insatser både från hälso- och sjukvården och socialtjänsten* ska en individuell plan upprättas under de förutsättningar som anges i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.4.2.

Paragrafen utgör en följdändring av föreslagna ändringar i 16 kap. 4 § HSL och 7 kap. 2 § SoL, vari en utökad skyldighet att upprätta en individuell plan föreslås även för den målgrupp individer som behöver insatser från flera vårdgivare – oavsett huvudman – men som i dag inte omfattas av bestämmelserna om individuell plan om inte bestämmelserna i 8 kap. 7 § HSL (utifrån regionens ansvar) eller 12 kap. 5 § HSL (utifrån kommunens ansvar) är tillämpliga, eller om den enskilde inte dessförinnan har blivit intagen i sluten vård och lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård tillämpas. Se kommentarer till 16 kap. 4 § HSL samt 7 kap. 2 § SoL. (Jfr även 1 kap. 2 § lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten vård).

**6 kap.**

*5 §*

*Om patienten begär det, ska en sammanställning av uppgifter om patientens fasta vårdkontakt och individuella plan, ett patientkontrakt, utan dröjsmål upprättas och tillhandahållas till patienten.*

Paragrafen behandlas i avsnitt 5.2.1.

Paragrafen är ny varigenom begreppet *patientkontrakt* införs. Ett s.k. patientkontrakt utgör en sammanställning av uppgifter dels om *patientens fasta vårdkontakt* eller eventuellt fasta vårdkontakter (om patienten har flera sådana inom olika delar av hälso- och sjukvården), dels uppgifter om den *individuella planen* som har upprättats i enlighet med 8 kap. 7 §, 12 kap. 5 § eller 16 kap. 4 § HSL. Ett sådant

patientkontrakt ska, om patienten begär det, *utan dröjsmål*, dvs. snarast möjligt upprättas och tillhandahållas till patienten. Tillhandahållandet bör ske på ett för patienten lämpligt sätt och därmed anpassas till patientens behov. Tillhandahållandet kan således ske antingen i skriftlig (digital eller fysisk) eller muntlig form.

## 11.5 Förslaget till lag om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet

### Lagens tillämpningsområde och definitioner

*1 §*

*Denna lag får tillämpas av regioner för anskaffning av hälso- och sjukvårdstjänster inom den öppna vården från vårdgivare i privat verksamhet som bedriver vård i glesbygd.*

*Vad som i lagen sägs om regioner gäller också kommuner som inte ingår i en region.*

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 7.7.1. Lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet har tillkommit i syfte att skapa incitament och förutsättningar för etablering av hälso- och sjukvårdsaktörer i glesbygd. Lagen får tillämpas som ett alternativ till LOU eller LOV av regioner som inom sitt geografiska ansvarsområde har ett område som kan betecknas som glesbygd. Lagen utgör således ett kompletterande system för anslutning till den offentligt finansierade vården. Vad som utgör glesbygd preciseras i förordningen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet. Ersättningen för den vård som lämnas med stöd av lagen bestäms nationellt på statlig nivå. Staten är också delfinansiär av vården. Härigenom skapas incitament för regionerna att tillämpa lagen och därmed för etablering i sådan glesbygd som nu avses. Den nya lagen ersätter lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi. Genom lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet ges regionerna större möjligheter att styra över vårdetableringarna och därmed bättre planeringsförutsättningar. Av andra stycket framgår att lagen kan tillämpas även av kommuner som inte ingår i en region.

*2 §*

*Verksamhet inom företagshälsovård eller elevhälsa som avser medicinska insatser enligt 2 kap. 25 § skollagen (2010:800) omfattas inte av denna lag.*

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 7.7.1 och har sin bakgrund i att sådan verksamhet som här anges inte omfattas av lagen om läkarvårdsersättning eller lagen om ersättning för fysioterapi.

*3 §*

*Bestämmelser om anskaffning av hälso- och sjukvårdstjänster finns även i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner och lagen (2008:962) om valfrihetssystem.*

Genom bestämmelsen tydliggörs att regioners anskaffning av hälso- och sjukvårdstjänster får ske också med stöd av andra lagstiftningar.

## Anskaffning av och ersättning för hälso- och sjukvårdstjänster

*4 §*

*Vid anskaffning av hälso- och sjukvårdstjänster enligt denna lag ska regionen, i den mån inte särskilda bestämmelser i denna lag anger annat, tillämpa lagen (2016:1145) om offentlig upphandling. Vid en sådan tillämpning av lagen om offentlig upphandling ska de bestämmelser tillämpas som gäller tjänster av sådant slag som anges i bilaga 2 a till den lagen. Med upphandlande myndighet enligt den lagen avses region och med leverantör sådan vårdgivare som avses i denna lag.*

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 7.7.1. Offentliga aktörers möjligheter att anskaffa hälso- och sjukvårdstjänster styrs bland annat av Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU, det så kallade LOU-direktivet. Då hälso- och sjukvårdstjänster är sådana tjänster som återfinns i bilaga XIV till nämnda direktiv faller de till stora delar utanför direktivets tillämpningsområde. Vissa bestämmelser om annonsering och tilldelning av kontrakt gäller dock alltjämt. Dessa har implementerats i nationell lagstiftning i 19 kapitlet LOU. Då de avtal som ingås med stöd av denna lag kan betraktas som offentliga

kontrakt, är bestämmelserna i 19 kapitlet LOU, i den mån inte särskilda bestämmelser i lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet anger annat, tillämpliga vid avtalsingåendet. Det innebär att reglerna om annonsering, tilldelning av kontrakt, rätten till överprövning, regler om avtalsspärr m.m. blir tillämpliga.

*5 §*

*En region ska teckna avtal med den eller de vårdgivare vars anbud har högst kvalitet. Regionen ska på förhand ange vilka kriterier som utgör god kvalitet. Kriterierna ska vara likabehandlande, icke-diskriminerande och transparenta och ha anknytning till det som ska anskaffas.*

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 7.7.1. Eftersom ersättningen för de hälso- och sjukvårdstjänster som lämnas med stöd av denna lag är bestämda på förhand genom nationell reglering finns inte möjlighet att göra urval av anbudsgivarna utifrån pris. I stället är kvalitet avgörande. Vad som utgör kvalitet bestäms av respektive region utifrån efterfrågad tjänst och lokala förutsättningar. Vid urvalet ska dock de grundläggande principerna för offentlig upphandling beaktas. Kriterierna för urvalet måste också ha anknytning till det som anskaffas, dvs. vara relevanta.

*6 §*

*Avtal enligt denna lag får inte löpa under längre tid än sju år.*

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 7.7.1. För att skapa förutsebarhet för de vårdgivare som etablerar sig i glesbygd kan det komma att krävas av regionerna att avtalen med stöd av lagen tecknas under flera år. Med hänsyn till behovet av konkurrensutsättning får avtalen dock inte löpa under längre tid än sju år.

*7 §*

*Grunderna för den ekonomiska ersättningen till en vårdgivare framgår av myndighetsföreskrifter.*

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 7.7.2. Den ekonomiska ersättningen för hälso- och sjukvårdstjänster som lämnas med stöd av denna lag bestäms inte, såsom t.ex. vid upphandling med stöd av LOU eller vid vårdvalsförfarande enligt LOV, av den upphandlande myndigheten. I syfte att skapa nationell enhetlighet bestäms storleken på och villkoren för ersättningen i stället genom föreskrifter utformade av en statlig myndighet. Av 8§ framgår att den myndighet som regeringen bestämmer får meddela sådana föreskrifter.

*8 §*

*Regeringen får meddela föreskrifter om vad som avses med vårdgivare och glesbygd enligt denna lag.*

*Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om ekonomisk ersättning till vårdgivare för hälso- och sjukvårdstjänster som anskaffas med stöd av denna lag.*

Genom bestämmelsen bemyndigas regeringen att meddela föreskrifter om vad som avses med vårdgivare och glesbygd. Sådana föreskrifter finns i förordningen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet. Definitionen av glesbygd är preciserad i förordning för att möjliggöra en ändring av definitionen när så är behövligt på grund av ändrade förhållanden, till exempel i fråga om befolkningstäthet. Genom bestämmelsen bemyndigas också den myndighet regeringen bestämmer att i myndighetsföreskrifter närmare ange grunderna för den ekonomiska ersättningen.

*9 §*

*En myndighet ska utöva tillsyn över anskaffning av hälso- och sjukvårdstjänster enligt denna lag.*

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 7.7.1. Av förordning (2007:1117) med instruktion för Konkurrensverket framgår att det är Konkurrensverket som utövar tillsynen.

## 11.6 Förslaget till lag om ändring i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling

**1 kap.**

*3 §*

Bestämmelser om upphandling finns även i lagen (2016:1146) om upphandling inom försörjningssektorerna, lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner, lagen (2011:1029) om upphandling på försvars- och säkerhetsområdet *och lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet.*

Bestämmelsen har med anledning av införandet av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet ändrats till att också omfatta denna lag.

## 11.7 Förslaget till lag om ändring i lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner

**1 kap.**

*3 §*

Bestämmelser om upphandling finns även i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, lagen (2016:1146) om upphandling inom försörjningssektorerna, lagen (2011:1029) om upphandling på försvars- och säkerhetsområdet *och lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet.*

Bestämmelsen har med anledning av införandet av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet ändrats till att också omfatta denna lag.

# Särskilt yttrande

## Särskilt yttrande av experten Emma Spak

Att säkerställa att varje patient får vård utifrån sina individuella behov och förutsättningar är avgörande för utvecklingen av Nära vård. Som en viktig förutsättning för att möjliggöra detta behandlar utredningen frågan om samverkan mellan regioner och kommuner avseende hälso- och sjukvårdsinsatser inom öppen specialiserad vård i den enskildes hem. I utredningen görs bedömningen att kommuner redan idag kan medverka i sådan vård inom ramen för nu gällande regelverk.

Tyvärr riskerar utredningens förslag på detta område att inte vara tillräckliga för att lösa den problematik som nu finns kring samverkan mellan regioner och kommuner gällande hur hälso- och sjukvårdsinsatser kan ges i den enskildes hem. SKR har sedan utredningen fick sina första tilläggsdirektiv framhållit att det behövs konkreta lagförslag som möjliggör avtalssamverkan mellan region och kommun och beklagar att detta inte föreslås i utredningen.

En lösning på denna fråga är en förutsättning för att regioner och kommuner ska kunna ge den enskilde en trygg och säker vård i hemmet. Det är därför angeläget att ett sådant förslag tas fram snarast om detta inte bedömts ligga inom ramen för den befintliga utredningens uppdrag krävs en ytterligare utredning med uppdrag att utreda förutsättningarna för avtalssamverkan.

Emma Spak,
Sektionschef, Sveriges Kommuner och Regioner

# Referenser

## Författningar

### EU-rättsakter


Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG *av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer*.

Europaparlamentets och rådets direktiv 2007/66/EG *av den 11 december 2007 om ändring av rådets direktiv 89/665/EEG och 92/13/EEG vad gäller effektivare förfaranden för prövning av offentlig upphandling*.

Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/23/EU *av den 26 februari 2014 om tilldelning av koncessioner*.

Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU *av den 26 februari 2014 om offentlig upphandling*.

Fördraget *om Europeiska unionens funktionssätt*.


### Lagar


*Regeringsformen.*

*Hälso- och sjukvårdslagen (*1982:763).

*Förvaltningslagen* (1986:223).

*Högskolelagen* (1992:1434).

Lag (1993:1651*) om läkarvårdsersättning.*

Lag (1993:1652) *om ersättning för fysioterapi.*

*Socialtjänstlagen (2001:453).*

Lag (2003:192) *om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.*

Lag (2003:778) *om skydd mot olyckor.*

*Patientdatalagen* (2008:355).

Lag (2008:962) *om valfrihetssystem.*

*Offentlighets- och sekretesslagen* (2009:400).

*Patientsäkerhetslagen* (2010:659).

*Skollagen* (2010:800).

*Patientlagen* (2014:821).

Lag (2016:1145) *om offentlig upphandling.*

Lag (2016:1147) *om upphandling av koncessioner.*

*Hälso- och sjukvårdslagen* (2017:30).

Lag (2017:612) *om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*.

*Förvaltningslagen* (2017:900).

## Förordningar

*Högskoleförordningen* (1993:100).

Förordningen (1994:1120) *om ersättning för fysioterapi*.

Förordningen (1994:1121) *om läkarvårdsersättning*.

Förordning (2002:760) *om uppdragsutbildning vid universitet och högskolor*.

Förordning (2007:1117) *med instruktion för Konkurrensverket*.

Förordning *(2009:130) om yrkeshögskolan.*

*Patientsäkerhetsförordningen* (2010:1369).

*Gymnasieförordningen* (2010: 2039).

Förordning (2011:1162) *med instruktion för Myndigheten för yrkeshögskolan*.

Förordning (2013:176) *med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg*.

*Hälso- och sjukvårdsförordningen* (2017:80).

## Myndighetsföreskrifter

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) *om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) *om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården*.

Universitets- och högskolerådets föreskrifter (UHRFS 2013:11) *om uppdragsutbildning vid universitet och högskolor*.

## Rättsfall m.m.

EU-domstolens dom i mål C-454/06, pressetext Nachrichtenagentur GmbH mot Republik Österreich.

EU-domstolens dom i mål C-451/08, Helmut Müller GmbH mot Bundesanstalt für Immobilienaufgaben.

EU-domstolens dom i mål C-410/14, Dr. Falk Pharma GmbH mot DAK-Gesundheit.

EU-domstolens dom i mål C-9/17, Maria Tirkkonen mot Maaseutuvirasto.

RÅ 2010 ref. 97.

HFD 2017 ref. 67.

## Offentliga tryck

### Riksdagstryck

Finansutskottets bet. 2019/20:FiU49, *Ändringar i statens budget för 2020 – Stöd till kommunsektorn för att stärka välfärden.*

### Propositioner och skrivelser

Prop. 1962:122, *om sjukvårdslag m.m.*

Prop. 1969:125, *med förslag till lag om ändring i lagen den 25 maj 1962 (nr 381) om allmän försäkring*.

Prop. 1981/82:97, *om hälso- och sjukvårdslag m.m*.

Prop. 1990/91:14, *om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m. m.*

Prop. 1992/93:159, *om stöd och service till vissa funktionshindrade.*

Prop. 1993/94:75, *Arvoden till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samt vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m*.

Prop. 1994/1995:195 *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*

Prop. 1999/2000:149, *Nationell handlingsplan för utvecklingen av hälso- och sjukvården*.

Prop. 2000/01:71, *Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar*.

Prop. 2001/02:15, *Den öppna högskolan*.

Prop. 2004/05:162, *Ny värld – ny högskola.*

Prop. 2005/06:115, *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre.*

Prop. 2008/09:74, *Vårdval i primärvården*.

Prop. 2008/09:193, *Vissa psykiatrifrågor m.m.*

Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning.*

Prop. 2013/14:106, *Patientlag.*

Prop. 2015/16:195, *Nytt regelverk om upphandling*.

Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*.

Prop. 2016/17:106, *Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*.

Prop. 2017/18:206, *Ett enhetligt regionalt utvecklingsansvar.*

Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020. Förslag till statens budget för 2020, finansplan och skattefrågor.*

## Statens offentliga utredningar

SOU 1979:78, *Mål och medel för hälso- och sjukvården förslag till hälso- och sjukvårdslag.*

SOU 2006:100, *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.*

SOU 2012:2, *Framtidens högkostnadsskydd i vården*.

SOU 2013:15, *För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning*.

SOU 2015:20, *Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård*.

SOU 2016:2, *Effektiv vård.*

SOU 2016:55, *Det handlar om jämlik hälsa – Utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete.*

SOU 2016:78, *Ordning och reda i välfärden.*

SOU 2018:32, *Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst.*

SOU 2018:39, *God och nära vård. En primärvårdsreform.*

SOU 2018:47, *En lärande tillsyn. Statlig granskning som bidrar till verksamhetsutveckling i vård, skola och omsorg.*

SOU 2018:77, *Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter.*

SOU 2018:89, *Tydligare ansvar och regler för läkemedel.*

SOU 2019:6, *En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan.*

SOU 2019:20, *Stärkt kompetens i vård och omsorg.*

SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan.*

SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet.*

## Departementsserien och promemorior

Ds 1999:44, *Den ljusnande framtid är vård, Om vård och omsorg – en arbetsmarknad i utveckling.*

Ds 2018:32, *Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi.*

Promemoria U2018/02704/UH, *En sexårig utbildning för läkarexamen.*

## Kommittédirektiv

Dir. 2019:37, *Kommittédirektiv – Översyn av vissa frågor som rör personuppgiftshantering i socialtjänst och hälso- och sjukvårdsverksamhet.*

Dir. 2019:69, *Ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård.*

## Rapporter

AFRY, *Future Cities Survey Results*, 2019.

E-hälsomyndigheten, *Fördjupad förstudie om Nationell läkemedelslista*, 2018.

Folkhälsomyndigheten, *Folkhälsans utveckling*, 2017.

Folkhälsomyndigheten, *Hälsa på lika villkor*, 2018.

Försäkringskassan, *Uppföljning av sjukfrånvarons utveckling 2019*, 2019.

Inera AB, *eHälsa och IT i landstingen*, 2018.

Inera AB, *Förstudie om sammanhållen planering via 1177 Vårdguiden Behov och lösningsförslag för ökad delaktighet och samskapande Slutrapport förstudie 2019-12-13*, 2019.

Inera AB, *Ärendebeskrivning: Sammanhållen plan i 1177 Vårdguiden*, 2019.

Innovationsguiden, *Spridningskatalog Lösningsförslag och lärdomar från utvecklingsteamen som arbetat med att förbättra och utveckla den sociala barn- och ungdomsvården*, 2017.

IVO, *Skolan – både huvudman och vårdgivare*, 2016.

IVO, *IVO:s bidrag till omställningen i vården. Uppdrag om tidsbegränsad förstärkt tillsyn på området god och nära vård*, 2019.

Konkurrensverket och upphandlingsmyndigheten, *Statistik om offentlig upphandling 2019*, 2019.

Krisberedskapsmyndigheten (KBM), *Det robusta sjukhuset*, 2008.

Landstingsrevisorerna Stockholms läns landsting, *Kompetensförsörjning i vården – utbildning hos vårdgivare en förutsättning för fler sjuksköterskor*, 2013.

Leading Health Care, *Working Paper 2016:1*, 2016.

Linköpings universitet, *Digitalt utanförskap – En forskningsöversikt*, 2019.

Läkarförbundet, *Varför kan inte doktorn komma – om läkarmedverkan i äldrevården*, 2013.

MSB, *Samhällets kostnader för fallolyckor MSB 0197*, 2010.

MSB, *Fallolyckor. Statistik och analys MSB 752*, 2014.

MSB, *Remiss den robusta sjukhusbyggnaden – 2020 (Ärendenummer 2016-5389)*, 2019.

OECD, *The future of primary care Interim report and next steps*, 2017.

OECD och EU, *Health at a glance: Europe*, 2018.

Region Blekinge, *Redovisning avseende överenskommelsen om god och nära vård 2019*, 2019.

Region Dalarna, *Region Dalarnas redovisning av statliga medel God och nära vård, 2019-10-15, Nulägesbeskrivning och handlingsplan i omställningen till en mer nära vård*, 2019.

Region Gotland, *Nulägesanalys: Omställningsarbete God och Nära vård*, 2019.

Region Gävleborg, *Insatser i Region Gävleborg inom de tre angivna utvecklingsområdena samt nulägesrapport gällande omställningen till god och nära vård,* 2019.

Region Gävleborg och Ljusdals Kommun, *Rapport Bedömningsbil Los*, 2015.

Region Halland, *Nulägesrapport samt redovisning God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården,* 2019.

Region Jämtland Härjedalen, *Redovisning till Socialstyrelsen God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården (S2019/02858/FS),* 2019.

Region Jönköping, *Redovisning och nulägesrapport av God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården (S2019/02858/FS)*, 2019.

Region Kalmar län, *Redovisning Överenskommelse Omställning till nära vård i Region Kalmar län*, 2019.

Region Kronoberg, *Omställningen – God och nära vård, NULÄGES-RAPPORT OCH REDOVISNING*, 2019.

Region Norrbotten, *Redovisning och nulägesrapport för God och nära vård överenskommelsen 2019 – Region Norrbotten*, 2019.

Region Skåne, *Region Skånes redovisning av statliga medel God och nära vård 2019*, 2019.

Region Stockholm, *Vårdval 10 år: Vad vet vi om dess effekter?,* 2017.

Region Stockholm, *Redovisning – överenskommelse mellan staten och SKL för en god och nära vård,* 2019.

Region Sörmland, *God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården*, 2019.

Region Uppsala, *Nulägesrapport – Överenskommelse God och nära vård 2019,* 2019.

Region Uppsala samt kommunerna i Uppsala Län, *Strategi för närvårdsamverkan i Uppsala län 2018–2020*, 2018.

Region Värmland, *Nulägesrapport Värmland – God och nära vård*

*En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården,* 2019.

Region Västerbotten, *Kartläggning av vård på distans i Västerbottens läns landsting,* 2016.

Region Västerbotten, *Nulägesrapport och redovisning 2019, God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården,* 2019.

Region Västernorrland, *Nulägesrapport Region Västernorrland*, 2019.

Region Västmanland, *Region Västmanlands svar på Överenskommelsen God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården*, 2019.

Region Örebro län, *God och nära vård i Region Örebro län, Redovisning med anledning av överenskommelse mellan staten och SKL,* 2019.

Region Östergötland, Enheten för forskningsstöd, *Uppföljning av vårdval inom öppen specialiserad vuxenpsykiatri i region Östergötland*, 2018.

Region Östergötland, *Omställning till god och nära vård, Nulägesrapport,* 2019.

Riksrevisionen, *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? (RiR 2014:22)*, 2014.

Riksrevisionen, *Stödet till anhöriga omsorgsgivare (RiR: 2014:09)*, 2014.

SKR, *Hemtjänsten i Botkyrka kommun – En gender budget-analys*, 2010.

SKR, *Ingen på sjukhus i onödan*, 2016.

SKR, *Nära vård i Borgholm*, 2018.

SKR, *Ekonomirapporten maj 2019*, 2019.

SKR, *Ekonomirapporten oktober 2019*, 2019.

SKR, *KPP för primärvård*, 2019.

SKR, *Köp av verksamhet 2019 – Kommuner och regioner 2006–2018,* 2019.

SKR, *Nära vård i Ängelholm*, 2019.

SKR, *Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2018*, 2019.

SKR, *Slutrapport – Förstudie Robust Vårdcentral,* 2019.

SKR, *Verksamhetsstatistik om hälso- och sjukvård 2018*, 2019.

SKR, *Patientavgifter 2020*, 2020.

SKR, *Vårdgarantiläge. Alla regioner*, 2020.

Socialstyrelsen, *Ändamålsenlig och strukturerad dokumentation – underlag för nationell samordning och finansiering*, 2011.

Socialstyrelsen, *Utveckling av indikatorer för äldres rehabilitering*, 2014.

Socialstyrelsen, *Att nivåstrukturera nationell högspecialiserad vård: Socialstyrelsens förslag till arbetsprocess*, 2017.

Socialstyrelsen, *Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan – Nationell vägledning*, 2017.

Socialstyrelsen, *Om övergångar mellan sluten vård och öppen vård och omsorg*, 2017.

Socialstyrelsen, *Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre*, 2018.

Socialstyrelsen, *Uppdrag om läkarvårdsersättning och ersättning till fysioterapi*, 2018.

Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2019*, 2019.

Socialstyrelsen, *Digitala vårdtjänster och artificiell intelligens i hälso- och sjukvården,* 2019.

Socialstyrelsen, *DRG-statistik 2017*, 2019.

Socialstyrelsen, *Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård*, 2019.

Socialstyrelsen, *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie*, 2019.Socialstyrelsen, *Nationella planeringsstödet 2019*, 2019.

Socialstyrelsen, *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2018*, 2019.

Socialstyrelsen, *Uppföljning av omställningen till en nära vård – deluppdrag II Delrapportering avseende bland annat förutsättningar för att samla in resultat på aggregerad nivå från huvudmännen*, 2019.

Socialstyrelsen, *Årsredovisning 2018*, 2019.

Socialstyrelsen och UKÄ, *Framtidens vårdkompetens – stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov,* 2019.

Socialutskottet, *Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering dnr. 2017/18: RFR5*, 2017.

Swedish Medtech, *Medtechbranschen i siffror*, 2018.

Tillväxtanalys, *Bättre statistik för bättre regional- och landsbygdspolitik*, 2013.

UKÄ, *Uppdragsutbildning vid universitet och högskolor – Redovisning av ett regeringsuppdrag, Rapport 2016:8*, 2016.

Vårdanalys, *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?*, 2014.

Vårdanalys, *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, 2016.

Vårdanalys, *En primär angelägenhet,* 2017.

Vårdanalys, *Från medel till mål*, 2017.

Vårdanalys, *Visa vägen i vården – ledarskap för stärkt utvecklingskraft*, 2017.

Vårdanalys, *Allmän Tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*, 2018.

Vårdanalys, *Från mottagare till medskapare Rapport 2018:8*, 2018.

Vårdanalys, *Åt samma håll – Nationella insatser för stärkt ledaskap i hälso- och sjukvården,* 2019.

Västra Götalandsregionen, *Omställningen till en god och nära vård, tillgänglighet och patientkontrakt (nulägesrapport),* 2019.

WHO, *Now more than ever, World Health Report* 2008, 2008.

WHO, *A vision for primary health care in the 21th century*, 2018.

WHO, *Building the economic case for primary health care: a scoping review*, 2018.

WHO Regional Office for Europe, *Integrated care models: an overview*, 2016.

## Övrigt

Boye, K, *I rörelse. Härdarna*, 1927.

Boverket, *Utveckla vårdens miljöer*, 2019, www.boverket.se/sv/samhallsplanering/arkitektur-och-gestaltad-livsmiljo/boverkets-uppdrag/utveckla-vardens-miljoer/ (hämtad 20-02-25).

Burström, B., Burström, K., Nilsson, G. et al. *Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping review*. Int J Equity Health 16, 29, (2017).

FN, *Political declaration of the high level meeting on universal health coverage*, 2019.

Funktionsrätt Stockholm, *Vi revolutionerar digitaliseringen! Funktionsrätt Stockholms län om digital tillgänglighet*, 2019, https://funktionsrattstockholmslan.se/wp-content/uploads/2019/05/Vi-revolutionerar-digitaliseringen.pdf (hämtad 20-02-12).

Högskola väst och Fyrbodals kommunförbund, *Samverkansavtal kommunakademin väst*, 2017.

Inera, *målbild för första linjens vård och för 1177 Vårdguidens roll. Gemensam målbild för kommuner, landsting, regioner, SKL och Inera*, 2018, www.inera.se/globalassets/projekt/malbild-nya-1177-vardguiden/malbild_forsta_linjens_vard_180521.pdf (hämtad 20-01-03).

Internetstiftelsen, *Svenskarna och internet 2018*, 2018 https://svenskarnaochinternet.se/rapporter/svenskarna-och-internet-2018/ (hämtad 20-02-12).

Internetstiftelsen, *Svenskarna och internet 2019*, 2019, https://svenskarnaochinternet.se/app/uploads/2019/10/svenskarna-och-internet-2019-a4.pdf (hämtad 20-02-12).

Kommunakademin Väst, *Budget och verksamhetsplan för Kommunakademin Väst 2020*, 2019.

Minkman M. *Longing for Integrated Care: The Importance of Effective Governance*. Editorial, International Journal of Integrated Care, 17 (4): 10, 2017.

Myndigheten för yrkeshögskolan, *Yrkeshögskolan*, https://www.myh.se/Verksamhetsomraden/Yrkeshogskolan (hämtad 20-03-04).

Nationellt kompetenscentrum anhöriga – för ett anhörigvänligt samhälle, *Vem är anhörig,* 2016, www.anhoriga.se/stod-och-kunskap/fakta-om-anhorig/vem-ar-anhorig/ (hämtad 20-02-13).

Regeringen, *Den forskningspolitiska propositionen*, 2020, www.regeringen.se/regeringens-politik/Den-forskningspolitiska-propositionen-2020/ (hämtad 20-02-23).

Regeringen, *En nationell strategi för life science*, 2019, www.regeringen.se/informationsmaterial/2019/12/en-nationell-strategi-for-life-science/ (hämtad 20-03-02).

Regeringen, *Förbättrat strategiskt ledarskap inom kommunalt finansierad vård och omsorg*, 2019, www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/11/forbattrat-strategiskt-ledarskap-inom-kommunalt-finansierad-vard-och-omsorg/ (hämtad 20-01-09).

Regeringen, *Regeringen inrättar nationellt vårdkompetensråd,* 2019, www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/09/regeringen-inrattar-nationellt-vardkompetensrad/ (hämtad 20-01-03).

Regeringen, R*egeringen stärker första linjens digitala vård,* 2019, www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/10/regeringen-starker-forsta-linjens-digitala-vard/ (hämtad 20-01-03).

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Socialstyrelsen,* 2019.

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att ta fram ett underlag för en nationell strategi för anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer*, *S2019/04223/FST (delvis*), 2019.

Regeringskansliet och SKR, *Patientmiljarden – Insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården*, *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2018*, 2017.

Regeringskansliet och SKR, *God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019*, 2019.

Regeringskansliet och SKR, *Standardiserade vårdförlopp – Jämlik och effektiv vård med god kvalitet, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019*, 2019.

Regeringskansliet och SKR, *God och nära vård 2020 – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården,* 2020.

Regeringskansliet och SKR, *Patientsäkerhet, nationella kvalitetsregister m.m. 2020, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, 2020.

Region Gotland, *Projektet 80/20 – En arbetstidsmodell för läkare i primärvården*, 2019, www.gotland.se/80-20 (hämtad 20-02-26).

Region Halland, *Förteckning privata vårdgivare med avtal*, 2019, https://vardgivare.regionhalland.se/uppdrag-avtal/vardval-halland-och-privata-vardgivare/ (hämtad 19-12-20).

Region Jönköping, *Erfarenheter från patienter och närstående samlas i ett levande bibliotek*, 2018, www.rjl.se/om-oss/pressrum/nyheter/Nyheter-fran-regionen/erfarenheter-som-patienter-och-narstaende-samlas-i-levande-bibliotek/?fbclid=IwAR3gqq0Rwv2_K6y0KGn5rlB14oxj4bCO1_bNrp1s1TBHnMRsjCfh5t-LioI (hämtad 20-02-24).

Region Jönköping, *Erfarenheter från verksamheten*, 2019, https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=45124 (hämtad 20-02-24).

Region Jönköping, *Erfarenheter från deltagarna*, 2019, https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=45028 (hämtad 20-02-24).

Region Jönköping, *Esther*, 2019, https://plus.rjl.se/esther (hämtad 20-02-23).

Region Jönköping, *Levande bibliotek*, 2019, https://plus.rjl.se/index.jsf?nodeId=44778&nodeType=13 (hämtad 20-02-24).

Region Kalmar län, *Oskar – samverkan kommun och Region Kalmar län*, www.ltkalmar.se/samarbetsportalen/uppdrag_samverkan/oskar-samverkan-kommun-och-landsting/ 2019, (hämtad 19-12-27).

Region Norrbotten, *Spetspatienter – en ny resurs för hälsa*, 2017, www.norrbotten.se/Utveckling-och-tillvaxt/Utveckling-inom-halso--och-sjukvard/Utvecklingssatsningar/Spetspatienter---en-ny-resurs-for-halsa/ (hämtad 2020-02-24).

Region Norrbotten, *Spetspatienterna som gör vården bättre*, 2019, www.norrbotten.se/sv/Om-Region-Norrbotten/Press/Pressarkiv/Pressmeddelanden-2019/Spetspatienterna-som-gor-varden-battre/ (hämtad 2020-02-24).

Region Skåne, *Förfrågningsunderlag och Avtal för Vårdcentral i Hälsoval Skåne gällande år 2018*, 2017.

Region Skåne, *Vårdval Laro*, 2020, https://vard.skane.se/psykiatri-skane/ditt-besok-hos-oss/laro-i-region-skane---vardval/ (hämtad 20-02-16).

Region Stockholm, *Förfrågningsunderlag enligt LOV vårdval – Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård*, 2019.

Region Stockholm, *Internetpsykiatri,* 2019, www.internetpsykiatri.se/ (hämtad 20-02-26).

Region Stockholm, *Lista med godkända vårdgivare inom vårdval specialiserad fysioterapi*, 2019, https://vardgivarguiden.se/globalassets/avtal/vardavtal/vardval-stockholm/fysioterapi-specialiserad/godkanda-vardgivare-spec-fysioterapi.xlsx (hämtad 19-12-20).

Region Värmland, *Anslutna fysioterapeuter*, 2019, www.regionvarmland.se/vardgivarwebben/samverkan-avtal-och-vardval/Halsoval/Vardval-Fysioterapi/Anlsutna-fysioterapeuter/ (hämtad 19-12-20).

Region Värmland, *Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva vårdcentral inom Vårdval Vårdcentral*, 2019.

SAFU, *Förslag gällande utvecklandet av en nationell och regional FoU-struktur för forskning i primärvården*, 2019, https://sfam.se/wp-content/uploads/2020/03/SAFU-FoU-struktur-forskning-i-pv.pdf (hämtad 20-03-09).

SCB, *Lönesök: sjukgymnast*, 2020, www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/lonesok/Search/?lon=sjukgumnast (hämtad 20-01-19).

SCB, *Antal privata utförare inom kommunerna fördelat på verksamhetsområde och region. År 2013–2018*, 2019, www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__OE__OE0112/OE0112T05B/ (hämtad 20-02-03).

SCB, *Antal privata utförare inom regioner fördelat på verksamhetsområde. År 2013–2018*, 2019, www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__OE__OE0112/OE0112T06/ (hämtad 20-02-03).

SCB, *Hälsoräkenskaper 2001–17*, 2019.

SKR, *Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård, 2019*, https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning.14031.html (hämtad 20-02-26).

SKR, *Skrivelse avseende God och nära vård – Vård i samverkan, SOU 2019:29,* 2019.

SKR, *Strategi för hälsa*, 2019. https://skr.se/halsasjukvard/strategiforhalsa.9515.html (hämtad 20-02-12).

SKR, *Synpunkter på regeringens forskningspolitik*, 2019. www.regeringen.se/4ae287/contentassets/a0eb9c4e65c04da8ac944fb790142460/sveriges-kommuner-och-landsting.pdf (hämtad 20-02-23).

SKR, *Kraftsamling för psykisk hälsa*, 2020. https://skr.se/halsasjukvard/psykiskhalsa/kraftsamlingpsykiskhalsa.28676.html (hämtad 20-02-12).

SKR, *Väntetider.se, Medicinsk bedömning*, 2020, www.vantetider.se/resultat/medicinsk-bedomning/?year=2020&month=Januari&intervals=undefined&regionId=0 (hämtad 20-03-02).

SKR, *Väntetider.se, Utskrivningsklara patienter på sjukhus, 2019.*

Socialstyrelsen, *Digital verksamhetsutveckling i vården*, 2019, https://div.socialstyrelsen.se/juridiskt-stod/direktatkomst-den-enskilde (hämtad 19-12-27).

Socialstyrelsen, *Direktåtkomst för den enskilde*, https://div.socialstyrelsen.se/juridiskt-stod/direktatkomst-den-enskilde (hämtad 20-03-09).

Socialstyrelsen, *Nationella vårdkompetensrådet*, 2019, www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/organisation/rad-och-namnder/nationella-vardkompetensradet/ (hämtad 20-01-03).

Socialstyrelsen, *Nu kan regioner ansöka om att bedriva nationell högspecialiserad vård, 2019,* www.socialstyrelsen.se/aktuellt/nu-kan-regioner-ansoka-om-att-bedriva-nationell-hogspecialiserad-vard/ (hämtad 20-01-03).

Socialstyrelsen, *Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal*, 2019, https://sdb.socialstyrelsen.se/if_per/val.aspx (hämtad 20-01-14).

Socialstyrelsen, *Sekundär klassificering av diagnosrelaterade grupper (DRG)*, 2019, www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/drg/ (hämtad 20-02-04).

Socialstyrelsen, *Steg 1: Kartläggning*, 2019, www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationell-hogspecialiserad-vard/pagaende-arbete/steg-1-kartlaggning/ (hämtad 20-01-03).

Socialstyrelsen, *Viktlistor för NordDRG*, 2019, https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/drg/viktlistor/ (hämtad 20-03-04).

Starfield, B., Shi, L., Macinko, J, *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*, 2005.

Sällsynta diagnoser, *Gemensamt lärande*, www.sallsyntadiagnoser.se/verksamhet/gemensamt-larande/ (hämtad 20-02-26).

Sällsynta diagnoser, *Om riksförbundet Sällsynta diagnoser*, www.sallsyntadiagnoser.se/verksamhet/gemensamt-larande/ (hämtad 20-02-26).

Västra Götalandsregionen, *Levande bibliotek ska bidra till bättre vård i Västra Götalandsregionen*, 2019, https://vgrfokus.se/2019/09/levande-bibliotek-ska-bidra-till-battre-vard-i-vastra-gotalandsregionen/ (hämtad 20-02-26).

Winpenny E, Miani C, Pitchforth E, Ball S, Nolte E, King S, Greenhalgh J, Roland M, *Outpatient services and primary care: scoping review, substudies and international comparisons*, Southampton (UK): NIHR Journals Library, 2016.

WHO, *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice,* 2010. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=D8E1DDA8E0637BEA473CA5C9BB20F03F?sequence=1 (hämtad 20-02-27).

WHO, *Resolution WHA69.24, Strengthening integrated, people centered health services, In:Sixty-Ninth World Health Assembly*, Geneva, 16–24 May 2016, Resolutions and decisions, annexes, Geneva, World Health Organization, 2016.

WHO, *Declaration of Astana*, 2018.

WHO, *Primary health care: transforming vision into action. Operational framework, draft for consultation*, 2018.

Vårdfokus 2018-9, *Fariba fick unika jobbet*, 2018.

# Kommittédirektiv 2017:24

## Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården

Beslut vid regeringssammanträde den 2 mars 2017

### Sammanfattning

En särskild utredare ska utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården.

Utredaren ska bl.a.

– fördjupa analyserna av förslag i betänkandet Effektiv vård,
– redovisa förslagens konsekvenser samt
– i dialog med företrädare för samtliga landsting, myndigheter och andra berörda aktörer utarbeta en nationell plan där primärvården är utgångpunkten för en ökad närhet till patienten. Utredaren ska i planen redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en med berörda aktörer förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet.

### Bakgrund

Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av investeringar i specialistvård och akutsjukhus. Sverige är ett av de länder som har flest sjukhusläkare i världen per capita. Sjukvård bedrivs enligt dagens regelverk antingen som öppen eller som sluten vård. För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning finns det

sjukhus och den vården kallas för sluten vård. All annan hälso- och sjukvård är öppen vård.

I internationella jämförelser har svensk vård en hög kvalitet när det gäller medicinska resultat, men sämre resultat när det gäller kontinuitet, patientmedverkan m.m. Den demografiska utvecklingen, fler personer med kroniska sjukdomar, begränsade resurser, urbanisering och utvecklingen inom andra områden, exempelvis medicinteknik, it och behov hos vårdpersonal, kommer dock att kräva en förändring av hälso- och sjukvårdens struktur och organisation för att åstadkomma ett effektivare resursutnyttjande, ökad kvalitet och bättre tillgänglighet samt öka förtroendet hos befolkningen.

Huvudmän – och därmed de ytterst ansvariga – för hälso- och sjukvården är de landsting och de kommuner som enligt lag ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i landstinget eller som efter beslut av kommunen bor i vissa sådana boendeformer eller bostäder som avses i socialtjänstlagen (2001:453).

*Primärvården har en central roll*

Primärvården, som är en del av den öppna vården, har en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet eftersom det är dit patienten först förväntas vända sig för att få en bedömning, behandling eller skickas vidare för utredning eller behandling inom specialistsjukvården. I dag vänder sig dock en stor andel av patienterna till andra vårdnivåer, t.ex. akutmottagningar, bl.a. på grund av brist på annan tillgänglig vårdinstans (Effektiv vård SOU 2016:2). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, ska vården 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. Regeringen har därutöver ett delmål för jämställdhetspolitiken om att kvinnor och män ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor. I en välfungerande vårdkedja har alla tillgång till den vård och vårdnivå de har behov av och vården erbjuds i rätt tid. Utgångsläget ska vara att ingen ska behöva vårdas på sjukhus i onödan.

Vård på sjukhus som hade kunnat undvikas resulterar, förutom i en icke optimal vård av patienten, i höga kostnader och vårdskador. En enda akut slutenvårdsepisod motsvarar i genomsnitt kostnaden

för 56 läkarbesök i primärvården eller 220 hemtjänsttimmar för de mest sjuka äldre (Ingen på sjukhus i onödan, SKL 2016).

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver därför reformeras så att mer resurser ges till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. En förstärkning av primärvården är därför nödvändig.

Under det senaste decenniet har primärvården i Sverige genomgått omfattande förändringar såsom införandet av vårdval, lagregleringen av vårdgarantin och möjligheterna att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård utanför det egna landstinget. Dessutom kan vård som tidigare krävde intagning på sjukhus, genom nya sätt att organisera hälso- och sjukvården samt nya behandlingsalternativ numera även utföras på andra platser än sjukhus. Detta innebär att gränsen mellan öppen och sluten vård i praktiken successivt förändras. Som exempel kan nämnas att viss vård som tidigare endast kunde ges på sjukhus numera kan erbjudas i hemmet. Den öppna vården kan således utföras på en vårdmottagning men också i patientens hem eller i ett särskilt boende.

Primärvården, och den övriga hälso- och sjukvården, har dessutom flera utmaningar att hantera, t.ex. ökade bemanningsproblem och en bristande digital arbetsmiljö i flera delar av landet. När det gäller den sistnämnda frågan visade myndigheten Vårdanalys i promemorian Ändamålsenliga journalsystem i primärvården att i en internationell jämförelse mellan tio länder så är svenska primärvårdsläkare minst nöjda med sina elektroniska journalsystem. Endast 37 procent svarade att de var nöjda eller mycket nöjda medan motsvarande siffra i Storbritannien var 86 procent. Läkarnas nöjdhet med journalsystemen varierar vidare betydligt mellan olika landsting och regioner inom landet, från 10 procent i Skåne till 78 procent i Kronoberg. Därutöver kommer antalet patienter som behöver ha kontinuerlig kontakt med vården, och flera delar av vården, att öka eftersom fler lever allt längre och därmed hinner utveckla och leva under lång tid med kroniska sjukdomar.

Enligt 5 § HSL ska primärvården som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver

sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Förutom denna bestämmelse i HSL finns det inte någon lagstadgad definition av primärvårdens uppdrag. Vad som ingår i uppdraget till primärvården påverkas av landstingens bedömning av vilka insatser som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Det kommunala självstyret innebär dessutom att landstingen har stor frihet att själva besluta om hur hälso- och sjukvården ska organiseras och nivåstruktureras. I ett landsting kan en verksamhet ingå i uppdraget till primärvården medan samma verksamhet i ett annat landsting ingår i hälso- och sjukvårdstjänster som organiseras på annat sätt.

Det har framförts förslag om att primärvårdens uppdrag bör tydliggöras. Riksrevisionen har t.ex. granskat hur de statliga reformerna om vårdval och lagstadgad vårdgaranti påverkat möjligheterna för primärvården att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. I en granskningsrapport som publicerades i oktober 2014 rekommenderade Riksrevisionen att regeringen ska ta initiativ till att göra vårdvalssystemen mer lika och formulera ett nytt mer enhetligt primärvårdsuppdrag. Enligt Riksrevisionen är det en bland flera åtgärder ”som är värda att pröva i syfte att styra primärvården mot vårdens övergripande målsättningar”. Sedan den 1 januari 2015 har patienter, enligt 9 kap. patientlagen (2014:821), möjlighet att välja utförare inom eller utom det egna landstinget. Det innebär bl.a. att en person som är bosatt i ett landsting kan välja vårdcentral och fast läkarkontakt i ett annat landsting. Detta förhållande kan också i förlängningen öka medborgarnas förväntningar på att få samma eller likvärdiga tjänster oavsett landsting – och därigenom skynda på en utveckling mot en mer jämlik hälso- och sjukvård. Att primärvårdsuppdraget blir mer enhetligt över landet och tydligt för medborgarna är också viktigt för att öka förtroendet för vården.

Beträffande försörjning och finansiering av läkemedel så utgår dagens system från den lagstadgade uppdelningen av vården i öppen respektive sluten vård. Läkemedel inom den slutna vården, som ofta benämns rekvisitionsläkemedel betalas till övervägande del av landstingen. Det finns också läkemedel som rekvireras till öppen vård t.ex. till vårdcentraler. Den största delen av de läkemedel som används i den öppna vården distribueras dock på öppenvårdsapoteken och be-

kostas dels av patienten, dels av staten genom högkostnadsskyddet i den mån läkemedlen ingår i läkemedelsförmånerna.

*En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*

Regeringen beslutade den 21 november 2013 att ge en nationell samordnare i uppdrag att göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt (dir. 2013:104). Analysen skulle bl.a. belysa de effektivitetsproblem och utvecklingsområden som finns. Utredningen antog namnet En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. I januari 2016 överlämnades slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) till regeringen.

I betänkandet framhåller utredningen att det behövs en starkare och mer enhetlig styrning på stukturnivå i hälso- och sjukvården för att åstadkomma förändringar. Utredningen menar bl.a. att det behövs en omfattande strukturreform där primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. Regeringen delar utredningens övergripande bedömning.

Enligt utredningen har primärvården svårt att klara uppdraget som första linjens vård. Primärvården är underdimensionerad både i förhållande till förväntningar och potential. Öppettiderna är alltför begränsade och tillgängligheten i akuta fall är låg. Det kan också konstateras att primärvården i Sverige i jämförelse med andra länder erbjuder en låg grad av kontinuitet för patienten. En bidragande orsak till bristande tillgänglighet och kontinuitet är de svårigheter som landstingen har med kompetensförsörjning och bemanning av bl.a. specialister i allmänmedicin. En växande användning av s.k. hyrläkare påverkar primärvårdens kostnader och därmed landstingens budget. Även kontinuitet för patienten påverkas. Såväl Konkurrensverket som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i rapporter lyft frågan och visat på eventuella negativa konsekvenser av situationen (se Konkurrensverket 2015:10 Hyrläkare i primärvården – en kartläggning av landstingens upphandlingar och kostnader och IVO 2016 Hyrläkare – vårdgivarens dilemma?).

Utredningen bedömer att den nuvarande strukturen vad gäller primärvård och sjukhusanknuten vård är en viktig bidragande orsak till ineffektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet. Primärvården är alltför begränsad i sin funktion vad gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får och att bidra till att knyta samman de samlade insatser från landstingens hälso- och sjukvård, kommunernas hemsjukvård och socialtjänst.

*Förslagen i Effektiv vård*

I betänkandet Effektiv vård föreslås en förändring av de grundläggande styrprinciperna för vårdens organisering. Utredningen menar att de styrande principerna för hälso- och sjukvårdens organisering i dag i stor utsträckning utgår från sluten vård vid sjukhus. Därför föreslår utredningen att lagstiftningen ska utgå från att vården ska organiseras nära befolkningen om det inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl är motiverat att koncentrera vården. Huvudprincipen ska vara öppen vård men där öppenvård inte är möjlig ska vården ges som sluten vård. Detta synsätt är enligt utredaren egentligen praxis redan i dag. Utredningen påpekar även att det finns anledning att överväga om det fortsatt behövs en uppdelning i öppen respektive sluten vård. Vidare anges att gränserna mellan öppen och sluten vård nu är så oklara att det sannolikt inte är ändamålsenligt att upprätthålla någon exakt distinktion. När det gäller den slutna vården föreslår utredningen att denna ska kunna ges på vårdinrättning eller på annan plats.

Utredningen föreslår dessutom en lagstiftning med ett nationellt utformat uppdrag för primärvården. Det innebär att primärvården ska vara befolkningens första kontakt med vården, ansvara för förebyggande arbete, diagnostik, behandling och rehabilitering för de allra flesta vårdbehov, ansvara för akut hälso- och sjukvård som inte kräver vård på sjukhus, remittera till annan vård vid behov samt koordinera och integrera den vård som erbjuds patienten och se till patientens samlade förutsättningar och behov.

Utredningen menar att en principiellt viktig skillnad mot nuvarande lagstiftning är att primärvården ska ta hand om ”de allra flesta vårdbehov” och inte bara ”grundläggande behov” som i dag. Utredningen anser att mer och mer avancerad vård behöver utföras i primär-

vården, och att det kommer att innebära att primärvården behöver förstärkas med personella resurser.

Därutöver innehåller betänkandet förslag som innebär att primärvården ska få ett tydligare akutuppdrag. Primärvården ska vara lättillgänglig för befolkningen under dygnets alla timmar. Det finns behov av en lagstiftning för att komma till rätta med problemet att patienter söker vård på sjukhusens akutmottagningar för åkommor som kan hanteras på annan vårdnivå.

Utredningen föreslår även att landstingens skyldighet att erbjuda vårdgaranti ska ändras på så sätt att den enskilde inom viss tid får en medicinsk bedömning inom primärvården, dvs. lagstiftningen ska inte styra patienten till en specifik profession. Den nuvarande bestämmelsen om vårdgarantin ska således ändras så att ”besöksgarantin” i primärvården istället blir en ”bedömningsgaranti”. Om ”besöksgarantin” blir en ”bedömningsgaranti”, gör utredningen bedömningen att tidsfristen skulle kunna förkortas. Utredningen föreslår därför att en bedömning ska kunna lämnas inom tre dagar från patientens kontakt med vården.

Utredningens bedömning är att det finns en bred uppslutning kring uppfattningen att primärvården behöver stärkas i form av resurser och strukturer. Landstingen behöver omfördela resurser inom sina respektive organisationer. Resurser behöver föras över från sjukhusen till primärvården. Överföringen av resurser bör dock ske gradvis, med en tydlig långsiktig viljeinriktning och ett konsekvent agerande. Små och gradvisa steg är att föredra för att tillväxten ska ske dynamiskt och inte riskera att sjukhusvården påverkas negativt i fråga om kvalitet och effektivitet.

*Remittering av betänkandet*

Betänkandet har remitterats (dnr S2016/00212/FS). I remissvaren till betänkandet instämmer en stor majoritet av instanserna i utredningens bedömning att Sverige har ett sjukhustungt system och de välkomnar att primärvården ska stärkas och vara första linjens vård. Det betonas dock att detta måste ske gradvis och det finns behov av ytterligare analys. Instanserna är vidare positiva till ett nationellt utformat uppdrag för primärvården och att primärvården får ett tydligare akutuppdrag. En del instanser önskar att den resursöverföring

från sjukhusen till primärvården, som utredningen bygger förslagen på, tydligare hade beskrivits.

*Andra kartläggningar och analyser*

År 2010 hade Socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) följa upp hur vårdval har införts i primärvården. Inom ramen för detta uppdrag studerade Socialstyrelsen även hur landstingen beskrev primärvårdens grunduppdrag och vilka likheter och skillnader som fanns mellan huvudmännen med avseende på hur uppdraget var formulerat. Resultatet av uppföljningen visade att det trots vissa skillnader fanns en ganska stor överensstämmelse mellan landstingen om vad som utgör ett grund- eller basåtagande inom primärvården med utgångspunkt från det allmänmedicinska kompetensområdet.

Socialstyrelsen gjorde även 2012 ett utvecklingsarbete avseende datainsamling inom primärvården. I uppdraget ingick bland annat att utarbeta ett konkret förslag på hur en rikstäckande datainsamling inom primärvården kan genomföras samt att föreslå vilka uppgifter som bör samlas in om patienternas besök i primärvården. I dag är uppföljningen av primärvården begränsad och därmed saknas viktig information för att få en mer fullständig bild av hälso- och sjukvården.

År 2012 genomförde SKL en jämförelse av landstingens uppdrag till primärvården. Syftet var att kartlägga och jämföra vårdvalssystemen i samtliga 21 landsting utifrån uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar för vårdenheter, samt att studera hur dessa villkor förändrats sedan vårdvalet infördes. Jämförelsen visar att landstingen arbetar med likartade övergripande principer men att det finns skillnader.

Socialstyrelsen genomförde 2013 en kartläggning och analys av primärvårdens insatser för de mest sjuka äldre. Ett flertal utvecklingsområden för primärvården identifierades, bland annat förslag som syftade till att förbättra samordningen av vården och behandlingen för de mest sjuka äldre.

Enligt en undersökning om befolkningens (55 år eller äldre) erfarenheter av hälso- och sjukvården framgår att bland de respondenter som angav att de besökt en akutmottagning de senaste två åren, ansåg 29 procent att deras tillstånd kunde ha behandlats av deras ordinarie läkare eller mottagning. Någon skillnad mellan kvinnor och mäns uppfattning framgår inte av rapporten. (Vården ur patienternas perspektiv, Vårdanalys 2014). I rapporten Utveckling av indikatorer för äldres rehabilitering identifierade Socialstyrelsen två studier kring undvikbara akuta tillstånd eller besök som inte sker på ändamålsenlig vårdnivå, varav den ena studien avsåg ett litet urval av besök i ett enskilt landsting och den andra studien riktade sig mot äldre kvinnor och män som besökte akutmottagningar. Även om det är svårt att fastslå hur stor andel besök vid sjukhusbundna akutmottagningar som gäller undvikbara akuta tillstånd eller inte sker på ändamålsenlig vårdnivå, skriver Socialstyrelsen att i storleksordningen en femtedel av besöken hade varit möjliga att behandla i primärvården. I Socialstyrelsens rapport redovisas inte om det föreligger någon skillnad mellan kvinnor och män.

Socialstyrelsen har i en nyligen utförd kartläggning (Primärvårdens uppdrag – En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade, 2016) konstaterat att kärnverksamheten i primärvården på en övergripande nivå fortfarande är relativt överensstämmande mellan landstingen. Samtidigt har myndigheten i denna studie fördjupat sig i innehållet i kärnverksamheten och har då observerat att det finns variation mellan landstingen i hur kärnuppdraget till primärvården är formulerat och vad som anses ingå i uppdraget. Myndigheten bedömer att en tydligare definition på nationell nivå kan bidra till att minska skillnaderna mellan landstingen.

När det gäller primärvårdens förutsättningar att tillhandhålla en jämlik och patientcentrerad vård har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att göra en fördjupad analys utifrån ett patient- och medborgarperspektiv (dnr S2015/08135/RS). Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 april 2017.

Inom ramen för överenskommelsen om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar genomför SKL bl.a. insatser för att främja utvecklingen av hälso- och sjukvården med särskilt fokus på primärvården. I överenskommelsen ingår bl.a. att främja spridningen och tillämpningen av nationella riktlinjer och behandlingsrekommendationer för ett stort antal kroniska sjukdomar

samt att utveckla ledarskap och stödja uppföljningen av patientresultat i primärvården. I överenskommelsen ingår även att främja utvecklingen av patientcentrerade arbetssätt och metoder i primärvården inom ramen för ett projekt som kallas ”flippen”. I detta arbete ingår att stödja utveckling av vårdtjänster på vårdcentraler som passar olika patientgruppers behov och förutsättningar samt att stödja spridningen av ett sådant arbetssätt inom landstingen och erfarenhetsutbyte mellan sjukvårdsregionerna. Överenskommelsen med SKL pågår t.o.m. 2017 och en redovisning av arbetet ska ske i mars 2018.

Utvecklingen av primärvården har även en central roll i andra överenskommelser mellan regeringen och SKL, bl.a. överenskommelsen om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa samt överenskommelsen om psykisk hälsa.

När det gäller finansieringsmodellen för läkemedel har regeringen tillsatt en utredning som har i uppdrag att se över finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (dnr S2016/07174/FS). Översynens övergripande mål är ett långsiktigt hållbart system som möjliggör en samhällsekonomiskt effektiv användning av läkemedel och följer den etiska plattform som gäller inom hälso- och sjukvården samtidigt som läkemedelskostnaderna kan hållas på en rimlig nivå. Utredningen ska bland annat analysera och överväga om det finns ett fortsatt behov av uppdelning av läkemedel i öppenvårdsläkemedel respektive slutenvårdsläkemedel eller någon annan form av uppdelning. Utredaren ska senast den 1 november 2017 lämna en delredovisning som innehåller en övergripande problembeskrivning och en beskrivning av inriktningen för det fortsatta arbetet. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 december 2018.

## Behovet av ett utvecklingsarbete

Hälso- och sjukvårdens strukturer behöver förändras för att bättre utveckla kvaliteten och tillgängligheten samt främja effektivitet och jämlikhet. Sjukvårdshuvudmännen behöver bli bättre på att organisera vården efter olika målgruppers skilda behov och förutsättningar. Särskilt viktigt är att förbättra vården för de patientgrupper som har störst behov, framför allt personer med kroniska sjukdomar och personer med komplexa vårdbehov. Ett steg i detta är att vidareutveckla primärvården. Primärvårdens samordnande roll kan bidra till en hel-

hetssyn på patienten och skapa förutsättningar för samverkan mellan olika yrkeskategorier. Det möjliggör ett förebyggande förhållningssätt som är en viktig förutsättning för en hållbar hälsoutveckling. Det är angeläget att primärvården förmår bidra till livsstilsförändringar för att förebygga kroniska eller andra långvariga sjukdomar samt till att minska risken för felaktig läkemedelsanvändning. Insatser för att förebygga psykisk ohälsa och för att minska antalet sjukskrivningar är angelägna utvecklingsområden för primärvården.

Flera studier visar att investeringar i primärvård kan ha en positiv betydelse för hälso- och sjukvårdens övergripande kvalitet och effektivitet. Det gäller inte minst förutsättningarna för att uppnå en jämlikhet fördelning av vårdens resurser. WHO har även i sin världshälsorapport 2008 lyft fram vikten av en väl fungerande primärvård.

Primärvården måste vara föränderlig och kunna möta de utmaningar som den står inför, bl.a. den demografiska utvecklingen med en åldrande befolkning och att allt fler lever med kroniska sjukdomar. Ett tydliggörande av primärvårdens uppdrag och ansvarsfördelning kan bidra till att öka befolkningens förtroende för primärvården och underlätta samverkan med andra delar av vården och omsorgen.

*Förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar*

Forskning och erfarenheter visar att många av dagens kroniska sjukdomar både kan förebyggas och behandlas. En förbättrad sjukvård för personer med dessa sjukdomar är därför viktig för patientens välbefinnande. Historiskt har dock vården av personer med kroniska sjukdomar varit lägre prioriterad än andra områden. Personer med kroniska sjukdomar har stort behov av kontinuitet och behöver en hälso- och sjukvård som är anpassad till långa och komplexa sjukdomsförlopp och med hög delaktighet från patienten.

Det finns tecken på en positiv utveckling av vården för kroniskt sjuka, bl.a. genom den uppmärksamhet som området fått de senaste åren. Regeringen beslutade 2014 om en satsning för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar, och den presenterades i form av en nationell strategi. Strategin syftade till att utveckla vården för personer med kroniska sjukdomar och därmed skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar, effektiv och jämlik hälso- och sjukvård i Sverige.

Den nationella samordnaren för effektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården menar att en komponent i lösningen för att effektivisera vården för personer med kroniska sjukdomar är att utveckla primärvården för att bättre än i dag kunna ta detta ansvar.

En bättre vård för personer med kroniska sjukdomar är också viktig för samhällsekonomin. I Sverige har närmare halva befolkningen minst en kronisk sjukdom och ca 80–85 procent av vårdens kostnader kan knytas till vården av dessa patientgrupper (Vårdanalys (2014) VIP i vården). När fler personer lever allt längre med kroniska sjukdomar får det stora ekonomiska konsekvenser både för den enskilde och för samhället. Dessa personer är också i högre grad långtidssjukskrivna och står utanför arbetsmarknaden jämfört med dem utan kroniska sjukdomar.

*En väl fungerande primärvård är sannolikt den enskilt viktigaste åtgärden hälso- och sjukvården kan göra för en mer jämlik hälsa*

Primärvården har betydelse för att vården ska ges på lika villkor och fördelas jämlikt över befolkningen. Att vården generellt sett i dag har problem med att nå socioekonomiskt svaga grupper och tillmötesgå hälso- och sjukvårdsbehov hos dessa är väl känt.

Ojämlikhet i hälsa är ett problem, såväl ur ett individ- som ett samhällsperspektiv. Ökad jämlikhet i hälsa leder till bättre utnyttjande av tillgängliga resurser, och insatser för jämlikhet i hälsa är därför samhällsekonomiskt väl motiverade. Regeringen tillsatte i juni 2015 en kommitté – Kommissionen för jämlik hälsa – med uppdrag att lämna förslag som kan bidra till att hälsoklyftorna minskar. Kommissionen har lämnat två delbetänkanden och ska slutredovisa sitt uppdrag den 31 maj 2017.

En utbyggnad av primärvården är en åtgärd som landstingen kan göra för att uppnå en mer tillgänglig och jämlik vård oavsett om det gäller jämlikhet mellan geografiska områden eller mellan olika grupper i befolkningen.

Ett nationellt utformat primärvårdsuppdrag kan bidra till detta genom att vårdens innehåll och organisering blir mer likartad över landet och på ett mer transparent sätt kan ge underlag för analyser, jämförelser och utveckling.

Det krävs dock ytterligare analys för att det ska vara möjligt att skapa goda förutsättningar för att primärvården bättre ska kunna tillgodose kvinnors och mäns, flickors och pojkars skilda behov och förutsättningar och fungera som basen i ett effektivt och modernt hälso- och sjukvårdssystem.

*Resursöverföring från sjukhusvården*

En förstärkning av primärvårdens kapacitet är enligt betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) nödvändig för att nuvarande primärvård ska klara av det primärvårdsuppdrag som samordnaren föreslår. Det kommer därför att krävas en resursöverföring från sjukhusen till primärvården för att primärvården ska kunna ta ett större ansvar för akuta vårdbehov samt för att koordinera hälso- och sjukvårdens insatser. Det bedöms bl.a. handla om att flytta kompetenser och funktioner från sjukhus och annan öppenvård till primärvårdsorganisationen. Sådana exempel finns det gott om, t.ex. att specialister på sjukhusen tjänstgör på vårdcentraler i varierande grad. Det kan göras på flera sätt och måste anpassas till den lokala kontexten. Hur en resursöverföring ska genomföras utan att riskera en försämring av kvaliteten i vården i sin helhet måste analyseras vidare.

*En insats i ett större sammanhang*

En reformering av hälso- och sjukvården förutsätter att en mängd olika insatser genomförs, där förslagen i Effektiv vård utgör en viktig del. Därutöver är det viktigt att bl.a. stimulera patientkontrakt, slutföra det påbörjade arbetet med betänkandet Träning ger färdighet (SOU 2015:98) samt att ge förutsättningar för att utveckla en god uppföljning av primärvården. Andra centrala delar för en utveckling av vården är fortsatt arbete med kompetensförsörjningsfrågorna och att ta tillvara digitaliseringens möjligheter. Sammanfattningsvis förutsätter en reformering av hälso- och sjukvården att en mängd olika insatser genomförs som tillsammans lägger grunden för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården.

## Uppdraget

För att kunna möta framtidens utmaningar och för att öka förtroendet för hälso- och sjukvården krävs ett strategiskt och målmedvetet arbete, där en del handlar om att organisera vården utifrån allmänhetens och patienternas behov. Mot bakgrund av ovanstående får en särskild utredare i uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslag i betänkandet Effektiv vård stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Målsättningen är att på sikt förverkliga denna strukturreform av hälso- och sjukvården. En utveckling av primärvården förbättrar också förutsättningarna för en mer tillgänglig vård. Primärvården ska vara det naturliga förstahandsvalet för alla som söker vård, inte minst vid behov av regelbundna vårdkontakter. Till uppdraget ska flera referensgrupper knytas, bl.a. bestående av företrädare för politiska partier och företrädare för professionerna och patienterna.

### *Analys av förslagen i Effektiv vård*

Utredaren får i uppdrag att göra en bred analys av de förslag som den nationella samordnaren för effektivt resursutnyttjande i hälso- och sjukvården lämnade när det gäller primärvården i betänkandet Effektiv vård. Utredaren ska beakta följande förslag:

- förändring av grundläggande styrande principer för vårdens organisering
- att sluten vård kan ges på annan plats än vårdinrättning
- ett nationellt utformat uppdrag för primärvården
- ett tydligare akutuppdrag för primärvården
- en professionsneutral vårdgaranti och en ändrad tidsfrist för en medicinsk bedömning
- resursöverföring från sjukhusvård till primärvård.

I detta ingår att analysera hur ett genomförande skulle kunna ske i praktiken utan att riskera en sämre kvalitet i vården i dess helhet och identifiera och analysera vilka framgångsfaktorer, problem och hinder

som finns för att primärvården ska utvecklas på ett framgångsrikt sätt. En utgångspunkt ska vara kvinnors respektive mäns behov och förutsättningar. En analys ska även göras av de ekonomiska och verksamhetsmässiga konsekvenserna. Analysen ska visa på hur förslagen påverkar patienter samt aktörer så som landsting, vårdgivare m.fl.

*Dialog med berörda aktörer*

En viktig del av uppdraget består i att initiera samarbeten och samordna diskussioner mellan företrädare för landstingen, myndigheter och andra berörda aktörer, såsom i synnerhet kommuner samt organisationer som företräder patienter och professionerna, när det gäller hur primärvården ska utvecklas. Arbetet ska utgå från förslagen i Effektiv vård, den analys som utredaren har i uppdrag att göra utifrån förslagen i betänkandet.

Med utgångspunkt i detta behöver det formuleras strategier och tas fram regionalt anpassade modeller för utvecklingen av primärvården och en mer effektiv vård. I denna del ingår det bl.a. att se över vilka resurser som behöver föras över från sjukhusvården till primärvården, i enlighet med förslagen i Effektiv vård, och hur detta bör ske. Utredaren ska dock inte ta över det ansvar som landstingen, vårdgivarna och andra myndigheter har utan enbart stödja deras arbete och verka för att arbetet samordnas på nationell och regional nivå.

Även andra förutsättningar som är centrala i utvecklingen av primärvården, som t.ex. kompetensförsörjning och kunskaps- och verksamhetsstöd, ska beaktas i analysen och dialogen med huvudmännen. I uppdraget ingår även att lyfta fram exempel på organisering av primärvården som gett gott resultat. Det kan även ske jämförelser med hur primärvården har organiserats i de nordiska grannländerna.

Utredaren ska även stödja arbetet med andra närliggande frågor, som t.ex. utvecklingen av uppföljningen av primärvården i Socialstyrelsens patientregister, kvalitetsregister, nationell kunskapsstyrning och den nationella väntetidsdatabasen.

Vidare ska utredaren lämna en nationell plan där primärvården är utgångpunkten för en ökad närhet till patienten. Utredaren ska i planen redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en med berörda aktörer förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet.

## Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagens konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474) och i det sammanhanget särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer. I synnerhet ska konsekvenserna för kvinnor, män och flickor och pojkar, samt hälso- och sjukvårdens och berörda myndigheters roll beskrivas. Även konsekvenserna för en jämlik vård ska beskrivas, både vad gäller jämlik vård mellan olika grupper och kön samt jämlik vård över landet.

## Samråd och redovisning av uppdraget

*Samråd och kunskapsinhämtning*

Utredaren ska samråda med SKL och med företrädare för landstingen samt med samtliga myndigheter med centrala uppgifter som berör uppdraget och andra berörda aktörer. I den mån det bedöms lämpligt ska utredaren även föra dialog med andra pågående utredningar, bl.a. utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården (dir. 2015:127), utredningen som ska genomföra en översyn av dagens system för finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (dir. 2016:95) samt generaldirektören med uppdrag att se över formerna för det nationella taxesystemet (S2017/00594/FS).

Utredaren ska även inhämta synpunkter från de referensgrupper som ska biträda utredaren i arbetet, varav en ska vara parlamentariskt sammansatt.

Vid genomförandet av uppdraget ska utredaren ta tillvara på kunskaper och erfarenheter från den analys som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i uppdrag att göra när det gäller en jämlik och patientcentrerad primärvård samt de projekt som SKL genomför för att främja nya patientcentrerade arbetssätt i primärvården som ingår i överenskommelsen om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m. Utredaren ska även ta hänsyn till tidigare utredningar och kartläggningsarbeten som kan vara av betydelse för uppdraget.

Även annat pågående arbete på välfärdsområdet bör beaktas, såsom hanteringen av betänkandet Träning ger färdighet (SOU 2015:98) och övriga insatser som regeringen har initierat och som syftar till att

utveckla primärvården, t.ex. delar av överenskommelserna om att förbättra förlossningsvården och förbättra kvinnors hälsa samt stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa.

*Redovisning*

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet och ska senast den 9 juni 2017 lämna en delredovisning som innehåller en beskrivning av inriktningen för det kommande arbetet som utgår från att de nuvarande styrande principerna för vårdens organisering bör ersättas av nya principer som anger närheten till patienten och en tidsplan för detta. Delredovisningen ska även innehålla en analys inklusive konsekvensanalys av förslagen om den nationella vårdgarantin.

En nationell plan, där primärvården är utgångpunkten för en ökad närhet till patienten, samt en analys av övriga förslag i Effektiv vård ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 juni 2018. Denna redovisning kan även vid behov innehålla förslag till ytterligare lagändringar Uppdraget ska sedan slutredovisas senast den 31 mars 2019. Slutredovisningen ska sammanfatta erfarenheterna och beskriva resultatet av det arbete utredaren har bedrivit samt de initiativ som har tagits.

(Socialdepartementet)

# Kommittédirektiv 2017:97

## Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)

Beslut vid regeringssammanträde den 21 september 2017

### Ändring i uppdraget

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 kommittédirektiv om Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården (dir. 2017:24). Utredningen har tagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).

### Sammanfattning av tilläggsuppdraget

Utredaren ska utöver vad som framgår av redan beslutade kommittédirektiv,

– analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen vård och sluten vård i relation till utredningens övriga förslag samt redogöra för vilka konsekvenser en förändring respektive borttagning av dessa begrepp skulle kunna få, och

– utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut.

## Utredningens nuvarande uppdrag

Regeringen gav den 2 mars 2017 en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredaren ska även i dialog med företrädare för samtliga landsting, myndigheter och andra berörda aktörer utarbeta en nationell plan där primärvården är utgångpunkten för en ökad närhet till patienten. Utredaren ska i planen redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en med berörda aktörer förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet. Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2019. Utredningen har antagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård.

## Uppdraget utvidgas med två frågeställningar

*Är uppdelningen i öppen och sluten vård ändamålsenlig?*

Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av investeringar i specialistvård och akutsjukhus. Sjukvård bedrivs enligt dagens regelverk antingen som öppen eller som sluten vård. Med sluten vård avses enligt 2 kap. 4 § i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. Vidare anges i 7 kap. 4 § HSL att det för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska finnas sjukhus. Med öppen vård avses enligt 2 kap. 5 § HSL annan hälso- och sjukvård än sluten vård.

I betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) görs bedömningen att den nuvarande strukturen vad gäller öppen vård och sluten vård är en viktig bidragande orsak till ineffektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet. I betänkandet anges att det finns anledning att överväga om det fortsatt behövs en uppdelning i öppen respektive sluten vård. Nya behandlingsalternativ och nya sätt att organisera hälso- och sjukvården har lett till att vård som tidigare krävde intagning på sjukhus numera även kan utföras på andra platser, så som en öppen vårdenhet eller i patientens hem, ibland med hjälp av digitala lösningar. Detta innebär att gränsen mellan öppen och sluten vård i praktiken

successivt förändras. I betänkandet Effektiv vård anser utredaren att gränserna mellan öppen och sluten vård i dag i realiteten är så flytande att begreppen inte längre är relevanta att upprätthålla. När det gäller den slutna vården föreslås det i betänkandet att denna ska kunna ges på vårdinrättning eller på annan plats.

Uppdelningen i öppen och sluten vård är direkt kopplad till huvudmannafrågan där landstinget är huvudman för den slutna vården medan den öppna vården kan ha antingen landsting eller kommun som huvudman. Många vårdprocesser går fram och tillbaka över gränserna mellan öppen och sluten vård, bl.a. när det gäller de standardiserade vårdförlopp som införs i cancervården. Uppdelningen påverkar också organiseringen av åtskilliga separata funktioner och aktiviteter i hälso- och sjukvårdssystemet. Försörjning och finansiering av läkemedel utgår exempelvis i dagens system från denna uppdelning. Läkemedel inom den slutna vården, som ofta benämns rekvisitionsläkemedel, betalas till övervägande del av landstingen. Det finns också läkemedel som rekvireras till öppen vård, t.ex. till vårdcentraler. Den största delen av de läkemedel som används i den öppna vården distribueras dock via öppenvårdsapoteken och bekostas dels av patienten, dels av staten genom högkostnadsskyddet i den mån läkemedlen ingår i läkemedelsförmånerna. När det gäller finansieringsmodellen för läkemedel har regeringen tillsatt en utredning som har i uppdrag att se över finansiering, subvention och prissättning av läkemedel (S 2016:07). Utredningen har tagit namnet Läkemedelsutredningen. Inom ramen för den utredningen ska det bl.a. analyseras om det finns ett fortsatt behov av uppdelning av läkemedel i öppenvårdsläkemedel respektive slutenvårdsläkemedel eller någon annan form av uppdelning. I direktiven aviseras även att tilläggsdirektiv ska komma att beslutas om att se över regelverket för läkemedelsförsörjningen.

Läkemedelsfrågan och huvudmannafrågan är bara två exempel på aspekter av det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet som beror på, eller påverkas av, uppdelningen i öppen och sluten vård. I delbetänkandet (SOU 2017:53) från utredningen S 2017:01 föreslås att vård ska ges som öppen vård i första hand och att en överflytning av resurser från sluten vård skulle kunna ge kostnadsbesparingar.

Uppdelningen tydliggör ansvarsfördelning och finansieringsansvar men det är angeläget att den inte hindrar effektiva vårdprocesser och kontinuitet eller skapar otrygghet för den enskilda patienten. I ljuset

av en omfattande omorganisation av hälso- och sjukvården behöver denna uppdelning därför utredas närmare.

I tillägg till det tidigare kommittédirektivet (dir. 2017:24) ska utredaren därför

- analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård med utgångspunkt att vården ska organiseras och bedrivas effektivt med god kvalitet utifrån den enskildes vårdbehov
- göra analysen utifrån ett patientperspektiv i relation till utredningens övriga förslag och
- redogöra för vilka konsekvenser en förändring skulle kunna få för kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner och landsting, ur ett samhällsekonomiskt perspektiv samt avseende ansvarsfördelning och samverkan mellan huvudmännen.

*Hur kan samverkan mellan primärvård och kommunal hälso- och sjukvård och omsorg underlättas?*

Ädel-reformen 1992 innebar att kommunerna övertog viss typ av vård från landstingen. Både landstingen och kommunerna är därmed huvudmän för hälso- och sjukvård. Med kommunal hälso- och sjukvård avses sjukvård som genom kommunens åtagande och ansvar ges i patientens bostad eller där patienten vistas. Kommunerna ansvarar enligt 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § HSL för hälso- och sjukvård (dock inte läkarinsatser) i särskilt boende, dagverksamheter och, i de fall man har avtal med landstinget, även i hemsjukvård i ordinärt boende, det vill säga patientens privata bostad. I alla landsting utom ett har skyldigheten att erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende överlåtits till kommunerna. I och med detta har kommunernas betydelse som huvudmän för hälso- och sjukvård ökat.

Enligt såväl socialtjänstlagen (2001:453) som HSL har kommunerna och landstingen skyldighet att samverka både på övergripande nivå och på patientnivå. Ett exempel är bestämmelsen om samordnad individuell plan som ska upprättas av landsting och kommun tillsammans för personer som behöver både hälso- och sjukvård och stöd från socialtjänsten. Enligt 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821) ska en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av

trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Vad gäller primärvården ska landstinget enligt 7 kap. 3 § HSL organisera den så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Tidigare lagstiftning talade om patientansvarig läkare.

Kontinuitet och samordning utgör emellertid fortfarande stora utmaningar i hälso- och sjukvården och det är ofta svårt för patienterna att navigera rätt. I betänkandet Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer (SOU 2017:21) beskrivs hur samspelet mellan huvudmännen allt för ofta brister men att det finns goda exempel att lära ifrån. Under åren 2010 till 2014 ingick regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting överenskommelsen Bättre liv för sjuka äldre. Inom ramen för överenskommelsen stimulerades en rad verksamheter och initiativ så som Mobilt hembesöksteam i Uppsala och Närvård i västra Skaraborg. Flera av projekten har permanentats.

Regeringen har i år, efter pilotprojekt i tre landsting, aviserat en nationell satsning på s.k. Patientkontrakt. Ett patientkontakt är en sammanhållen plan över inplanerade vårdinsatser som gör patienten mer delaktig i sin vård.

I betänkandet Effektiv vård anförs att primärvården i dag är alltför begränsad i sin funktion när det gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får samt att bidra till att knyta samman de samlade insatserna från landstingens hälso- och sjukvård och kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vidare anförs att insatser från olika huvudmän och verksamheter i dag inte är tillräckligt integrerade med varandra och inte möter individens samlade behov.

I betänkandet Effektiv vård föreslås ytterligare ny lagstiftning som ställer krav på att landsting och kommun ska utföra verksamhet gemensamt för äldre med omfattande behov. Förslaget är ett led i att skapa en juridisk ram för verksamhet som behöver hänga ihop. Personer med komplexa behov av vård och omsorg rör sig ofta mellan olika vårdnivåer och huvudmän och det är angeläget, inte minst ur ett patientperspektiv, att vården och omhändertagandet sker smidigt och sömlöst. Betänkandet lyfter också fram behovet av samverkan mellan huvudmännen kring prevention och att förebyggande åtgärder behöver prioriteras mer.

Även patienter som får sitt huvudsakliga behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från kommunen har ofta en eller flera läkare i primärvården med ett medicinskt ansvar för patienten. För att säkra kontinuiteten är det därför angeläget att även primärvården deltar i samarbetet kring den enskilde. Detta tydliggörs också i den nya lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård som träder i kraft den 1 januari 2018. En stor mängd vårdplatser uppehålls i dag av utskrivningsklara patienter och det bidrar till överbeläggningar i slutenvården. I den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård tydliggörs att både kommunala verksamheter och primärvård tidigt måste börja planera inför patientens utskrivning från sluten vård. Informationsöverföringen mellan huvudmännen måste fungera och beredskap finnas för att ta emot de utskrivna patienterna. Några behöver skrivas ut till ett kommunalt boende medan andra kan komma hem under förutsättning att primärvård och kommunen kan erbjuda den vård och omsorg som behövs. Den nya lagen kommer att påverka både primärvårdens och kommunernas arbetssätt och samverkan. Ett tydligt syfte med lagen är att skapa en större delaktighet från primärvården i den fortsatta planeringen för patienten.

En god samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen är alltså en förutsättning för ett gott omhändertagande och en förbättrad kontinuitet för många patienter. Det är angeläget att närmare utreda relationen mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen. Utredaren ska därför lämna förslag på

– hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och
– hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut.

## Genomförande och redovisning av uppdraget

För frågan som berör ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård ska utredningen föra dialog med Läkemedelsutredningen (S 2016:07). Utredningen förväntas i frågan om samverkan och gränssnitt mellan primärvård och kommunal hälso- och sjukvård och omsorg särskilt beakta införandet av den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet. Uppdraget ska fortfarande redovisas senast den 31 mars 2019.

(Socialdepartementet)

# Kommittédirektiv 2018:90

## Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)

Beslut vid regeringssammanträde den 23 augusti 2018

### Utvidgning av och förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att ge en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24).

Den 21 september 2017 beslutade regeringen även om tilläggsdirektiv till utredningen (dir. 2017:97). Utredningen har lämnat två delbetänkanden (SOU 2017:53 och SOU 2018:39).

Utredningens uppdrag utvidgas till att även omfatta förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter med omfattande och komplexa vårdbehov och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan. Vidare ingår att utreda och föreslå hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för fysioterapeuter, ska kunna integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalsystem samt övrig öppenvård, i samklang med övriga förändringar som sker inom hälso- och sjukvården.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 mars 2020. En delredovisning ska lämnas den 7 juni 2019.

*Samordning av vårdinsatser från flera aktörer*

Att samordna insatser för patienter och brukare med omfattande och komplexa vårdbehov är en av de stora utmaningarna för vården och omsorgen. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys är det ca en miljon personer i Sverige som har flera vårdbehov och som samtidigt har nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg. Gruppen förväntas därtill växa för varje år i takt med att befolkningen blir äldre. Det ställer stora krav på vården och omsorgen att organisera och möta patienter och brukare efter en komplex behovsbild hos en växande patientgrupp.

Den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården har lyft fram behovet av att utveckla samordningen av vårdinsatser mellan olika aktörer och huvudmän. I slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) framhåller samordnaren att det finns väldokumenterade problem med samverkan och samordning av vården, särskilt när det gäller multisjuka äldre, och att problemen bl.a. består i att vårdens organisering är fragmenterad. Samordnaren drar slutsatsen att det inte är ändamålsenligt att dra skarpa gränser mellan huvudmän och att en sådan styrning snarare är kontraproduktiv ur ett effektivitetsperspektiv. Det krävs ökade ansträngningar för att få tillstånd samordnade insatser från olika verksamheter och huvudmän. När samordningen brister riskerar patienter ohälsa och ett försämrat hälsotillstånd vilket i sin tur kan leda till att behovet av akutsjukvård ökar. Detta bidrar i sin tur till ökade kostnader för vården. Behovet av samordning av vården gäller, förutom multisjuka äldre, i hög grad även andra patienter i alla åldrar med allvarliga kroniska sjukdomar, cancer och psykiska sjukdomar.

Regeringen ser behov av att stärka förutsättningarna för samordning i hälso- och sjukvården. Av den anledningen har regeringen bl.a. tagit initiativ till s.k. patientkontrakt. Ett patientkontrakt är en sammanhållen vårdplan som ska användas som ett stöd för gemensam planering och samordning av patientens samtliga vårdkontakter. Den ska ge patienter och närstående en översikt över inplanerade vård- och behandlingsinsatser. Patientkontrakt ska också leda till bättre samordning, tillgänglighet och delaktighet för berörda patienter. Regeringen har ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting om insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården, den så kallade patientmiljarden, för

att stimulera utvecklingen av och införandet av patientkontrakt i vårdens verksamheter. För att patientkontrakt ska kunna användas som en övergripande vårdplan som innefattar insatser från flera aktörer och huvudmän behöver den rättsliga regleringen för patientkontrakt och de befintliga krav på vårdplaner som finns i den nuvarande lagstiftningen ses över.

Regeringen ser ett behov av att utreda hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare, i alla åldrar, med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras och om patientkontrakt bör författningsregleras för att underlätta samordningen av insatser från flera aktörer och huvudmän. Det är en viktig förutsättning för att effektivisera vården för dessa patienter. Befintliga krav på planer inom vård och omsorg ska ses över med denna inriktning. Primärvården ska vara en viktig bas för de samordnande insatserna. Förslagen ska beakta ett patient-, brukar och jämställdhetsperspektiv. Syftet är att säkerställa en sömlös, sammanhållen vård och omsorg utifrån patienternas individuella behov.

Utredaren ska

- undersöka hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras
- se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan för patientens samtliga vårdinsatser oavsett aktör eller huvudman,
- klargöra hur patientkontraktet bör förhålla sig till samordnad individuell plan, så kallad SIP.

*Vårdgivare som får ersättning enligt den nationella taxan bör integreras bättre i primärvården*

Genom införandet av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF) övertog landstingen den 1 januari 1994 det direkta kostnadsansvaret för ersättning till vissa privata läkare och fysioterapeuter anslutna till Försäkringskassan. Ett särskilt ersättningssystem för de privata läkarna och fysioterapeuterna infördes genom förordningen

(1994:1121) om läkarvårdsersättning och förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi, den så kallade nationella taxan. Vårdgivare som får ersättning enligt den nationella taxan är verksamma i den öppna vården och vissa av läkarna återfinns i primärvården.

I slutet av 2016 inleddes inom Socialdepartementet en översyn av den nationella taxan. Utgångspunkten var att göra en bred översyn av det nuvarande systemet och föreslå en långsiktig lösning. Regeringen har nyligen skickat ut departementsskrivelsen Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi (Ds 2018:31) på remiss. Promemorian innehåller förslag till ändringar i LOL och LOF, bl.a. att det ska vara möjligt att göra avsteg från kravet på heltidssysselsättning för att få ersättning samt att läkarna och fysioterapeuterna ska medverka till uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten. I skrivelsen görs även bedömningen att mer omfattande förändringar av systemet med LOL och LOF kan behöva genomföras på sikt. Detta bör då ske i överensstämmelse med den övriga utvecklingen av hälso- och sjukvården och utifrån den nationella taxans effekter på dagens hälso- och sjukvårdssystem.

Utformningen och regleringen av den nationella taxan har berörts av tidigare utredningar. En gemensam slutsats från dessa utredningar är att det förekommer betydande skillnader i tillgänglighet, jämlikhet och kvalitet i den vård som ges inom ramen för den nationella taxan. Regeringen bedömer att den promemoria som nu är ute på remiss utgör ett första steg i utvecklingen av den nationella taxan, men att det finns behov av att fortsätta detta utvecklingsarbete och utreda hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning inom ramen för den nationella taxan bättre ska kunna integreras i den ordinarie öppna vården. Utgångspunkten ska vara att bidra till en mer tillgänglig och jämlik vård av hög kvalitet.

Utredaren ska

– utreda och föreslå hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för fysioterapi, ska kunna integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalsystem samt i övrig öppenvård, i samklang med de övriga förändringar som sker inom hälso- och sjukvården,

– lämna nödvändiga författningsförslag.

### Samråd och redovisning av uppdraget

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet. En delredovisning ska lämnas den 7 juni 2019 om uppdragets inriktning och hur arbetet fortlöper. Utredningstiden förlängs till den 31 mars 2020 då uppdraget ska slutredovisas.

(Socialdepartementet)

# Kommittédirektiv 2019:49

## Tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)

Beslut vid regeringssammanträde den 15 augusti 2019

### Utvidgning och förlängd tid

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att ge en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24).

Den 21 september 2017 och den 23 augusti 2018 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till utredningen (dir. 2017:97 och dir. 2018:90). Utredningen har lämnat två delbetänkanden (SOU 2017:53 och SOU 2018:39).

Utredaren ska, utöver vad som sägs i tidigare uppdrag, utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar och vid behov lämna förslag om hur detta kan genomföras på ett effektivt sätt. Det nya deluppdraget bygger på en överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna.

Utredningstiden förlängs. De delar som utredningen enligt tidigare beslutade direktiv skulle slutredovisa den 31 mars 2020 ska i stället redovisas i form av ett delbetänkande samma datum. Uppdraget att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa ska redovisas senast den 15 januari 2021.

## Bakgrund till uppdraget

I dag finns det ingen tydlig definition av psykisk ohälsa. Nedsatt psykiskt välbefinnande kan indikera lättare besvär av psykisk ohälsa. Folkhälsomyndigheten genomför vartannat år den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. 2018 års undersökning visar bl.a. att 17 procent av befolkningen uppgav att de hade nedsatt psykiskt välbefinnande. Bland kvinnor var andelen 20 procent och bland männen 14 procent. Andelen har ökat sedan mätningen 2016, men ökningen är inte statistiskt säkerställd.

Nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligast bland unga och i synnerhet bland unga kvinnor. I åldersgruppen 16–29 år angav 33 procent av kvinnorna och 19 procent av männen nedsatt psykiskt välbefinnande. I undersökningen uppgav 39 procent av befolkningen i åldern 16–84 år lätta eller svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. Det är en ökning sedan 2016 då andelen var 36 procent. Av de tillfrågade kvinnorna angav 46 procent besvär av ängslan, oro eller ångest. Motsvarande andel bland männen var 32 procent. Män söker dock vård för psykisk ohälsa i mindre utsträckning än vad kvinnor gör och de väntar längre innan de gör det.

Andelen som anger att de har nedsatt psykiskt välbefinnande är vidare dubbelt så stor bland homo- och bisexuella personer jämfört med heterosexuella. Transpersoner tenderar att ha ytterligare nedsatt psykiskt välbefinnande (Regeringskansliets strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck).

Enligt Försäkringskassan är psykiatrisk diagnos den vanligaste orsaken till sjukskrivning och det tar lång tid att komma tillbaka i arbete för personer sjukskrivna i psykiatriska diagnoser. Genomsnittstiden för att avsluta ett sjukfall är 44 dagar för samtliga diagnoser. För personer sjukskrivna i psykiatriska diagnoser är genomsnittstiden 75 dagar. Psykiatriska diagnoser har därmed de längsta sjukskrivningarna, längre än både hjärt-kärlsjukdomar och tumörsjukdomar (Försäkringskassan, 2017). I december 2016 var, enligt statistik från Försäkringskassan, drygt 130 600 kvinnor sjukskrivna, varav 49 procent var sjukskrivna i psykiatriska diagnoser. Samma månad var drygt 66 000 män sjukskriva, varav 37 procent i psykiatriska diagnoser.

Många äldre lider av ensamhet och ett minskat socialt sammanhang. En rapport från Socialstyrelsen visar dessutom att psykisk ohälsa är vanligare hos äldre kvinnor och män som är över 65 år än hos yngre personer som är mellan 18 och 64 år (Socialstyrelsen 2019, Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre, uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre. Öppna jämförelser.). Rapporten visar bl.a. att en högre andel patienter i åldern 65 år eller äldre har förskrivits antipsykotiska läkemedel och tre eller fler psykofarmaka än den yngre gruppen med psykisk ohälsa. Det har uppmärksammats att äldre i vissa fall enbart behandlas med hjälp av läkemedel trots att de kan ha behov av andra insatser. Andra grupper med stora behov som inte alltid uppmärksammas i tillräckligt hög grad är personer med funktionsnedsättning, personer med riskbruk, liksom personer som vårdar eller stöder en närstående. Det är även viktigt att primärvården samverkar med socialtjänsten vid behov för att kunna beakta personens hela livssituation, t.ex. bakomliggande orsaker till psykisk ohälsa som exempelvis kan handla om våld i nära relationer och ekonomisk utsatthet.

Hälso- och sjukvårdsinsatser för personer med psykisk ohälsa ges både inom primärvården och den specialiserade vården. Primärvård omfattar inte bara landstingens insatser inom första linjen utan även den kommunala hälso- och sjukvården. Även andra verksamheter såsom studenthälsan och företagshälsovården kommer i kontakt med personer som har behov av stöd och t.ex. samtal vid lättare psykisk ohälsa.

Mot denna bakgrund ser regeringen att det finns ett behov av att skyndsamt kunna erbjuda stöd till personer med lättare psykisk ohälsa. Skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom den nära vården skulle dels kunna förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar, dels avlasta och därmed förbättra tillgängligheten till den specialiserade psykiatrin för dem med behov av specialiserad vård.

### *Utreda införandet av en ny form av insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa*

Det är viktigt att primärvården, såsom första linjens vårdnivå och som del av den nära vården, klarar att skyndsamt ge ändamålsenligt stöd till personer med lättare psykisk ohälsa, såväl kvinnor som män och personer som identifierar sig på annat sätt. Primärvården har

redan i dag ett sådant uppdrag men tillgängligheten till vården är inte alltid god. Det kan leda till att personer som har behov av vård som hade kunnat ges inom primärvården vänder sig till sjukhusets akutmottagning eller annan specialiserad vård som i första hand vänder sig till personer med mer akuta eller komplicerade medicinska behov.

Det är vidare angeläget att den nära vården inte fragmentiseras i onödan. Det uppdrag som utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har skapar förutsättningar för en sammanhängande första linjens vårdnivå. Utredaren har ett brett kontaktnät och kan därmed löpande förankra sina förslag och bedömningar hos verksamheter i hälso- och sjukvården. Även detta tilläggsuppdrag kräver goda kontakter och ingående kunskap om primärvårdens uppdrag och hur den är organiserad.

Fokus för uppdraget är lättare psykisk ohälsa som inte kräver specialiserad vård. Begreppet lättare psykisk ohälsa bör för uppdragets genomförande definieras närmare. Det skulle till exempel kunna handla om sådan nedstämdhet som inte kan diagnostiseras som depression eller sådan upplevd stress som ännu inte har uppnått sådana nivåer att en stressdiagnos kan sättas. Det är dock upp till utredaren att bedöma vilken form av lättare psykisk ohälsa som ska erbjudas den nya formen av insatser.

För att en person som har behov av insatser från hälso- och sjukvården för sin psykiska hälsa ska få rätt vård krävs en bedömning av hur allvarlig den psykiska ohälsan är. Det är viktigt inte minst för att säkerställa att den som har behov av mer kvalificerad vård får det på rätt vårdnivå.

Utredaren ska därför

– utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa i syfte att bl.a. förebygga svårare ohälsa och sjukskrivningar,

– överväga vilka målgrupperna ska vara för de nya insatserna och hur deras behov av stöd ska definieras och vilka typer av insatser som är bäst lämpade för målgrupperna,

– överväga hur och när en medicinsk bedömning av behoven ska ske utifrån syftet att stödet ska kunna ges skyndsamt och på rätt vårdnivå,

– överväga hur insatserna ska passas in i primärvårdens uppdrag och organisation,
– överväga hur verksamheter såsom studenthälsovård och företagshälsovård kan bidra till och komplettera primärvårdens uppdrag, samt
– utreda hur föreslagna insatser ska följas upp och hur effekterna ska utvärderas.

Utredaren ska vidare

– kartlägga om liknande lösningar för personer med lättare psykisk ohälsa har utformats i något land inom EU eller EES-området, exempelvis i Norge eller Storbritannien och överväga i vad mån dessa kan tjäna som goda exempel för verksamheter i Sverige, samt
– i sina överväganden beakta och synliggöra eventuella skillnader som beror på kön, inklusive när det gäller förutsättningar för vården att nå ut till personer med lättare psykisk ohälsa.

*Utbildningsinsatser*

Det är viktigt att personer som har behov av hjälp och behandling får detta snabbt från medarbetare i vården med rätt kompetens men också på rätt vårdnivå. Det är också viktigt med ett gott bemötande som utgår från olika människors behov och förutsättningar, exempelvis funktionsnedsättning eller ålder. Den specialiserade vården ska ta emot patienter med svår problematik eller diagnos. Primärvården, som en central del i den nära vården, behöver kunna erbjuda vård till patienter som lider av lättare psykisk ohälsa. Dessa patienter ska inte behöva vänta på att få tid inom vuxenpsykiatrin eller till exempelvis psykolog i primärvården. Mycket pekar dock på att det saknas tillräckliga resurser i form av bl.a. utbildad personal för att ta hand om lättare psykisk ohälsa i första linjens hälso- och sjukvård.

Det finns därför anledning att överväga hur fler medarbetare inom den nära vården ska kunna bidra med stöd till patienter med lättare psykisk ohälsa. Utbildningsinsatser för befintliga medarbetare kan naturligtvis vara aktuellt men även för andra som kan bidra till en mer behovsanpassad nära vård. Kompetensförsörjning är en stor

utmaning för hälso- och sjukvården och det är i dag brist på personal, såväl i den nära vården som i den specialiserade vården.

Utredaren ska därför

– överväga vilka kompetenser som bör ligga till grund för det nya stödet, kartlägga nuvarande kompetenser inom primärvården, analysera vilka utbildningsinsatser som finns i dag och bedöma det eventuella behovet av nya utbildningsinsatser och hur sådana i så fall kan erbjudas över hela landet på ett kostnadseffektivt sätt, samt

– överväga vilka personalkategorier i primärvården som i första hand bör erbjudas kompetensinsatser och om även personer som i dag inte arbetar inom hälso- och sjukvården kan utbildas för arbete inom primärvården.

## Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagens konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474) och i det sammanhanget särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer. Konsekvensbeskrivningen för jämställdhet ska inkludera möjligheterna att fånga upp psykisk ohälsa hos kvinnor respektive män samt personer som identifierar sig på annat sätt i ett tidigt skede.

Utredaren ska beräkna och beskriva de administrativa, organisatoriska och ekonomiska konsekvenserna av de förslag som läggs fram. Om förslagen innebär kostnadsökningar för stat respektive landsting och kommun ska utredaren föreslå hur förslagen ska finansieras enligt vad som anges i 14 och 15 §§ kommittéförordningen (1998:1474). Om förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen, ska de konsekvenser och de särskilda avvägningar som föranlett förslagen särskilt redovisas (se 14 kap. 3 § RF).

Utredaren ska särskilt

– beskriva konsekvenserna för primärvården, den specialiserade psykiatrin och berörda myndigheter, samt

– bedöma vilka konsekvenser som på sikt kan uppstå för sjukskrivningstalen och för vuxna med psykisk ohälsa.

### Samråd och redovisning av uppdraget

Utredaren ska samråda med andra statliga utredningar vars uppdrag särskilt berör första linjens hälso- och sjukvård samt även fortsättningsvis arbeta utåtriktat för att på bästa sätt förankra uppdraget hos berörda aktörer.

Utredningstiden förlängs. De delar som utredningen enligt tidigare beslutade direktiv skulle slutredovisa den 31 mars 2020 ska i stället redovisas i form av ett delbetänkande samma datum. Uppdraget att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa ska redovisas senast den 15 januari 2021.

(Socialdepartementet)

# Tänkbar utformning av definition av ”särskild vård”

## Tänkbart förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och tillhörande författningskommentar

**2 kap. 4 §**

Med *särskild vård* avses i denna lag *specialiserad hälso- och sjukvård som av kvalitets- och effektivitetsskäl ges på en vårdinrättning i vilken vård kan ges dygnet runt, samt där patienten har tillgång till;*

*a) aktiv behandling av allvarlig skada eller sjukdom, akut medicinskt eller psykiatriskt tillstånd, eller initial återhämtning från kirurgiskt ingrepp, eller*

*b) regelbunden övervakning med tillgång till multidisciplinära kompetenser och/eller viss teknisk utrustning, eller*

*c) specifika diagnostiska metoder för den fortsatta utformningen av patientens vård.*

*Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om klassificering av vilken hälso- och sjukvård som utgör särskild vård.*

Paragrafen behandlas i avsnitt 8.2.3 och innebär att den befintliga definitionen av sluten vård ändras såväl språkligt som materiellt.

I *första stycket* första meningen regleras utgångspunkten för vad som ska utgöra särskild vård. Med sådan vård avses specialiserad hälso- och sjukvård som av kvalitets- och effektivitetsskäl ges vid en vårdinrättning i vilken vård kan ges dygnet runt. Detta innebär att vårdinrättningen måste vara beskaffad – och verksamheten däri vara organiserad – på ett sådant sätt, att vården ska kunna tillhandahållas

kontinuerligt under dygnets alla timmar, dvs. dygnet runt. På detta sätt uppfyller regionerna sitt akutvårdsuppdrag.

Med vårdinrättning i denna paragraf avses i huvudsak sådan vårdinrättning som är eller har varit avsedd för sluten vård och med vilken dagens sjukhus kan jämställas. Begreppet vårdinrättning är dock dynamiskt och det är därför möjligt att särskild vård kan och även framöver kommer att kunna ges vid andra typer av vårdinrättningar än de som benämns som sjukhus (jfr förslag om upphävande av 7 kap. 4 § HSL). Vid den vårdinrättning som tillhandahåller särskild vård behöver alltså vissa specifika hälso- och sjukvårdsinsatser i form av akutvård, övervakning och diagnostik samt tillgång till särskild multiprofessionell kompetens hos personal och särskild teknisk utrustning tillgängliggöras. Paragrafens *första stycke* konstrueras därför genom ytterligare tre alternativa *rekvisit* (a–c). Att rekvisiten är alternativa innebär att endast ett av dem behöver vara uppfyllt för att det ska vara fråga om särskild vård.

Om den hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs i vårdinrättningen kan ge patienten tillgång till *a) aktiv behandling av allvarlig skada eller sjukdom, akut medicinskt eller psykiatriskt tillstånd eller initial återhämtning från ett kirurgiskt ingrepp*, så utgör vården särskild vård.

På samma sätt är vården särskild om patienten på vårdinrättningen får tillgång till *regelbunden övervakning med tillgång till multidisciplinära kompetenser och/eller teknisk utrustning* enligt *punkten b)*.

Den alternativa *punkten c)* avser tillgången till vissa *specifika diagnostiska metoder för utformning av patientens fortsatta vård*. Sådan vård är också särskild.

All vård som inte faller in under ovanstående kriterier ska, i enlighet med 2 kap. 5 § HSL, utgöra öppen vård.

I *andra stycket* införs ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer att meddela närmare föreskrifter om klassificering av vilken vård som enligt bestämmelsens första stycke ska utgöra särskild vård.

# Statens offentliga utredningar 2020

## Kronologisk förteckning

1. Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. S.
2. Skärpta regler om utländska månggiften. Ju.
3. Hållbar slamhantering. M.
4. Vägen till en klimatpositiv framtid. M.
5. Fler ruttjänster och höjt tak för rutavdraget. Fi.
6. En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. S.
7. Brott mot djur – Skärpta straff och ett mer effektivt sanktionssystem. N.
8. Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget. Fi.
9. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2020. Steg för steg. Var står vi? Vart går vi? M.
10. Stärkt lokalt åtgärdsarbete – att nå målet Ingen övergödning. M.
11. Kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om utländska direktinvesteringar. Ju.
12. Nya kapitaltäckningsregler för värdepappersbolag. Fi.
13. Att kriminalisera överträdelser av EU-förordningar. N.
14. Framtidens teknik i omsorgens tjänst. S.
15. Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS. S.
16. Ett effektivare regelverk för utlänningsärenden med säkerhetsaspekter. Ju.
17. Grönt sparande. Fi.
18. Framtidens järnvägsunderhåll. I.
19. God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. S.

# Statens offentliga utredningar 2020

## Systematisk förteckning


**Finansdepartementet**

Fler ruttjänster och höjt tak för rutavdraget. [5]

Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget. [8]

Nya kapitaltäckningsregler för värdepappersbolag. [12]

Grönt sparande. [17]

**Infrastrukturdepartementet**

Framtidens järnvägsunderhåll. [18]

**Justitiedepartementet**

Skärpta regler om utländska månggiften. [2]

Kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om utländska direktinvesteringar. [11]

Ett effektivare regelverk för utlänningsärenden med säkerhetsaspekter. [16]

**Miljödepartementet**

Hållbar slamhantering. [3]

Vägen till en klimatpositiv framtid. [4]

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2020. Steg för steg. Var står vi? Vart går vi? [9]

Stärkt lokalt åtgärdsarbete – att nå målet Ingen övergödning. [10]

**Näringsdepartementet**

Brott mot djur – Skärpta straff och ett mer effektivt sanktionssystem. [7]

Att kriminalisera överträdelser av EU-förordningar. [13]

**Socialdepartementet**

Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. [1]

En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. [6]

Framtidens teknik i omsorgens tjänst. [14]

Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS. [15]

God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. [19]

Regeringskansliet

Remiss

2020-04-20
S2020/02841/FS

Socialdepartementet

# God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)

## Remissinstanser

Akademikerförbundet SSR

Apotekarsocieteten

Arbetsmiljöverket

Arjeplogs kommun

Barnombudsmannen

Danderyds kommun

Datainspektionen

Dietisternas riksförbund

Distriktssköterskeföreningen

E-hälsomyndigheten

FAMNA

Finspångs kommun

Folkhälsomyndigheten

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd

Funktionsrätt Sverige

Fysioterapeuterna

Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Föreningen Sveriges Socialchefer

Förvaltningsrätten i Umeå

Förvaltningsrätten i Växjö

Gotlands kommun

Grums kommun

Gävle kommun

Halmstads kommun

Hjo kommun

Huddinge kommun

Håbo kommun

Härryda kommun

Högskolan Dalarna

Högskolan i Borås

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Justitiekanslern (JK)

Jönköpings kommun

Karlstad kommun

Karolinska institutet

Kommunal

Konkurrensverket

Kungsbacka kommun

Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation (LKR)

LIF - de forskande läkemedelsföretagen

Linnéuniversitetet

Lunds universitet

Läkarsekreterares och sjukvårdsadministratörers Förbund (LSF)

Läkemedelsverket (LV)

Malmö kommun

Myndigheten för delaktighet

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Mälardalens högskola

Mölndals kommun

Nora kommun

Nordmalings kommun

Norrtälje kommun

Nyköpings kommun

Orust kommun

Pensionärernas Riksorganisation (PRO)

Regelrådet

Region Blekinge

Region Dalarna

Region Gävleborg

Region Halland

Region Jämtland Härjedalen

Region Jönköpings län

Region Kalmar län

Region Kronoberg

Region Norrbotten

Region Skåne

Region Stockholm

Region Sörmland

Region Uppsala

Region Värmland

Region Västerbotten

Region Västernorrland

Region Västmanland

Region Örebro

Region Östergötland

Riksförbundet för Rättigheter, Frigörelse, Hälsa och Likabehandling (RFHL)

Rättviks kommun

Sjukhusläkarna

SKPF Pensionärerna

Skövde kommun

Socialstyrelsen

Sollefteå kommun

SPF Seniorerna

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

Statens medicinsk-etiska råd (Smer)

Statskontoret

Stockholms kommun

Svedala kommun

Swedish Medtech

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

Svensk Kuratorsförening

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)

Svenska Distriktsläkarföreningen

Svenska Logopedförbundet

Svenska Läkaresällskapet

Sverigefinska pensionärer

Sveriges Farmaceuter

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

Sveriges läkarförbund

Sveriges Psykologförbund

Säffle kommun

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

Tillsammans för ungas psykiska hälsa (TILIA)

Umeå universitet

Universitetskanslersämbetet (UKÄ)

Upphandlingsmyndigheten

Uppsala kommun

Verket för innovationssystem

Vetenskapsrådet

VISION

Vårdförbundet

Vårdföretagarna

Västra Götalandsregionen

Åre kommun

Älvkarleby kommun

Örebro universitet

Örkelljunga kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 31 augusti 2020.** Svaren bör lämnas i bearbetningsbar form (t.ex. Wordformat) per e-post till **s.remissvar@regeringskansliet.se** och med kopia till **s.fs@regeringskansliet.se.** Ange diarienummer **S2020/02841/FS** och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Remissinstansen namn ska även anges i dokumentnamnet.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

**Myndigheter under regeringen** är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Torkel Nyman
Departementsråd

Kopia till
Norstedts Juridik, kundservice, 106 47 Stockholm

# Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 98-116

**Tid:** 2020-09-01 kl. 08:30

**Plats:** Sal A, Regionens hus

## § 106

## Remiss - Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS

Diarienummer: RJL 2020/1235

### Beslut

Presidiet

- Avvaktar med beslut till nämndsammanträdet.

### Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat förslag Strukturförändringar och investeringar i hälso- och sjukvården SOU 2020:15.

Region Jönköpings län instämmer till stor del i det som framkommer i utredningen och de lärdomar som finns från utvärderingen av NKS. Region Jönköpings län ser att det finns ett stort behov av tydligare vägledning/fakta om vad som krävs vid planering av nya lokaler.

### Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2020-08-10
- Förslag till yttrande daterat 2020-09-22
- Remiss: Strukturförändringar och investeringar i hälso- och sjukvården, SOU 2020:15

### Yrkanden/förslag till beslut på sammanträde

Presidiet avvaktar med beslut till nämndsammanträdet.

### Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

### Beslutets antal sidor

1

Regionstyrelsen

# Strukturförändringar och investeringar i hälso- och sjukvården SOU 2020:15

## Förslag till beslut

Regionstyrelsen

- Godkänner föreliggande yttrande som svar till Socialdepartementet.

## Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat förslag Strukturförändringar och investeringar i hälso- och sjukvården SOU 2020:15.

Region Jönköpings län instämmer till stor del i det som framkommer i utredningen och de lärdomar som finns från utvärderingen av NKS. Region Jönköpings län ser att det finns ett stort behov av tydligare vägledning/fakta om vad som krävs vid planering av nya lokaler.

## Information i ärendet

Utredningen av Nya Karolinska Solna (NKS) innehåller lärdomar om besluts- och genomförande processen i samband med upphandlingar och investeringar i hälso- och sjukvården. I uppdraget har ingått att kartlägga användandet av process- och organisationsstöd samt hur relevanta kontrollmekanismer har tillämpats. I uppdraget har även ingått att analysera konsekvenserna för patientsäkerhet samt vårdprofessionens förutsättningar att säkerställa den samma.

Lärdomarna uppfattas som generella och kan användas för de pågående strukturförändringarna i svensk hälso- och sjukvård mot en nära, nivåstrukturerad och högspecialiserad vård.

Två av fyra rekommendationer har riktats till regionerna och det är dessa som Region Jönköpings län har kommenterat.

- Säkerställa långsiktighet och helhetssyn vid större strukturförändringar och investeringar.
- Konsekvensanalyser vid införande av nya styrmodeller och organisationsförändringar.

## Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2020-08-10
- Förslag till yttrande daterat 2020-09-22

- Remiss: Strukturförändringar och investeringar i hälso- och sjukvården, SOU 2020:15

## Beslut skickas till

Socialdepartementet

REGIONLEDNINGSKONTORET

Jane Ydman
Regiondirektör

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Socialdepartementet

# Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården, SOU 2020:15

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerade remiss Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården, SOU 2020:15.

## Sammanfattning

Region Jönköpings län anser att utredningen lyft viktiga lärdomar men ser samtidigt att det saknas bra vägledning och fakta som kan användas för analys inför större investeringar och ombyggnader.

## Synpunkter på förslaget

Region Jönköpings län lämnar här synpunkter på de två rekommendationer som utredningen riktar till regionerna.

***Säkerställ långsiktighet och helhetssyn vid större strukturförändringar och investeringar***

Region Jönköpings län instämmer i behovet av att säkerställa långsiktighet och helhetssyn. Samtidigt saknas det idag bra vägledning/fakta för hur mycket kvm som exempelvis behövs eller krävs för ett visst patientflöde för att säkra ett bra kapacitetsutnyttjande. Det skulle vara önskvärt med transparent data/fakta som beskriver fastighetsnyckeltal kopplat till verksamhet på såväl nationell nivå som mer lokal nivå. Det finns idag i Kolada ett antal fastighetsnyckeltal, men dessa beskriver oftast kostnaden för el och värmeförbrukning med mera per kvm dvs. inte någon koppling till verksamhet. Det är också svårt idag att förstå om en ombyggnad som kostar t ex 50 miljoner kronor är en rimlig kostnad för antalet kvm och ändamålet.

Planering av lokaler är en långdragen process och det innebär att det som är aktuellt ur verksamhetens behov idag hinner förändras tills lokalen är klar. Därför behöver lokalerna byggas för att vara flexiblare och enkelt kunna ställas om till olika patientprocesser och olika typ av verksamhet.

Region Jönköpings län anser att det är viktigt att flera olika perspektiv belyses för helhetssyn av en större investering. Det ställer krav på bra ledningsstruktur i

Regionledningskontoret
Box 1024
551 11 Jönköping

Telefon: 010-241 00 00
E-post: regionen@rjl.se
Hemsida: www.rjl.se

Organisationsuppgifter
Bankgiro: 5216-2849
Orgnr: 232100-0057

samband med större investeringar, dvs. hur ska en större investering processas? Grupper, bemanning (olika perspektiv), agenda/frågor, tidplaner mm.

***Konsekvensanalyser vid införande av nya styrmodeller och organisationsförändringar***
Region Jönköpings län instämmer i analysen och ser att det är önskvärt att det redan i större utredningar som t.ex. ”God och nära vård” fanns med en analys av effekterna på befintliga verksamheter, men även på lokaler och annan kostnadskrävande utrustning inom olika delar av vården som stöd för den lokala nivån. Det är också viktigt att nya styrmodeller inte skapar nya silos eller andra problem i patientsäkerhet mm.

***Exempel på önskad fakta***
Det finns idag bra data för verksamheten t.ex. antal besök, antal vårddagar uppdelat på olika sjukdomsgrupper samt sjukhusvård och primärvård.
Motsvarande finns inte för lokaler t.ex. kvm per sjukdomsgrupp eller för sjukhusvård och primärvård alternativt sluten respektive öppenvård.
För att förstå vad en större förändring som ”God och nära vård” kan innebära för lokalbehov och utrustning behöver det finnas bättre fakta.
Nedan ges bara några exempel:

- Kvm/Primärvård/Länssjukvård/Regionsjukvård/Nationell högspecialiserad vård
- Kvm/sjukdomsgrupper (t.ex. cancervård)
- Antal operationssalar och antal operationer
- Nyttjandegrad dvs. någon form att koppling mellan verksamhetsproduktion och kvm som stöd för optimal användning av lokaler.

REGION JÖNKÖPINGS LÄN

Marcus Eskdahl
1:e vice ordförande i regionstyrelsen

Jane Ydman
Regiondirektör

**From:** Helena Cantù
**Sent:** Wed, 27 May 2020 08:46:39 +0000
**To:** Bijelic Eriksson Nathalie
**Cc:** S FS
**Subject:** Sv: S2020/03569/FS SOU 2020:15 Begäran om anstånd, Region Jönköpings län

Hej,

Det är OK.

**Helena Cantù**
Kansliråd
Socialdepartementet
Enheten för folkhälsa och sjukvård
103 33 Stockholm
Tfn 08-405 15 29
Mobil 072-55 16 150
helena.cantu@regeringskansliet.se
www.regeringen.se

Regeringskansliet

---

**Från:** Bijelic Eriksson Nathalie <nathalie.bijelic.eriksson@rjl.se>
**Skickat:** den 27 maj 2020 10:40
**Till:** Helena Cantù <helena.cantu@regeringskansliet.se>
**Kopia:** S FS <s.fs@regeringskansliet.se>
**Ämne:** VB: S2020/03569/FS SOU 2020:15 Begäran om anstånd, Region Jönköpings län
**Prioritet:** Hög

Hej,

Ber återigen om ursäkt men måste för Region Jönköpings läns del begära anstånd ytterligare några dagar. Vi begär härmed om anstånd att få inkomma med vårt svar till **den 22 september 2020**. Hoppas på er förståelse och ett möjligt beviljande i detta.

Med Vänliga Hälsningar

**Nathalie Bijelic Eriksson**
Nämndsekreterare
010-242 40 32
nathalie.bijelic.eriksson@rjl.se

Område Kansli
Regionledningskontoret
Region Jönköpings län
www.rjl.se

Information och e-tjänster för
din hälsa och vård
www.1177.se/Jonkopings-lan

Region Jönköpings län

---

**Från:** Bijelic Eriksson Nathalie
**Skickat:** den 18 maj 2020 15:05
**Till:** 'Helena Cantù' <helena.cantu@regeringskansliet.se>
**Ämne:** SV: S2020/03569/FS SOU 2020:15 Begäran om anstånd, Region Jönköpings län
**Prioritet:** Hög

Hej Helena,

Tack för ert svar. Jag ber om ursäkt men måste för Region Jönköpings läns del begära anstånd ytterligare några dagar. Vi begär härmed om anstånd att få inkomma med vårt svar till **den 22 september 2020.** Hoppas på er förståelse och ett möjligt beviljande i detta.

Med Vänliga Hälsningar

**Nathalie Bijelic Eriksson**
Nämndsekreterare
010-242 40 32
nathalie.bijelic.eriksson@rjl.se

Område Kansli
Regionledningskontoret
Region Jönköpings län
www.rjl.se

Information och e-tjänster för
din hälsa och vård
www.1177.se/Jonkopings-lan

Region Jönköpings län

---

**Från:** Helena Cantù <helena.cantu@regeringskansliet.se>
**Skickat:** den 12 maj 2020 14:23
**Till:** Bijelic Eriksson Nathalie <nathalie.bijelic.eriksson@rjl.se>
**Kopia:** S FS <s.fs@regeringskansliet.se>

**Ämne:** VB: S2020/03569/FS SOU 2020:15 Begäran om anstånd, Region Jönköpings län
**Prioritet:** Hög

Hej,

Det är ok, ni får anstånd till den 15 september.

Hälsningar,

**Helena Cantù**
Kansliråd
Socialdepartementet
Enheten för folkhälsa och sjukvård
103 33 Stockholm
Tfn 08-405 15 29
Mobil 072-55 16 150
helena.cantu@regeringskansliet.se
www.regeringen.se

Regeringskansliet

---

**Från:** Linda Torsbrink <linda.torsbrink@regeringskansliet.se> **För** S FS
**Skickat:** den 12 maj 2020 10:02
**Till:** Helena Cantù <helena.cantu@regeringskansliet.se>
**Ämne:** VB: S2020/03569/FS SOU 2020:15 Begäran om anstånd, Region Jönköpings län
**Prioritet:** Hög

---

**Från:** Bijelic Eriksson Nathalie <nathalie.bijelic.eriksson@rjl.se>
**Skickat:** den 12 maj 2020 09:24
**Till:** S Remissvar <s.remissvar@regeringskansliet.se>
**Kopia:** S FS <s.fs@regeringskansliet.se>
**Ämne:** S2020/03569/FS SOU 2020:15 Begäran om anstånd, Region Jönköpings län
**Prioritet:** Hög

Hej,

Region Jönköpings län har mottagit ovanstående remiss och önskar inlämna svar. På grund av fastställda mötesdatum för ansvarig beslutsinstans nämnd för folkhälsa och sjukvård önskar vi begära anstånd att få inkomma med vårt svar till **den 15 september 2020**.

Tacksam för återkoppling.

Med Vänliga Hälsningar

**Nathalie Bijelic Eriksson**
Nämndsekreterare
010-242 40 32
nathalie.bijelic.eriksson@rjl.se

Område Kansli
Regionledningskontoret
Region Jönköpings län
www.rjl.se

Information och e-tjänster för din hälsa och vård
www.1177.se/Jonkopings-lan

# Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården

## – lärdomar från exemplet NKS

*Slutbetänkande av Utredningen om offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll*

*Stockholm 2020*

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

**SOU 2020:15**

SOU och Ds kan köpas från Norstedts Juridiks kundservice.
Beställningsadress: Norstedts Juridik, Kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@nj.se
Webbadress: www.nj.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Norstedts Juridik AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.
*Svara på remiss – hur och varför*
*Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).*
En kort handledning för dem som ska svara på remiss.
Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2020

ISBN 978-91-38-25034-1
ISSN 0375-250X

# Till statsrådet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 22 februari 2018 tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utreda former för besluts- och genomförandeprocesser i samband med upphandlingar och investeringar, i hälso- och sjukvården inom landsting och i samband med olika lösningar för avtalsreglerade samarbeten mellan den offentliga förvaltningen och enskilda företag och organisationer. I uppdraget ingår också att kartlägga användandet av process- och organisationsstöd i detta sammanhang (dir. 2018:9). Tilläggsdirektiv beslutades av regeringen den 9 maj 2018 (dir. 2018:36) samt den 21 november 2019 (dir 2019:87).

Till särskild utredare förordnades den 18 april 2018 generaldirektören Sofia Wallström.

Som experter i utredningen förordnades den 1 januari 2019 ämnesrådet Karl Bergstrand, kanslirådet Helena Cantù, f.d. ekonomidirektören Nils-Eric Gustavsson, departementssekreteraren Matilda Hårdänge, professor Anna-Sara Lind, professor Magnus Mähring, departementssekreteraren Lina Schött och professor Ulrika Winblad.

Som sekreterare i utredningen förordnades den 16 april 2018 enhetschefen Tina J Nilsson. Som sekreterare i utredningen förordnades den 14 maj 2018 avdelningschefen Fredrik Andersson. Som sekreterare i utredningen förordnades under perioden den 15 oktober 2018 till den 31 mars 2019 före detta enhetschefen Svante Rasmuson. Som sekreterare i utredningen förordnades under perioden den 1 juli till den 31 augusti 2019, samt den 23 september till den 22 november 2019 juris doktor Lars Karlander. Som sekreterare i utredningen förordnades den 1 augusti till den 31 augusti 2019 juristen Tim Holappa.

Sofia Wallström svarar ensam för innehållet i betänkandet. Experterna har dock deltagit i arbetet i sådan utsträckning att det är befogat att använda vi-form i betänkandet. I och med detta betänkande är uppdraget avslutat.

Stockholm i februari 2020

Sofia Wallström

/Fredrik Andersson
Tina J Nilsson

# Innehåll

**Sammanfattning** ..... **13**

**1 Utredningens uppdrag och arbete** ..... **23**

1.1 Utredningens direktiv ..... 23

1.2 Utredningens arbete ..... 24

1.3 Betänkandets disposition ..... 28

**2 Gällande rätt** ..... **29**

2.1 Gällande rätt ..... 29
2.1.1 Regeringsformen och kommunallagen ..... 29
2.1.2 Hälso- och sjukvårdslagen ..... 30
2.1.3 Patientlagen och patientsäkerhetslagen ..... 33
2.1.4 Arbetsmiljölagen ..... 34
2.1.5 Lagen om offentlig upphandling (LOU) ..... 35

2.2 Ytterligare om reglering av ansvaret för hälso- och sjukvården ..... 40
2.2.1 Den kommunala självstyrelsen ..... 41
2.2.2 Kommunala angelägenheter ..... 42
2.2.3 Inskränkning i den kommunala självstyrelsen ..... 43

**3 Utmaningar inom hälso- och sjukvården** ..... **45**

3.1 Allmänt ..... 45

3.2 Sjukvårdssystemet ..... 46

3.3 Framtidens vård ..... 51

3.4 Investeringsbehov ... 55
3.5 Ekonomisk utmaning för regionerna ... 59

**4 Aktörer ... 63**

4.1 Regioner ... 63
4.1.1 Generellt om regionernas organisation och verksamhetsformer ... 64
4.1.2 Regionernas organisering av hälso- och sjukvård ... 66
4.2 Samverkansregioner ... 67
4.3 Sjukhus ... 69
4.4 Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) ... 70
4.5 Statliga myndigheter ... 72
4.5.1 Universitet ... 73
4.5.2 Socialstyrelsen ... 74
4.5.3 Inspektionen för vård och omsorg ... 76
4.5.4 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ... 77
4.5.5 Statens haverikommission ... 78
4.5.6 Arbetsmiljöverket ... 79
4.5.7 Konkurrensverket ... 80
4.5.8 Upphandlingsmyndigheten ... 81
4.6 Kontrollmekanismer ... 83
4.6.1 Kontrollmekanismer på regional nivå ... 84
4.6.2 Kontrollmekanismer på nationell nivå ... 86

**5 Entreprenadformer och offentlig-privat samverkan ... 89**

5.1 Entreprenadformer ... 89
5.1.1 Utförandeentreprenad ... 89
5.1.2 Totalentreprenad ... 89
5.1.3 Funktionsentreprenad ... 90
5.1.4 Offentlig-privat samverkan (OPS) ... 90
5.1.5 Partnering ... 91
5.2 Val av entreprenadform ... 91
5.3 Val av ersättningsform ... 92

5.4 Fördjupad beskrivning av offentlig-privat samverkan (OPS) ... 94
5.4.1 Utvecklingen av OPS ... 94
5.4.2 Olika typer av offentlig-privat samverkan ... 95
5.4.3 Argument för och mot OPS ... 95
5.4.4 Internationella erfarenheter ... 100
5.4.5 Utredningar och rapporter om OPS i Sverige i början av 2000-talet ... 107

**6 Regionernas investeringar ... 113**

6.1 Inledning ... 113
6.2 Pågående och planerade investeringar i regionerna ... 114
6.3 Pågående större byggnadsinvesteringar i regionerna ... 116
6.4 Vilka entreprenadformer används av regionerna? ... 121
6.5 Projektstyrning ... 124
6.6 Utfall mot budget och tidplan ... 126
6.7 Verksamhetsinnehåll – i vilket skede bestäms det? ... 126
6.8 Tillgång på kompetens för större byggnadsinvesteringar ... 127

**7 Strukturförändringar, investeringar och styrmodeller ... 129**

7.1 Strukturförändring inom hälso- och sjukvården ... 129
7.1.1 Hur styrs och samordnas förändringarna? ... 129
7.2 Planering och investeringar inom hälso- och sjukvården ... 133
7.2.1 Då: staten samordnade, beslutade och gav stöd till landstingen ... 134
7.2.2 I dag: respektive region ansvarar för planering och investeringar i hälso- och sjukvården ... 141
7.2.3 Att planera och bygga ett nytt sjukhus ... 142
7.3 Styrmodeller inom hälso- och sjukvården ... 144
7.3.1 Exempel på styrmodeller inom hälso- och sjukvården ... 144
7.3.2 Etisk analys av styrmodeller inom hälso- och sjukvården ... 147

7.3.3 Utvärderingar av värdebaserad vård ..... 149

**8 Nya Karolinska Solna ..... 155**

8.1 Nya Karolinska Solna – en bakgrund ..... 155
8.1.1 Startpunkten för ett nytt universitetssjukhus i Stockholm ..... 156
8.1.2 Två parallella beslutsprocesser ..... 157
8.1.3 Visionen för det nya universitetssjukhuset ..... 158
8.1.4 Definitionen av högspecialiserad vård ..... 159
8.1.5 Landstinget ansvarar för och leder projektet ..... 160
8.1.6 Ett verksamhetsprojekt, inte enbart ett byggprojekt ..... 161
8.1.7 Tidslinje för beslutsprocessen för NKS ..... 162

8.2 Beslutsprocessen för verksamhetsinnehållet på NKS ..... 162
8.2.1 Tidiga utredningar om hälso- och sjukvårdsstrukturen i Stockholm ..... 163
8.2.2 Inriktningsbeslut om ny hälso- och sjukvårdsstruktur i Stockholms län ..... 166
8.2.3 Verksamhetsinnehållet för NKS ska beslutas sent ..... 167
8.2.4 Parallell process: en regional plan för Framtidens Hälso- och sjukvård tas fram ..... 177
8.2.5 Ansvaret för verksamhetsinnehållet går över till Karolinska Universitetssjukhuset ..... 181
8.2.6 Landstingsstyrelsen fastställer verksamhetsinnehåll för Karolinska Universitetssjukhuset 2017 ..... 186
8.2.7 Avtal med akutsjukhusen ..... 189
8.2.8 Verksamhetsinnehållet på Karolinska Universitetssjukhuset i dag ..... 190
8.2.9 Konsekvenser för forskning och utbildning ..... 190

8.3 Beslutsprocessen för byggnationen av NKS ..... 204
8.3.1 De tidiga utredningarna ..... 204
8.3.2 Formgivningstävling ..... 212
8.3.3 Projektprogram och utredningar om entreprenadform ..... 213
8.3.4 Beslut att bygga ett nytt universitetssjukhus ..... 213

8.3.5 Finansiering och val av upphandlingsform ..... 216
8.3.6 Upphandling – en anbudsgivare ..... 218
8.3.7 Tilldelningsbeslut OPS-upphandling i fullmäktige ..... 220
8.3.8 Projektavtalet ..... 221
8.3.9 OPS-avtalet – den finansiella modellen ..... 223
8.3.10 Tilläggsavtal ..... 233
8.3.11 Refinansiering ..... 235
8.3.12 Upphandling av utrustning ..... 236
8.3.13 Sjukhusområdet i dag ..... 237
8.3.14 Parallell process: investeringar enligt planen för Framtidens Hälso- och sjukvård ..... 238

8.4 Beslutsprocessen för ny organisation och verksamhetsmodell vid Karolinska Universitetssjukhuset ..... 239
8.4.1 Temainriktningen för NKS ..... 240
8.4.2 Från flödesarbete till värdebaserad vård och ny verksamhetsmodell ..... 242
8.4.3 Modellen: Värdebaserad universitetssjukvård genom teman, patientflöden och funktioner ..... 251
8.4.4 Fortsatt implementering av modellen parallellt med inflyttning till NKS ..... 255
8.4.5 Kritik i media mot konsultdriven modell ..... 257
8.4.6 Politiken vill ha en omstart för Karolinska Universitetssjukhuset ..... 258
8.4.7 Den nya styrelsen gör en uppföljning av verksamhetsmodellen ..... 259
8.4.8 Organisationen på Karolinska Universitetssjukhuset i dag ..... 262

8.5 Styrning och kontroll ..... 263
8.5.1 Styrningen av NKS-projektet ..... 263
8.5.2 Externt process- och organisationsstöd ..... 273
8.5.3 Kontrollmekanismer i exemplet NKS ..... 276

**9 Analys och rekommendationer ..... 305**

9.1 Utgångspunkter för analysen ..... 305

9.2 Framtidsutmaning och investeringar i hälso- och sjukvården ..... 306
9.2.1 Strukturförändring av vården och investeringsbehov ..... 306
9.2.2 Det saknas nationell överblick ..... 308

9.3 Exemplet NKS – styrning och organisering ..... 309
9.3.1 NKS – både ett behovs- och visionsdrivet projekt ..... 309
9.3.2 Ett komplext projekt som ställer krav på samordning ..... 310
9.3.3 Projektet samordnades inte med övrig sjukvårdsplanering och viktiga aktörer hölls på avstånd ..... 310
9.3.4 Följsamheten till politiska beslut ..... 312
9.3.5 Professionernas delaktighet ..... 313
9.3.6 Användningen av externt konsultstöd har varierat i typ och omfattning ..... 314

9.4 Exemplet NKS – verksamhetsinnehåll och förändring av hälso- och sjukvårdsstrukturen ..... 316
9.4.1 Det nya universitetssjukhuset innebär förändringar i hela hälso- och sjukvårdsystemet ..... 316
9.4.2 Verksamhetsinnehållet för NKS ska beslutas sent ..... 317
9.4.3 Parallell process för Framtidens Hälso- och sjukvård startar ..... 318
9.4.4 Karolinska Universitetssjukhuset får ansvaret för NKS och arbetet knyts till Framtidens Hälso- och sjukvård ..... 319
9.4.5 Högspecialiserat universitetssjukhus? ..... 320
9.4.6 Verksamhetsinnehållet på NKS fastställs först 2017 ..... 321
9.4.7 Förutsättningarna för utbildning och forskning har försämrats ..... 322
9.4.8 Investeringar i övriga delar av hälso- och sjukvårdssystemet ..... 323
9.4.9 Verksamhetsinnehållet vid Karolinska Universitetssjukhuset i dag ..... 325

9.5 Exemplet NKS: finansiering och byggnation ..... 325
9.5.1 Valet av entreprenadform – OPS inte ett självklart val ..... 325
9.5.2 Erfarenheterna från Storbritannien ..... 326
9.5.3 De tidiga utredningarna ..... 327
9.5.4 OPS – en genomförandeform för riskhantering ..... 327
9.5.5 Finns det andra modeller än OPS för att hantera stora komplexa projekt? ..... 328
9.5.6 Den finansiella modellen – avkastning och riskpremie ..... 329
9.5.7 Totalkostnaden för sjukhuset fram till 2040 ..... 331
9.5.8 Summering av finansiering och byggnation ..... 333

9.6 Exemplet NKS – organisation och verksamhetsmodell ..... 334
9.6.1 Den nya sjukhusbyggnaden ställer inte krav på en ny verksamhetsmodell ..... 334
9.6.2 Ny sjukhusledning fokuserar på värdebaserad vård ..... 335
9.6.3 Ny verksamhetsmodell ska lösa sjukhusets problem ..... 336
9.6.4 Styrelsen beslutar om den nya verksamhetsmodellen ..... 337
9.6.5 Ny styrelse följer upp verksamhetsmodellen ..... 338
9.6.6 De problem som modellen skulle lösa kvarstår eller har förvärrats ..... 339
9.6.7 Verksamhetsmodellen vid Karolinska Universitetssjukhuset i dag ..... 340

9.7 Exemplet NKS – regionala och nationella kontrollmekanismer ..... 341
9.7.1 Regionala kontrollmekanismer har fokuserat på bygginvesteringen ..... 341
9.7.2 Konsekvensanalyser inför beslut ..... 343
9.7.3 Regionrevisorerna har en viktig roll ..... 343
9.7.4 Ingen nationell aktör samordnar eller kontrollerar hälso- och sjukvårdens planering och strukturförändring ..... 344
9.7.5 Upphandlingen har bedömts uppfylla lagkraven ..... 345

9.7.6 Brister i patientsäkerhetsarbetet har konstaterats ... 345
9.7.7 Även brister i arbetsmiljön har konstaterats ... 347
9.7.8 Arbetsmiljön en viktig faktor för ökad patientsäkerhet ... 348
9.7.9 Kontrollmekanismer för utbildning och forskning är splittrade på flera aktörer ... 349

9.8 Rekommendationer ... 349
9.8.1 Förutsättningar för utbildning och forskning ... 350
9.8.2 Tillsyn av hälso- och sjukvården ... 352
9.8.3 Styrning och kontroll vid större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården ... 355
9.8.4 Konsekvensanalys av styrmodeller och organisationsförändringar ... 357

9.9 Konsekvenser ... 359

**Referenser ... 363**

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2018:9 ... 377

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2018:36 ... 383

Bilaga 3 Kommittédirektiv 2019:87 ... 385

# Sammanfattning

Utredningens uppdrag är brett och omfattar besluts- och genomförandeprocesser i samband med upphandlingar och investeringar i hälso- och sjukvården och i samband med offentlig-privat samverkan (OPS). I uppdraget ingår att kartlägga användandet av process- och organisationsstöd samt hur relevanta kontrollmekanismer har tillämpats. I uppdraget ingår också att analysera konsekvenserna för patientsäkerheten samt vårdprofessionernas förutsättningar att säkerställa densamma. Utgångspunkten för utredningen har varit ett lärandeperspektiv med syfte att kunna dra nytta av de erfarenheter som gjorts i exemplet Nya Karolinska Solna (NKS) i Region Stockholm.

## Utredningens rekommendationer

Även om exemplet NKS har sina specifika särdrag, så menar utredningen att det finns generella lärdomar att dra från NKS i de pågående strukturförändringarna i svensk hälso- och sjukvård mot en nära, nivåstrukturerad och högspecialiserad vård. Kartläggningen i detta betänkande av besluts- och genomförandeprocesser vid upphandling, investering, organisation, kontrollmekanismer samt forskning och utbildning kan bidra till att stärka förutsättningarna för lärande.

Utredningen lämnar även ett antal rekommendationer i syfte att stärka förutsättningarna för att lärdomarna ska omhändertas på ett bra sätt. De två första rekommendationerna riktar sig till regeringen. Rekommendationen om styrning och kontroll vid större strukturförändringar och investeringar riktar sig främst till regionerna, men är även relevant för staten och regionerna gemensamt i de processer som parterna har överenskommelser om. Den fjärde och sista rekommendationen riktar sig till regionerna, med undantag för den del som avser forskning, vilken är riktad till regeringen.

*Utred hur förutsättningar för utbildning och forskning kan säkerställas vid strukturförändringar inom hälso- och sjukvården*

Förutsättningarna för forskning och utbildning måste säkerställas i samband med större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården. Exemplet NKS och förändringen av hälso- och sjukvårdsstrukturen i Region Stockholm visar på de problem och utmaningar som kan uppstå för utbildning och forskning. Regeringen bör mot den bakgrunden låta utreda hur förutsättningarna för utbildning och forskning inom hälso- och sjukvården ser ut på regional och nationell nivå i dag och hur förutsättningarna kan säkerställas vid fortsatta strukturförändringar och investeringar.

*Utveckla tillsynen inom hälso- och sjukvården*

Den statliga tillsynen av hälso- och sjukvården bör utvecklas för att öka genomslaget av tillsynens resultat och minska risker för patienter och berörd personal i samband med strukturförändringar och investeringar. Regeringen bör utveckla styrningen av tillsynsmyndigheterna i syfte att göra tillsynen på hälso- och sjukvårdsområdet mer förebyggande. Regeringen bör överväga att ge Statens haverikommission förutsättningar att utöka sin utredningsverksamhet på hälso- och sjukvårdsområdet.

*Säkerställ långsiktighet och helhetssyn vid större strukturförändringar och investeringar*

Det är betydelsefullt att i ett tidigt skede lägga fast hur ett förändringsarbete ska organiseras, dokumenteras och följas upp. Även krav på riskanalys, konsekvensanalys och revision bör läggas fast tidigt. Möjligheter till uppföljning under arbetets gång bör säkerställas i form av relevanta datakällor. Med ett lärande perspektiv kan förutsättningarna för långsiktighet, helhetssyn och transparens vid större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården stärkas. Större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården är komplexa och kostnadskrävande processer som i regel pågår under lång tid. Det ställer krav på helhetssyn i beslut och genomförande och en god förmåga till väl fungerande samarbeten. Berörda

aktörer på alla nivåer kan dra lärdomar från exemplet NKS. Det rör främst regionerna, men även staten och regionerna gemensamt i de processer som parterna har överenskommelser om, till exempel omställning till nära vård och viss nationell högspecialiserad vård.

*Konsekvensanalyser vid införande av nya styrmodeller och organisationsförändringar*

Utvecklade konsekvensanalyser bör ingå som underlag vid beslut om införande av nya styrmodeller och större organisationsförändringar på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Analysen bör omfatta konsekvenser för mål och lagkrav inom hälso- och sjukvården, ekonomiska konsekvenser samt andra relevanta värden för organisationen. I analysen bör företrädare från olika nivåer och professioner i organisationen samt patienter medverka för att säkerställa att olika perspektiv och intressen tillvaratas. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) kan vara en lämplig aktör för att främja kunskapsutbyte och kunskapsuppbyggande om styrning inom hälso- och sjukvården. Därutöver är det angeläget att stärka forskningen om styrning, ledning och organisering av offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

## Iakttagelser från exemplet NKS

*Byggnadsinvesteringar och totalkostnader*

- Investering i avtalad byggnation inom OPS-avtalet uppgår till 14,6 miljarder kronor.
- Total investering i byggnation efter tilläggsavtal till OPS-avtalet samt landstingets övriga byggutgifter i befintliga lokaler som integreras i det nya sjukhuset uppgår till 18,5 miljarder kronor.
- Total investering i byggnation och utrustning för det nya sjukhuset uppgår till 22,8 miljarder kronor.
- Byggnationen inom OPS-avtalet har i en extern konsultbedömning beställd av Stockholms läns landsting bedömts vara 53 procent dyrare än skandinaviska jämförelsesjukhus.

- Totalkostnaden fram till 2040 för byggnation, drift, underhåll och finansiering inom OPS-avtalet var vid undertecknandet 52,2 miljarder kronor. Genomförd refinansiering 2018 samt indexering av betalningar enligt OPS-avtalet reducerar kostnaden med 4,1 miljarder kronor. Utöver detta har landstinget egna finansieringskostnader. Totalkostnaden för byggnation, utrustning, drift och underhåll för hela det nya sjukhuset (inklusive tilläggsavtal till OPS-avtalet och befintliga byggnader som integreras i det nya sjukhuset) fram till 2040 har av landstinget angetts till 57 miljarder kronor efter genomförd refinansiering 2018.
- Den höga totalkostnaden fram till 2040 inkluderar underhåll och syftar till att skapa en garanti för att byggnaden år 2040 är i motsvarande skick som vid inflyttningen. Denna typ av långsiktigt åtagande gällande byggnadsinnehåll på en jämförelsevis hög kvalitetsnivå framstår som ovanlig för svenska sjukhus, och gör att den beräknade totalkostnaden blir hög. Utredningen har inte kunnat finna underlag för att bedöma om det långsiktiga underhållsåtagandet är kostnadseffektivt eller inte.

*Riskhantering*

- OPS avfärdades tidigt som finansieringslösning på grund av att modellen bedömdes vara förknippad med en hög kostnad samt att nyttan av modellen var låg, då landstinget inte bedömdes ha finansieringssvårigheter. Senare i projektet förordades OPS i externa konsultunderlag med argument om riskhantering och konkurrens, vilket blev avgörande för beslutet att välja OPS. Det framgår inte av de underlag utredningen tagit del av om det har genomförts analyser av alternativa modeller till OPS för riskhantering i projektet.
- Genom OPS-avtalet hanterades byggrisker. Byggnaden enligt den ursprungliga beställningen färdigställdes i tid till avtalad kostnad inom OPS-avtalet. Kostnadsökningar har uppkommit genom förändringar i beställningen.
- Utredningens analys indikerar att landstinget betalar en premie om 4,7 miljarder kronor till följd av att delar av investeringen finansieras inom ramen för OPS-avtalet (riskpremie). I vilken mån

denna kostnad står i proportion till uppnådd risköverföring har inte varit möjligt att bedöma inom utredningens uppdrag.

- OPS-avtalet hanterade inte andra risker än byggrisker, såsom exempelvis risker för att förändringar i verksamhetsinnehållet inte skulle bli genomförda enligt plan.

*Upphandling och avtal*

- Upphandling av OPS-kontrakt är resurskrävande. Bland annat kräver formulering av funktionskrav omfattande arbete från beställarsidan. Det är även resurskrävande att utarbeta anbud i en sådan upphandling.
- Landstingsfullmäktige beslutade att en förutsättning för att genomföra upphandlingen av byggnationen genom OPS var att tillräcklig konkurrens uppnåddes. Ett anbud inkom, vilket bedömdes vara tillräckligt.
- Betalningar enligt OPS-avtalet beräknas genom en underliggande ekonomisk modell. Modellen är omfattande och komplex och landstinget har använt extern expertis vid förändringar i modellen.

*Verksamhetsinnehåll*

- Beslutet om ett nytt högspecialiserat universitetssjukhus förutsatte förändringar i hälso- och sjukvårdsstrukturen i landstinget som helhet. Planeringen av sjukhusets verksamhetsinnehåll behövde därför samordnas med övrig hälso- och sjukvårdsplanering i landstinget.
- Förutsättningarna för en samordnad planering försämrades av att verksamhetsinnehållet för det nya universitetssjukhuset skulle fastställas sent. Verksamhetsinnehållet för NKS fastställdes 2017, det vill säga efter påbörjad inflyttning, vilket medfört att planeringen av förändringar och investeringar på sjukhuset och i övriga delar av hälso- och sjukvårdssystemet påverkats. Oklarheter i definitionen av högspecialiserad vård har försvårat planeringen av verksamhetsinnehållet vid NKS och omfördelningen av vård i regionen.

- När ansvaret för verksamhetsinnehållet överfördes från den separata NKS-förvaltningen till Karolinska Universitetssjukhuset 2012 startade processen mer eller mindre om, och utgick mer från den befintliga vården på sjukhuset än från visionen om ett litet högspecialiserat sjukhus.
- Den mer högspecialiserade profilen för vården på NKS, inklusive intensivakuten med ett begränsat högspecialiserat uppdrag, påverkar möjligheterna till utbildning och forskning. Andra faktorer som påverkar är bland annat ett minskat antal slutenvårdsplatser, utflytt av öppenvårdsbesök från NKS samt nya privata aktörer genom vårdval.
- Sammantaget har förutsättningarna för utbildning och forskning påverkats negativt efter genomförandet av NKS-projektet och de därtill kopplade strukturförändringarna i regionen.

*Verksamhetsmodell*

- Utöver den stora förändring som byggandet av det nya universitetssjukhuset och det nya verksamhetsinnehållet innebar för Karolinska Universitetssjukhuset beslutade sjukhusets styrelse också att införa en ny verksamhetsmodell.
- Verksamhetsmodellen skulle bidra till att lösa sjukhusets problem med silotänk, ekonomi och skillnader i vårdresultat.
- Den nya verksamhetsmodellen innebar en omfattande och genomgripande organisationsförändring som i hög grad var konsultdriven. Organisationsförändringen genomfördes på kort tid samtidigt som verksamheten skulle förberedas för inflyttning i den nya sjukhusbyggnaden.
- När den nya styrelsen vid sjukhuset senare lät följa upp modellen konstaterades att de problem som modellen skulle lösa kvarstår eller har förvärrats. Styrelsen konstaterade också att den nya organisationen fått konsekvenser för multisjuka patienter och försämrat förutsättningarna för utbildning vid sjukhuset.

*Långsiktig hållbarhet och delaktighet*

- Stora komplexa förändringsprojekt som berör flera olika aktörer och pågår under lång tid ställer krav på långsiktiga och hållbara besluts- och genomförandeprocesser. Effektivitet i genomförandet behöver balanseras mot delaktighet, samverkan och demokrati.
- Under de första åren samordnades NKS-projektet inte med övrig hälso- och sjukvårdsplanering och viktiga aktörer upplevde att de hölls utanför projektet.
- Professionerna har via personalorganisationerna fått möjlighet att lämna synpunkter på sjukhusbyggnaden, verksamhetsinnehållet och verksamhetsmodellen. Det har dock skett i ett förhållandevis sent skede, i vissa fall kort innan beslut fattats när möjligheterna till påverkan och delaktighet varit små. Det finns olika uppfattningar om graden av involvering.
- Användningen av externt konsultstöd har varierat i typ och omfattning. I vissa delar har konsultstödet fungerat som kompetensförstärkning (OPS), i andra delar har konsulter både tagit initiativ till, drivit och genomfört förändringar (ny verksamhetsmodell).

*Regionala och nationella kontrollmekanismer*

- Regionala kontrollmekanismer har fokuserat på att hantera risker i bygginvesteringen, medan verksamhetsrisker inte hanterats lika tydligt. Detta trots att NKS setts som lika mycket ett verksamhetsprojekt som byggprojekt. Regionrevisorerna har inte närmare granskat de mer verksamhetsrelaterade riskerna och processerna.
- Uppföljningar, bland annat av den nya styrelsen, tyder på att sjukhuset har underskattat patientsäkerhetsfrågan och arbetsmiljöfrågan i samband med beslut och införande av den nya verksamhetsmodellen.
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i sin tillsyn granskat olika verksamheter vid Karolinska Universitetssjukhuset. IVO har inte granskat om den nya verksamhetsmodellen bidragit till de brister som framkommit. IVO har inte gjort någon tillsyn av hur den nya verksamhetsmodellen vid Karolinska Universitets-

sjukhuset uppfyller kraven på ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

- Arbetsmiljöverket har genomfört inspektioner utifrån inkomna 6.6a-anmälningar från Karolinska Universitetssjukhuset. Myndigheten har inte genomfört någon tillsyn i samband med inflyttningen i det nya sjukhuset eller när den nya verksamhetsmodellen infördes på sjukhuset.
- Statens haverikommission har, utöver en granskning av en händelse som inträffade vid Karolinska Universitetssjukhuset 2010, inte granskat allvarliga händelser efter inflyttningen till det nya sjukhuset.

## Betänkandets innehåll

I kapitel 1 och 2 beskrivs utredningens arbetssätt och gällande rätt inom området. I kapitel 3 ges en översiktlig redovisning av utmaningar inom hälso- och sjukvården, utformningen av det svenska sjukvårdssystemet och påverkansfaktorer för framtidens vård. En översikt av regionernas investeringsbehov och finansieringsbehov ges.

Kapitel 4 innehåller en redovisning av de aktörer på regional och nationell nivå som har och kan ha en roll när det gäller investeringar, upphandlingar och större organisationsförändringar inom hälso- och sjukvården. Aktörernas uppdrag och ansvar beskrivs samt hur de berörs av frågor om investeringar, upphandlingar och större organisationsförändringar.

Kapitel 5 innehåller en kort översikt av olika entreprenadformer samt en beskrivning av modellen offentlig-privat samverkan (OPS). Vidare redovisas några av de viktigaste för- och nackdelar som modellen anses medföra, samt internationella erfarenheter främst från Storbritannien.

Kapitel 6 ger en fördjupad bild av pågående och planerade investeringar i regionerna utifrån en kartläggning av regionernas hantering av större investeringsprojekt för hälso- och sjukvården. Kartläggningen omfattar dels en sammanställning av uppgifter från respektive regions budget för 2019, dels intervjuer med respektive regions fastighetschef eller motsvarande. Intervjuerna har syftat till att detaljera bilden av vad investeringarna avser och hur investeringar genomförs i regionerna. Frågor har ställts om val av entreprenadform, projekt-

styrning, utfall mot tidplan och budget, i vilket skede av processen som verksamhetsinnehållet bestäms samt regionernas tillgång till kompetens för större byggnadsinvesteringar.

I kapitel 7 redogörs för den pågående och planerade strukturförändringen inom hälso- och sjukvården och hur den styrs. Arbetet med omställningen till en god och nära vård bedrivs i regioner och kommuner med stöd av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Den statliga utredningen för en samordnad utveckling för god och nära vård stödjer detta arbete. Staten genom Socialstyrelsen ansvarar för nivåstruktureringen av den nationella högspecialiserade vården. Huvudansvaret för den regionala nivåstruktureringen, det vill säga strukturförändringen av den öppna och slutna vård som inte definieras som nationell högspecialiserad vård eller primärvård, ligger på de enskilda regionerna och i vissa delar av landet även på samverkansregionerna. I kapitlet beskrivs vidare hur investeringar inom hälso- och sjukvården planeras och styrs i dag, samt hur de tidigare har styrts. I ett avslutande avsnitt presenteras olika styrmodeller inom vården, med särskilt fokus på värdebaserad vård.

Kapitel 8 innehåller en redogörelse för det enda större exempel på OPS-lösning som finns inom hälso- och sjukvården i Sverige i dag: Nya Karolinska Solna (NKS). Först ges en bakgrund till NKS, därefter kartläggs besluts- och genomförandeprocessen för sjukhusets verksamhetsinnehåll och hur processen förhåller sig till omställningen av hälso- och sjukvården i Region Stockholm. Därefter följer beslutsoch genomförandeprocessen för upphandling och finansiering av NKS genom OPS-lösningen samt för den nya verksamhetsmodellen och organisationsförändringen på NKS. En särskild finansiell beskrivning av OPS-avtalet lämnas. Frågor om hur förutsättningarna för utbildning och forskning har tagits om hand i den regionala hälso- och sjukvårdsplaneringen och i planering och beslut om NKS belyses. Därefter redovisas de regionala och nationella kontrollmekanismer som aktualiserats i samband med NKS-projektet.

I kapitel 9 görs en analys av exemplet NKS utifrån utredningens kartläggning. Syftet är att skapa förutsättningar för lärande av exemplet NKS när det gäller besluts- och genomförandeprocesser i samband med strukturförändringar och investeringar i hälso- och sjukvården. Kapitlet avslutas med ett antal rekommendationer utifrån utredningens iakttagelser.

2019 bytte de sista sju landstingen namn till regioner, och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bytte namn till Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). I detta betänkande är ambitionen att benämna de tidigare landstingen och SKL med det namn som gällde vid tidpunkten för de skeenden som beskrivs.

# 1 Utredningens uppdrag och arbete

## 1.1 Utredningens direktiv

Utredningens direktiv (dir. 2018:09) beslutades vid regeringssammanträde den 22 februari 2018. Enligt direktiven ska den särskilda utredaren utreda former och ändamålsenlighet för besluts- och genomförandeprocesser i samband med upphandlingar och investeringar, i hälso- och sjukvården inom landsting och i samband med olika lösningar för avtalsreglerade samarbeten mellan den offentliga förvaltningen och enskilda företag och organisationer. I uppdraget ingår också att kartlägga användandet av process- och organisationsstöd i detta sammanhang.

Utredaren ska bland annat göra följande:

- Kartlägga hur relevanta kontrollmekanismer har tillämpats vid beslut och genomförande av upphandlingar, investeringar och större organisationsförändringar i samband med avtalsreglerade samarbeten mellan det offentliga och det privata (så kallade OPS-lösningar) inom hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår också att kartlägga användandet av process- och organisationsstöd.
- Identifiera risker för att offentliga medel inklusive riktade statliga medel inte används på ett effektivt och ändamålsenligt sätt.
- Lämna förslag på lämpliga åtgärder för att motverka eventuella identifierade brister eller risker för brister.
- Vid behov lämna förslag på författningsändringar.
- Redovisa förslagens konsekvenser.

I uppdraget ingår också att analysera konsekvenserna för patientsäkerheten samt vårdprofessionernas förutsättningar att säkerställa densamma.

Utredningen ska enligt tilläggsdirektiv den 9 maj 2018 (dir. 2018:36) redovisas den 15 december 2019 och enligt tilläggsdirektiv den 21 november 2019 (dir. 2019:87) redovisas senast den 14 februari 2020.

## 1.2 Utredningens arbete

*Om uppdraget*

Utredningens uppdrag är brett och omfattar besluts- och genomförandeprocesser i samband med upphandling och investeringar i hälso- och sjukvården och i samband med offentlig-privat samverkan (OPS). I uppdraget ingår att utreda former och ändamålsenlighet för dessa processer, att kartlägga användandet av process- och organisationsstöd, hur kontrollmekanismer tillämpats samt identifiera risker för ineffektiv användning av offentliga resurser, inklusive riktade statliga medel. Nya Karolinska Solna (NKS) identifieras i utredningens direktiv som det första större exemplet på en OPS-lösning inom hälso- och sjukvård i Sverige. NKS-projektet innebar förutom byggnation av ett nytt sjukhus i Solna en förändring av verksamheten mot ett mindre och mer högspecialiserat sjukhus. Denna förändring förutsätter förändringar vid andra enheter inom det regionala hälso- och sjukvårdssystemet vilket planerats av Region Stockholm inom ramen för planen Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). I samband med detta har även Karolinska Universitetssjukhuset genomgått en organisationsförändring. Mot denna bakgrund har utredningens arbete fokuserats på kartläggning och analys av NKS. Utredningsarbetet har utöver detta innefattat en kartläggning av regionernas pågående och planerade fastighetsinvesteringar för hälso- och sjukvård. I samband med detta har utredningen haft kontakt med alla regioner.

Tolkningen av uppdraget är att arbetet ska vara framåtblickande och utredningen har genomförts ur ett lärandeperspektiv. På förekommen anledning vill utredningen framhålla att det inte är en granskning av NKS-projektet eller av Region Stockholm. Utredningen har ett kartläggningsuppdrag och det som redovisas syftar inte till att identifiera felaktigheter eller peka ut ansvariga. Avsikten är att öka förståelsen för viktiga skeenden i syfte att dra lärdomar. De rekom-

mendationer som utredningen lägger fram är formulerade med syfte att stärka förutsättningarna för effektiv planering och effektivt genomförande av investeringar och strukturförändringar inom hälso- och sjukvården.

Att få grepp om det omfattande NKS-projektet har varit en utmaning. Projektet har pågått under lång tid och är mycket omfattande. De första utredningarna om ett nytt universitetssjukhus i Stockholm påbörjades 2001. Byggnationen påbörjades 2010 och det nya sjukhuset invigdes 2018. Karolinska Universitetssjukhuset implementerade även en ny organisation i samband med inflyttningen i den nya sjukhusbyggnaden. NKS-projektet omfattar dock mer än byggnationen av en ny sjukhusbyggnad. Projektet är en del av en större strukturförändring av hälso- och sjukvården i hela Region Stockholm med en rad inbördes beroenden. Ett mindre och högspecialiserat universitetssjukhus innebär en ökad koncentration av högspecialiserad vård till Karolinska Universitetssjukhuset och samtidigt att volymen specialistsjukvård och bassjukvård minskar. Det innebär även en omställning vid övriga sjukhus i länet, som dels minskar andelen vård som omfattas av det högspecialiserade uppdraget, dels ökar andelen specialistsjukvård och bassjukvård som skiftas ut från Karolinska Universitetssjukhuset. En förutsättning för NKS var således investeringar och förändringar även vid övriga akutsjukhus och i närsjukvården i regionen. NKS är alltså en del av en större omställning av den regionala hälso- och sjukvårdsstrukturen i Stockholm. Genomförande av NKS-projektet förutsätter beslut som påverkar och måste genomföras i övriga delar i hälso- och sjukvården i regionen. Detta är ännu inte avslutat. Projektet påverkar även andra aktörer, till exempel Karolinska Institutet och dess förutsättningar att bedriva utbildning och forskning.

Utredningen har haft dialoger med dåvarande Stockholms läns landsting, nu Region Stockholm, om utredningsarbetet och om vilka dokument och beslut som innehåller central information om projektet och dess genomförande. Utredningen har varit hänvisad till att identifiera relevanta dokument och begära ut dessa från Region Stockholm. En stor del av det material som beslutats i landstingsfullmäktige och landstingsstyrelsen har utredningen tagit del av genom webbdiariets arkiv. Övrigt material har begärts ut. Totalt har utredningen begärt ut i storleksordningen 1 000 handlingar vid ett tiotal tillfällen. Utredningen har fått ta del av den absoluta majoriteten av

de handlingar som begärts ut. Inget material har belagts med sekretess. Så vitt utredningen kan bedöma har vi fått ta del av det material i sin helhet som tidigare i beslutsprocessen varit sekretessbelagt. Det har dock varit en utmaning att identifiera rätt handlingar. Av de handlingar utredningen studerat har endast de som refereras till i texten tagits upp i referenslistan. Handlingar som utredningen tagit del av, men som inte används i betänkandet anges alltså inte i referenslistan. Utredningen har i kartläggningen av skeendena i NKS-projektet genomfört närmare hundra möten där diskussioner förts med personer som i olika roller och olika faser varit involverade i NKS-projektet. Dessa möten har varit mycket värdefulla för att skapa en överblick över skeendena i NKS-projektet.

### *Utredningsmöten, dialoger och samverkan*

Utredningen har hållit tre utredningssammanträden med experterna. Vid sidan av detta har separata dialoger förts med experterna i specifika frågor.

Underlag har inhämtats genom studier av gällande rätt, förarbeten, rättspraxis, litteratur, beslutsunderlag och rapporter. Vidare har utredningen bjudit in och inhämtat information genom möten och samtal med företrädare för olika intressenter.

Utredningen har haft flera möten med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Region Stockholm. Utredningen har även haft dialoger med företrädare för Region Västra Götaland och Region Uppsala. Utredningen har haft möten med företrädare för Karolinska Universitetssjukhuset och Akademiska sjukhuset. Utredningen har även genomfört studiebesök på Nya Karolinska Solna (NKS). Gällande Region Stockholm och Karolinska Universitetssjukhuset har utredningen inhämtat information såväl från personer som företräder organisationerna idag, regionledning och sjukhusledning, som från personer som företrätt organisationerna tidigare och varit involverade i beslut och genomförande av frågor som omfattas av utredningens uppdrag. Utredningen har inhämtat information från och träffat företrädare för Revisionskontoret. Vidare har utredningen låtit genomföra en kartläggning av regionernas pågående investeringar inom hälso- och sjukvården och hantering av sådana byggprojekt. Inom ramen för detta har intervjuer med företrädare för alla 21 regi-

oner genomförts. Denna kartläggning har genomförts av Sweco Society AB.

Utredningen har haft dialogmöten med patientföreningen Neuro och SPF Seniorerna.

Utredningen har vidare haft dialogmöten med Fysioterapeuterna, Karolinska Universitetssjukhusets läkarförening, Kommunal, Ledarna, Sveriges läkarförbund, Vision och Vårdförbundet.

Myndigheter som utredningen haft möten och kontakter med omfattar Arbetsmiljöverket, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Karolinska Institutet, Konkurrensverket, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Socialstyrelsen, Statens Haverikommission och Upphandlingsmyndigheten.

Utredningen har även haft möten med Skanska och Swedish Hospital Partners (SHP). Vidare har utredningen genomfört studieresor till Storbritannien och inhämtat information vid möten med Scottish Future Trust, National Audit Office och forskare vid University of Newcastle.

Utredningen har fört dialog med Statsvetenskapliga institutionen vid Stockholms universitet som har ett avtal med Region Stockholm om uppdragsforskning. Avtalet gäller ett samhällsvetenskapligt forskningsprojekt gällande beslut om NKS. Projektet ska genomföras under perioden 1 juli 2017 till 30 juni 2020.

*Landsting och regioner*

2019 bytte de sista sju landstingen namn till regioner och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bytte namn till Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). I detta betänkande har ambitionen varit att benämna de tidigare landstingen och SKL med det namn som gällde vid tidpunkten för de skeenden som beskrivs. Nämnden vid Karolinska Universitetssjukhuset har av sjukhuset benämnts som styrelsen. Utredningen har valt att använda samma beteckning, det vill säga styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset.

## 1.3 Betänkandets disposition

Betänkandet inleds med en sammanfattning. Därefter följer utredningens uppdrag och beskrivning av utredningsarbetet. I kapitel 2 beskrivs gällande rätt. I kapitel 3 ges en beskrivning av aktuella utmaningar inom hälso- och sjukvårdsområdet. Kapitel 4 beskriver regionala och nationella aktörer, deras uppdrag och ansvar inom hälso- och sjukvården samt hur de berörs av frågor om investeringar, upphandlingar och större organisationsförändringar inom hälso- och sjukvården. I kapitel 5 ges en översiktlig beskrivning av olika entreprenadformer och tidigare erfarenheter av offentlig-privat samverkan (OPS). Kapitel 6 beskriver pågående investeringar i regionerna. I kapitel 7 ges en beskrivning av planerad och pågående strukturförändring inom hälso- och sjukvården och hur den styrs. I kapitel 8 redovisas utredningens kartläggning av NKS-exemplet och hur relevanta kontrollmekanismer har använts vid beslut, upphandlingar och större organisationsförändringar i samband med OPS. Kapitel 9 redovisar utredningens analys, rekommendationer och konsekvenser.

Utredningens direktiv återfinns i bilaga 1 till 3.

# 2 Gällande rätt

I detta avsnitt redogör utredningen för de författningar som är aktuella utifrån utredningens uppdrag samt regleringen av ansvarsförhållanden inom hälso- och sjukvården.

## 2.1 Gällande rätt

Ansvaret för hälso- och sjukvården regleras samlat i regeringsformen, kommunallagen och hälso- och sjukvårdslagen. Av hälso- och sjukvårdslagen framgår också mål och krav på hälso- och sjukvården liksom organisation, planering och samverkan. Patientens ställning och skydd inom hälso- och sjukvården regleras genom patientlagen och patientsäkerhetslagen.

När det gäller upphandling och investeringar är regioner upphandlande myndigheter och ska följa lagen om offentlig upphandling. Organisationsförändringar och andra typer av förändringar i en verksamhet kan få påverkan på arbetsmiljön. Arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljön regleras i arbetsmiljölagen.

### 2.1.1 Regeringsformen och kommunallagen

Av regeringsformen (RF)1:2 framgår att det allmänna ska verka för goda förutsättningar för hälsa. Regeringsformen specificerar dock inte vilken del av det allmänna som har ansvar för hälso- och sjukvård. Enligt RF 14:2 sköter kommunerna[1] lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Närmare bestämmelser om detta finns i lag. På samma grund sköter kommunerna även de övriga angelägenheter som bestäms i

[1] Enligt regeringsformens terminologi innefattas även regioner i begreppet kommuner (RF 1:7).

lag. Ett exempel på en sådan angelägenhet är hälso- och sjukvård som behandlas i nästa avsnitt. Den huvudsakliga rättsliga regleringen av kommuner och regioner återfinns i kommunallagen (2017:725). En närmare genomgång av regleringen av ansvaret för hälso- och sjukvården redovisas i avsnitt 2.2.

Kommuner och regioner ska enligt kommunallagen kapitel 6 ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet. Fullmäktige ska besluta om riktlinjer för god ekonomisk hushållning. I den årliga budgeten ska de finansiella mål som är av betydelse för en god ekonomisk hushållning anges. Budgeten ska också innehålla en plan för verksamheten under budgetåret. Kommuner och regioner ska förvalta sina medel på ett sådant sätt att krav på god avkastning och betryggande säkerhet kan tillgodoses.

Kommunallagen reglerar vidare kommunernas och regionernas organisation och verksamhetsformer liksom uppgifter och ansvar på olika nivåer. Detta redovisas i avsnitt 4.1.

### 2.1.2 Hälso- och sjukvårdslagen

Ansvaret för hälso- och sjukvården regleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är en ramlag som innehåller grundläggande bestämmelser för all hälso- och sjukvård. I lagen regleras regionernas och kommunernas ansvar som huvudman för hälso- och sjukvården (att *erbjuda* hälso- och sjukvård), liksom vårdgivares (statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare) ansvar att bedriva hälso- och sjukvård. Lagen reglerar också organisation, planering och samverkan av hälso- och sjukvårdsverksamheten i regioner och kommuner.

I HSL avdelning II anges att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef). Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bland annat att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den per-

sonal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Socialstyrelsen får meddela föreskrifter för detta.

Regionernas ansvar som huvudman för vård regleras i HSL avdelning III. Där stadgas att regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Regionen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. Regionerna ska samverka om hälso- och sjukvård som berör flera regioner.

I ansvaret att erbjuda hälso- och sjukvård ligger att regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i regionen. Regionen ska också erbjuda öppen vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar. Den region som patienten tillhör svarar då för kostnaderna för vården. Om någon som vistas inom regionen utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård ska regionen erbjuda sådan vård. En region får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som tillhör en annan region. Detta förutsatt att regionerna kommer överens om det eller om det är fråga om nationell högspecialiserad vård.

Regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom en viss tid får: kontakt med primärvården, en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården, besöka den specialiserade vården, och planerad vård. Om regionen inte uppfyller vårdgarantin ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare. Regionen ska rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld, garantins innehåll och regionernas rapporteringsskyldighet om väntetider.

Vad gäller forskning ska regioner och kommuner enligt HSL 18:2 medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Regioner och kommuner ska

samverka med varandra och med berörda universitet och högskolor i den omfattning som behövs.

*Nationell högspecialiserad vård*

I hälso- och sjukvårdslagen och i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) regleras den nationella högspecialiserade vården och vilken myndighet som beslutar om denna.

Den tidigare rikssjukvården ersattes från och med den 1 juli 2018 med begreppet nationell högspecialiserad vård (prop. 2017/18:40). Med nationell högspecialiserad vård avses enligt HSL 2:7 offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje samverkansregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Socialstyrelsen beslutar med stöd av hälso- och sjukvårdsförordningen 2 kapitlet vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård enligt hälso- och sjukvårdslagen och på hur många enheter sådan vård ska bedrivas. Vid bedömningen av om en åtgärd ska utgöra nationell högspecialiserad vård ska hänsyn särskilt tas till om vården är komplex eller sällan förekommande och om den kräver en viss volym, multidisciplinär kompetens eller stora investeringar eller medför höga kostnader, HSL 7:5.

För att få bedriva nationell högspecialiserad vård krävs det tillstånd, HSL 7:5a. Socialstyrelsen får efter ansökan från en region besluta om ett sådant tillstånd liksom om villkor för att bedriva nationell högspecialiserad vård. Tillståndet ska gälla tills vidare. Ett tillstånd får återkallas om villkoren för det inte längre är uppfyllda, om förutsättningarna för tillståndet har ändrats eller om tillståndshavaren begär det. Beslut får inte överklagas. Socialstyrelsen får med stöd av hälso- och sjukvårdsförordningen 2 kapitlet meddela föreskrifter om de villkor som ska gälla för tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård och om återkallelse av ett sådant tillstånd. Socialstyrelsen får också meddela föreskrifter om verkställighet av hälso- och sjukvårdslagen i fråga om ansökningsförfarandet hos myndigheten.

### 2.1.3 Patientlagen och patientsäkerhetslagen

Patientens ställning och skydd inom hälso- och sjukvården regleras genom patientlagen (2014:821) och patientsäkerhetslagen (2010:659).

Patientlagen syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen innehåller bestämmelser om bland annat tillgänglighet, information, delaktighet, personuppgifter och intyg samt synpunkter, klagomål och patientsäkerhet. Hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig och patienten ska snarast få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd (om det inte är uppenbart obehövligt). Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses och olika insatser ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Personuppgifter ska utformas och behandlas så att patientens integritet respekteras.

När det gäller synpunkter, klagomål och patientsäkerhet ska patientnämnder enligt lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården stödja och hjälpa patienter och deras närstående att föra fram klagomål och få svar av vårdgivaren. En patient som drabbats av en vårdskada ska snarast informeras om detta, och vilka åtgärder vårdgivaren avser vidta för att det inte ska inträffa igen. Vårdgivaren ska snarast besvara klagomål från patienter och deras närstående och ge klaganden en förklaring till vad som har inträffat. Patienten och närstående ska också få möjlighet att delta i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete.

Patientsäkerhetslagen syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård. Med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada. I lagen finns bestämmelser om bland annat anmälan av verksamhet, vårdgivarens skyldighet att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete och Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn.

Av patientsäkerhetslagen kapitel 3 framgår att en vårdgivare ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas. Vårdgivaren ska vidare utreda händelser i verk-

samheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder som hindrar att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra. Vårdgivaren ska också ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada till vårdgivaren.

I kapitel 7 regleras Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) tillsyn över hälso- och sjukvården. Tillsyn innebär bland annat granskning av att verksamheten uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Tillsynen ska främst inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter gällande det systematiska patientsäkerhetsarbetet. En närmare beskrivning av IVO:s tillsyn ges i avsnitt 4.5.3.

I patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) ges kompletterande föreskrifter till patientsäkerhetslagen. Av förordningen framgår att Socialstyrelsen får meddela föreskrifter utifrån patientsäkerhetslagen.

### 2.1.4 Arbetsmiljölagen

I arbetsmiljölagen (1977:1160) finns regler om skyldigheter för arbetsgivare att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet och att i övrigt uppnå en bra arbetsmiljö. Det finns också regler om samverkan mellan arbetsgivare och arbetstagare.

I 2:1 anges att arbetsmiljön ska vara tillfredsställande med hänsyn till arbetets natur och den sociala och tekniska utvecklingen i samhället. Arbetstagaren ska ges möjlighet att medverka i utformningen av sin egen arbetssituation samt i förändrings- och utvecklingsarbete som rör det egna arbetet. I kapitel 3 om allmänna skyldigheter stadgas bland annat att arbetsgivare och arbetstagare ska samverka för att åstadkomma en god arbetsmiljö. Arbetsgivaren ska systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller föreskrivna krav på en god arbetsmiljö.

Risker i verksamheten ska undersökas löpande och åtgärder ska vidtas. Om åtgärder inte kan vidtas omedelbart ska de tidsplaneras. Arbetsgivaren ska dokumentera arbetsmiljön och arbetsmiljöarbetet, bland annat genom handlingsplaner.

I kapitel 6 återfinns regler om skyddsombud. Det ska finnas ett eller flera skyddsombud på arbetsställen med minst fem arbetstagare eller om arbetsförhållandena kräver det. Skyddsombuden företräder arbetstagarna i arbetsmiljöfrågor och ska verka för en tillfredsställande arbetsmiljö. Ombuden ska delta vid planering av nya eller ändrade lokaler, anordningar, arbetsprocesser, arbetsmetoder och av arbetsorganisation. Arbetsgivaren ska underrätta skyddsombuden om förändringar som har betydelse för arbetsmiljöförhållandena. Om ett skyddsombud anser att åtgärder behöver vidtas för att uppnå en tillfredsställande arbetsmiljö, ska skyddsombudet vända sig till arbetsgivaren och begära detta. Arbetsgivaren ska lämna besked utan dröjsmål. Om arbetsgivaren inte gör det ska Arbetsmiljöverket efter framställan av skyddsombudet pröva om föreläggande eller förbud ska meddelas.

Arbetsmiljöverket utövar med stöd av kapitel 7 tillsyn utifrån arbetsmiljölagen och kan besluta om bland annat sanktionsavgifter enligt kapitel 8. Arbetsmiljöverkets beslut får enligt 9:2 överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

### 2.1.5 Lagen om offentlig upphandling (LOU)

Lagen om offentlig upphandling (2016:1145, LOU) gäller för upphandling som genomförs av en upphandlande myndighet. Med upphandling avses de åtgärder som vidtas i syfte att anskaffa varor, tjänster eller byggentreprenader genom tilldelning av kontrakt. Bestämmelser om upphandling finns även i andra lagar, bland annat lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner.

I LOU regleras bland annat vilka upphandlingsförfaranden som får användas och när, tekniska krav, annonsering, kommunikation och dokumentation, kvalificering, utvärdering av anbud och tilldelning av kontrakt. Här finns också bestämmelser om tillsyn.

Offentlig privat samverkan vid offentlig upphandling regleras inte i LOU. Det finns inte heller någon särskild reglering av avtal enligt offentlig privat samverkan (OPS).

*Upphandlingsförfaranden*

Följande upphandlingsförfaranden får enligt LOU kapitel 6 användas vid offentlig upphandling: öppet förfarande, selektivt förfarande, förhandlat förfarande med föregående annonsering och förhandlat förfarande utan föregående annonsering, konkurrenspräglad dialog eller förfarande för inrättande av innovationspartnerskap.

Vid ett *öppet förfarande* får alla leverantörer lämna anbud efter anbudsinfordran. Vid *selektivt förfarande* får alla leverantörer efter en anbudsinfordran ansöka om att få delta. De anbudssökande som bjuds in får sedan lämna anbud. *Förhandlat förfarande med föregående annonsering* innebär att de leverantörer som efter annonsering bjudits in att delta i upphandlingen får lämna anbud. Anbuden ska ligga till grund för förhandlingar. Förfarandet får användas när den upphandlande myndighetens behov inte kan tillgodoses utan anpassning av lättillgängliga lösningar, om upphandlingen inbegriper formgivning eller innovativa lösningar, om kontraktet inte kan tilldelas utan föregående förhandlingar på grund av särskilda omständigheter kring det som ska upphandlas (art, komplexitet, rättslig eller ekonomisk utformning eller särskilda risker) eller om myndigheten inte tillräckligt kan precisera tekniska specifikationer med hänvisning till en standard eller liknande. *Förhandlat förfarande utan föregående annonsering* får användas om det vid ett öppet eller selektivt förfarande inte har lämnats några lämpliga anbudsansökningar eller anbud och de villkor som angetts inte ändrats väsentligt. Förfarandet kan även användas om det som ska upphandlas endast kan tillhandahållas av en viss leverantör, exempelvis på grund av tekniska skäl eller ensamrätt. Detta förutsatt att det inte finns något rimligt alternativ och att avsaknaden av konkurrens inte är konstruerad genom förutsättningarna för upphandlingen. Förfarandet får användas vid synnerlig brådska som beror på omständigheter som den upphandlande myndigheten inte kan tillskrivas eller förutse eller om det är omöjligt att hålla de tidsfrister som gäller vid öppet eller selektivt förfarande eller vid förhandlat förfarande med föregående annonsering och anskaffningen är absolut nödvändig. *Konkurrenspräglad dialog* infördes som ett nytt förfarande 2010. Kraven är desamma som vid förhandlat förfarande, men här bjuds anbudssökande in till dialog som syftar till att identifiera och ange hur den upphandlande myndighetens behov bäst kan tillgodoses. Dialogen får genomföras i successiva steg för att begränsa

antalet lösningar. Det slutgiltiga antalet lösningar ska vara så stort att effektiv konkurrens uppnås, under förutsättning att det finns ett tillräckligt antal lösningar. *Innovationspartnerskap* infördes i LOU 2017. En upphandlande myndighet får använda detta förfarande för att anskaffa en vara, tjänst eller byggentreprenad för behov som de bedömer inte kan tillgodoses genom lösningar som finns på marknaden. Innovationspartnerskapet ska syfta till utveckling och därefter anskaffning av den vara, tjänst eller byggentreprenad som myndigheten har behov av. Förfarandet är i stort detsamma som vid förhandlat förfarande. Genomförandet skiljer sig dock åt. Ett innovationspartnerskap ska delas upp i etapper som följer stegen i forsknings- och innovationsprocessen där fastställda delmål ska uppfyllas av parterna. Innovationspartnerskap får endast inrättas med leverantörer som bedriver separat forsknings- och utvecklingsverksamhet.

### *Beskrivning av behov och krav*

Den upphandlande myndigheten ska i upphandlingsdokumenten fastställa föremålet för upphandlingen genom att beskriva myndighetens behov och vad som krävs i fråga om egenskaper hos de varor, tjänster eller byggentreprenader som ska anskaffas. Myndigheten ska också ange vad i beskrivningen som utgör de minimikrav som alla anbud ska uppfylla, och ange kriterierna för tilldelning av kontrakt.

Tekniska krav får anges som prestanda- eller funktionskrav. Kraven ska vara utformade så att det klart framgår vad som ska anskaffas. Om de tekniska specifikationerna inte anges som prestanda- eller funktionskrav ska de hänvisa till standarder eller bedömningar utifrån en prioritetsordning i LOU.

Vid innovationspartnerskap ska en upphandlande myndighet särskilt tillämpa krav som avser leverantörers kapacitet inom forskning och utveckling och kapacitet att utveckla och genomföra innovativa lösningar.

### *Förhandling*

När det gäller förhandlingar med anbudsgivarna får den upphandlande myndigheten förhandla med anbudsgivarna om förbättringar i deras anbud. Förhandlingarna får inte avse minimikraven eller till-

delningskriterierna. Den upphandlande myndigheten får utan förhandlingar tilldela kontrakt utifrån ett ursprungligt anbud om den i annonsen om upphandlingen har meddelat att den förbehåller sig den rätten. Om ändringar sker i upphandlingsdokumenten under förhandlingarna, ska den upphandlande myndigheten skriftligen informera alla kvarvarande anbudsgivare om detta och ge dem skälig tid att ändra sina anbud. Förhandlingarna får delas upp i successiva steg för att minska antalet anbud om det har angetts i något av upphandlingsdokumenten. Den upphandlande myndigheten får efter varje steg välja ut de anbud som myndigheten ska fortsätta att förhandla om. Valet ska göras med användning av de tilldelningskriterier som har angetts i upphandlingsdokumenten.

Det slutliga antalet anbud ska vara så stort att effektiv konkurrens uppnås, under förutsättning att det finns ett tillräckligt antal anbud eller lämpliga anbudssökande.

När den upphandlande myndigheten har för avsikt att avsluta förhandlingarna, ska myndigheten informera de anbudsgivare som fortfarande deltar i förhandlingarna om detta och ange en gemensam tidsfrist för dem att lämna slutliga anbud som inte får vara föremål för förhandling.

### *Utvärdering av anbud*

En upphandlande myndighet ska enligt LOU kapitel 16 tilldela den leverantör ett kontrakt vars anbud är det ekonomiskt mest fördelaktiga för myndigheten. Vilket anbud som är det ekonomiskt mest fördelaktiga anbudet ska utvärderas på någon av följande grunder: 1) bästa förhållandet mellan pris och kvalitet, 2) kostnad, eller 3) pris. För konkurrenspräglad dialog och innovationsupphandling är den enda grunden för utvärdering av anbud bästa förhållandet mellan pris och kvalitet. Myndigheten ska i något av upphandlingsdokumenten ange den grund för utvärdering av anbud som den avser att använda.

När en upphandlande myndighet utvärderar ett anbud på grunden kostnad, ska myndigheten bedöma anbudets effekter i fråga om kostnadseffektivitet, såsom en analys av kostnaderna under livscykeln för varan, tjänsten eller byggnadsverket.

*Avtal och kontrakt*

Ett kontrakt eller ett ramavtal får enligt LOU 17:10 ändras i enlighet med en ändrings- eller optionsklausul utan att en ny upphandling måste genomföras, om kontraktets eller ramavtalets övergripande karaktär inte ändras och klausulen har angetts i något av upphandlingsdokumenten i den ursprungliga upphandlingen, klart, exakt och entydigt beskriver under vilka förutsättningar den kan tillämpas, och anger omfattningen och arten av ändringarna som kan komma att göras. LOU 17:11 stadgar att en kompletterande beställning av varor, tjänster eller byggentreprenader får göras från den leverantör som har tilldelats kontraktet utan att en ny upphandling måste genomföras, om beställningen inte innebär att värdet av kontraktet ökar med mer än 50 procent och under förutsättning att beställningen har blivit nödvändig, leverantören av ekonomiska eller tekniska skäl inte kan bytas, och ett byte av leverantör skulle medföra betydande olägenheter eller betydligt större omkostnader för den upphandlande myndigheten. Om flera kompletterande beställningar görs efter varandra, ska begränsningen i fråga om ökningen av värdet tillämpas på varje enskild beställning.

*Dokumentation*

En upphandlande myndighet ska enligt LOU 12:14 dokumentera genomförandet av en upphandling. Dokumentationen ska vara tillräcklig för att motivera myndighetens beslut under upphandlingens samtliga skeden.

*Särskilt om byggentreprenader*

I LOU finns särskilda bestämmelser för byggentreprenader. Med byggnadsverk avses det samlade resultatet av bygg- och anläggningsarbeten, om resultatet självständigt fyller en teknisk eller ekonomisk funktion, LOU 1:10. Ett byggentreprenadkontrakt avser ett kontrakt om utförande eller både projektering och utförande av arbete som är hänförligt till byggverksamhet enligt bilaga 1 till LOU. Byggentreprenadkontrakt avser också kontrakt om utförande eller både projektering och utförande av ett byggnadsverk eller att ett byggnads-

verk realiseras. Detta utifrån krav från en upphandlande myndighet som utövar ett avgörande inflytande över typen av byggnadsverk eller över projekteringen, LOU 1:9. I bilaga 1 till LOU finns en förteckning över byggentreprenadkontrakt och vilken byggverksamhet som omfattas. Inom huvudgrupp 45 byggverksamhet ingår nybyggnad, renovering och normal reparation. Under huvudgruppen finns en närmare precisering av olika typer av byggverksamhet.

## 2.2 Ytterligare om reglering av ansvaret för hälso- och sjukvården

Ansvaret för hälso- och sjukvården är i dag delat mellan stat, regioner och kommuner på lokal nivå. Staten har ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården. Statens ansvar inkluderar lagstiftning, statsbidrag, tillsyn och annan verksamhet hos statliga myndigheter samt ett särskilt ansvar för nationell högspecialiserad vård. Staten ansvarar för att det finns ett regelverk som anger de ramar som behövs för att regionerna och kommunerna på lokal nivå ska kunna planera och bedriva hälso- och sjukvård, något som görs främst genom hälso- och sjukvårdslagen, HSL (2017:30). HSL är en målinriktad ramlag vilket innebär att lagen främst anger övergripande mål, ansvarsförhållanden och riktlinjer för hälso- och sjukvården. Det främsta skälet bakom detta är att regioner och kommuner på lokal nivå med hänsyn till den kommunala självstyrelsen ska kunna utforma sin verksamhet efter regionala och lokala behov och förutsättningar. Utrymmet för kommunalt självbestämmande varierar dock för olika delar i HSL. Ett område som är särskilt detaljreglerat är avgifter inom hälso- och sjukvården. Detta innebär att det kommunala självbestämmandet på detta område är mycket begränsat, genom att utrymmet för regionerna att själva besluta i dessa frågor är mycket litet (prop. 2016/17:43).

Någon särskild lagstiftning avseende investeringar i hälso- och sjukvården finns inte idag. Av prop. 2016/17:43 framgår att avsikten är att regionerna med beaktande av lokala behov och förutsättningar ska ha möjlighet att besluta om planering, finansiering och organisation av hälso- och sjukvårdsverksamheten. Där framgår också att regionernas verksamhet finansieras till största del av egna skatteuttag. Regionerna beslutar storleken på skatten samt hur skattemedlen fördelas. Med utgångspunkt i principen om kommunal självstyrelse

innebär detta att under förutsättning att regionerna följer reglerna i 7 kap. HSL, är regionerna fria att planera, finansiera och organisera hälso- och sjukvården, inkluderat investeringar.

Ansvarsfördelningen är inte en gång för alla given utan har varierat över tid. Dagens ansvarsfördelning är resultatet av flera reformer, där intresset för den kommunala självstyrelsen och decentralisering har vägts mot behovet av central samordning. Utöver det ansvar som staten, regionerna och kommunerna på lokal nivå har bidrar även andra aktörer till hälso- och sjukvården, däribland olika organisationer, institutioner för utbildning och forskning samt näringslivet. Den stora vikt som hälso- och sjukvården spelar för enskildas liv, hälsa och välbefinnande i bred bemärkelse, och samhällets starka intresse av detsamma, motiverade enligt regeringen att staten behåller den yttersta kontrollen i vissa avseenden (prop. 2016/17:43).

### 2.2.1 Den kommunala självstyrelsen

Sverige är en enhetsstat byggd på folksuveränitetsprincipen där den offentliga makten är koncentrerad till riksdagen som sedan har möjlighet att dela ut makt till övriga aktörer.[2] Av regeringsformen framgår att den kommunala självstyrelsen är en central del av det demokratiska systemet i Sverige. I 1 kap. 1 § regeringsformen (1974:152) anges att den svenska folkstyrelsen förverkligas genom ett representativt och parlamentariskt statsskick och den kommunala självstyrelsen.

Den kommunala självstyrelsens innebörd och omfattning är däremot inte grundlagsfäst och i förarbetena till regeringsformen angavs att det varken är ”lämpligt eller möjligt att en gång för alla dra orubbliga och preciserade gränser i grundlag kring en kommunal självstyrelsesektor” (prop. 1973:90, s. 190). Innebörden och innehållet i den kommunala självstyrelsen har i stället varierat över tid och avsikten är och har varit att omfattningen av den kommunala självstyrelsen ska kunna anpassas i takt med samhällsutvecklingen (SOU 2008:125).

Vid grundlagsreformen år 2010 bedömdes den kommunala självstyrelsen vara av så stor vikt att ett nytt kapitel om kommunerna infördes i regeringsformen 14 kap. (prop. 2009/10:80). Kapitlet har

[2] Se RF 1:4; prop 1973:90; Strandberg, Kommunal självstyrelse.

sex paragrafer och anger endast övergripande grunderna för den kommunala verksamheten och den kommunala självstyrelsen. I 14 kap. 2 § regeringsformen anges att kommuner ”sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Närmare bestämmelser om detta finns i lag. På samma grund sköter kommunerna även de övriga angelägenheter som bestäms i lag.” Kommunerna sköter därmed i princip all sin verksamhet på den kommunala självstyrelsens grund, något som stöds av propositionen liksom grundlagsutredningens betänkande där det framgår att avsikten var just att principen om kommunal självstyrelse skulle gälla för all kommunal verksamhet (SOU 2008:125). Undantaget från detta är normgivningsmakten som i vissa fall kan delegeras till kommuner från staten, och som således inte sköts på den kommunala självstyrelsens grund.[3]

### 2.2.2 Kommunala angelägenheter

Det finns i huvudsak två typer av kommunala angelägenheter. Den första, lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse, tar sikte på sådana angelägenheter som omfattas av kommunernas så kallade allmänna kompetens. Närmare bestämmelser om detta finns i kommunallagen (2017:725). Den andra, om övriga angelägenheter, tar i stället sikte på sådana åligganden som framgår av speciallagstiftning. Sådana åligganden är obligatoriska för kommunerna att ägna sig åt och mer eller mindre detaljerat reglerade. Ett exempel på det sistnämnda är hälso- och sjukvården.

De olika typerna av kommunal verksamhet präglas av olika grad av självstyrelse. Den på kommunallagen grundade allmänna kompetensen beskrivs som en fri sektor där det finns utrymme för en kommunal initiativrätt och är en kärna i den kommunala självbestämmanderätten. Detta skiljer sig från de åligganden som kommunerna har att ombesörja enligt speciallagstiftning. Den kommunala självstyrelsen är dock inte obegränsad, inte ens avseende den allmänna kompetensen, eller den så kallade fria sektorn. Att all kommunal verksamhet ska skötas på den kommunala självstyrelsens grund innebär alltså inte att inskränkningar i den kommunala självstyrelsen inte är

[3] Att normgivning är undantagen följer av regeringsformens övriga regler om normgivning, främst i 8 kap. regeringsformen, se även prop. 2009/10:80, s. 211.

möjliga. Det poängteras i propositionen till grundlagsreformen att det enligt regeringsformen (8 kap. 2 § 1 st. 3 p.) är möjligt att genom lagstiftning föreskriva om grunderna för kommunernas organisation, verksamhetsformer, den kommunala beskattningen och kommunernas befogenheter i övrigt och kommunernas åligganden (prop. 2009/10:80). Enligt samma bestämmelse ska sådana föreskrifter som huvudregel meddelas i lag.[4]

### 2.2.3 Inskränkning i den kommunala självstyrelsen

Om ett lagförslag innebär inskränkningar i den kommunala självstyrelsen ska riksdagen pröva om inskränkningen är proportionerlig i förhållande till målet med inskränkningen. Detta krav följer av 14 kap. 3 § regeringsformen där det framgår att inskränkningar i den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett inskränkningen. Avsikten med bestämmelsen är att det alternativ som lägger minst band på den kommunala självbestämmanderätten bör väljas, om det finns olika möjligheter att nå samma mål. Vidare krävs det enligt bestämmelsen att riksdagen regelmässigt gör denna proportionalitetsprövning när inskränkningar i den kommunala självstyrelsen är aktuella. För att det ska vara möjligt fordras det att det under lagstiftningsprocessen har gjorts noggranna analyser av vilken påverkan olika förslag har på den kommunala självstyrelsen (prop. 2009/10:80).

Bestämmelsen i 14 kap. 3 § regeringsformen riktar sig i första hand till riksdagen. Såväl grundlagsutredningen som regeringen i propositionen till grundlagsreformen 2010 poängterade att syftet med införandet av bestämmelsen är att åstadkomma en noggrann beredning under lagstiftningsprocessen, och att den slutliga prövningen om en åtgärd är proportionerlig eller inte är en fråga för riksdagen att ta ställning till när riksdagen beslutar om lagförslaget.[5] Enligt 8 kap. 21 § 2 st. punkterna 5 och 7 regeringsformen ska ett yttrande från lagrådet inhämtas innan riksdagen beslutar om lag som innebär åligganden för kommunerna eller ändrar eller upphäver en sådan lag.

[4] Av 8 kap. 3 § 1 st. regeringsformen kan dock riksdagen genom lag bemyndiga regeringen att i stället meddela föreskrifter på området. Enligt 8 kap. 21 § 2 st. 5 p. regeringsformen ska vidare lagrådsyttrande inhämtas avseende lagförslag som avser kommunal beskattning eller som innebär åligganden för kommunerna.

[5] Se SOU 2008:125, En reformerad grundlag, betänkande av Grundlagsutredningen, s. 539 och prop. 2009/10:80, s. 213.

Som en del av beslutsunderlaget när riksdagen beslutar om sådana lagförslag finns alltså lagrådets yttrande. Att möjliggöra domstolsprövning i form av lagprövning, där en domstol i efterhand skulle pröva om en föreskrift gått utöver vad som är nödvändigt, var således inte avsedd (prop. 2009/10:80). Tvärtom poängteras i förarbetena just det faktum att bestämmelsen har fakultativ karaktär genom att inskränkningen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt och att den slutliga prövningen görs av riksdagen (prop. 2009/10:80).

# 3 Utmaningar inom hälso- och sjukvården

## 3.1 Allmänt

Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar. Befolkningsförändringar tillsammans med teknisk utveckling, förändrade arbetssätt och nya behandlingsmetoder leder till förändrat resursbehov inom hälso- och sjukvården.

Befolkningstillväxten medför att vårdbehovet ökar totalt samtidigt som till exempel en ökad andel äldre och därmed allt fler multisjuka innebär att vårdbehoven också förändras.

Nya behandlingsmetoder ger nya möjligheter men medför också nya krav. Utvecklingen ger möjlighet att behandla nya patientgrupper och att ge patienter tillgång till mer effektiv behandling där allt fler botas. När nya patientgrupper kan behandlas ökar trycket på sjukvården samtidigt som utvecklingen också innebär att patientens genomsnittliga tid på sjukhus kunnat förkortas. Den tekniska utvecklingen och en ökad digitalisering ger förutsättningar för nya arbetssätt och en mer tillgänglig vård. Ny medicinteknisk utrustning är i vissa fall stor och tung samtidigt som annan utrustning är lätt och kan flyttas runt. Detta förändrar kraven på sjukvårdens lokaler till exempel gällande ytor och bärighet i operationssalar, samtidigt som ökad användning av mobil utrustning medför andra krav.

Utvecklingen av behandlingsmetoder och arbetssätt innebär dels ökad specialisering och att patientgrupper blir allt smalare, dels skapas möjligheter att erbjuda patienter vård i andra delar av vårdkedjan än på specialistsjukhusen. Detta skapar behov av och ger förutsättningar för nivåstrukturering av vården där framför allt delar av den högspecialiserade vården koncentreras samtidigt primärvårdens roll behöver stärkas. Arbeten med nivåstrukturering pågår såväl regionalt som nationellt. Arbetet med nationell högspecialiserad vård

fokuserar på att identifiera delar av den högspecialiserade vården som kan koncentreras till ett fåtal platser i landet. Samtidigt pågår arbete i Utredningen samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) där man bland annat har uppdrag att ta fram en nationell plan för en god och nära vård i syfte att stärka primärvården. Samtidigt som nivåstruktureringsarbetet syftar till att förbättra förutsättningarna inom vården påverkas resursbehoven i vårdens olika delar.

En stor andel av hälso- och sjukvårdens byggnader, framför allt sjukhus, är byggda under 1950-, 1960- och 1970-talen. Detta är förknippat med utmaningar. Den tekniska livslängden innebär ökade underhållskostnader samtidigt som utvecklingen av hälso- och sjukvården medför förändrade lokalbehov och därmed ett ökat tryck på anpassning och förändring av befintliga byggnader.

## 3.2 Sjukvårdssystemet

*Vårdkedjan*

Den svenska vårdkedjan består av primärvård, länssjukvård, regionsjukvård och nationell högspecialiserad vård.

Basen i den svenska hälso- och sjukvården är primärvården. Primärvården består av över 1 000 vårdcentraler, distriktssköterskemottagningar och andra typer av husläkar- och familjeläkarmottagningar. De flesta patienterna tas om hand i primärvården och får medicinsk behandling, rehabilitering, omvårdnad och förbyggande åtgärder. Patienter som inte kan ta sig till vårdcentraler ges vård genom hemsjukvården. I de flesta län har kommunerna ansvar för hemsjukvården. Kommunerna har även ansvar för vård på särskilda boenden och bland annat skolsjukvården. De patienter som inte kan diagnostiseras eller behandlas i primärvården remitteras till specialistmottagning.

Länssjukvården är nästa steg i vårdkedjan. Det finns drygt 20 länssjukhus och över 40 länsdelssjukhus. På länssjukhusen finns specialistkompetens och medicinsk utrustning som täcker de flesta sjukdomstillstånden. Länsdelssjukhusen är ofta mindre och har inte alltid alla typer av specialistmottagningar. En stor del av länssjukhusens verksamhet är slutenvård. De flesta länssjukhusen bedriver även öppenvård.

Regionsjukvård bedrivs vid de sju universitetssjukhusen: Skånes universitetssjukhus i Malmö och Lund, Sahlgrenska Universitets-

sjukhuset i Göteborg och Mölndal, Universitetssjukhuset i Örebro, Universitetssjukhuset i Linköping, Karolinska Universitetssjukhuset i Solna och Huddinge, Akademiska sjukhuset i Uppsala och Norrlands universitetssjukhus i Umeå. Där behandlas sällsynta och komplicerade sjukdomar och skador. Universitetssjukhusen har samarbete med medicinska fakulteter vid universitet och högskolor kring utbildning och forskning. De regioner som inte har eget universitetssjukhus har avtal med närliggande regioner om högspecialiserad vård.

Nationell högspecialiserad vård ersätter den tidigare rikssjukvården och ska bedrivas på högst fem sjukhus i landet.[1] Socialstyrelsen leder arbetet och ska tillsammans med professionerna besluta om vad som definieras som nationell högspecialiserad vård. Syftet är att koncentrera sällsynt avancerad vård för att säkerställa att patienter har tillgång till bästa möjliga vård oavsett regiontillhörighet.

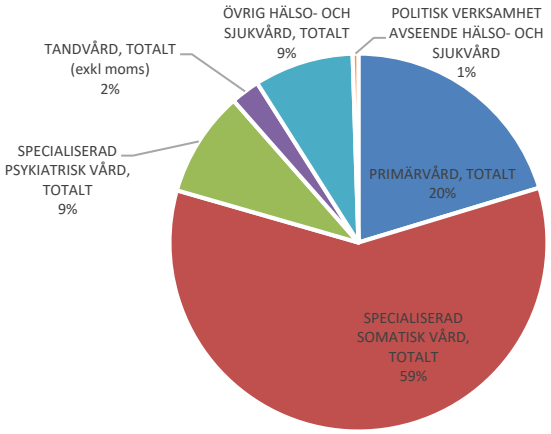
**Figur 3.1 Sjukvårdssystemet**




[1] www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationell-hogspecialiserad-vard/.

*Vården i siffror*

**Figur 3.2 Fördelning av regionernas nettokostnader för hälso- och sjukvård inklusive läkemedel efter verksamhetsområde 2018**



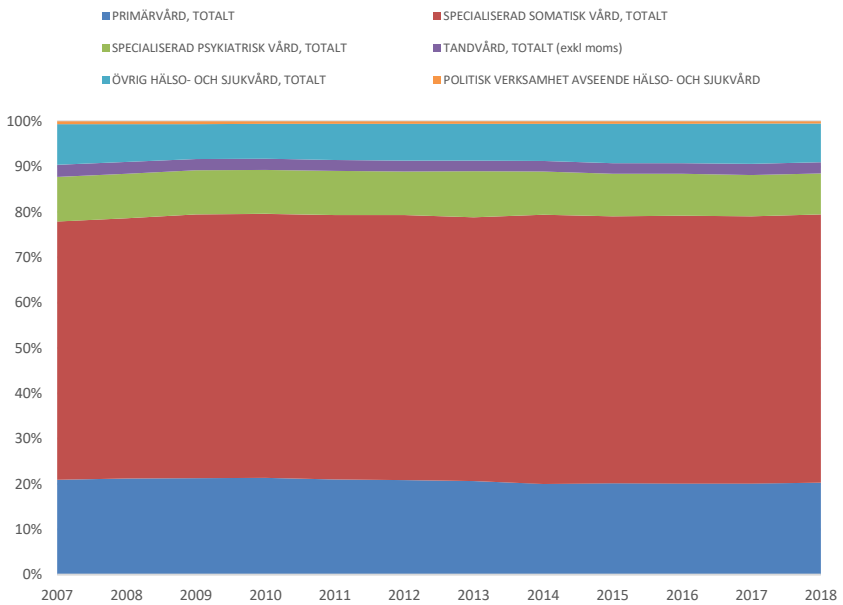

*Källa*: Statistiska centralbyrån.

Regionernas totala kostnader 2018 för hälso- och sjukvård inklusive kostnader för läkemedel var 275 miljarder kronor. Kostnadernas fördelning på olika delverksamheters andelar av totalkostnaden visas i figuren ovan. Störst andel 59 procent utgörs av kostnader för specialiserad somatisk vård, följt av primärvård 20 procent och specialiserad psykiatrisk vård 9 procent.

Delverksamheternas andelar av totalkostnaden har varit stabila över tid, vilket framgår av figuren nedan. Kostnadsandelen för primärvården har inte ökat över tid. Fram till 2013 var andelen 21 procent och har därefter varit 20 procent. Samtidigt har kostnadsandelen för den specialiserade somatiska vården stigit marginellt under perioden.

Det går alltså inte att se att kostnadsandelarna för primärvården ökar över tid. Dock syns en tendens att slutenvårdens kostnadsandel faller såväl inom den specialiserade somatiska vården som inom den specialiserade psykiatriska vården, vilket innebär att den öppna vårdens kostnadsandel ökar. Inom den somatiska vården utgjorde 2009 slutenvårdskostnadens andel 32,4 procent vilken fallit till 31,9 procent år 2018. Inom psykiatrin är skillnaden tydligare där slutenvårdandelen fallit från 4,6 till 3,3 procent.

**Figur 3.3** Delverksamheters andel av regionernas totala nettokostnad för hälso- och sjukvård 2009 till 2018

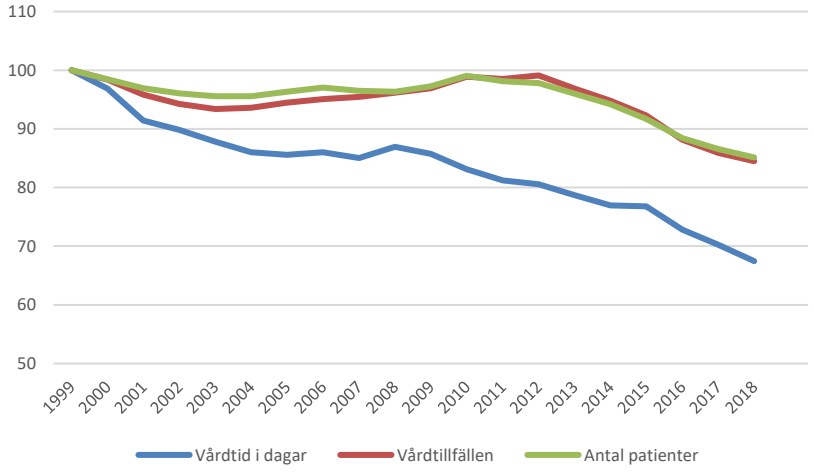



*Källa:* Statistiska centralbyrån.

Den gradvisa omställningen från slutenvård till en högre andel öppenvård illustreras även i figuren nedan. Medelvårdtiden i slutenvården faller trendmässigt sedan 1999 och under de senaste fem åren minskar såväl antalet vårdtillfällen som antalet patienter i slutenvården. Orsaker till detta är framför allt utveckling inom medicinsk teknik och kunskapsutveckling men även det allmänna hälsoläget i befolkningen spelar roll (SKL 2019b).

**Figur 3.4** **Antal patienter, vårdtillfällen och vårddagar i slutenvården 1999 till 2018**

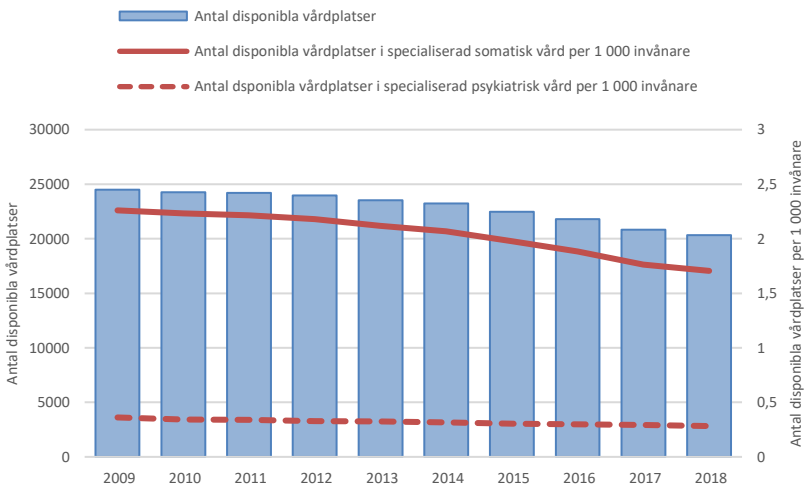
Per 100 000 invånare. Index 1999=100




*Källa:* Socialstyrelsen, statistikdatabasen.

Utvecklingen av antalet disponibla vårdplatser inom specialiserad somatisk och psykiatrisk vård visas i figuren nedan. Antalet disponibla vårdplatser 2018 inom den specialiserade somatiska vården var cirka 17 400 och inom psykiatrin 2 900. Sedan 2009 har antalet minskat från 24 500 till 20 300 disponibla vårdplatser. Under samma period har antalet disponibla vårdplatser per 1 000 invånare inom somatisk vård minskat från 2,3 till 1,7 och inom psykiatrin från 0,4 till 0,3. Denna utveckling ska ses som ytterligare en illustration av den pågående rörelsen där en allt större del av vården tillgodoses i öppna vårdformer (SKL 2019b).

Figur 3.5 Disponibla vårdplatser i specialiserad somatisk och psykiatrisk vård




*Källa:* Verksamhetsstatistik Sveriges Kommuner och Landsting.

## 3.3 Framtidens vård

Svensk sjukvård har i historiskt perspektiv dominerats av investeringar i specialistvård och akutsjukhus. Även om primärvården har en central roll i hälso- och sjukvården vänder sig en stor andel av patienterna till andra vårdnivåer, till exempel akutmottagningar, på grund av bristande tillgänglighet på andra vårdinstanser.

Riksdagen antog 2018 regeringens proposition Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti (prop. 2017/18:83). I propositionen uttalar regeringen att svensk hälso- och sjukvård behöver omstruktureras för att åstadkomma ökad kvalitet, bättre tillgänglighet och effektivare resursutnyttjande samtidigt som patientens behov sätts i centrum. En viktig del i omstruktureringen är att göra primärvården till den tydliga basen i hälso- och sjukvården. Mer resurser behöver föras över till primärvården. I propositionen bedömer regeringen att alla vårdens intressenter och aktörer bör sträva åt samma håll i omstruktureringen av hälso- och sjukvården. En förflyttning bör ske från dagens sjukhustunga hälso- och sjukvård till en förstärkt första linjens hälso- och sjukvård. Grunden är en god och nära vård som tydligt utgår från patientens behov.

De här ambitionerna är inte nya. Redan under 1970-talet uttalades behovet av en förändrad vårdstruktur mot ökad öppenvård och minskad slutenvård. Förändringen ansågs vara mycket komplicerad och bedömdes pågå under en längre tidsperiod. Med hänsyn till bland annat ansvarsuppdelningen inom hälso- och sjukvården ansågs det då vara viktigt att arbetet bedrevs väl samordnat.

Parallellt med omställningen till en vidareutvecklad nära vård har en ny besluts- och arbetsprocess för den nationella högspecialiserade vården lagts fast och började gälla från den 1 juli 2018. Socialstyrelsen ska i detta arbete också analysera konsekvenserna för akutsjukvården. Frågan om nivåstrukturering och koncentration av vård på regional nivå är mycket nära kopplat till detta.

Framtidens vård ställer stora krav på omställning inom hälso- och sjukvården liksom på ett nytt synsätt hos aktörerna i hälso- och sjukvårdssystemet. Det ställer också krav på förändrad inriktning och omfattning på investeringar i olika delar av hälso- och sjukvården.

### *Digitalisering och ny teknik i vården*

Utöver strukturförändringar påverkas hälso- och sjukvården också av digitalisering och ny teknik. För att kunna möta de höga förväntningar som ställs på sjukvården, i dag och i framtiden, måste digitaliseringens möjligheter tillvaratas på bästa sätt. Det kan handla om att ny teknik (bland annat AI) bidrar till nya arbetssätt inom hälso- och sjukvården, att mer vård utförs i hemmet och att patienter i högre grad kan ta ansvar för sin egen vård.

Som ett led i att stärka samordningen inom e-hälsoområdet har staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), numera Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) ingått en överenskommelse om Vision e-hälsa 2025. Överenskommelsen har konkretiserats i en gemensam handlingsplan som beskriver hur det gemensamma arbetet på e-hälsoområdet ska utformas, styras och drivas framåt. En gemensam nationell styr- och samverkansorganisation finns etablerad. För 2018 har en plan arbetats fram i den nationella styr- och samverkansorganisationen som beskriver vilka initiativ som arbetet inom de tre insatsområdena regelverk, standarder och enhetligare begreppsanvändning ska fokusera på. Bland annat har ett nationellt forum för standardisering inom e-hälsoområdet etablerats.

Utmaningen när det gäller digitalisering och ny teknik inom vården är dels att förstå hur framtidens sjukvård kommer att påverkas av ny teknik, dels att se hur den nya tekniken påverkar behovet av investeringar i fysiska vårdinrättningar.

*Patientens möjlighet att göra egna val*

Vårdval, eller hälsoval, har funnits i hälso- och sjukvården under lång tid. I början av 1990-talet införde flera landsting möjlighet för patienter att välja vårdgivare. Sedan 2010 är vårdval i primärvården obligatoriskt för alla regioner. Respektive region ska organisera primärvården så att medborgarna kan välja mellan olika utförare. Utformningen av vårdvalen innebär etableringsfrihet för aktörer som uppfyller av regionen uppställda krav. Flera av de nuvarande regionerna inför nu även vårdval inom specialiserad vård.

Vårdvalen syftar till att stärka patienternas valmöjligheter. Ur en teoretisk utgångspunkt innebär konkurrensen mellan vårdgivare en strävan att uppfylla patienternas förväntningar på lokalisering, öppettider, bemötande, information och kvalitet i vården (se till exempel SKL, 2013 och Glenngård, 2013). Förutsättningar för ett fungerande vårdval är att det finns flera vårdgivare och att patienterna har tillräcklig information.

Vårdvalen inom primärvården har enligt utredningen *Styrning för en mer jämlik vård* (SOU 2019:42) inneburit en ökad etablering och mångfald samt att patientens valfrihet stärkts. Tillgängligheten anses även ha ökat för många genom att avståndet till närmsta vårdcentral minskat. Mäts tillgänglighet i väntetider ses däremot ingen förbättring. Vad gäller kvalitetskonkurrens konstaterar utredningen att det är för tidigt att bedöma. Vidare bedöms att vårdvalen kan ha haft en viss negativ effekt på jämlikheten i vården. Vad gäller behovsbaserad vård, till exempel ett anpassat utbud i socioekonomiskt utsatta områden eller att vården organiseras för att möta dem med störst behov, visar de fåtal analyser som gjorts att vårdvalen inte gynnar dem med störst behov och har försvårat integrerad vård för dem med stora komplexa behov. Vidare observeras att kontinuiteten i vården är fortsatt låg vilket minskar förutsättningarna för personalen att ta ansvar för ”sina” patienter. Gällande produktiviteten sågs den öka under några år efter vårdvalsreformen men under senare år ses fallande produktivitet.

Målsättningar med vårdval i specialistvården har undersökts i en enkät 2013 till kontaktpersoner vid landstingen (SKL, 2013). Det som nämns mest frekvent är att stärka patientens ställning och valmöjligheter samt förbättrad tillgänglighet och kortare köer. Verksamhetsutveckling, ökad kvalitet och effektiviseringar är andra målsättningar som lyfts fram. Vårdvalen ansågs också kunna bidra till lösningar på problem med att rekrytera och behålla specialister. I flera landsting ansågs vårdvalen också behövas för att flytta ut verksamheter från sjukhusen.

Vårdvalen ger möjligheter i utvecklingen av vården men innebär också utmaningar för regionerna och utformningen får konsekvenser för styrningen. Detta gäller till exempel utformning av ersättning för vårdepisoder och helhetsansvar för viss diagnos.

*Rekrytering och bemanning*

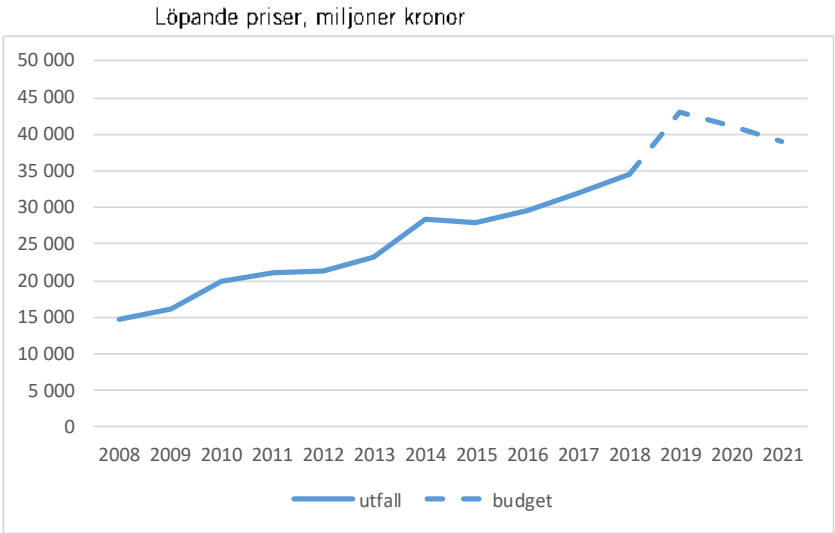
Bemanningen inom hälso- och sjukvården är ytterligare en utmaning som till exempel uppmärksammats i *Effektiv vård* (SOU 2016:2) och *God och nära vård – en primärvårdsreform* (SOU 2018:39). Efterfrågan på läkare och sjuksköterskor är större än utbudet och det kommer enligt SKR, även fortsatt att vara en utmaning att rekrytera personal i takt med ökade behov. Stora personalavgångar i kombination med en ansträngd rekryteringssituation innebär utmaningar att säkerställa en effektivt organiserad vård med rätt kompetens på rätt plats (SKL, 2019). En kortsiktig lösning på bemanningsproblemen är inhyrd personal. Kostnaderna för detta ökar i regionerna.

Det ansträngda rekryteringsläget har flera orsaker. Dels råder det nationell brist på sjuksköterskor, framför allt vidareutbildade sjuksköterskor (SOU 2016:2), dels gör arbetssituationen att många sjuksköterskor väljer att lämna sina arbeten (SOU 2018:39). Bristen på specialister i allmänmedicin har, enligt utredningen för samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2018:39), varit ett problem de senaste decennierna och utredningen bedömer att det krävs åtgärder för att säkerställa att det utbildas tillräckligt många specialister inom allmänmedicin.

## 3.4 Investeringsbehov

En utmaning för regionerna är stora investeringsbehov. Investeringar i regionerna har ökat med 10 procent årligen i genomsnitt under de senaste tio åren. Under 2018 genomfördes investeringar om drygt 28 miljarder kronor i regionerna, vilket var 15 procent högre än 2017. Inkluderas investeringar i de regionägda bolagen summerar investeringarna 2018 till drygt 34 miljarder kronor. Enligt regionernas budget och plan planeras investeringar under perioden 2019 till 2021 på drygt 120 miljarder kronor, i regioner och regionägda bolag.

**Figur 3.6** **Investeringar i regioner inklusive regionägda bolag 2008–2018 samt budget och plan 2019–2021**




*Källa:* Statistiska centralbyrån, Sveriges Kommuner och Landsting och respektive regionbudget för 2019.

Figuren ovan visar utvecklingen av investeringar i regioner och regionägda bolag under perioden 2008 till 2018, samt budget för 2019 och planerade investeringar 2020 och 2021. Enligt SKL (2018 och 2019a) som varje år genomför en enkät till regionernas ekonomidirektörer genomförs stora investeringar i hälso- och sjukvården och det väntar ytterligare stora investeringar på grund av den växande befolkningen och för att äldre byggnader behöver moderniseras. Investeringar i hälso- och sjukvården omfattar till exempel nya sjukhus, operations-

salar och psykiatribyggnader. Vid sidan av detta ökar även investeringar i kollektivtrafik.

### Investeringar i regionägda bolag redovisas endast på totalnivå

SCB samlar in uppgifter om investeringar i regioner och i regionägda bolag. Investeringar i region inklusive regionägda bolag redovisas dock endast på totalnivå, medan investeringar i region delas upp i investeringsslag och verksamhetsområden. Det innebär att de uppgifter som redovisas i den uppdelade statistiken saknar i storleksordningen fem till åtta miljarder kronor årligen, vilket framgår av tabellen nedan.

Investeringar i region delredovisas i kategorierna byggnader och mark, medicinteknisk utrustning och övriga inventarier. Under 2018 utgjorde investeringar i byggnader och mark 71 procent av de totala investeringarna, medicinteknik 11 procent och övriga inventarier 17 procent.

Investeringar ökar i såväl byggnader och mark, som i medicinteknisk utrustning och övriga inventarier. Störst är ökningen av investeringar i byggnader och mark som från 2009 till 2018 ökade med i genomsnitt 12 procent per år. Under samma period var den genomsnittliga ökningen av investeringar i medicinteknisk utrustning 4 procent per år och i övriga inventarier 3 procent per år.

**Tabell 3.1 Regionernas investeringar**

Miljoner kronor, löpande priser

| År | Koncern | Region | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | totalt | totalt | fastigheter | medicinteknisk utrustning | övriga inventarier |
| **2018** | **34 476** | 28 357 | 20 205 | 3 124 | 4 679 |
| *Serviceverksamheter* | | | *55 %* | *37%* | *36%* |
| *Hälso- och sjukvård* | | | *35 %* | *63%* | *37%* |
| *Regional utveckling* | | | *10 %* | *0%* | *26%* |
| | | | | | |
| **2017** | **31 958** | **24 632** | 15 626 | 2 723 | 6 052 |
| **2016** | **29 635** | **22 760** | 15 229 | 3 182 | 4 122 |
| **2015** | **27 998** | **20 637** | 14 059 | 2 467 | 4 064 |
| **2014** | **28 450** | **19 304** | 12 865 | 2 113 | 4 321 |
| **2013** | **23 290** | **16 185** | 9 968 | 2 121 | 4 094 |
| **2012** | **21 370** | **15 827** | 10 127 | 2 013 | 3 443 |
| **2011** | **20 007** | **15 689** | 9 598 | 2 027 | 3 622 |
| **2010** | **19 830** | **14 551** | 8 008 | 2 128 | 4 413 |
| **2009** | **15 997** | **11 477** | 6 311 | 2 126 | 2 512 |

*Källa:* Statistiska centralbyrån, Sveriges kommuner och landsting.

## I vilka verksamheter sker investeringarna?

Investeringsutgifterna redovisas under kategorierna hälso- och sjukvård, regional utveckling och serviceverksamheter (SKL, 2015). De största områdena är serviceverksamheter och hälso- och sjukvård. Serviceverksamheter omfattar bland annat fastighetsförvaltning men också medicinsk service där till exempel laboratorier, operations- och röntgenavdelningar ingår (SCB, 2017).

De verksamhetsindelade investeringsutgifterna för byggnader och mark 2018 visar att drygt hälften av utgifterna utgörs av serviceverksamheter där fastighetsförvaltning utgör över 97 procent. Det framgår dock inte i vilka verksamheter dessa fastigheter används. Knappt 40 procent av investeringar i byggnader sker för hälso- och sjukvården där hälften utgör investeringar för specialiserad somatisk vård, dock redovisas en nästan lika stor andel som övrig hälso- och sjukvård. Investeringar i regional utveckling består nära nog uteslutande av investeringar i trafik och infrastruktur.

Sammanfattningsvis visar statistiken att drygt hälften av investeringarna avser underhåll av befintliga byggnader, någon vidare verksamhetskoppling redovisas dock inte. Den största delen av nybyggnationen avser hälso- och sjukvården där drygt hälften hänförs till specialiserad somatisk vård, men en nästan lika stor del redovisas i samlingskategorin övrig hälso- och sjukvård. Sammantaget innebär detta att tillgängliga uppgifter från SCB endast ger en översiktlig bild av regionernas investeringar i byggnader. Se vidare kapitel 6.

## SKL har gjort fördjupade studier

SKL (numera SKR) har genomfört två studier över landstingens fastighetsinvesteringar, 2010 och 2014. Studierna bygger på offentliga uppgifter och på intervjuer med företrädare för samtliga landsting. Syftet har varit att dels sammanställa landstingens planerade investeringar, dels att analysera omfattning och inriktning på planerade investeringar. Orsaker bakom investeringarna varierar (SKL, 2014). Det är allt från nya arbetsmiljökrav och krav på förbättrad patientmiljö till nya tekniska krav och förändrade behov på grund av verksamhetsförändringar och nya arbetsprocesser inom vården som driver investeringarna. Till detta kommer att fastighetsbeståndet är åldrat. SKL identifierade 2014 tre grupperingar av investeringar: teknisk upprustning, akutvårdsavdelningar och nya vårdavdelningar.

Teknisk upprustning följs och kombineras ofta med verksamhetsförändringar. Ett problem som lyfts fram är dock att den tekniska upprustningen och verksamhetsförändringen har olika tidshorisont vilket kan försvåra genomförandet. Med den snabba utveckling som sker till exempel inom medicinteknikområdet är det svårt att i dag förutse behov 10 till 15 år fram i tiden. Den andra gruppen är akutvårdsavdelningar. Akutvården är känslig för befolkningsförändringar, såväl ökning som minskning. Akutsjukvårdens processer har dessutom förändrats mot när många av avdelningarna byggdes. Den tredje gruppen är nya vårdavdelningar. Landstingen har till SKL uppgivit ett ökat behov av enkelrum för patienter främst av hygienskäl. Att bygga om befintliga vårdlokaler till enkelrum uppges ofta ge för få rum för att kunna skapa en effektiv bemanning. Därför byggs nya så kallade vårdblock där antalet enkelrum är tillräckligt stort för att

kunna skapa effektiv bemanning. Landsting med befolkningsökning uppges också behöva totalt fler vårdplatser.

Utöver de tre grupperna pågick enligt SKL projekt för alla möjliga sorters verksamheter. Exempel som nämns är nybyggnadsprojekt av högspecialisthus, administrationshus, närsjukhus, lokaler för rehabilitering, bild- och funktionsmedicin och strålningsbunkrar. Vidare framhåller man att det inte är ovanligt att man bygger nya hus för den verksamhet som är mest teknikintensiv. Ungefär hälften av landstingen hade 2014 projekt för operationsverksamhet och de stora landstingen hade flera stora projekt med nya operationsavdelningar på flera sjukhus.

SKL (2014) konstaterade att det skett en kraftig ökning av vårdinvesteringar under några år och att det inte investerats så mycket i vårdlokaler sedan 1960- och 1970-talen. Man ställde också frågor till landstingen om investeringsplaner framåt och bedömde då att landstingens fastighetsinvesteringar skulle öka fram till 2016 till en nivå på 14 miljarder kronor för att sedan avta. En osäkerhet i prognosen som framhölls är att planer längre fram i tiden är osäkra. Utredningen har ännu inte tillgång till utfallet för investeringar i byggnader och mark för 2018 från SCB. Det finns dock inget i totalsiffrorna som tyder på att investeringsaktiviteten avtar.

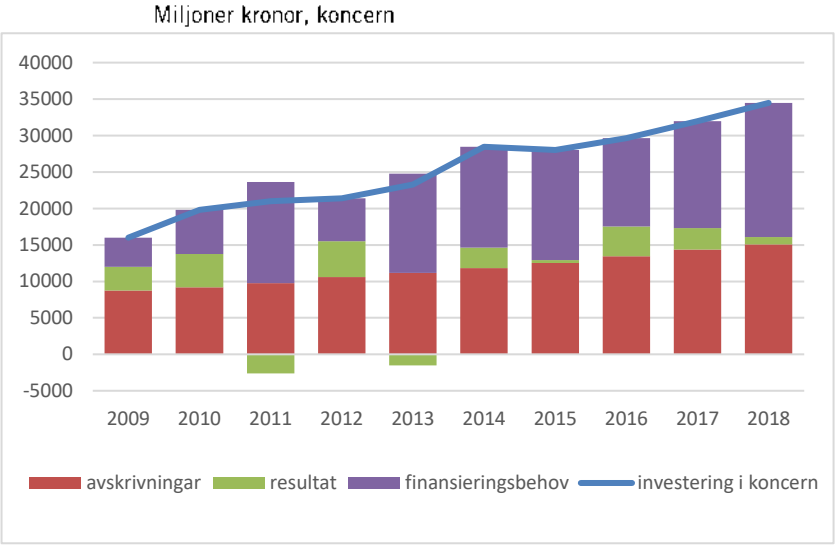
SKL gjorde också en bedömning av storleken på den gemensamma projektportföljen. De räknade på alla projekt över 200 miljoner kronor och kom då fram till att pågående projekt i alla faser från förstudier till de som färdigställs 2014 var 56,3 miljarder kronor. Då exkluderas NKS eftersom det är en OPS, samt ett sjukhusprojekt med privat finansiering i Ängelholm. Räknas dessa in tillsammans med ytterligare några projekt i sen planeringsfas uppskattar SKL den aktuella projektportföljen 2014 till 86 miljarder kronor. Se vidare kapitel 6.

## 3.5 Ekonomisk utmaning för regionerna

Med ökande investeringar ökar finansieringsbehovet i regionerna. Regionernas skatteintäkter och statsbidrag har ökat över tid, dock inte i samma takt som investeringarna. Under den senaste tioårsperioden har investeringar i regioner och regionägda bolag som andel av skatter och statsbidrag har ökat från 7 procent 2009 till 11 procent

2018 och självfinansieringsgraden har under samma period fallit från 75 till 47 procent.

**Figur 3.7 Investeringar och finansieringsbehov i regioner**




*Källa:* Statistiska centralbyrån och Sveriges kommuner och landsting.

Regionernas samlade låneskuld har under perioden ökat från 10 miljarder kronor 2009 till drygt 65 miljarder kronor 2018. I enkätsvar till SKL uppger regionerna att lånebehovet under 2019 till 2021 är i storleksordningen 30 miljarder kronor. Hur regionerna finansierar sig varierar. Stora regioner, till exempel Region Stockholm får vid sidan av lån från banker sin finansiering direkt via kapitalmarknaden, medan mindre regioner finansierar sig via banker och Kommuninvest.

En utmaning för regionerna är att samtidigt som kraftiga investeringar genomförs och upplåningen ökar så är resultatutvecklingen svag. Resultaten 2018 försämrades i 16 av 20 regioner jämfört med 2017. Enligt SKL (2019) är det inte låga intäktsökningar som förklarar svaga ekonomiska resultat. Främsta orsak är kostnadsutvecklingen. Inför kommande år prognostiserar SKL (2019) långsammare tillväxt i skatteunderlaget och fortsatta demografiska utmaningar vilket kommer att ytterligare påverka resultaten negativt.

Den huvudsakliga intäktskällan för regionerna är skatter. Under 2019 har tre regioner höjt skatten och enligt SKL har ytterligare tre

aviserat höjning under 2020. Under den senaste tioårsperioden har ingen region sänkt skattesatsen, däremot har alla regioner utom Stockholm höjt minst en gång, de flesta två gånger eller fler. Regionerna befinner sig enligt SKL i ett utsatt ekonomiskt läge.

# 4 Aktörer

Av hälso- och sjukvårdslagen framgår att regioner och kommuner är huvudmän för hälso- och sjukvården. För hälso- och sjukvård som berör flera regioner ska landet vara indelat i regioner för hälso- och sjukvård (samverkansregioner), vilket anges i hälso- och sjukvårdsförordningen. Staten styr hälso- och sjukvården endast övergripande genom lagstiftning, föreskrifter, och fördelning av generella statsbidrag. Utöver det finns andra former för statlig styrning som överenskommelser, nationella strategier, nationella samordnare och riktade statsbidrag för särskilda ändamål. Ytterligare ett sätt för staten att styra är genom uppföljning, utvärdering och tillsyn.

Flera olika aktörer på regional och nationell nivå har och kan ha en roll när det gäller investeringar och upphandlingar inom hälso- och sjukvården. Lägger man till att investeringar i sjukhus är nära knutna till den vård som bedrivs inom sjukhuset så blir antalet berörda aktörer än fler. I detta avsnitt presenterar utredningen de olika aktörerna, deras uppdrag och ansvar när det gäller investeringar, upphandlingar och större organisationsförändringar inom hälso- och sjukvården.

## 4.1 Regioner

Enligt kommunallagen (2017:725, KL) 1:2 sköter kommuner och regioner på demokratins och den kommunala självstyrelsens grund de angelägenheter som anges i lag. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL) kapitel 8 och 12 pekas regioner och kommuner ut som huvudmän för hälso- och sjukvården. Med huvudman avses den region eller den kommun som ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Se även kapitel 2.

Sveriges 21 regioner har alltså ansvaret för att organisera hälso- och sjukvården i respektive region. Generell reglering om regionernas organisation, beslut och verksamhetsformer finns i kommunallagen medan specifika krav för hälso- och sjukvårdens organisering finns i hälso- och sjukvårdslagen. Utifrån detta beslutar sedan varje region om ansvarsfördelning och på vilken nivå enskilda beslut ska fattas.

### 4.1.1 Generellt om regionernas organisation och verksamhetsformer

*Fullmäktige*

Enligt kommunallagen finns i varje region en beslutande församling, ett fullmäktige. Dess uppgifter regleras främst i kommunallagen kapitel 5. Fullmäktige får inrätta fullmäktigeberedningar för beredning av ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden som ska avgöras av fullmäktige. Fullmäktige ska tillsätta en styrelse och de nämnder som utöver styrelsen behövs för att fullgöra kommunens eller regionens uppgifter enligt lag eller annan författning. Fullmäktige får bestämma att en nämnd ska ha ett eller flera utskott. Om fullmäktige inte har bestämt något om utskott, får nämnden själv bestämma att utskott ska finnas.

Fullmäktige beslutar i ärenden av principiell beskaffenhet eller av större vikt för regionen, exempelvis mål och riktlinjer för verksamheten, budget, skatt och andra viktiga ekonomiska frågor, nämndernas organisation och verksamhetsformer och val av ledamöter och ersättare i nämnder och beredningar. Fullmäktige får uppdra åt en nämnd att i fullmäktiges ställe besluta i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden om inte beslutanderätten i författning särskilt förbehållits fullmäktige. I samband med att budgeten fastställs eller anslag beviljas får fullmäktige uppdra åt en nämnd att genomföra en viss verksamhet inom ramen för de riktlinjer om verksamheten som fullmäktige har fastställt. Innan ett ärende avgörs av fullmäktige, ska det ha beretts antingen av en nämnd vars verksamhetsområde ärendet berör eller av en fullmäktigeberedning. Om ett ärende har beretts bara av en fullmäktigeberedning, ska en nämnd vars verksamhetsområde ärendet berör alltid ges tillfälle att yttra sig. Fullmäktiges sammanträden är offentliga men fullmäktige får besluta att överläggningen i ett visst ärende ska hållas inom stängda dörrar.

Fullmäktige ska anta en arbetsordning av vilken det ska framgå vad som i övrigt ska gälla för fullmäktiges sammanträden och handläggning av ärenden.

Fullmäktige ska, om inte något annat anges i lag eller annan författning, bestämma nämndernas verksamhetsområden och inbördes förhållanden. Fullmäktige får besluta att styrelsen får fatta beslut om särskilt angivna förhållanden som rör andra nämnders verksamhet. Fullmäktige får också besluta att en annan nämnd än styrelsen helt eller delvis ska ha hand om förvaltningen och verkställigheten i fråga om egendom samt verkställigheten av fullmäktiges beslut. Därutöver får fullmäktige besluta att en annan nämnd helt eller delvis ska ha hand om sin egen medelsförvaltning.

*Styrelse*

Styrelsen ska leda och samordna förvaltningen av regionens angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Styrelsens arbete regleras primärt i KL kapitel 6.

Styrelsen ska lägga fram förslag till beslut i ett ärende, om inte någon annan nämnd eller en fullmäktigeberedning har gjort det. Styrelsen ska alltid ges tillfälle att yttra sig i ett ärende som har beretts av en annan nämnd eller av en fullmäktigeberedning.

Styrelsen ska särskilt bereda eller yttra sig i ärenden som ska handläggas av fullmäktige, ha hand om den ekonomiska förvaltningen, verkställa fullmäktiges beslut, och i övrigt fullgöra de uppdrag som fullmäktige har lämnat över till styrelsen. Styrelsen ska också följa de frågor som kan inverka på regionens utveckling och ekonomiska ställning. Styrelsen ska göra de framställningar som behövs hos fullmäktige, övriga nämnder och andra myndigheter.

Styrelsen ska enligt KL 7:1 utse en direktör. Direktören ska ha den ledande ställningen bland de anställda och vara chef för den förvaltning som finns under styrelsen. I KL 7:2 stadgas att styrelsen ska i en instruktion fastställa hur direktören ska leda förvaltningen under styrelsen. Instruktionen ska också fastställa direktörens övriga uppgifter.

*Nämnd*

Nämnder beslutar enligt KL kapitel 6 i frågor som rör förvaltningen och i frågor som de enligt lag eller annan författning ska ha hand om. Nämnderna beslutar också i frågor som fullmäktige har delegerat till dem. Nämnderna bereder fullmäktiges ärenden och ansvarar för att fullmäktiges beslut verkställs. Nämnderna ska redovisa till fullmäktige hur de har fullgjort sådana uppdrag som fullmäktige har lämnat till dem. En nämnd får tillsätta de nämndberedningar som behövs.

Nämnderna ska var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

En nämnd får uppdra åt presidiet, ett utskott, en ledamot eller ersättare att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden. Beslutanderätten får inte delegeras när det gäller ärenden som avser bland annat verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet. En nämnd får uppdra åt ordföranden, eller en annan ledamot som nämnden har utsett, att besluta på nämndens vägnar i ärenden som är så brådskande att nämndens avgörande inte kan avvaktas.

*Utskott*

KL 3:5 stadgar att nämnder kan ha utskott. Med stöd av KL 6:41 kan en nämnds beslutanderätt delegeras till ett utskott. Ett utskott kan också ha till uppgift att bereda nämndens ärenden. En nämnd ska välja utskott bland ledamöterna och ersättarna i nämnden, KL 6:42.

### 4.1.2 Regionernas organisering av hälso- och sjukvård

Det yttersta ansvaret för hälso- och sjukvården har fullmäktige då fullmäktige är regionens högsta beslutande organ. Beslutsrätt delegeras av fullmäktige till styrelsen och nämnder som i sin tur kan delegera vidare inom de ramar som kommunallagen ställer upp.

Av hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 7:1 framgår att ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten i en region ska utövas av en eller flera nämnder. I flertalet regioner ligger ansvaret på en hälso- och sjukvårdsnämnd, i andra på en hälso- och sjukvårdsstyrelse eller en beredning. Ytterligare andra har utskott som ansvarar för hälso- och sjukvårdsfrågor eller enskilda styrelser för sjukhus respektive vård. Därutöver kan det också finnas nämnder eller styrelser som ansvarar för specifika frågor inom hälso- och sjukvården. Enskilda sjukhus som bedrivs i offentlig regi är i regel också nämnder.

Regionen ska enligt HSL kapitel 7 planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Regionen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. I frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner ska regionerna samverka.

Regioner och kommuner ska vidare enligt HSL 18:2 medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. De ska också samverka med varandra och med berörda universitet och högskolor i den omfattning som behövs.

## 4.2 Samverkansregioner

För hälso- och sjukvård som berör flera regioner ska landet vara indelat i samverkansregioner. Det finns sex samverkansregioner: Stockholmsregionen, Linköpingsregionen, Lund/Malmöregionen, Göteborgsregionen, Uppsala/Örebroregionen och Umeåregionen. Det framgår av hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 3:1, där det också anges vilka regioner och kommuner som ingår i vilken samverkansregion. I varje region finns ett regionsjukhus, förutom i Uppsala/Örebroregionen som har två regionsjukhus. Samtliga regionsjukhus räknar sig som universitetssjukhus.

Samverkansregionerna är administrativa enheter och syftar till att möjliggöra samverkan kring regionsjukvård och övergripande frågor om styrning med kunskap i de regioner som ingår i samverkansregionerna. Staten har alltså ålagt regionerna en samverkansskyldighet och beslutat om regional indelning. Staten har däremot inte preciserat

formerna för denna samverkan inom samverkansregionerna, vilket har gjort att samverkansformerna varierar.

Enligt KL 3:8 får kommuner och regioner bilda kommunalförbund och lämna över skötseln av kommunala angelägenheter till sådana förbund. Kommunalförbund har en egen juridisk personlighet skild från sina medlemskommuner. Regler om kommunalförbunds befogenheter återfinns i KL kapitel 9. Huvudregeln är att kommunalförbund kan överta de befogenheter som annars enligt lag tillfaller dess medlemskommuner.[1]

Kommuner och regioner får också med stöd av KL 3:9 besluta att en nämnd ska vara gemensam med en annan kommun eller en annan region. Nämndens uppgifter ska enligt KL 9:22 preciseras i en överenskommelse mellan de berörda kommunerna och regionerna. Om inte annat stadgas tillämpas kommunallagens regler om nämnder även för gemensamma nämnder, KL 9:23.

En kommun eller en region får enligt KL 9:37 även ingå avtal om att någon av dess uppgifter helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller en annan region (avtalssamverkan). Utöver vad som framgår av kommunallagen finns inte någon närmare reglering av samverkansregionernas ansvar, mandat och organisation.

Samverkan inom de sex samverkansregionerna sker antingen i politisk samverkansnämnd eller i ett kommunalförbund. Nämnden eller förbundet består av politiska företrädare för de regioner och kommuner som ingår i samverkansregionen. Ofta finns ett arbetsutskott samt en beredningsgrupp kopplad till nämnden. Samverkansnämnderna skiljer sig åt vad gäller utformning och ansvar.

Mål för samverkan inom samverkansregionerna handlar generellt om att tillgodose samverkansregionens invånares behov av hälso- och sjukvård, att utveckla regionsjukvården vid universitetssjukhuset och samverka kring klinisk forskning och utveckling samt utbildning.

Inom samverkansregionerna finns etablerade samarbeten inom olika områden. Vanliga samarbetsområden är bland annat nationell kunskapsstyrning, regionala cancercentrum, kvalitetsregister, kompetensförsörjning samt forskning och utbildning.

Samverkansnämnden beslutar om samverkansavtal som i regel är fleråriga. Avtalet reglerar bland annat samarbetet om utomlänsvård inom samverkansregionen. Nämnden fastställer också regionala pris-

[1] Högsta förvaltningsdomstolen har dock fastslagit att ett kommunalförbund inte kan ta över normgivningskompetens enligt regeringsformen, HFD 2013 ref 80.

listor för debitering av vård i egen regi av patienter från andra regioner. De flesta nämnder, men inte alla, kan också besluta i enskilda ärenden samt ge rekommendationer till sjukvårdshuvudmännen. Samverkansnämnden beslutar inte om investeringar i enskilda sjukhus, det gör regionerna. Vissa samverkansregioner har dock lagt fast hur det samlade hälso- och sjukvårdssystemet ska se ut i regionen och även i viss mån vilka prioriteringar som ska göras.

## 4.3 Sjukhus

Den svenska sjukhusvården kan delas in på olika sätt. En typ av indelning är i länsdelssjukhus, länssjukhus och regionsjukhus. Regionsjukhusen i Sverige räknar sig alla som universitetssjukhus. En annan indelning är i universitetssjukhus, akutsjukhus och specialistsjukhus. Det finns inga gemensamma uppdragsbeskrivningar för de olika typerna av sjukhus (Ds 2016:28). Varje region avgör själv hur den ska styra och organisera vården och vilken vård som ska finnas vid de enskilda sjukhusen.

Varje region beslutar också om drifts- och ägandeform för sjukhusen. I vissa regioner har delar av hälso- och sjukvården privatiserats. I andra regioner bedrivs merparten av vården i offentlig regi. Sjukhus som bedrivs i offentlig regi utgör en egen nämnd eller ingår i en nämnd och ska följa kommunallagen. Privatägda sjukhus bedrivs som bolag utifrån aktiebolagslagen (2005:551).

Styrningen av sjukhus sker genom ägardirektiv eller avtal beslutade av fullmäktige. I ägardirektiven fastställs bland annat mål och ekonomiska krav på verksamheten liksom sjukhusets sjukvårdsuppdrag.

Begreppet universitetssjukhus är inte närmare definierat i någon lag eller förordning. Samtliga sju regionsjukhus i de sex sjukhusregionerna räknar sig som universitetssjukhus. Begreppet universitetssjukvård och vad den omfattar läggs däremot fast i de avtal som staten tecknar med regioner om utbildning och forskning inom hälso- och sjukvården (så kallade ALF-avtal, se avsnitt 4.5.1).

## 4.4 Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är en medlems- och arbetsgivarorganisation för alla kommuner och regioner i Sverige. Det är en politiskt styrd organisation med en styrelse som består av förtroendevalda från kommuner och regioner.

SKR:s uppgift är att stödja och bidra till att utveckla kommuners och regioners verksamhet. SKR arbetar för att påverka utvecklingen i den riktning som ger störst nytta för kommuner, regioner och invånare, bland annat genom intressebevakning. SKR tar fram kunskapsunderlag och öppna jämförelser av kvalitet och effektivitet i kommuners och regioners verksamheter. SKR skapar också nätverk för kunskapsutbyte och samordning samt ger service och rådgivning till tjänstepersoner och förtroendevalda.

Bland de nätverk där representanter för regionerna ingår kan nämnas nätverken för regiondirektörer, hälso- och sjukvårdsdirektörer, ekonomidirektörer, universitetssjukhusdirektörer och fastighetsdirektörer. Under 2020 fokuserar direktörsnätverken inom hälso- och sjukvårdsområdet bland annat på frågor som rör omställning till nära vård och förändrade arbetssätt, kompetensförsörjning, digitalisering och e-hälsa, life science, kunskapsstyrning och nationellt högspecialiserad vård.

När det gäller regionernas fastigheter ansvarar SKR för Fastighetsrådet som är en FoU-fond där samtliga regioner samarbetar och samfinansierar gemensamma FoU-projekt kring regionernas hälso- och sjukvårdsmiljöer. Därutöver utgör SKR kansli för samverkansforumet ”Aktörsnätverket för vårdens byggda miljöer” som främjar och samordnar nationellt forsknings- och utvecklingsarbete. Med i Aktörsnätverket för vårdens arkitektur är Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers tekniska högskola, föreningen Forum Vårdbyggnad, PTS Program för teknisk standard (regionsamverkan organiserat av Region Jönköping), Boverket, Fastighetsrådet och SKR.

Det finns en särskild Sjukvårdsdelegation som består av förtroendevalda från regionerna. Delegationen hanterar övergripande hälso- och sjukvårdsfrågor inklusive läkemedelsfrågor, högspecialiserad vård samt tandvårdsfrågor. Den bereder ärenden åt styrelsen, följer utvecklingen inom sitt sakområde och har viss delegerad beslutsrätt från styrelsen. Sjukvårdsdelegationen kan ta fram rekommendationer om hur regionerna ska hantera en viss fråga. Däremot kan varken Sjuk-

vårdsdelegationen eller SKR:s styrelse formellt påverka enskilda regioners beslut. Andra politiska beredningar att nämna är samhällsbyggnadsberedningen, beredningen för primärvård och äldreomsorg samt beredningen för digitalisering.

*Hälso- och sjukvård*

SKR ingår överenskommelser med regeringen inom hälso- och sjukvårds- och omsorgsområdet. Samarbetet sker i första hand inom områden som båda parter har identifierat som särskilt viktiga för den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården och omsorgen. Överenskommelser finns för närvarande bland annat som stöd för utvecklingen av nära vård, förbättrad tillgänglighet, utveckling av förlossningsvård och kvinnors hälsa, cancervård och psykisk hälsa. De ekonomiska medlen som regleras genom överenskommelserna går i första hand till regionerna och kommunerna. SKR stödjer medlemmarnas arbete inom de identifierade utvecklingsområdena.

SKR stödjer 25 nationella programområden (NPO) och åtta nationella samverkansgrupper (NSG) som leder det nationella arbetet med kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Ett nationellt programområde består av experter med representation från samtliga samverkansregioner som har ett tydligt uppdrag och mandat att företräda regionen inom det specifika sjukdoms-/organisatoriska området. Gruppen består av deltagare från alla samverkansregioner och en multiprofessionell sammansättning eftersträvas liksom representativet från så väl sjukhus- som primärvård. Värdskap för de olika programområdena är fördelat på de sex samverkansregionerna. SKR ansvarar för närvarande för tre programområden. Programområdets uppdrag är att leda och samordna kunskapsstyrningen inom aktuellt fält. De har bland annat uppdraget att följa upp och analysera sitt område, göra behovsanalyser, identifiera när det saknas kunskapsstöd och bidra i arbetet med användning och utveckling av relevanta nationella kvalitetsregister. Analyser inom fältet och förslag från enskilda programområden ska innehålla ekonomiska värderingar som underlag för prioriteringar. Som exempel på nationella programområden kan nämnas akut vård, barn och ungdomars hälsa, cancersjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar samt sällsynta sjukdomar.

SKR bereder och beslutar också om rekommendation om riksavtal för utomlänsvård. Riksavtalet innehåller bestämmelser om vad som gäller när en person får vård utanför sin hemregion. Detta avtal har godkänts och tillämpas av samtliga regioner. Utöver riksavtalet finns även regionavtal som reglerar samarbetet om utomlänsvård m.m. inom respektive samverkansregion, som vid sina region- och universitetssjukhus driver högt specialiserad sjukvård såsom till exempel neuro-, thorax- och plastikkirurgi. Inom dessa samverkansregioner upprättar de berörda regionerna tillsammans också regionala prislistor, som används vid debitering av hälso- och sjukvård i egen regi av patienter från bland annat andra regioner och EES-länder. Vidare finns mellanlänsavtal som reglerar samarbetet mellan enskilda regioner. Dessa avtal kan avse samverkan om hälso- och sjukvård för till exempel boende i tätortsområden, som är uppdelade på flera regioner eller där regiongränsen korsar en naturlig arbetsmarknadsregion.

## 4.5 Statliga myndigheter

Det finns flera statliga myndigheter som har ett ansvar inom hälso- och sjukvården och vid investeringar, upphandlingar och större organisationsförändringar inom hälso- och sjukvården. De statliga universiteten ansvarar för forskning och utveckling samt utbildning i samverkan med universitetssjukhusen genom så kallad ALF-avtal. På hälso- och sjukvårdsområdet leder Socialstyrelsen arbetet med att nivåstrukturera den nationella högspecialiserade vården. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) är tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys följer upp, granskar och utvärderar vården. Båda utgår från ett patientperspektiv. Utöver dessa finns också Statens haverikommission som kan utreda olyckor och händelser inom hälso- och sjukvården. Arbetsmiljöverket är tillsynsmyndighet utifrån arbetsmiljölagstiftningen. När det gäller upphandling ger Upphandlingsmyndigheten stöd till upphandlande myndigheter, medan Konkurrensverket är tillsynsmyndighet för den offentliga upphandlingen.

### 4.5.1 Universitet

Sju statliga universitet bedriver medicinsk forskning och utbildning för läkare: Göteborgs universitet, Linköpings universitet, Lunds universitet, Karolinska Institutet, Umeå universitet, Uppsala universitet samt Örebro universitet. Universiteten är knutna till hälso- och sjukvården genom så kallad ALF-avtal (avtal om läkarutbildning och forskning), se närmare nedan.

I högskolornas uppgift ingår att samverka med det omgivande samhället och verka för att forskningsresultat kommer till nytta. Verksamheten ska bedrivas så att det finns ett nära samband mellan forskning och utbildning. Verksamheten ska anpassas så att en hög kvalitet nås i utbildningen och forskningen. De tillgängliga resurserna ska utnyttjas effektivt för att hålla en hög kvalitet i verksamheten.

Universitetskanslerämbetet (UKÄ) granskar kvaliteten i den högre utbildningen och beslutar om tillstånd att utfärda examina. Om kraven inte är uppfyllda för en viss examen får UKÄ uppmana högskolan eller universitetet att inom en viss tid åtgärda bristerna. Om bristerna kvarstår får UKÄ besluta att universitetet eller högskolan inte längre får utfärda en sådan examen.

*ALF-avtal och universitetssjukvård*

Staten är huvudman för universiteten och ansvarig för den utbildning som leder fram till läkarexamen, för utbildning på forskarnivå och för medicinsk forskning.

För att främja hälso- och sjukvårdens utveckling och skapa goda förutsättningar för forskning och utbildning har staten och sju regioner slutit avtal om läkarutbildning och forskning (ALF-avtal). Det finns ett nationellt ALF-avtal, som kompletteras av regionala avtal mellan enskilda regioner och universitet.

Det nationella ALF-avtalet anger förutsättningarna för den utbildning och forskning som genomförs i samverkan mellan universitet och hälso- och sjukvården. Genom avtalet fastställs den ersättning (ALF-ersättning) som regionerna får från staten för sitt åtagande att medverka i utbildning av läkare och klinisk forskning. Enligt avtalet ska berörda universitet delta i organisering och ledning av den del av hälso- och sjukvården som omfattar forskning och utbildning. Denna verksamhet betecknas universitetssjukvård och är en gemensam ange-

lägenhet för regioner och universitet. Enligt avtalet ska universitetssjukvården bland annat:

- Bedriva forskning av hög nationell och internationell kvalitet,
- Bedriva utbildning av hög kvalitet,
- Följa den internationella utvecklingen inom medicinsk forskning, utbildning och hälso- och sjukvård,
- Bidra till en evidensbaserad hälso- och sjukvård genom att överföra egna och andras forskningsresultat till praktisk vård och fortlöpande utvärdera etablerade och nya metoder,
- Förmedla resultatet till övriga delar av hälso- och sjukvården,
- Samverka med näringslivet och patientorganisationer.

Av det nationella ALF-avtalet framgår att universitetssjukvården ställer särskilda krav på organisationsutformning, vetenskapligt ledarskap, infrastruktur och finansiering. För optimalt resursutnyttjande för forskning, utbildning och utveckling kan endast begränsade delar av hälso- och sjukvården utgöra universitetssjukvård. De regioner som ingår avtal ska med högt ställda krav på kvalitet komma överens om vilka organisatoriska enheter som ska ingå i universitetssjukvården. Detta regleras i regionala ALF-avtal mellan det enskilda universitetet och regionen.

### 4.5.2 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet (förordning 2015:284). Myndigheten ska bistå regeringen med underlag och expertkunskap för utvecklingen inom sitt verksamhetsområde. Socialstyrelsen ansvarar också för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling liksom stöd till metodutveckling. Myndigheten ska skapa och tillhandahålla enhetliga begrepp, termer och klassifikationer och ansvarar för föreskrifter och allmänna råd inom sitt verksamhetsområde. Socialstyrelsen ska samverka med relevanta aktörer inom sitt verksamhetsområde för att uppnå målen med verksamheten.

Socialstyrelsens uppdrag ändrades när tillsynsdelen 2013 övergick till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Socialstyrelsen ansva-

rar för att meddela föreskrifter utifrån bland annat hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen, medan IVO bedriver tillsyn utifrån patientsäkerhetslagen. Detta ställer krav på samarbete mellan de båda myndigheterna. I patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) regleras att IVO ska lämna ut uppgifter till Socialstyrelsen om uppgifterna behövs för bland annat kunskapsutveckling, statistikframställning, uppföljning och utvärdering på Socialstyrelsen. Socialstyrelsen ska i sin tur lämna ut uppgifter till IVO om uppgifterna behövs i ett tillsynsärende.

Från den 1 januari 2020 inrättas ett nationellt råd och kansli för kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården på Socialstyrelsen. Det nationella rådet ska långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården.

### *Nationell högspecialiserad vård*

Den tidigare rikssjukvården ersattes den 1 juli 2018 med en ny modell för nationell högspecialiserad vård. Nationell högspecialiserad vård definieras i HSL 2:7 som ”offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje samverkansregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås”. Socialstyrelsen använder följande definition av högspecialiserad vård: ”offentligt finansierad vård som bedrivs vid som mest fem enheter i landet och där endast ett fåtal vårdgivare i landet kan uppfylla kraven på kompetens, tillgänglighet och arbete i multidisciplinära team”. Socialstyrelsen ansvarar för processen att nivåstrukturera den högspecialiserade vården på nationell nivå enligt den nya beslutsprocessen för nationell högspecialiserad vård.

Vid Socialstyrelsen finns Nämnden för nationell högspecialiserad vård (förordning 2015:284). Nämnden är ett beslutsorgan som ska fatta beslut om tillstånd och villkor för att bedriva nationell högspecialiserad vård samt om återkallelse av ett sådant tillstånd enligt 7 kap. 5 a § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Om Socialstyrelsen bestämmer det, får nämnden även fullgöra andra uppgifter. I nämnden ingår företrädare för Socialstyrelsen och regionerna.

### 4.5.3 Inspektionen för vård och omsorg

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ansvarar för tillsyn inom bland annat hälso- och sjukvården (förordning 2013:176). Myndigheten bildades och tog över tillsynsansvaret från Socialstyrelsen 2013. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Tillsynen ska genomsyras av ett patient- och brukarperspektiv. Som en del av tillsynen prövar myndigheten klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal enligt bestämmelser i patientsäkerhetslagen. Tillsynen ska även innefatta kontroll av hur verksamheterna fullgör sin skyldighet att bedriva egenkontroll. Resultatet av tillsynen ska redovisas till de granskade verksamheterna och till den region eller den kommun som berörs.

IVO utövar också tillsyn över hälso- och sjukvårdens användning av medicintekniska produkter och tar emot rapporter om händelser med CE-märkta medicintekniska produkter som information.

IVO har sedan något år större utrymme att göra inspektioner på plats, ute i verksamheterna. Inspektionerna är antingen föranmälda eller oanmälda och genomförs både i egeninitierade ärenden och i samband med utredning av anmälningar och klagomål som inkommit till myndigheten. Förutom inspektioner görs även besök hos vård- och omsorgsgivarna där samlade resultat från tillsynsverksamheten redovisas, i syfte att åstadkomma ett brett och systematiskt lärande.

IVOs tillsyn ska planeras och genomföras med utgångspunkt i egna riskanalyser. Riskanalysen innehåller identifierade risker i hälso- och sjukvården och i socialtjänsten. Utgångspunkten är risker för patienter och brukare. Analysen baseras på iakttagelser från såväl den egna tillsynen som från andra aktörer, exempelvis patientförsäkringarna, kommuner, regioner, patientnämnder och brukar- och anhörigorganisationer. För perioden 2018–2020 finns sex prioriterade riskområden. Det handlar bland annat om att samsjukliga patienter riskerar att drabbas av bristande tillgång till vård och omsorg, att patienter som kräver multidisciplinärt omhändertagande riskerar att drabbas av brister i vården, att patienter riskerar att inte behandlas utifrån sjukdomsbild och behov – tillgång på platser och personal blir styrande. Ytterligare ett område är risker kopplade till nätbaserade vårdtjänster och välfärdsteknik. Arbetet inom de prioriterade riskområdena inleds med en förstudie där IVO bland annat konkre-

tiserar frågeställningen och ser över vilka metoder som lämpar sig bäst för tillsyn av området. IVO kan också genomföra tillsyn med systemansats. Det innebär att frågor om ledning och styrning av en organisation ingår i tillsynen, utöver individperspektivet. Bland annat har en systemanalys av patientsäkerhet på akutmottagningarna i Stockholms län gjorts.

IVO lämnar varje år en särskild rapport till regeringen med en sammanfattande analys av arbetet med tillsyn, klagomål enligt patientsäkerhetslagen och tillståndsprövning under det gångna verksamhetsåret. Rapporten innehåller de viktigaste iakttagelserna, de åtgärder som myndigheten vidtagit med anledning av uppmärksammade brister och slutsatser av tillsynen. I redovisningen av tillsyn av verksamhet som rör hälso- och sjukvård ingår prövningen av klagomål enligt patientsäkerhetslagen som en särskild del.

### 4.5.4 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har till uppgift att ur ett patient-, brukar-, och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom bland annat hälso- och sjukvård (förordning 2010:1385). Myndigheten ska följa upp och analysera vårdens funktionssätt, effektivitetsgranska statliga åtaganden och verksamheter, samt bistå regeringen med underlag och rekommendationer för effektivisering av statlig verksamhet och styrning. Vårdanalys har även till uppgift att på regeringens uppdrag bistå med utvärderingar och uppföljningar av beslutade eller genomförda statliga reformer och andra statliga initiativ. Myndigheten ska också bedriva omvärldsbevakning och genomföra internationella jämförelser. Myndigheten tar varje år fram en särskild analys- och granskningsplan som anger inriktningen för verksamheten under året.

Vid myndigheten finns ett patient- och brukarråd som ska identifiera och lämna förslag på lämpliga områden för analys och granskning. Rådet ska också bistå myndigheten i arbetet med att identifiera patienters, brukares och medborgares behov av information. I rådet ingår företrädare för till exempel patientnämnder, patientföreningar och brukarorganisationer.

Genom sitt uppdrag ska Vårdanalys bidra till att förbättra och effektivisera hälso- och sjukvården samt stärka patienternas och bruk-

arnas ställning. Utifrån medborgarperspektivet värnar myndigheten befolkningens intresse av ett långsiktigt hållbart vård- och omsorgssystem.

Vårdanalys får uppdrag från regeringen, men merparten av projekten är egeninitierade. Myndigheten beskriver sig som en renodlad analysmyndighet som är oberoende av de verksamheter och aktörer som de analyserar, till exempel regioner, kommuner, myndigheter och olika vårdaktörer. Oberoendet grundar sig också i att de inte själva är involverade i hur vården och omsorgen bedrivs.

### 4.5.5 Statens haverikommission

Statens haverikommission (SHK) är en statlig myndighet som genomför undersökningar enligt lagen (1990:712) om undersökning av olyckor (förordning 2007:860). Exempel på områden där en händelse kan bli föremål för utredning är luftfart, sjöfart, vägtrafik och inom militär verksamhet. Därutöver kan även andra typer av händelser utredas, som till exempel bränder, explosioner, förorenande utsläpp eller händelser inom hälso- och sjukvården.

För att en händelse ska utredas krävs att minst en person omkommit eller skadats allvarligt alternativt att det uppstått omfattande eller allvarlig skada. Utredningar görs i regel inte av långsamma förlopp som på sikt kan leda till allvarlig skada eller dödsfall.

Syftet med en utredning är att klarlägga vad som hänt, varför det hände och hur liknande händelser kan förebyggas eller effekterna av händelsen kan begränsas. Myndigheten lämnar rekommendationer till berörda aktörer i syfte att förbättra säkerheten, men tar inte ställning till skuld eller ansvar. Rekommendationerna är inte bindande. Berörda myndigheter är dock skyldiga att svara på rekommendationerna. Svaren följs upp och bedöms av SHK och rekommendationer som inte fått ett tillfredsställande svar kommenteras i årsredovisningen till regeringen.

Myndigheten samverkar med berörda myndigheter i deras olycksförebyggande verksamhet, framför allt tillsynsmyndigheter.

Utöver vad som framgår av instruktionen kan regeringen ge SHK i uppdrag att utreda en händelse. Det har hittills skett två gånger och avsåg båda händelser som inträffade utomlands.

*Utredningar inom hälso- och sjukvård*

SHK genomför 20 till 30 utredningar per år. Hittills har endast en utredning inom hälso- och sjukvården gjorts. Det gällde en händelse som inträffade på hjärtkliniken på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna 2010. Rapporten publicerades 2013.

Av SHK:s budgetunderlag 2020–2022 framgår att myndigheten vill utöka utredningsverksamheten av olyckor inom hälso- och sjukvården. Ambitionen är att göra ett tiotal utredningar inom hälso- och sjukvården per år. Anledningen är enligt myndigheten att ett betydande antal patienter drabbas av vårdskador varje år och att det inte finns någon oberoende granskare av skador inom hälso- och sjukvården. SHK:s utredningar skulle kunna vara ett viktigt komplement till de utredningar som vårdgivare själva genomför och till den tillsyn som bedrivs av IVO.

Följande riskområden inom hälso- och sjukvården har SHK identifierat: satellitpatienter (patienter som vårdas på en annan avdelning än de tillhör), multisjuka som är svåra att placera inom vården samt organisations- och ledningsfrågor.

I England och i Norge har myndigheter motsvarande Statens haverikommission i uppdrag att utreda allvarliga händelser inom hälso- och sjukvården. Även där har det skett ett flertal allvarliga händelser inom hälso- och sjukvården. Haverikommissionen i Nederländerna har gjort enstaka utredningar på området.

### 4.5.6 Arbetsmiljöverket

Arbetsmiljöverket bedriver tillsyn över att arbetsmiljö- och arbetstidslagstiftningen följs av företag och organisationer (förordning 2007:913). Myndigheten meddelar föreskrifter och allmänna råd enligt arbetsmiljö- och arbetstidslagstiftningen. Myndigheten kan fatta beslut om föreläggande eller förbud och begära utdömande av vite eller påförande av sanktionsavgift. Tillsynsaktiviteter planeras främst med utgångspunkt i analyser av arbetsmiljörisk och risk för att aktörer medvetet bryter mot regelverket. Tillsynsaktiviteter styrs även via myndighetens regleringsbrev.

Arbetsmiljöverkets tillsyn är uppdelad på planerad nationell tillsyn, obligatorisk tillsyn och övrig tillsyn. Den obligatoriska tillsynen avser anmälningar enligt 6:6a, 6:7 arbetsmiljölagen samt olyckor.

Övrig tillsyn kan initieras utifrån tips, anmälningar, egna iakttagelser och lokala behov.

I sina inspektioner kontrollerar Arbetsmiljöverket att arbetsgivaren lever upp till arbetsmiljöreglerna, bland annat genom att följa upp de dokument som arbetsgivaren ska ha i sitt arbetsmiljöarbete. En inspektion görs också på delar av arbetsplatsen. Förutom inspektören och arbetsgivaren deltar normalt skyddsombudet eller någon annan representant för arbetstagarna. Om myndigheten upptäcker arbetsmiljöbrister får arbetsgivaren en skrivelse med beskrivning av brister och krav, vilka regler som gäller samt information som stöd för arbetsgivaren att komma till rätta med arbetsmiljöproblemen. Arbetsgivaren ska redovisa till Arbetsmiljöverket om vidtagna och planerade åtgärder. Myndigheten kan också göra en ny uppföljande inspektion. Om arbetsgivaren inte rättar till bristerna kan Arbetsmiljöverket besluta om föreläggande eller förbud, som kan förenas med ett vitesbelopp. Arbetsmiljöverkets beslut kan överklagas av både arbetsgivare och skyddsombud.

Enligt arbetsmiljölagen har arbetsgivaren ansvaret för arbetsmiljön för sina arbetstagare. Detta innebär att arbetsgivaren regelbundet ska undersöka, riskbedöma, åtgärda och regelbundet följa upp arbetsmiljöarbetet. Arbetsgivaren ska vidta åtgärder utifrån riskdömningen före genomförandet av förändringar.

### 4.5.7 Konkurrensverket

Konkurrensverket är förvaltningsmyndighet för konkurrensfrågor och tillsynsmyndighet för den offentliga upphandlingen (förordning 2007:1117).

På upphandlingsområdet ska Konkurrensverket verka för en effektiv offentlig upphandling till nytta för det allmänna och marknadens aktörer. Myndigheten ska fullgöra uppgifter som bland annat framgår av lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU) och lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner. Konkurrensverket ska även uppmärksamma hinder mot en effektiv offentlig upphandling, lämna förslag till regelreformering samt följa utvecklingen inom sitt ansvarsområde.

Konkurrensverket ska i lämplig omfattning informera företag, upphandlande myndigheter, upphandlande enheter och andra berörda

om avgöranden i konkurrens- och upphandlingsärenden, tillämpningen av LOU och lagen om upphandling av koncessioner och Europeiska unionens konkurrens- och upphandlingsregler. Myndigheten ska främja ett konkurrensinriktat synsätt och verka för en enhetlig tillämpning av de nationella upphandlingsreglerna.

Konkurrensverket ska samverka med Upphandlingsmyndigheten för att utveckla den offentliga upphandlingen.

I sitt tillsynsarbete av den offentliga upphandlingen utreder och beslutar Konkurrensverket om hur upphandlande myndigheter följer regelverken för offentlig upphandling. Tillsynen omfattar inte om upphandlingen har lett till en bra eller dålig affär. Ett ärende kan startas genom tips utifrån, genom omvärldsbevakning eller inom ramen för den planerade tillsynen. Därefter görs en förstudie som leder fram till beslut om att prioritera ett ärende eller avskriva det. Som utgångspunkt används en prioriteringspolicy som bland annat säger att man fokuserar på att utreda frågor där det finns behov av vägledning, där det finns brister i de upphandlande myndigheternas agerande, frågor som har ett allmänintresse och utredningar som kan leda till tydliga resultat.

Går ärendet vidare går myndigheten igenom information och för en dialog med den upphandlande myndigheten. Ett utkast till beslut tas fram som den upphandlande myndigheten får yttra sig om. Därefter fattar Konkurrensverket beslut i ärendet. Tillsynsbeslut publiceras och eventuella tipsare får information om beslutet.

Om Konkurrensverket uppmärksammar överträdelser av upphandlingslagstiftningen kan myndigheten hantera det med olika medel, till exempel genom ansökningar om upphandlingsskadeavgift (gäller otillåtna direktupphandlingar) och tillsynsbeslut. I tillsynsbesluten riktar Konkurrensverket kritik mot att den berörda myndigheten inte har följt upphandlingsregelverket och skälen samt den rättsliga grunden för beslutet anges. Besluten är en form av offentlig anmärkning och är inte förenade med vite, böter eller någon annan sanktion.

### 4.5.8 Upphandlingsmyndigheten

Upphandlingsmyndigheten bildades 2015 och tog då över delar av Konkurrensverkets verksamhet vad gäller information och stöd om upphandling. Ett argument för den nya myndigheten var att en ny

renodlad stödjande myndighet inom upphandlingsområdet var oberoende från tillsynsverksamheten.

Upphandlingsmyndigheten har det samlade ansvaret för att utveckla, förvalta och stödja den upphandling som genomförs av upphandlande myndigheter och enheter (förordning 2015:527). Myndigheten ska verka för en rättssäker, effektiv och socialt och miljömässigt hållbar upphandling till nytta för medborgarna och näringslivets utveckling. Myndigheten ska främja innovativa lösningar inom upphandling.

Myndigheten ska samverka med ett antal statliga myndigheter, bland annat Konkurrensverket och Kammarkollegiet och med regioner, kommuner, berörda offentliga organisationer samt näringslivet för att utveckla upphandlingen. Vid behov ska myndigheten även samverka med andra organisationer.

Upphandlingsmyndigheten ger generell vägledning i upphandlingens olika faser, men ger inte råd i specifika upphandlingar. Upphandlingsstödet består av bland annat information på myndighetens webbplats, vägledningar, rapporter, seminarier och utbildningar samt frågeservice via telefon.

### *Den nationella upphandlingsstrategin*

Regeringen har tagit fram en Nationell upphandlingsstrategi för att synliggöra de strategiska möjligheter som finns för att kunna nå olika verksamhets- och samhällsmål genom offentlig upphandling. Av strategin framgår bland annat att beslutsfattare måste bli medvetna om att en strategisk användning av upphandling är en förutsättning för att upphandlande myndigheter eller enheter ska kunna nå sina verksamhetsmål och göra goda affärer. Upphandlingsstrategin underlättar och är ett stöd för företrädare och medarbetare på statliga myndigheter, kommuner, landsting och andra upphandlande myndigheter. Den innehåller handfasta tips på hur verksamheter kan utveckla sitt strategiska arbete med upphandling. De upphandlande myndigheterna och enheterna har ett stort ansvar för att upphandla mer strategiskt och ansvara för att skattemedel används på bästa sätt.

Upphandlingsstrategin vänder sig främst till företrädare för de statliga myndigheterna. Kommuner och regioner, vilka står för huvud-

delen av de offentliga inköpen i Sverige, har dock mycket att vinna på att arbeta enligt strategin.

Strategin innehåller sju inriktningsmål: offentlig upphandling som strategiskt verktyg för en god affär (övergripande mål), effektiva offentliga inköp, en mångfald av leverantörer och en väl fungerande konkurrens, en rättssäker offentlig upphandling, en offentlig upphandling som främjar innovationer och alternativa lösningar, en miljömässigt ansvarsfull offentlig upphandling samt offentlig upphandling som bidrar till ett socialt hållbart samhälle.

Upphandlingsmyndigheten har i uppdrag att genomföra och följa upp strategin.

## 4.6 Kontrollmekanismer

Det finns inte någon entydig definition av begreppet kontrollmekanismer. Kontrollmekanismer kan exempelvis omfatta ansvar, rutiner och processer för att säkerställa att ett regelverk följs eller att en verksamhet bedrivs enligt fastlagda mål, riktlinjer och budget. Det kan också handla om att beslut fattas på rätt sätt och utifrån korrekta underlag. Kontrollmekanismer kan inriktas på att säkerställa olika värden, som till exempel rättssäkerhet, likvärdighet, transparens och effektivitet. De kan också utformas för att säkerställa olika gruppers intressen, exempelvis medborgare eller patienter. Kontrollmekanismer kan vara förebyggande, ske löpande eller komma in i efterhand. De kan finnas på olika nivåer inom en organisation eller på olika nivåer i samhället.

Kontrollmekanismer för hälso- och sjukvården samt investeringar och upphandlingar inom hälso- och sjukvården finns både på regional och nationell nivå. Ansvaret för kontrollmekanismer på regional nivå ligger dels på olika nivåer inom respektive region, dels på de enskilda sjukhusen. På nationell nivå ligger ansvaret ytterst på riksdag och regering liksom på de myndigheter som har ett ansvar för att meddela föreskrifter, utfärda tillstånd, bedriva tillsyn, följa upp, utvärdera eller granska verksamheter.

### 4.6.1 Kontrollmekanismer på regional nivå

Kontrollmekanismer på regional nivå finns reglerade i kommunallagen (KL). Det handlar om krav på intern kontroll och krav på revision. Ansvaret för intern kontroll ligger på varje enskild nämnd och omfattar också sjukhus som bedrivs i offentlig regi.

*Intern kontroll*

I KL 6:6 står att varje nämnd ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller styrelsen. Styrelsen har dessutom ett särskilt uppdrag enligt KL 6:1 att leda och samordna regionens angelägenheter och ha uppsikt över de andra nämnderna. Styrelsen ska följa de frågor som kan inverka på regionens utveckling och ekonomiska ställning. Styrelsen ska också ta initiativ, begära upplysningar och yttranden och göra de framställningar som behövs. Sammantaget innebär det att styrelsen har ett övergripande ansvar att se till att de övriga nämnderna arbetar med sin interna kontroll på ett tillfredsställande sätt (SKL, 2008). Fullmäktige har inte ansvar för den interna kontrollen, men kan besluta om reglemente eller riktlinjer för intern kontroll.

Vad är då intern kontroll? I skriften ”Intern kontroll” skriver SKL (2018b) att intern kontroll är en del av styrningen i en organisation, den egna inifrån-kontrollen (att jämföra med extern kontroll). Den interna kontrollen består av de strukturer, system och processer som bidrar till tydlighet och ordning och som säkerställer att verksamheten bedrivs i enlighet med beslutade mål, uppdrag och övriga styrdokument. En bra intern kontroll förebygger, upptäcker och åtgärdar fel och brister som hindrar att organisationen kan nå sina mål på ett säkert och effektivt sätt. Den bygger också in en medvetenhet om behovet av att värna och vårda en stabil, öppen och rättssäker verksamhet. En bra intern kontroll bidrar till att verksamheten når sina mål, att informationen och rapporteringen om verksamheten och ekonomin är tillförlitlig och rättvisande och att verksamheten efterlever lagar, regler, avtal m.m. När ansvaret för den interna kontrollen förtydligades i kommunallagen år 2000 var motivet att den interna kontrollen ska säkra en effektiv förvaltning och att det inte begås allvarliga fel. Den ska bidra till att ändamålsenligheten i verk-

samheten stärks och att den bedrivs effektivt och säkert med medborgarnas bästa för ögonen (prop. 1998/99:66).

SKL lyfter fram fyra byggstenar i arbetet med den interna kontrollen. Det handlar om en *robust organisation*, som omfattar struktur, kultur, ledarskap och kompetens. Här brukar man tala om ”tonen på toppen” för att beskriva hur viktigt det är vad ledningen gör och säger. *Riskanalyser* är en annan central byggsten. Den handlar om att ringa in olika typer av risker som kan hindra eller hota verksamheten. En tredje byggsten är *planerade åtgärder och kontroller utifrån riskanalysen*, det vill säga att hantera de risker man identifierat. Ofta dokumenteras de i en intern kontrollplan som ansvarig nämnd tar beslut om. En fjärde byggsten är *uppföljning och återkoppling av planerade åtgärder och kontroller*. Det är viktigt för lärande och utveckling i organisationen.

Hur den interna kontrollen organiseras och hanteras i praktiken utifrån kraven i kommunallagen varierar i olika kommuner och regioner. SKR:s skrifter syftar till att ge vägledning i detta arbete.

### *Revision*

Kommunal revision regleras i KL kapitel 12. Den kommunala revisionen är oberoende och granskar på fullmäktiges uppdrag. Revisorer i kommuner och regioner granskar årligen i den omfattning som följer av god revisionssed all verksamhet som bedrivs inom nämndernas eller fullmäktigeberedningarnas verksamhetsområden. Revisorerna prövar om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande och om den interna kontrollen som görs inom nämnderna är tillräcklig. Revisionen granskar också hur den interna kontrollen är uppbyggd och hur den fungerar i praktiken. Granskningen görs ur ett system-, redovisnings- och verksamhetsperspektiv.

Revisorerna är förtroendevalda och utses av fullmäktige. Varje revisor är självständig, men revisorerna samverkar enligt god revisionssed. Enligt kommunallagen ska revisorerna anlita sakkunniga (yrkesrevisor eller annan specialist) i den omfattning som behövs för att fullgöra granskningen enligt god revisionssed. De sakkunniga ska ha insikt och erfarenhet av kommunal verksamhet. Regionerna har olika modeller för sakkunnigstödet, till exempel genom upphandlade revi-

sionsföretag och andra konsulter, revisionskontor, revisionskansli eller mindre administrativt stöd.

Kravet på god revisionssed finns i kommunallagen. God revisionssed syftar till gemensam utveckling, likartat arbetssätt och bedömningar. Revisionen ska vila på vedertagen praxis och inte vara godtycklig. Revisionsseden beskriver bland annat revisionsprocessen och revisorernas förhållningssätt och arbetsformer. Den goda revisionsseden läggs fast av revisionsdelegationen inom SKR för en mandatperiod, den nu gällande revisionsseden fastställdes 2018.

### 4.6.2 Kontrollmekanismer på nationell nivå

På nationell nivå finns olika typer av kontrollmekanismer. Flera kontrollmekanismer är i regel aktuella inom ett område.

Riksdagen beslutar om lagar för att reglera en viss verksamhet. Lagstiftningen kan vara mer eller mindre detaljerad. Regeringen kan i sin tur besluta om förordningar som ger närmare reglering inom ett område. Det kan exempelvis handla om vilken eller vilka aktörer som ansvarar för en viss verksamhet och/eller som får meddela föreskrifter.

Uppföljning och utvärdering genomförs i regel löpande inom enskilda verksamheter. Detta kan ses som en del av den interna kontrollen. Det finns också specifika aktörer som har som uppdrag att följa upp och utvärdera ett visst område, enskilda aktörer eller insatser. Exempelvis finns flera analysmyndigheter som har en sådan roll. Regeringen kan också ge en myndighet i uppdrag att utvärdera en specifik verksamhet eller fråga. Genom uppföljning och utvärdering tar man reda på hur det går i en viss verksamhet utifrån de mål och/eller krav som ställs. Ibland lämnas rekommendationer på hur en verksamhet kan utvecklas eller förbättras.

Tillståndsgivning är ytterligare en kontrollmekanism som innebär att man inom ett område har fastställt specifika krav som en aktör ska uppfylla för att få bedriva en viss verksamhet. Kraven utgår ofta från lagstiftning eller en förordning. Tillstånd kan gälla för en viss tid eller löpa på tills en uppföljning eller utvärdering visar att den inte uppfyller kraven.

Tillsyn syftar till att säkerställa att mål och/eller krav uppfylls i en verksamhet utifrån lagstiftning eller annan reglering. Tillsynen kan vara förebyggande, genomföras i löpande verksamhet eller i efter-

hand. Tillsynen kan vara förenad med sanktionsmöjligheter, exempelvis att en myndighet kan meddela vite om en aktör inte följt lagstiftning eller inte uppfyller specifika krav.

Granskning ligger nära revision och avser att ta reda på hur en verksamhet uppfyller målen och/eller om den bedrivs effektivt sett till verksamhet och/eller kostnad. Granskning har både en främjande och kontrollerande roll. I en granskning analyseras i regel vem eller vilka som ansvarar för en viss verksamhet som underlag för ansvarsutkrävande.

# 5 Entreprenadformer och offentlig-privat samverkan

## 5.1 Entreprenadformer

Det finns i grunden två entreprenadformer, *utförandeentreprenad* och *totalentreprenad*. Dessa två entreprenadformer förekommer i olika varianter. En vidareutveckling av totalentreprenad är *funktionsentreprenad*. Se till exempel VTI (2007a och 2007b), Konkurrensverket (2007) och SOU 2017:13. I förhållande till övriga entreprenadformer kan offentlig-privat samverkan (OPS) ses som en fortsatt utveckling av funktionsentreprenaden.

### 5.1.1 Utförandeentreprenad

Utförandeentreprenad innebär i korthet att beställaren ansvarar för detaljprojektering och handlar upp entreprenörer för utförande. Det innebär att beställaren tar fram bygghandlingar och är ansvarig för sina konstruktioner och tekniska lösningar. Utförandeentreprenader kan ske i flera varianter. En är delad entreprenad ett projekt upphandlas i delar och beställaren samordnar arbetena. En annan variant är samordnad generalentreprenad där beställaren upphandlar de olika delarna men utser en av entreprenörerna att sköta samordningen.

### 5.1.2 Totalentreprenad

Totalentreprenad i sin renaste form innebär att beställaren ansvarar för en programhandling och handlar upp en entreprenör som har ansvar för detaljprojektering och byggande. Här har således entreprenören ett större ansvar för slutprodukten än vid utförandeentrepre-

nad. Beställaren ska gentemot entreprenören beskriva de funktioner som entreprenaden ska uppfylla. Varianter begränsar entreprenörens åtagande gällande projektering och kan då benämnas styrd totalentreprenad och utförandeentreprenad med totalansvar.

### 5.1.3 Funktionsentreprenad

Funktionsentreprenaden är en vidareutveckling av totalentreprenaden genom tillägg att avtalet också omfattar ett underhållsåtagande efter det att anläggningen tagits i bruk. Det uttrycks ibland som förlängd garantitid och kan ses som ett steg mot ökat livscykelperspektiv.

En central skillnad mot utförandeentreprenad är betoningen på leverans i stället för insats. Beställaren efterfrågar inte ett visst utförande utan en levererad funktion. Det innebär att utförarens risktagande är högre än vid totalentreprenad och åtföljs av riskpremie samt att entreprenören kan bidra med sin tekniska kompetens.

En utvidgad form är funktionsentreprenad med helhetsåtagande. Det innebär att entreprenören åtar sig hela processen från projektering och byggande till underhåll och drift. Underhålls- och driftsåtagandet omfattar en längre tidsperiod än en vanlig funktionsentreprenad och är inte en förlängd garantitid utan ett åtagande i sig.

### 5.1.4 Offentlig-privat samverkan (OPS)

OPS har stora likheter med en funktionsentreprenad. Det bygger på ett långsiktigt kontrakt mellan den offentliga beställaren och en privat part som kan vara ett företag eller ett konsortium, om att tillhandahålla en tjänst eller funktion, till exempel ett sjukhus, en skola eller en väg.

OPS och utförandeentreprenad skiljer sig åt gällande vilka delar respektive part har ansvar för. I en OPS formulerar beställaren funktioner som ska levereras och den privata parten har ansvar för att genomföra och leverera detta. Det omfattar design, byggnation, drift och underhåll under en längre avtalstid, vanligen mellan 15 och 30 år.

Den huvudsakliga skillnaden mot funktionsentreprenad rör finansieringen. Båda avtalsformerna omfattar en byggfas och en fas med drift och underhåll. Vid funktionsentreprenaden får entreprenören betalt för sitt uppdrag allt eftersom det utförs. Vid en traditionell

OPS finansierar entreprenören projektet och får en löpande fast betalning under hela kontraktstiden som ska täcka investeringskostnaden, löpande drift och underhåll. Se vidare avsnitt 5.4.

### 5.1.5 Partnering

Partnering är en samverkansform för byggprojekt (Eriksson och Hane, 2014). Det är en metod som utvecklats för strukturerad samverkan mellan uppdragsgivare och entreprenör för ett byggprojekts genomförande. Det är alltså ingen entreprenadform. Partnering utvecklades ursprungligen av beställare inom försvarsmakten i USA och spreds till Europa via Storbritannien. Begreppet har fått stor internationell spridning. I Sverige används också synonyma begrepp som samverkansentreprenad eller entreprenad med utökad samverkan.

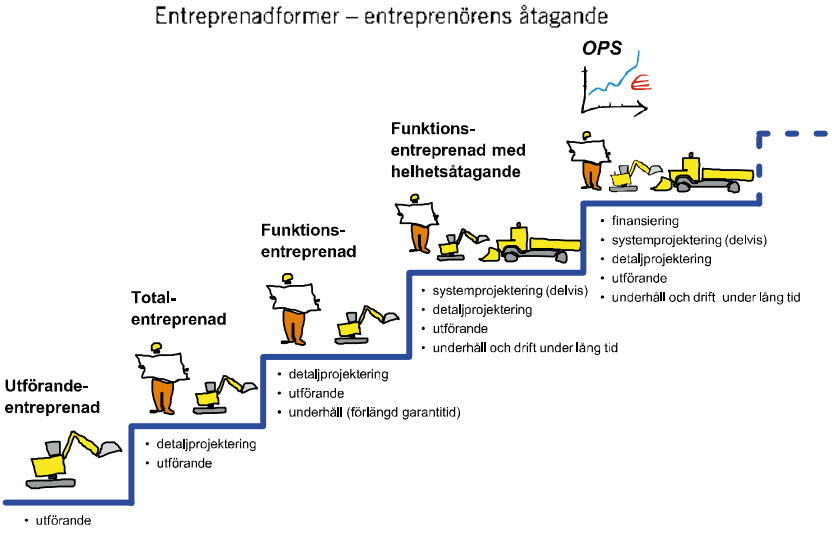
## 5.2 Val av entreprenadform

Relationen mellan olika entreprenadformer har av VTI (2007a) beskrivits som en trappa där entreprenörens åtaganden ökar vid varje steg uppåt. Vid rörelse uppåt i trappan ökar samtidigt entreprenörens frihetsgrader. Trappan ger en förenklad bild av verkligheten. Dels är det svårt att exakt dra gränser mellan olika entreprenadformer. Dels saknas dimensioner som kan vara viktiga för en entreprenadforms effektivitet, till exempel riskfördelning och ersättningsmodeller. Risken tenderar att öka med åtagandet och därmed skulle risken för entreprenören öka längre upp i trappan, men riskfördelningen påverkas också av andra faktorer, till exempel ersättningsformen.

Trappan kan också signalera att steg uppåt innebär en utveckling från mindre till mer utvecklad och från bättre till sämre. Så bör den dock inte tolkas (SOU 2017:13). Det finns inte en entreprenadform som är bäst för alla projekt. Vilken entreprenadform som är mest lämplig beror på flera faktorer (VTI, 2007a) till exempel:

- Tid till förfogande för planering och genomförande av projektet
- Beställarens organisation och resurser
- Hur entreprenadmarknaden ser ut och konkurrensförhållanden vid upphandlingstillfället
- Projektets komplexitet

**Figur 5.1 Entreprenadtrappan**




*Källa*: VTI (2007a).

## 5.3 Val av ersättningsform

Valet av ersättningsform har betydelse för entreprenörens incitament att hantera projektets resurser effektivt samt för riskfördelningen mellan beställare och entreprenör. Tillsammans påverkar detta beställarens totalkostnad för projektet. Det finns i grunden två ersättningsmodeller, fast pris och rörligt arvode (VTI, 2007a).

Fast pris innebär att entreprenören får den ersättning som avtalats efter upphandling oavsett hur stora kostnaderna för projektet är, under förutsättning att det underlag som upphandlingen baserats på är korrekt. Visar det sig att det finns brister i underlaget har entreprenören rätt till ytterligare ersättning. Med fast pris skapas starka incitament för entreprenören att hålla kostnader på en låg nivå. Varje be-

sparing leder till bättre resultat vad gäller såväl materialåtgång som nedlagd arbetstid. Fastprisersättning leder därmed till mycket stark kostnadskontroll. Däremot bär entreprenören risken för oväntade händelser och får bära dessa kostnader. Vilket entreprenören kräver en riskpremie för i anbudet. Under förutsättning att eventuella besparingar i projektet inte påverkar kvaliteten negativt påverkar fastprisersättning kostnadseffektiviteten i projektet positivt.

Rörligt arvode innebär att det är den faktiskt upparbetade kostnaden som ligger till grund för ersättningen. Beställaren ersätter entreprenören för kostnader för material, arbetstid m.m. samt ett entreprenörsarvode. Denna ersättningsmodell ger varken fokus på kostnadskontroll eller kostnadseffektivitet. Entreprenören löper ingen risk om projektet fördyras eller försenas och har därför svaga incitament att göra större ansträngningar för att hålla kostnaderna nere. Att entreprenören inte tar någon risk innebär å andra sidan att anbuden inte innehåller någon riskpremie.

En utveckling av löpande arvode är incitamentsavtal. Det är en mellanform av fast ersättning och rörligt arvode. Ett sådant avtal innebär att beställare och entreprenör avtalar om riktkostnad som är en uppskattning av slutkostnaden för projektet. Vanligen ändras riktkostnaden om vid större förändringar och tilläggsarbeten. Avviker slutkostnaden för projektet från riktkostnaden delar uppdragsgivaren och entreprenören på kostnadsökningar och besparingar enligt avtalad fördelning. Det innebär att det finns en del risk kvar hos beställaren och att entreprenören inte tar fulla konsekvenser av konstandsöverskridanden.

Liksom vid val av entreprenadform finns det inte en ersättningsform som är lämpligast för alla olika typer av projekt. Vilken ersättningsmodell som passar bäst beror på faktorer som (VTI, 2007a):

- Graden av osäkerhet i projektet.
- Parternas inställning till risk.
- Grad av förtroende och tillit mellan parterna.
- Beställarens resurser att följa upp entreprenörens redovisade kostnader m.m.

## 5.4 Fördjupad beskrivning av offentlig-privat samverkan (OPS)

### 5.4.1 Utvecklingen av OPS

Offentlig-privat samverkan (OPS) är den svenska benämningen på en avtalsform som introducerades under tidigt 1990-tal i Storbritannien och som internationellt benämns public private partnership (PPP). Det finns ingen entydig definition av OPS. I OECD (2017) görs en definition i vid bemärkelse där OPS är "*A long-term contract between a private party and a government entity, for providing a public asset or service, in which the private party bears significant risk and management responsibility and remuneration is linked to performance*". OPS har utvecklats över tid och variationen är stor. I korthet innebär det att en offentlig aktör planerar, genomför, finansierar och driver en offentlig anläggning. En central egenskap i OPS är att det offentliga behåller det slutliga ansvaret för att en offentlig tjänst levereras. I den meningen är OPS alltså ingen privatisering.

Det finns olika drivkrafter bakom utvecklingen av OPS. En har varit att undvika att bokföra investeringar inom den offentliga sektorn. Genom OPS kunde investeringar genomföras utan att bruttoskulden eller det finansiella sparandet påverkades. Detta har dock blivit svårare över tid och OPS-projekt klassificeras allt oftare som en del av den offentliga sektorn. Se SOU 2017:13 för utförligare diskussion.

En annan drivkraft har varit att utveckla entreprenadformer och effektiviteten i genomförandet av stora offentliga investeringar. Avsikten har varit att genom att involvera privat kapital stärka incitamenten för den privata parten att bidra till ökad produktivitet, ökad kvalitet i genomförda projekt och därmed öka kostnadseffektiviteten i offentliga investeringar.

Behovet av ytterligare finansiering är den främsta drivkraften bakom att använda OPS, snarare än att uppnå effektivitet eller innovation (Winch m.fl., 2012).

### 5.4.2 Olika typer av offentlig-privat samverkan

OECD (2008) skiljer mellan två typer av OPS, kontrakts-OPS eller vertikal OPS och institutionell eller horisontell OPS. Kontrakts-OPS är den form som traditionellt avses viken innebär att den offentliga parten, beställaren, ingår ett avtal med en privat part. Relationen mellan parterna regleras i ett OPS-avtal som omfattar uppdraget och de funktioner som ska levereras, ersättningsformer och fördelning av ansvar och risk. Den privata parten är inte sällan ett konsortium av flera företag, till exempel byggbolag och riskkapitalbolag, som gemensamt bildar ett projektbolag, *Special Purpose Vehicle* (SPV). Finansiering av bolaget är vanligen en kombination av eget kapital insatt av grundarna till bolaget och kapital som lånas upp på kapitalmarknaden. Anläggningen ägs av den offentliga parten som efter avtalstidens slut återfår allt ansvar för drift och underhåll av anläggningen. Horisontell eller institutionell OPS omfattar alla andra former av offentlig-privat samverkan.

Omfattningen av OPS i Sverige är inte känd. 2006 genomfördes inom ramen för en licentiatavhandling en enkät till kommuner, landsting och regioner (Andersson, 2008). Resultaten visar att 33 procent av regionerna och 24 procent av kommunerna hade erfarenhet av OPS. Samtidigt råder det stor osäkerhet om vad OPS innebär och svarande inom samma organisation gjorde olika bedömning av om OPS genomförts eller inte. Några exempel på genomförda OPS är sporthall i Sundsvall, konserthus i Västerås, äldreboende i Umeå och bibliotek och kulturcenter i Nacka. Arlandabanan är det första stora exemplet på en OPS inom infrastruktur i Sverige. Det enda större exemplet inom hälso- och sjukvården i Sverige är Nya Karolinska i Solna.

### 5.4.3 Argument för och mot OPS

Det finns sammanställningar om för- och nackdelar med OPS i litteraturen, se till exempel Europeiska revisionsrätten (2018), EPEC (2011 och 2015). Svenska exempel är ESV (2006), VTI (2007a och b), Konkurrensverket (2007) och SOU 2017:13. Ambitionen här är att sammanfatta de mest centrala argumenten.

## Potentiella fördelar med OPS

*Riskhantering*

Ett vanligt argument för OPS är att det ger möjlighet att fördela risker mellan parterna. Projekt är förenade med olika typer av risker och risknivån varierar också mellan olika typer av projekt. Genom att identifiera och föra över risker som den privata parten är bättre lämpad att hantera än den offentliga parten kan risknivån i projektet minska. Avsikten är att påverka sannolikheten att de inträffar och att lindra effekterna om de inträffar. Att föra över risker till den privata parten syftar till att öka incitamenten i genomförandet av projektet. Att den privata parten satsat eget kapital i projektet och har ett långsiktigt åtagande för investeringen gällande drift och underhåll anses också påverka riskerna.

Viss risköverföring kan uppnås genom funktionsentreprenad med helhetsåtagande (SOU 2017:13). Till exempel risken att den valda konstruktionslösningen ger högre framtida underhållskostnader. Genom att den privata parten i en OPS normalt satsat större andel eget kapital och under längre tid anses dock OPS ge en tydligare risköverföring.

*Stärkt livscykelperspektiv*

Ett stärkt livscykelperspektiv lyfts ofta fram som en faktor som ger förutsättningar för effektivitetsvinster genom OPS. Genom att en och samma part är ansvarig för dels utformning och byggande, dels för drift och underhåll under avtalstiden som kan vara upp till 30 år ges förutsättningar för optimeringsvinster. Val av lösningar i utformning och byggfas kan påverka framtida underhålls- och driftskostnader. Den privata parten har därigenom incitament att välja lösningar som optimerar drift och underhåll under avtalstiden.

*Budgetkontroll*

Ett ofta framfört argument är att OPS-projekt i högre utsträckning håller sin budget jämfört med projekt som genomförs med andra entreprenadformer. Detta förklaras främst av att kontrakten bygger på fastprisersättning som gör det svårt för den privata parten att få ersättning för kostnader som överstiger budget. Fastprisersättning i

kombination med andra entreprenadformer kan också användas för att få kontroll över budgeten framför allt under byggtiden.

Det är viktigt att vara noggrann med vad som avses med att ett projekt genomförs inom budget. I ett OPS-projekt blir förändringar och tillägg till det ursprungliga avtalet tydliga genom att de görs i tilläggsavtal. Totalkostnaden för ett projekt kan öka till följd av tilläggsavtal samtidigt som det ursprungliga OPS-projektet hålls inom budget. För bibehållen budgetkontroll bör därför förändringar av påbörjade projektet så långt möjligt begränsas.

Att OPS-projekt i större utsträckning håller sin budget innebär inte nödvändigtvis att de blir regelmässigt billigare än andra projekt, varken i bygg- eller driftsfas. Det avtalade priset påverkas av faktorer som vilken risköverföring som sker till den privata parten och konkurrensförhållanden vid upphandlingstillfället. Eventuella kostnadsbesparingar för drift och underhåll som är större än förväntat vid kontraktstillfället tillfaller dessutom normalt den privata parten. I detta avseende har det dock skett en utveckling av avtal över tid så att de ofta innehåller klausuler om fördelning av besparingsvinster mellan den offentliga och privata parten.

### *Kontinuerligt underhåll*

Det framhålls också att OPS-avtal som löper under lång tid, ofta 20 till 30 år, leder till att anläggningen underhålls mer kontinuerligt än anläggningar som drivs i egen regi där underhållsinsatser beslutas löpande under anläggningens livslängd. Skälet till detta är att avtalet skapar starka incitament att löpande underhålla anläggningen genom att livscykelkostnaden, eller åtminstone avtalscykelkostnaden, är i fokus och att anläggningen vid kontraktstidens slut ska överlämnas i ett skick som specificeras i avtalet. För anläggningar som drivs i egen regi ställs kostnader för planerat underhåll mot övriga prioriteringar i verksamheten vilket under perioder av ansträngd ekonomi inte sällan leder till att underhåll senareläggs. I värsta fall leder detta längre fram till att de totala underhållskostnaderna för ett projekt blir större än planerat genom att akuta underhållskostnader tvingas fram.

En funktionsentreprenad med helhetsansvar skapar också incitament för mer av ett livscykelperspektiv och kan därmed användas för att uppnå vinster av kontinuerligt underhåll.

*Tidigareläggningsvinster*

Genom att den privata parten bär alla kostnader och dess finansiering under byggfasen av projektet och får intäkter först när anläggningen tas i bruk skapas starka incitament att färdigställa anläggningen. Erläggs betalningar löpande under byggfasen minskar incitamenten att färdigställa i tid. I uppföljningar av projekt har man sett att en större andel av OPS-projekten färdigställs i tid. Det är dock förenat med mätproblem. Generellt har man sett i uppföljning att det finns bättre tillgång till information om OPS-projekt än projekt som drivs i andra entreprenadformer. National Audit Office (NAO) i Storbritannien genomför enkäter där de svarande uppger att OPS-projekt i större utsträckning håller tidplan men samtidigt ser man att skillnaden mot andra entreprenadformer minskat över tid.

Beaktas den tid det tar från upphandling till att ett projekt färdigställts är dock bilden en annan. Upphandling av denna typ av kontrakt är komplicerad och tar lång tid. Europeiska revisionsrätten (2018) fann i en granskning av tolv projekt med medfinansiering från EU att den långa upphandlingstiden medförde att en tredjedel av projekten blev försenade.

*Innovation*

Ett vanligt argument för OPS-projekt är att det stimulerar innovationer. Genom att den privata parten har ansvar för planering och utformning av en anläggning finns det större utrymme att påverka hur en anläggning utformas och drivs än i en traditionell entreprenad. Grundläggande för innovationsargumentet är att fokus är på leverans eller funktion i stället för insats. Det innebär att även funktionsentreprenaden ger ökade frihetsgrader och att incitamenten för innovation stärks vid funktionsentreprenad med helhetsansvar då livscykelperspektivet stärks. Ett OPS-avtal med dess livscykelfokus som även är kopplat till ersättningsmodellen anses stärka detta ytterligare.

## Potentiella nackdelar med OPS

*Högre finansieringskostnad*

Finansieringskostnaden vid OPS är generellt högre än om det offentliga finansierar projektet. Normalt lånar det offentliga, en stat eller en region eller kommun med beskattningsrätt, till lägre ränta än ett företag eller konsortium. För en mer utförlig diskussion se SOU 2017:13. Placerare är riskaverta och kräver därför en högre förväntad avkastning vid utlåning till privata aktörer än till det offentliga. Vid offentlig finansiering av ett projekt tar den offentliga aktören ur långivarens synvinkel på sig all risk. För en offentlig aktör med hög kreditvärdighet kommer inte händelser i ett enskilt investeringsprojekt att påverka långivarens möjligheter att få den avtalade räntan.

I ett OPS-projekt är det normala upplägget att den privata parten bildar ett projektbolag som ansvarar för projektering, design, byggnation, drift och underhåll av anläggningen. Finansiering av investeringen sker genom ägarnas insatta kapital och genom upplåning i affärsbankerna men också från aktörer som Europeiska investeringsbanken eller Nordiska investeringsbanken. På detta sätt är den risk ägarna till projektbolaget tar begränsad till det insatta kapitalet. Den upplåning som sker i projektbolaget kommer därför på grund av den högre risknivån normalt att ske till en högre ränta.

*Högre transaktionskostnader*

Vägen fram till ett OPS-avtal är normalt mer resurskrävande än för avtal vid andra entreprenadformer. Det gäller såväl upphandlingsprocessen som formulering av avtalet i sig.

OPS har gemensamt med funktionsentreprenader att anbudsprocessen är mer resurskrävande för såväl uppdragsgivare som anbudslämnare. Uppdragsgivaren ska formulera de funktionskrav som anläggningen ska uppfylla snarare än att i detalj specificera anläggningen i sig, vilket är fallet vid traditionella entreprenadformer. De ökade frihetsgrader anbudslämnaren har innebär i sin tur att lämna ett förslag på hur anläggningen kan utformas för att möta funktionskraven. Vid en OPS-upphandling måste anbudslämnaren dessutom finna finansiering till projektet vilket kräver resurser.

Andra komponenter som leder till högre transaktionskostnader är riskfördelning och kontraktstidens längd. Det gäller att finna en optimal fördelning av risk och att utforma avtalet så att det speglar detta. Den långa kontraktstiden innebär att såväl den offentliga som den privata parten måste vara en aktiv kontraktspart under lång tid. Det sista gäller även för funktionsentreprenad med helhetsansvar.

*Avtalstidens längd skapar inflexibilitet*

Ett avtal som löper på 20 till 30 år riskerar att begränsa såväl det politiska handlingsutrymmet som att leda till fastlåsningseffekter. Alla investeringar som lånefinansieras påverkar de ekonomiska förutsättningarna genom högre skuldsättning och högre räntebetalningar. Men vid OPS tillkommer att det långsiktiga avtalet kan vara begränsande vid nya förutsättningar och omprioriteringar som i sin tur kan tvinga fram en omförhandling av avtalet. Den långa avtalstiden innebär också att budgeten för drift och underhåll är fast för lång tid, vilket begränsar handlingsutrymmet.

Den långa avtalstiden innebär också en risk för fastlåsning i befintliga lösningar. Demografiska förändringar kan leda till förändrade behov. Utvecklingen inom hälso- och sjukvården går också snabbt. Ny medicinteknik och nya behandlingsmetoder skapar möjligheter men kan också innebära förändrade behov som inte kunde förutses när investeringen planerades.

### 5.4.4 Internationella erfarenheter

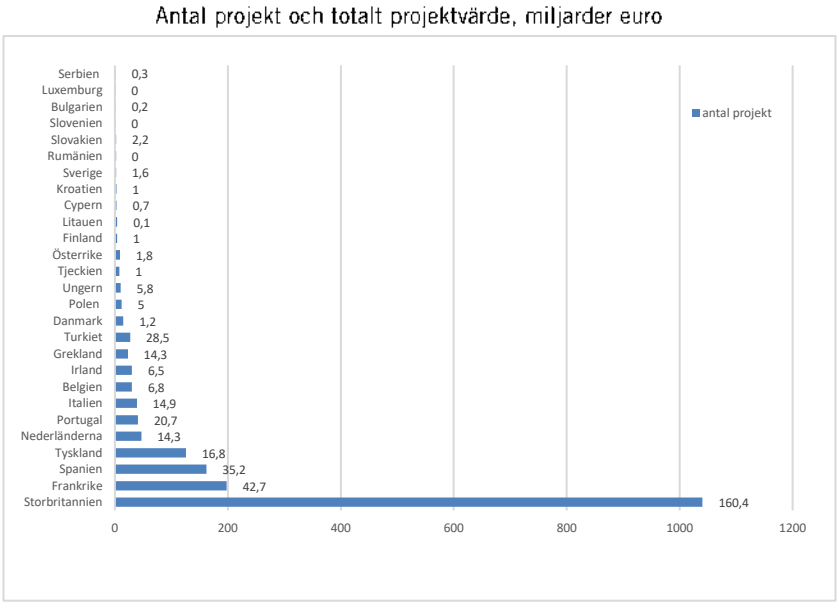
#### Omfattning av OPS i Europa

Sedan 1990-talet har 1 841 offentlig-privata samarbeten genomförts i Europa till ett totalt investeringsvärde om 383 miljarder euro[1]. Flest projekt har genomförts på infrastrukturområdet följt av hälsovård och utbildning. Marknaden är störst i Storbritannien där totalt 1 040 projekt till ett totalt projektvärde om 160 miljarder euro genomförts, följt av Frankrike (198 projekt och 42,7 miljarder euro) och Spanien (162 och 35,2 miljarder euro). Figuren nedan, som bygger på data från EPEC (European PPP Expertise Centre) vid Europeiska investerings-

[1] EPEC:s databas https://data.eib.org/epec/.

banken, visar antal projekt och totalt projektvärde för de länder i Europa som genomfört PPP-projekt. Av EU:s medlemsstater har 13 genomfört färre än fem projekt.

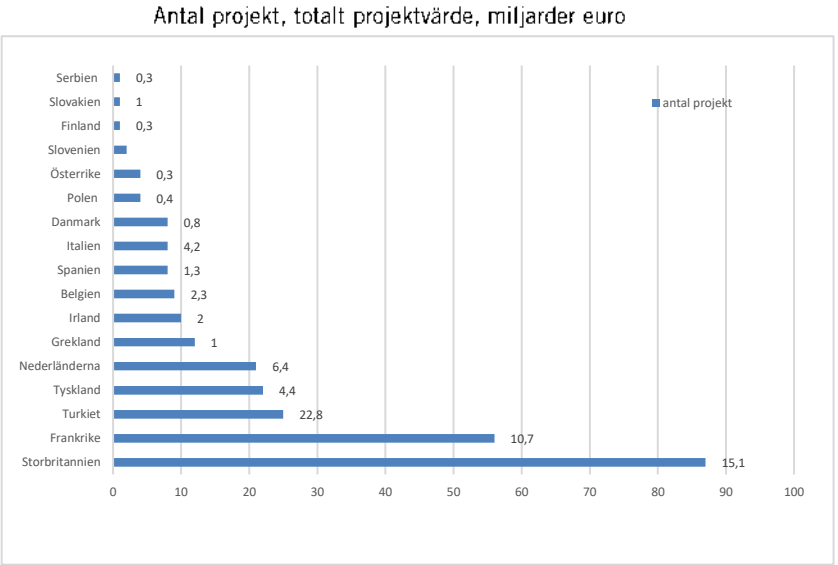
**Figur 5.2 OPS-projekt i Europa 1990 till 2018**




*Källa:* EPEC.

Under de senaste fem åren har 17 länder genomfört minst ett projekt. Sett till antalet projekt är Storbritannien och Frankrike följt av Turkiet de största marknaderna. Sett till totalt projektvärde är dock Turkiet den största marknaden där 25 projekt till ett totalt värde om 22,8 miljarder euro genomförts. Totala projektvärden i Storbritannien och Frankrike var under perioden 15,1 respektive 10,7 miljarder euro.

**Figur 5.3 OPS-projekt i Europa 2014 till 2018**




*Källa:* EPEC.

Det är en begränsad andel av de offentliga investeringarna som genomförs som OPS. Av en enkät genomförd av OECD (2011) framgår att alla EU-länder som svarade angav att under 10 procent av de offentliga investeringarna genomförts som OPS. Tjeckien, Grekland, Italien, Slovakien och Storbritannien angav en andel mellan fem till 10 procent och övriga EU-länder under 5 procent. Det finns exempel på länder där användningen är större, men genomslaget är ändå begränsat. Chile och Mexiko uppger att över 20 procent genomförs som OPS medan Australien och Kanada placeras i intervallet 10 till 15 procent och Sydafrika i intervallet 5 till 10 procent.

## Erfarenheter från Storbritannien

### *PFI och PF2*

I Storbritannien introducerades *Private Finance Initiative* (PFI) som modell för OPS av regeringen 1992. Modellen ger utrymme för varianter och har utvecklats över tid. År 2012 ersattes PFI av en utvecklad modell kallad PF2.

PFI har använts för olika typer av investeringar till exempel infrastruktur, skolor, fängelser, militärförläggningar och sjukhus. Det finns totalt över 700 aktiva projekt med ett totalt investeringsvärde om nära 60 miljarder pund (HM Treasury, 2017). Under den senaste 20-årsperioden har PFI- och PF2-projekt för omkring 3 miljarder pund genomförts årligen. Detta kan sättas i relation till de totala offentliga investeringarna som är i storleksordningen 50 miljarder pund. Det vill säga mindre än 10 procent av de offentliga investeringarna har genomförts i form av PFI/PF2. Inom hälso- och sjukvårdsområdet finns det närmare 130 aktiva projekt, investeringar som summerar till närmare 13 miljarder pund.

I brittiska finansdepartementet bildades 1997 den så kallade *Treasury Taskforce (TTF)* som central koordineringsenhet för utrullningen av PFI. Huvudsaklig uppgift var att standardisera upphandlingsprocessen och att utbilda personal från enheter för privat finansiering vid övriga departement. Huvuddragen i PFI är att den privata parten finansierar, bygger och underhåller en tillgång och den offentliga parten betalar årliga vederlag under 25 till 30 år. Centralt i modellen är att myndigheter endast får använda privat finansiering om det skapar mervärde för statskassan. Det innebär att en myndighet som vill använda modellen för ett investeringsprojekt ska visa att den ger ”value for money” jämfört med om projektet genomförts med offentlig finansiering, en så kallad public sector comparator.

Finansieringskostnaderna ökade kraftigt i samband med finanskrisen 2008 vilket ledde till att den kritik som redan fanns mot modellen blev starkare. Användningen av PFI minskade som följd av det kraftigt ökade privata finansieringskostnaderna. Kritiken i parlamentet mot PFI ökade och under 2011 genomfördes ett reformarbete som resulterade i att regeringen introducerade en förändrad modell 2012 kallad PF2. PF2 består huvuddragen från PFI, men man har ökat kraven på eget kapital i syfte att reducera riskerna för långivarna och därmed attrahera till exempel pensionsstiftelser att investera i projekten. Den offentliga parten skulle också gå in med tio procent av kapitalet i projekten i syfte att öka transparensen. Fram till 2017 genomfördes totalt sex PF2.

*Kritiken mot PFI och PF2*

Ända sedan PFI introducerades i Storbritannien har det framförts kritik mot modellen. 2003 sammanfattade parlamentet erfarenheterna från PFI (HC Committee of Public Accounts, 2003). Man utvärderade 223 olika PFI genomförda under åren 1997 till 2003. Utskottet konstaterade att det finns för- och nackdelar med PFI. Ett skäl till att skattebetalarna inte alltid får det mesta för pengarna är att det finns brister i upphandlingen. Utskottets slutsatser och rekommendationer innehöll bland annat följande:

- Den offentliga parten ska ta fram en ”public sector comparator”, det vill säga beräkna vad projektet hade kostat om traditionell upphandling hade genomförts.
- Finansieringskostnaderna utgör ofta en stor del av kostnaderna i ett långtidsavtal. Det är dock ofta oklart vad dessa kostnader består i. Därför ska den offentliga parten alltid jämföra finansieringskostnaden med andra former av upphandling.
- Vinsterna av att använda PFI uppväger inte alltid kostnaderna för privat finansiering. I vissa fall kan det finnas bättre sätt att finansiera PFI-överenskommelser. Mer innovativa finansieringskällor som är en bättre affär för skattebetalarna behöver undersökas ytterligare.
- Konkurrens är essentiellt för att skapa ”value for money”. Utskottet har funnit ett antal projekt där det endast funnits en budgivare. Detta kan enligt utskottet bero på att projektet är dåligt utformat. Uppmaningen är att när det endast finns en budgivare så startas processen om igen.
- I fall då det endast finns en budgivare ska man använda lämpliga metoder för att utvärdera budet. Ett sådant exempel kan vara ”should-cost models”, vilket är en oberoende beräkning av förväntad kostnad för projektet givet den tekniska lösning budgivaren föreslagit. I alla fall, oavsett konkurrens eller ej, måste den offentliga parten förstå hur budgivarens priser beräknas. Vid avsaknad av konkurrens måste budgivarens priser jämföras och den finansiella modellen utvärderas för att bedöma rimligheten i budet.

Över tid har parlamentet fortsatt att framföra kritik mot PFI som bland annat omfattar tveksamhet till att den högre finansieringskostnad modellen innebär verkligen svarar mot andra vinster. En annan tveksamhet rör det faktum att upplåning i ett PFI inte belastar statsskulden och att detta ger andra incitament än effektivitet för att använda modellen. Man har också framfört kritik mot risköverföringsargumentet och menar att en del av risköverföringen kan vara illusorisk. Staten har det ultimata ansvaret att leverera offentliga tjänster och det är därför inte möjligt att låta tjänster som levereras genom PFI upphöra under längre tid.

I en rapport 2018 om PFI var man fortsatt kritisk från parlamentets sida och skriver att det är oacceptabelt att Treasury efter mer än 25 år fortfarande inte har några data visar om PFI-modellen ger ”value for money” (HC Committee of Public Accounts, 2018).

National Audit Office (NAO), har över tid framfört allt mer kritik mot modellen. Löpande har analyser och utvärderingar av PFI genomförts, bland annat genom enkäter riktade till departement som genomfört PFI. I tidiga enkäter (NAO, 2003) rapporteras att PFI-projekt levereras inom budget i större utsträckning än traditionellt upphandlade projekt. I de fall då kostnaden blivit högre än avtalat var orsaken ändrade beställningar från den offentliga sektorn. Det framhålls dock att det faktum att priset är känt inte innebär att byggkostnaden är lägre (NAO, 2009). HC Treasury Committee (2011) fann att i vissa PFI-projekt var priset högre för att täcka oförutsedda kostnader. NAO (2018), framhåller också att de vinster som anförs i samband med PFI kan uppnås på annat sätt utan privat finansiering.

- Budgetkontroll kan uppnås med dels med fast pris, dels genom att begränsa privat kapital till byggtiden (har dock ej använts i PFI/PF2).
- Rörande anläggningens underhåll menar NAO att en garanterad underhållsnivå kan uppnås utan privat finansiering, till exempel genom långsiktiga underhållskontrakt.

Vidare finns det inte några belägg för högre driftseffektivitet inom PFI-projekt jämfört med traditionella offentligfinansierade projekt enligt NAO. Data från NHS London Procurement Partnership visar att kostnader för till exempel städning på Londonsjukhusen är högre

i PFI-kontrakt än annars. Enkäter som NAO genomfört 2017 indikerar att servicekostnaderna är lika höga eller högre i PFI-avtal.

Gällande processen för utvärdering av om ett projekt ger ”value for money” menar NAO att den favoriserar PFI. I Storbritannien ska alla myndigheter ställa ett privatfinansierat projekt mot en ”public sector comparator”, det vill säga jämföra vad kostnaden blivit om projektet genomförts med offentlig finansiering (HM Treasury 2003 och 2004). NAO menar att en myndighet har incitament att visa att det privata alternativet är mer fördelaktigt, eftersom annars kommer projektet inte att genomföras.

NAO (2018) framför också kritik av samma slag som parlamentet om att de effektivitetsvinster som anförts att PFI ger upphov till, inte har kunnat beläggas. Trots att så många projekt genomförts under så lång tid finner man inte ens några försök att kvantifiera vinsterna.

### *PFI och PF2 avslutas*

I statsbudgeten 2018 har brittiska regeringen annonserat att PF2 inte kommer att användas för några nya projekt (HM Treasury, 2018). Regeringen har funnit att modellen är inflexibel och allt för komplex. *Office of Budget Responsibility (OBR)* har också identifierat att modellen innebär risker för det offentliga (OBR, 2017). PF2 har enligt regeringen inte använts sedan 2016 och ett nytt center för best practice kommer att inrättas på *Department of Health and Social Care* med syfte att förbättra hanteringen av existerande PFI-kontrakt.

### *NPD*

I Skottland övergav man PFI 2009 som då ersattes med NPD (Non-Profit Distributing). Två förändringar mot PFI genomfördes, dels att avkastningen till den privata aktören begränsas till en ränta som bestäms i konkurrens, dels att den offentliga parten är minoritetsägare i projektbolaget med rätt att lägga veto mot väsentliga förändringar. Förändrat regelverk på EU-nivå kom att innebära att lånen skulle belasta statsskulden vilket ledde till att NDP-modellen år 2014 ersattes av ”the hub programme” som ny modell för offentlig-privat samverkan.

### Europeiska revisionsrätten

Europeiska revisionsrätten har granskat 12 projekt som finansierats genom Europeiska investeringsbanken (European Court of Auditors, 2018). Man menar att PPP försvagar konkurrens, tar lång tid, att riskdelningen inte är ändamålsenlig och att projekten inte jämförts med alternativ upphandling och finansiering och att det därför inte är klarlagt om PPP varit det bästa valet för att genomföra investeringen. Revisionsrätten rekommenderar bland annat att en mer intensiv och bredare användning av PPP inte bör uppmuntras förrän identifierade problem har åtgärdats. Valet av alternativet PPP bör baseras på grundliga jämförande analyser av det bästa upphandlingsalternativet. De ekonomiska konsekvenserna av förseningar och omförhandlingar för den offentliga parten bör minskas.

### Rekommendationer från UNECE och OECD

OECD (2012) och UNECE (2008) har båda rekommendationer för styrning av OPS-projekt. Rekommendationerna är likartade och betonar vikten av transparens genom hela processen och att en rimlig riskfördelning uppnås. Vidare att valet av OPS ska baseras på att det skapar ”value for money” vilket kräver att det ställs i relation till det mest effektiva sättet att leverera genom ett traditionellt upphandlat referensprojekt.

## 5.4.5 Utredningar och rapporter om OPS i Sverige i början av 2000-talet

### Trafikutskottet

Trafikutskottet gav 2007 VTI i uppdrag att genomföra en forskningsöversikt om OPS. Syftet var främst att ta del av erfarenheter och forskningsrön som fanns av genomförda OPS-projekt inom väg och järnvägsområdet. I rapportens (VTI, 2007b) sammanfattning av erfarenheterna av OPS framhålls att trots att det finns länder som använt OPS under relativt lång tid är det vanskligt att dra långtgående slutsatser. Det finns åtminstone tre skäl till att det är så.

Det första är OPS-kontraktets beskaffenhet. Eftersom kontrakten ofta innehåller ett fast pris för byggande, underhåll och drift får

man inte med automatik information om hur stor kostnaden kom att bli i förhållande till det anbud som lämnades. Det kan finnas skäl för den privata parten att hålla inne med sådan information om det faktiska utfallet, inte minst för att minska risken att få en diskussion om ”för höga” vinster.

För det andra måste en bedömning av OPS göras utifrån livscykelperspektiv. Det är först när ett tillräckligt stort antal projekt löpt avtalstiden ut som det är möjligt att bedöma om dess fördelar övervägt nackdelarna. Eftersom OPS-projekt innebär avtalstider på mellan 15 och 30 år har avtalstiden ännu inte löpt ut för flertalet projekt. Det är därför inte möjligt att genomföra denna typ av bedömning.

Ett tredje skäl är bristen på utvärderingar eller kvaliteten på de få utvärderingar som genomförts. Det finns få utvärderingar att tillgå vilket gör det svårt att uttala sig om effekterna av OPS. Trots detta är det möjligt att identifiera några generella slutsatser av de projekt som genomförts.

Slutsatserna sammanfaller i stort med de för- och nackdelar som redovisats i tidigare avsnitt i detta betänkande. Man framhåller bland annat att OPS kan ge förutsättningar för ökad produktivitet i bygg- och anläggningsbranschen. Vidare att modellen är förenad med högre transaktionskostnader och bidrar till kortare byggtider och minskade kostnadsöverdrag. Man framhåller också att det saknas belägg för att OPS inneburit minskade kostnader för staten. Det florerar uppgifter om att OPS blir billigare än traditionella entreprenadmodeller. Det kan mycket väl vara så men det saknas belägg för sådana påståenden i den akademiska litteraturen och i de få uppföljningar som gjorts av offentliga tillsynsmyndigheter. Vidare betonas betydelsen av konkurrens i upphandlingen. Antalet budgivare förefaller vara lägre när ett OPS-projekt upphandlas jämfört med då projekt upphandlas i traditionell form. Detta kan enligt slutsatserna i rapporten dels medföra minskat tryck på att utveckla och öka produktiviteten, dels bristande priskonkurrens.

### Statskontoret

I rapporten *Privatfinansiering genom partnerskap* 1998 undersökte Statskontoret möjligheten att effektivisera användningen av statliga skattemedel vid infrastrukturinvesteringar genom att använda PPP.

I rapporten menar man att modellen genom samarbete och riskdelning kan leda till kostnadsbesparingar för staten. De höga transaktionskostnaderna betonas och man menar att modellen därför lämpar sig bäst för stora projekt. Detta innebär i sin tur att endast stora företag eller konsortier kan lämna anbud. Därigenom blir antalet möjliga anbudsgivare relativt litet och leder till att kostnadspressen på anbudsgivarna minskar. Det är därför viktigt som beställare vara aktiv redan före upphandlingen och försöka attrahera så många anbudsgivare som möjligt. En rekommendation i rapporten var att ta fram en anpassad PPP-modell för Sverige.

2005 sammanfattade Statskontoret sitt arbete med konkurrensfrågor i offentlig sektor i rapporten *Konkurrens i gränslandet mellan det offentliga och privata*. Rapporten från 1998 tas upp och man följer upp vad som hänt. Härvid hänvisas till Ds 2000:65 där en modell för partnerskap vid infrastrukturinvesteringar utvecklats. Man konstaterar att regeringen dock inte beslutat att genomföra något projekt som PPP.

### Ekonomistyrningsverket

Ekonomistyrningsverket redovisade 2006 ett regeringsuppdrag där alternativa sätt att tillhandahålla offentliga tjänster behandlas. Offentlig-privat samverkan är ett av tre alternativ som beskrivs. Det framhålls att Storbritannien är det enda OECD-land där OPS använts i större utsträckning. Potentiella fördelar av den typ som tidigare beskrivits i detta betänkande lyfts fram. Den främsta nackdelen menar man är att modellen är förenad med höga transaktionskostnader och ställer höga krav på upphandlingskompetens. Vad gäller utvärderingar av OPS menar man att erfarenheterna fortfarande är begränsade. De anläggningar som tagits i drift är i början av en lång kontraktsperiod och det går inte att dra några slutsatser utifrån ett livscykelperspektiv. Man framhåller att flera utvärderingar i Storbritannien visar att anläggningar blir klara i tid och inom budget i större utsträckning än projekt som är traditionellt upphandlade. I fall då kostnaden blivit högre än kontrakterat berodde det på ändrade beställningar från den offentliga sektorn.

## Konkurrensverket

Konkurrensverket hade i rapporten *Konkurrensen i Sverige 2007* ett deskriptivt avsnitt om OPS. I avsnittet som delvis byggde på en underlagsrapport av KPMG Bohlins beskrevs OPS i relation till andra entreprenadformer och entreprenadtrappan. Vidare beskrevs för- och nackdelar och internationella erfarenheter. Man lyfter fram de potentiella effektivitetsvinster som åtminstone i teorin finns, samt att erfarenheter visar att OPS-projekt i större utsträckning än traditionella entreprenadformer håller budget och tidsplaner.

2008 kom Konkurrensverket med en PM med en kort beskrivning av OPS och en redovisning av rättsliga förutsättningar i förhållande till upphandlingslagstiftningen. I denna PM beskrivs även utvärdering av OPS-projekt där man bland annat lyfter fram att en rapport i Europeiska investeringsbankens rapportserie (Blanc-Brude m.fl., 2007) visat att anbudspriserna var 24 procent högre för OPS-projekt än för traditionella projekt. Det kan finnas flera orsaker till detta: till exempel högre byggkvalitet, större riskpremie och högre transaktionskostnader. Men man framhåller att det saknas uppgifter om huruvida den totala kostnaden för OPS-projekt är högre eller lägre jämfört med traditionella utförandeentreprenader. Vidare lyfter man fram att såvitt Konkurrensverket erfarit förefaller antalet anbudsgivare vara lägre när OPS-projekt upphandlas jämfört med då projekt upphandlas på traditionellt vis. Möjliga orsaker kan, enligt rapporten, vara riskprofilen och komplexiteten i denna typ av projekt.

## Sveriges Kommuner och Landsting

Under 2009 publicerades två rapporter som behandlar förstudiearbete inför en anläggningsinvestering, där Sveriges Kommuner och Landsting (SKL numera SKR) var en av flera uppdragsgivare. Samarbetsprojektet *Utveckling av Fastighetsföretagande i Offentlig Sektor (UFOS)* där SKL, Akademiska hus, Fortifikationsverket, Statens fastighetsverk och Specialfastigheter i Sverige AB ingick, gav Ernst & Young i uppdrag att ta fram rapporten *Investera med flera. När passar offentlig-privat samverkan vid fastighetsinvesteringar?* I rapporten beskrivs och diskuteras parametrar som är avgörande för val av entreprenadform. Det betonas att OPS är en av flera möjliga genomförandeformer och att valet kan ske först om nuvärdesberäkningar av alternativ

jämförs. Vidare lyfter man bland annat fram vikten av att tidigt involvera kärnverksamheten för att formulera funktionskrav.

SKL gav under 2009 ut ytterligare en rapport, *Riskhantering vid Offentlig Privat Samverkan, OPS*. Även denna rapport togs fram av Ernst & Young. I rapporten skiljer man på OPS-specifika risker och projektspecifika risker. OPS-specifika risker som identifierats är den relativt begränsade erfarenhet som finns av OPS, att det är komplexa tjänster som ska upphandlas i en totallösning och dessutom beskrivas med funktionskrav, samt de långa avtalsperioderna. Projektrisker utgörs av de tre dimensionerna tid, budget/kostnad och kvalitet. I rapporten menar man att projektriskerna avseende tid, budget och kvalitet hanteras mer eller mindre automatiskt genom de incitament modellen skapar.

I arbetet med rapporten fördes också diskussioner med ett antal kommuner som arbetar med samverkansprojekt. Rapporten avslutas med några reflektioner om framgångsfaktorer som identifierats i dessa samtal. Ett processorienterat förhållningssätt i stället för stuprörsperspektiv framhålls. Med rätt verksamhetsstyrning och verksamhetsprocesser skapas förutsättningar för ett effektivt arbete med internkontroll, riskhantering och uppföljning. Om man bestämmer sig för att utveckla arbetet med processledning är det mycket viktigt att integrera detta i den löpande verksamhetsstyrningen. På så sätt legitimeras arbetet och färre delar i arbetet riskerar att hamna utanför. Vikten av att skapa en hållbar struktur för systematisk riskhantering i projekt betonas också.

# 6 Regionernas investeringar

## 6.1 Inledning

De kraftigt ökade investeringarna i regionerna har lett till att dagens investeringsnivåer i byggnader för hälso- och sjukvården är historiskt höga. Som framgått i tidigare kapitel i detta betänkande ger tillgänglig statistik endast en övergripande bild av investeringarna. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL, numera SKR) bidrog med en fördjupad bild i den studie som genomfördes 2014. Sedan 2014 har investeringarna fortsatt att öka och det pågår stora byggprojekt i flera av regionerna.

För att fördjupa bilden av pågående och planerade investeringar i regionerna har utredningen genomfört en kartläggning av regionernas hantering av större investeringsprojekt för hälso- och sjukvården. Kartläggningen omfattar dels en sammanställning av uppgifter från respektive regions budet för 2019, dels intervjuer med respektive regions fastighetschef eller motsvarande. Intervjuerna har genomförts på uppdrag av utredningen av Sweco Society AB. Intervjuerna har dels syftat till att detaljera bilden av vad investeringar avser, dels hur investeringar genomförs i regionerna. Frågor har ställts gällande val av entreprenadform, projektstyrning, utfall mot tidplan och budget, i vilket skede av processen som verksamhetsinnehållet bestäms samt regionernas tillgång till kompetens för större byggnadsinvesteringar.

I kapitlet redovisas först en sammanställning av pågående och planerade investeringar i regioner baserat på sammanställning av uppgifter i respektive regions budget. I de följande avsnitten redovisas resultaten från genomförda intervjuer.

## 6.2 Pågående och planerade investeringar i regionerna

För att få en mer detaljerad bild än den som statistik från SCB ger av investeringsaktiviteten i regionerna har utredningen sammanställt uppgifter om investeringar från respektive regions budget för 2019. Regionerna har olika benämningar på dessa dokument och detaljeringsgraden varierar. Gemensamt är att alla regioner har en budget för 2019 och plan för 2020 och 2021. Några regioner redovisar planer för flera år, vissa till 2028. Vissa av regionerna redovisar även hittills nedlagda kostnader i pågående projekt.

Av budgetdokumenten framgår att det planeras investeringar om totalt drygt 120 miljarder kronor för åren 2019 till 2021. Det kan noteras att i Ekonomirapporten, maj 2019 från SKR redovisas att totala budgeterade och planerade investeringar i regionerna 2019 till 2021 är över 130 miljarder kronor, vilket bygger på enkätsvar med regionernas ekonomidirektörer under våren.

En utmaning med budgetsammanställningen är att regionerna i varierande grad redovisar vad investeringar avser. Baserat på de regioner som redovisar mer nedbrutet avser uppskattningsvis över 60 miljarder av de budgeterade och planerade investeringarna under åren 2019 till 2021 fastigheter. Denna uppskattning exkluderar i möjligaste mån andra fastighetsrelaterade investeringar som till exempel medicinteknisk utrustning.

För att ytterligare detaljera bilden har utredningen tittat på investeringar i akutsjukhusen. Det finns drygt 60 akutsjukhus eller sjukhus med akutmottagning i Sverige. Se till exempel Socialstyrelsens publikationer över besöksfrekvens och väntetider vid akutsjukhusen. Antalet beror på hur sjukhuset definieras. I vissa regioner har en och samma sjukhusorganisation verksamhet vid flera orter. Ett exempel är Skånes universitetssjukhus som har verksamhet i både Lund och Malmö. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018), som kartlagt akutsjukvårdens organisation och arbetsfördelning, har också tagit fram en lista över akutsjukhus. Utifrån dessa underlag har utredningen tagit fram en lista som omfattar 66 akutsjukhus varav 7 är universitetssjukhus.

## Tabell 6.1 Akutsjukhus

| Region | Sjukhus | Region | Sjukhus |
|---|---|---|---|
| **Blekinge** | Blekingesjukhuset Karlskrona | | Södersjukhuset |
| **Dalarna** | Avesta lasarett | | Södertälje sjukhus |
| | Falu lasarett | **Södermanland** | Mälarsjukhuset Eskilstuna |
| | Mora lasarett | | Kullbergska sjukhuset Katrineholm |
| **Gävleborg** | Gävle sjukhus | | Nyköpings lasarett |
| | Hudiksvalls sjukhus | **Uppsala** | Enköpings lasarett |
| **Halland** | Hallands sjukhus Halmstad | | **Akademiska sjukhuset Uppsala** |
| | Hallands sjukhus Varberg | **Värmland** | Arvika sjukhus |
| **Jämtland** | Östersunds sjukhus | | Karlstads sjukhus |
| **Jönköping** | Höglandssjukhuset, Eksjö | | Torsby sjukhus |
| | Länssjukhuset Ryhov, Jönköping | **Västerbotten** | Lycksele lasarett |
| | Värnamo sjukhus | | Skellefteå lasarett |
| **Kalmar** | Länssjukhuset Kalmar | | **Norrlands universitetssjukhus Umeå** |
| | Oskarshamns sjukhus | **Västernorrland** | Sollefteå sjukhus |
| | Västerviks sjukhus | | Sundsvalls sjukhus |
| **Kronoberg** | Ljungby lasarett | | Örnsköldsviks sjukhus |
| | Växjö lasarett | **Västmanland** | Köpings lasarett |
| **Norrbotten** | Gällivare sjukhus | | Västerås lasarett |
| | Kalix sjukhus | **Västra Götaland** | Alingsås lasarett |
| | Kiruna sjukhus | | Södra Älvsborgs sjukhus Borås |
| | Piteå sjukhus | | Kungälvs sjukhus |
| | Sunderby sjukhus, Sunderby | | **Sahlgrenska Universitetssjukhuset** |
| **Skåne** | Helsingborgs lasarett | | **Sahlgrenska Universitetssjukhuset Östra** |
| | Kristianstads sjukhus | | **Sahlgrenska Universitetssjukhuset Mölndal** |
| | **Skånes universitetssjukhus Lund** | | Skaraborgs sjukhus Skövde |
| | **Skånes universitetssjukhus Malmö** | | Skaraborgs sjukhus Lidköping |
| | Ystads lasarett | | NU-sjukvården Uddevalla |
| | Ängelholms sjukhus | **Örebro** | Karlskoga lasarett |
| **Stockholm** | S:t Görans sjukhus | | Lindesbergs lasarett |
| | Danderyds sjukhus | | **Universitetssjukhuset Örebro** |
| | **Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge** | **Östergötland** | **Universitetssjukhuset i Linköping** |
| | **Karolinska Universitetssjukhuset Solna** | | Motala lasarett |
| | Norrtälje sjukhus | | Vrinnevisjukhuset Norrköping |

Utredningen uppskattar att det totalt planeras fastighetsinvesteringar på i storleksordningen 40 miljarder kronor åren 2019 till 2021, varav 20 miljarder avser de sju universitetssjukhusen. Läggs hittills nedlagda kostnader i projekten till ges en bild av storleken på de nu pågående och planerade investeringsprojekten. På detta underlag bedömer utredningen att pågående och planerade investeringar som avser akutsjukhusen i regionerna uppgår till i storleksordningen 100 miljarder kronor, varav halva summan avser universitetssjukhusen. Detta kan ställas i relation till den summa SKL tog fram 2014 på 86 miljarder kronor. Då uppskattades värdet på hela investeringsportföljen i fastigheter för vården medan utredningen har begränsat urvalet till akutsjukhusen.

Det bör noteras att detta är totala investeringar vid akutsjukhusen och omfattar därmed såväl nyproduktion, som underhåll och ombyggnation. På underlag av respektive regions budget och plan har det inte varit möjligt att i för tillräckligt många regioner få fram hur stor del av dessa investeringar i fastigheter som avser nybyggnad, ombyggnad eller underhåll. I anslutning till fastighetsinvesteringar och byggprojekt inom vården genomförs ofta inte obetydliga investeringar i medicinteknisk utrustning. Det är emellertid alltför få av regionerna som särredovisar budgeterade och planerade investeringar i medicinteknisk utrustning. Därför har det inte varit möjligt för utredningen att sammanställa sådana investeringar på sjukhusnivå.

## 6.3 Pågående större byggnadsinvesteringar i regionerna

För att ytterligare kvalificera bilden av regionernas investeringar har utredningen låtit genomföra intervjuer med regionernas fastighetschefer. Intervjuerna har genomförts av Sweco Society AB. Av intervjuerna framgår att 18 av landets 21 regioner har genomfört större byggnadsinvesteringar (över 400 miljoner kronor) under de senaste fem åren, alternativt är långt framme i planering och/eller genomförande av sådana. Störst investeringar genomförs i storstadsregionerna följt av regioner med universitetssjukhus. Intervjuerna bekräftar bilden av att totala pågående och planerade bygginvesteringar i regionerna uppgår till i storleksordningen 100 miljarder kronor i hälso- och sjukvården.

### Störst investeringar i storstadsregionerna

De största investeringarna genomförs i de tre största regionerna, som också har en ökande befolkning – Region Stockholm, Västra Götalandsregionen och Region Skåne. Byggnadsinvesteringar för hälso- och sjukvården uppgår i dessa regioner till 2,5 till 4 miljarder kronor per år.

**Region Stockholms** investeringar under 2019 uppgår till cirka 3,5 miljarder kronor, efter att ha varit 4,6 miljarder år 2018. De närmaste åren väntas en dämpning till cirka 2,5 till 3 miljarder kronor per år. Regionen arbetar efter planen Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) som nu är långt framme i genomförandet. FHS beskrivs mer i detalj längre fram i detta betänkande. Det nybyggda universitetssjukhuset Nya Karolinska Solna (NKS) kommer att ansvara för den allra mest högspecialiserade vården. Investeringar görs för att bygga om och bygga nytt på de flesta av länets sjukhus. Här redovisas de största pågående investeringarna:

- *Södertälje Sjukhus* etapp 1, vård- och behandlingsytor, ny- och ombyggnation.
- *Södersjukhuset*, främst nyproduktion, allt från operationssalar, obduktion röntgen, stor sterilcentral, ny vårdbyggnad med vårdsalar och helt ny försörjningsbyggnad.
- *Danderyds Sjukhus*, främst nyproduktion. Ny behandlingsbyggnad med akutdel klar.
- *Karolinska Sjukhuset Huddinge*, bland annat ny byggnad Chopin. Främst nya operationssalar, röntgen sterilcentral.
- *S:t Görans Sjukhus*, kombination av ny- och ombyggnad. Innehåller också hela vårdkedjan, både vård och behandling, sterilcentral, förlossning.
- *Karolinska Solna* (gamla Thorax), vårdplatser m.m.
- De *mindre lokalsjukhusen*, bland annat Sollentuna och Nacka, ett antal projekt med mest vårdplatser, geriatrik, psykiatri.

**Västra Götalandsregionen** gör investeringar på cirka 4 miljarder kronor per år. De största investeringarna som pågår eller planeras är:

- *Östra Sjukhuset*, ny byggnad för kvinnosjukvård, samt investeringar vid *Drottning Silvias barnsjukhus*.
- *Borås Sjukhus*, Psykiatrins kvarter.
- *Skaraborgs Sjukhus, Skövde*, en stor förändring av sjukhuset genomförs.
- *Kungälvs Sjukhus*, ny vårdbyggnad för slutenvård.
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset, *Sahlgrenska Life*, är i programskede.

**Region Skåne** investerar uppskattningsvis cirka 2,7 miljarder kronor per år. De största investeringarna är:

- *Skånes universitetssjukhus. NSM – det nya sjukhusområdet i Malmö*. Projektet innehåller flera delar, bland annat en servicebyggnad, och en stor vårdbyggnad. I *Lund* har stora framtida investeringsbehov identifierats.
- *Helsingborgs Sjukhus*, nybyggnad och en stor ombyggnad.
- *Hässleholm*, FORTH (Framtidens ortopedi).

### Övriga regioner med universitetssjukhus

Regioner med universitetssjukhus som inte tillhör de tre storstadsområdena har också en hög investeringsnivå, i storleksordningen 1 till 1,5 miljarder kronor per år.

**Region Uppsala** genomför investeringar på cirka 1,1 miljarder kronor per år. Den största investeringen är på Akademiska Sjukhuset i Uppsala, ”Ingång 100–101”. Ny vård- och behandlingsbyggnad som kommer att inrymma högteknologiska operationssalar och avancerade behandlingar för de allra svårast sjuka. Samtidigt innehåller huset moderna dagvårds- och vårdavdelningar.

**Region Västerbotten** investerar cirka 1,1 miljarder kronor under 2019. Investeringarna väntas bli lägre de närmaste åren, men behoven är

stora. De största investeringarna finns på Norrlands universitetssjukhus i Umeå, med stor byggnad för psykiatri, laboratoriebyggnad och renoveringsprojekt. I utvecklingsplanen finns planerade investeringar i Lycksele. Framtida investeringsbehov finns även i Skellefteå.

**Region Örebro län** investerar cirka 1 miljard kronor per år. Den största investeringen görs på Universitetssjukhuset Örebro, med nytt högspecialistsjukhus inklusive akutmottagning. Där investeras även i parkeringshus med godsmottagning. Något mindre investeringar har gjorts i Karlskoga och görs i Lindesberg.

**Region Östergötland** investerar cirka 1,5 miljarder kronor per år. På Universitetssjukhuset i Linköping pågår ett stort projekt i tre etapper, med nya huskroppar, ombyggnad och nybyggnad av i huvudsak psykiatri. På Vrinnevisjukhuset i Norrköping pågår flera projekt. I Vadstena byggs en helt ny anläggning för rättspsykiatri. I Finspång byggs vårdcentrum med bland annat vårdcentral, vårdavdelningar, mödravård.

### Övriga regioner som genomfört eller planerar större byggnadsinvesteringar

Regioner som inte har universitetssjukhus men som genomfört eller planerar större byggnadsinvesteringar i hälso- och sjukvården har en investeringsnivå per år i ett brett spann, beroende på om en stor investering redan genomförts, håller på att genomföras eller finns med i en framtidsplanering. Investeringsnivån per år i dessa regioner uppgår till mellan 50 och 800 miljoner kronor.

**Region Blekinge** investerar på Blekingesjukhuset i Karlskrona i ett nytt hus för bland annat mikrobiologi, patologi och bröstcancer. I femårsplanen finns även investeringar för högspecialiserad vård i Karlskrona.

**Region Dalarna** investerar i Mora, för vårdcentral och habilitering. En investering på Falu lasarett är i upphandlingsfas.

**Region Gävleborg** genomför projekt Framtidsbygget med stora åtgärder på Gävle och Hudiksvalls sjukhus under tio år.

**Region Jönköpings län** genomför investeringar vid Länssjukhuset Ryhov i Jönköping och vid Höglandssjukhuset i Eksjö. En investering vid Värnamo Sjukhus är i slutfas.

**Region Kalmar** investerar i psykiatri i Kalmar och programarbete pågår även för investering i psykiatri i Västervik.

**Region Kronoberg** investerar för vuxenpsykiatri i Växjö. Investering pågår även vid Ljungby lasarett. Inriktningsbeslut är också taget för ett nytt sjukhus i Växjö.

**Region Norrbotten** investerar i två olika projekt vid Sunderbyns sjukhus mellan Luleå och Boden. En stor fråga som diskuteras gäller Kiruna sjukhus, som inte kan vara kvar i nuvarande läge på grund av gruvbrytningen.

**Region Sörmland** genomför stora sjukhusinvesteringar. Mälarsjukhuset i Eskilstuna, sjukhuset i Nyköping och Kullbergska sjukhuset i Katrineholm är föremål för om- och nybyggnader. Karsuddens sjukhus (rättspsykiatri) moderniseras.

**Region Värmland** har byggt operationshus vid Karlstads sjukhus. Bygget var klart 2016. Vid Karlstads sjukhus finns också förstudie om ersättningslokaler för akut, onkologi och medicin. Det finns dock inga genomförandebeslut.

**Region Västernorrland** bygger bland annat nytt operationscentrum vid Sundsvalls Sjukhus.

**Region Västmanland** har ett kommande projekt för nytt akutsjukhus i Västerås. I Sala byggs ny vårdbyggnad.

### Regioner som inte genomfört större byggnadsinvesteringar

De regioner som inte genomfört större byggnadsinvesteringar under de senaste fem åren är Region Gotland, Region Halland och Region Jämtland Härjedalen. Dessa regioners investeringsnivå per år är för närvarande 150 miljoner kronor eller betydligt mindre.

**Region Gotland** byggde om Visby lasarett i mitten av 1990-talet och har därför ett relativt modernt sjukhus. Nybyggnad av akutmottagning projekteras nu.

**Region Halland** har ett fastighetsbestånd där tre fjärdedelar är äldre än 30 år. En fastighetsutvecklingsplan tas nu fram för respektive sjukhusområde i Halmstad, Varberg och Kungsbacka.

**Region Jämtland Härjedalen** har gjort förstudie för en omvandling av Östersunds sjukhus.

## 6.4 Vilka entreprenadformer används av regionerna?[1]

### Regionernas val av entreprenadformer

Av intervjuerna framgår att för mindre och normalstora projekt är utförandeentreprenader vanligast, ofta som generalentreprenader. För stora och komplexa projekt har olika former av partnering, eller samverkansentreprenad, blivit den vanligaste formen. 17 av de 21 regionerna har prövat partnering och i ytterligare två regioner finns det intresse för modellen inför kommande projekt. De flesta uttrycker positiva erfarenheter. Kritiska synpunkter på formen förekommer också, framför allt i storstadsområdena.

I några regioner som arbetar med partnering används, eller planeras användas även utförande- eller totalentreprenader för stora projekt. Några anger att det beror på negativa erfarenheter av partnering, medan andra vill jämföra formerna fortgående eller anser att olika investeringsprojekt lämpar sig bättre eller sämre för den ena eller andra entreprenadformen.

### Regionernas erfarenheter av partnering

*Behov av ömsesidig förståelse för vad partnering innebär*

I intervjuerna lyfter flera fram att partnering innebär ett annat sätt att tänka än vid traditionella entreprenadformer. I ett fall uttrycks detta som ”agilt tänkande”. Det betonas från flera regioner att nyckelord

[1] För en genomgång av entreprenadformer se kapitel 5.

är samarbete, öppna kort, öppna böcker och delaktighet i allt. Om parterna agerar som vid traditionella entreprenadformer så fungerar modellen med partnering dåligt.

*Passar bäst för stora, komplexa projekt*

Några regioner reflekterar i intervjuerna kring i vilka sammanhang det är en lämplig form. ”Partnering ska ha komplexitet, svårighet och storlek om det ska finnas anledning” är en synpunkt.

Från en region framförs att projekten bör vara minst i storleksordningen 0,5 till 1 miljard kronor. För mindre projekt blir den nära samverkan och behovet av organisation för omfattande för att det ska vara lönsamt.

Partnering ses som särskilt lämpligt när det gäller ombyggnader av äldre fastigheter, där det till exempel före byggstart inte är känt i vilket skick vatten- och avloppssystemen är. Ombyggnad under pågående hälso- och sjukvårdsverksamhet innebär också hänsynstaganden som är svåra att se omfattningen av i förväg. Den nära samverkan ger jämfört med traditionella entreprenadformer större flexibilitet vid oväntade problem och möjligheter att gemensamt identifiera tekniska lösningar som inte fanns med i den ursprungliga projekteringen.

*Aktiv medverkan från regionen, med kompetent beställarorganisation*

De flesta regioner betonar vikten av aktiv medverkan från regionen som beställare, om partnering ska vara en bra form. ”Det är annars lätt att projektet övergår i en totalentreprenad”, uttrycker en av de intervjuade. Regionen behöver vara med i kalkylarbetet. Det räcker inte att entreprenören gör kalkylerna och sänder över till beställaren för godkännande.

Partnering kräver en tydlig beställarorganisation med kompetens, vilket innebär problem för regioner som står inför ett eller flera stora investeringsprojekt efter ett antal år med endast mindre projekt. Här finns ett särskilt dilemma för regioner som har så liten egen erfarenhet av stora, komplexa projekt att man har svårt att genomföra en projektering inför en upphandling för traditionell entreprenad utan måste vara beroende av entreprenören i ett tidigt skede.

*Några vägval när det gäller avtalet mellan beställare och entreprenör*

Flera regioner tar upp att partnering bygger på att entreprenören är med i ett tidigt skede, så att projekteringen sker i samverkan. Upphandlingen av denna del bygger bland annat på ”mjuka parametrar” som entreprenörens erfarenheter, kompetens och organisation. På så sätt kan entreprenörens erfarenhet av byggande och beställarens kunskap om verksamheten utnyttjas för att gemensamt finna de bästa lösningarna. Parterna ska komma överens om dels en riktkostnad, dels vilken vinst som entreprenören får ta ut i byggprojektet. En utmaning för regionen är att det finns incitament för entreprenören att uppnå en hög riktkostnad. Om parterna inte kommer överens kan regionen gå vidare med en konkurrensutsatt utförandeentreprenad.

Det finns dock regioner som inte har valt ovanstående väg, utan först projekterar med egna eller särskilt upphandlade resurser. Andra regioner varnar för detta och menar att man då inte får ut fördelarna med partnering. ”Om man först producerar bygghandlingar och sedan går in i partnering blir det stafettpinnar i stället för samverkan”, uttrycks det i en intervju.

En del regioner har använt en modell med incitament, oftast så att entreprenören utöver ett procentpåslag på riktkostnaden också får andel av vinsten om projektet underskrider riktkostnaden. Tendensen tycks dock vara att man överger incitamenten och bara har procentpåslag på riktkostnad.

*Fördelar och nackdelar*

Flera fördelar med partnering har beskrivits i intervjuerna:

- Större möjlighet till god kvalitet och god arbetsmiljö i projektet genom öppna böcker, samarbete och bra arbetsklimat. I produktionsskedet jobbar man mot samma mål. Man slipper i slutet diskutera kostnader och få otrevligt avslut. Teamkänsla uppstår genom gemensamt projektkontor.
- Man tjänar tid. Mycket arbete kan göras samtidigt som man projekterar, så bygget kan komma igång tidigare.

- Projekten har lättare att hålla budget. Båda parter har drivkraft att leverera en produkt som underskrider riktkostnaden. Det går att hitta ekonomiskt smartare lösningar under resans gång.
- Risken delas på tydligare sätt mellan regionen och entreprenören än i fastprisentreprenad.
- När hälso- och sjukvårdsproduktion pågår samtidigt, och det finns osäkerheter om fastighetens skick, krävs den samverkan och flexibilitet som partnering ger.

Det finns också regioner som har avstått från partnering eller har negativa erfarenheter. Skäl som anförs är:

- Projekten blir dyrare.
- Entreprenören avhänder sig ekonomiska risker.
- Regionen behöver själv ha rådighet över projekteringen med egen hög kompetens.
- Det är svårare att göra projektet tydligt för politiska beslutsfattare.

## 6.5 Projektstyrning

Gemensamt för regionerna, oberoende av vilken entreprenadform det handlar om, är att man i intervjuerna betonar vikten av att ha en strukturerad process. Tydlighet om vem som fattar vilka beslut är viktigt.

Det finns inte någon gemensam projektstyrningsmodell. Projektstyrningen i regionerna är olika tydligt strukturerad och dokumenterad. I något fall hänvisas till en projekthandbok som dokumenterar hur projekt ska styras, hur beslut tas, styrande dokument, dokumentmallar, återrapportering och uppföljning.

Flera respondenter tar upp vikten av en politiskt beslutad investeringsprocess med tydliga riktlinjer för i vilka skeden politiska beslut ska tas, vilka krav som ställs, återrapportering m.m.

Några betonar att det är viktigt att tillåta sig att inte ha bråttom, vilket har varit ett problem i regioner där behoven har hunnit bli stora och flera stora projekt blir aktuella parallellt. Om ett genomförandeskede startas utan att en fullgod förstudie genomförts, och senare en genomarbetad systemhandling utarbetats, resulterar detta i mindre

genomtänkta beslut. Det riskerar leda till onödigt stora kostnader och produkter som inte är ändamålsenliga.

I entreprenadformen partnering är projektstyrningen mer omfattande från regionens sida än vid total- och utförandeentreprenader, såväl i det inledande skedet som i produktionsfasen. ”Det kostar lite mer att projektstyra en partnering, för vi måste vara med. Hade vi haft totalentreprenad hade det räckt med att följa” säger en respondent.

Det krävs dels en fortlöpande samverkan på ledningsnivå, dels att beställaren har representanter ute på arbetsplatserna, gärna i gemensamma projektkontor med entreprenören.

Övergripande styrning för partnering sker ofta i någon typ av projektråd eller styrgrupp med representanter för beställaren och utföraren. Det förekommer också att en partneringledare tillsätts med uppgiften att säkerställa att andemeningen i partnering behålls. Denna utses gemensamt av beställaren och entreprenören och ska ha en neutral roll i projektet.

Regionerna strävar efter att ha egen personal som projektchef/projektledare, medan man ofta köper in kompetens för kontrollfunktioner i projekten. För projekt i miljardklassen har regionen ofta en projektledare på heltid och därutöver experter på VVS, el, fastighetsautomation m.m. Utöver det finns på beställarsidan besiktningspersoner, kontrollanter, kvalitetsledare och dylikt ofta som köpta tjänster.

I inledningen behövs en kraftfull behovsanalys som prövas ur regionledningsperspektiv. Sjukhusens behov testas mot regionens övergripande planering. Vikten av delaktighet från hälso- och sjukvårdsverksamheterna betonas starkt. Deras insatser behöver komma mycket tidigt i projekten. Aktiv dialog med verksamheterna i de första skedena, bland annat genom lokalutvecklare, är en förutsättning för att kunna fastställa projektens innehåll och undvika propåer om kostsamma förändringar och ombyggnader i senare skeden. Det är väsentligt för en realistisk dialog om behov och möjligheter att alla kostnader förs ut i projekten, så att verksamheterna är medvetna om att man kommer att få betala fullt ut för varje kvadratmeter man hyr.

## 6.6 Utfall mot budget och tidplan

Den allmänna bilden är att tidsplaner hålls och att ekonomin är under kontroll. Större utmaningar beskrivs i storstadsområdena än i resten av landet. Flera regioner utanför storstadsområdena ger positiva beskrivningar av hur partnering ger stöd för att hålla tider och klara ekonomin – i en del fall till och med under budget.

Ett problem som nämns av flera är att medel budgeteras på årsbasis. Siffror för kostnad i ett väldigt tidigt skede blir en sanning, trots att projektens innehåll förändras och att kostnadsbilden kan bli annorlunda i en högkonjunktur. En respondent ser det önskvärt att avsätta medel på årsbasis för förstudier, för att hamna mer rätt från början och kunna presentera väl genomarbetade underlag för de politiska organen. Stora beslut ska inte tas för tidigt.

## 6.7 Verksamhetsinnehåll – i vilket skede bestäms det?

En övervägande uppfattning från fastighetscheferna är att verksamhetsinnehållet bör bestämmas tidigt i processen. Det blir kostnadsdrivande att ändra i senare skeden. Vissa delar av ett sjukhus kan behöva vara högteknologiskt specialbyggda och kräva specialbetong, tjocka väggar, massiva dörrar och så vidare. Det innebär att det kan vara kostsamt att flytta om verksamheter i huset i ett sent stadium. Därför är det viktigt att ha verksamheterna med från början och att de får tillit till att deras behov kommer att tillgodoses. Det kan också vara viktigt att sätta gränser, så att önskemål om förändringar kräver starka skäl för att tillgodoses och förs högt upp i organisationen för beslut.

Det finns emellertid även de som förespråkar att ett hus ska kunna hantera många typer av verksamheter, från tung vård till administration. Innehållet behöver då inte vara så detaljerat beskrivet. Dock kan det vara annorlunda vid högteknologisk vård, där utrustningen ofta är väldigt byggnadsberoende.

## 6.8 Tillgång på kompetens för större byggnadsinvesteringar

Det beskrivs av en respondent som en branschgemensam utmaning att en generation med kompetens om byggnadsinvesteringar lämnade branschen vid fastighetskraschen tidigare. Några intervjuade berättar också att man har flera medarbetare som närmar sig pensionsåldern. Det är inte tillräckligt många personer som har ersatt dem som slutat och som haft möjlighet att skaffa sig stor erfarenhet. Konkurrensen om erfaren kompetens är stor och lönerna har drivits upp.

Intrycket är ändå att regionerna anser sig lyckas rekrytera bra medarbetare. Att arbeta med sjukvårdsfastigheter attraherar vissa, bland annat beroende på att tekniken och komplexiteten i projekten erbjuder utmaningar.

Det finns stark önskan att ha en kvalificerad beställarorganisation med egen anställd personal. Men i regionerna finns inte en jämn sysselsättning i stora projekt, vilket gör att extern kompetens blir nödvändig. Konsulter anlitas för bland annat projektering, särskilt med expertis i form av arkitekter och på områden som till exempel brand, akustik och tillgänglighet. Strävan är dock att ha egen personal på chefs- och nyckelpositioner.

Flera av de intervjuade beskriver att det i mycket är samma konsulter som är med i olika projekt, och att detta är sårbart. I övrigt uttrycks synpunkter om att kvaliteten har gått ner hos konsultföretagen och att de bemannar med alltför juniora personer på avancerade uppdrag.

En respondent nämner särskilt att det är svårt att hitta kompetenta tekniker som ska driva sjukhusen i framtiden. Historiskt har man inte utbildat fastighetstekniker i sina system.

# 7 Strukturförändringar, investeringar och styrmodeller

I detta avsnitt redogör utredningen för pågående och planerade strukturförändringar inom hälso- och sjukvården och hur de styrs. Nära kopplat till detta är planeringen av investeringar inom hälso- och sjukvården, hur de styrs i dag och hur de tidigare har styrts. I ett avslutande avsnitt presenteras olika styrmodeller inom vården, med särskilt fokus på värdebaserad vård.

## 7.1 Strukturförändring inom hälso- och sjukvården

Regeringens proposition om styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti (prop. 2017/18:83) antogs av riksdagen 2018. I propositionen uttalar regeringen att svensk sjukvård behöver omstruktureras för att åstadkomma ökad kvalitet, bättre tillgänglighet och effektivare resursutnyttjande samtidigt som patientens behov sätts i centrum. Primärvården ska vara basen i hälso- och sjukvården, vilket kräver en förflyttning från den sjukhustunga hälso- och sjukvården till en förstärkt första linjens primärvård. I detta ligger också överföring av resurser till primärvården. Denna ambition har funnits under lång tid. Redan under 1970-talet uttalades behovet av en förändrad vårdstruktur mot ökad öppenvård och minskad slutenvård.

### 7.1.1 Hur styrs och samordnas förändringarna?

Ansvaret för strukturförändring inom hälso- och sjukvården ligger på flera olika aktörer. Staten genom Socialstyrelsen ansvarar för nivåstruktureringen av den nationella högspecialiserade vården. Arbetet

med omställningen till en god och nära vård bedrivs ute i regioner och kommuner med stöd av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Den statliga utredningen för en samordnad utveckling för god och nära vård (dir 2017:24) stödjer detta arbete. Huvudansvaret för den regionala nivåstruktureringen, det vill säga strukturförändringen av den öppna och slutna vård som inte definieras som nationell högspecialiserad vård eller primärvård, ligger på de enskilda regionerna och i vissa delar av landet även på samverkansregionerna.

*Nationell högspecialiserad vård*

Den högspecialiserade vården kännetecknas av att den är komplex, avancerad, investeringstung och sällan förekommande. Den är också beroende av olika specialistkompetenser som samverkar kring patienten. Det finns ingen enhetlig definition av begreppet högspecialiserad vård. Innebörden har förändrats över tid alltefter som nya behandlingsmöjligheter har tillkommit. Den nu gällande definitionen av nationell högspecialiserad vård är ”offentligt finansierad vård som bedrivs vid som mest fem enheter i landet och där endast ett fåtal vårdgivare i landet kan uppfylla kraven på kompetens, tillgänglighet och arbete i multidisciplinära team”. Högspecialiserad vård utförs framför allt på universitetssjukhusen men också på vissa regionsjukhus. Den utgör en liten, men viktig del av vårdkedjan.

Olika modeller har prövats för styrning och samordning av den nationella högspecialiserade vården under de senaste decennierna. Under perioden 2007 till 2018 gällde systemet för rikssjukvård där Socialstyrelsen beslutade om vilken hälso- och sjukvård som skulle utgöra rikssjukvård och var den skulle bedrivas. Totalt under denna period definierades femton områden som rikssjukvård och 21 tillstånd beviljades. Systemet kritiserades för att vara alltför tidskrävande och ineffektivt i förhållande till antalet beslutade tillstånd.

Syftet med att koncentrera den högspecialiserade vården nationellt är att öka kvaliteten i vården och att patienterna ska få en jämlik vård oavsett var i landet de bor. Det ska också leda till ökad säkerhet för patienterna. För vården innebär nivåstruktureringen en möjlighet att profilera sig inom olika områden och bygga upp olika specialistcentra. Ett större patientunderlag för en högspecialiserad verksamhet

skapar nödvändiga förutsättningar för att bedriva högkvalitativ forskning, utbildning och rekrytera spetskompetens.

Socialstyrelsen ansvarar för processen att nivåstrukturera den högspecialiserade vården på nationell nivå. Det görs i flera steg. I ett första steg har Socialstyrelsen tillsammans med nationella programområdesgrupper (NPO) gjort en bruttokartläggning av vårdområden som kan vara aktuella för nationell högspecialiserad vård. Nästa steg i processen är att ta ställning till vilka vårdområden från bruttolistan som bör genomlysas av experter. För detta arbete bildas ett antal sakkunniggrupper. Ytterligare sakkunniggrupper för olika vårdområden kommer att starta successivt under de kommande åren. Sakkunniggrupperna tar fram underlag för olika vårdområden. Underlagen går sedan ut på remiss till de remissinstanser som har bidragit till Socialstyrelsens föreskrift för nationell högspecialiserad vård. Även andra intresserade har möjlighet att lämna synpunkter på sakkunniggruppernas underlag. Syftet med remissförfarandet är att kunna göra en bred konsekvensanalys innan Socialstyrelsen fattar beslut om vad som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och på hur många ställen vården ska bedrivas. Innan Socialstyrelsens beslut kommer även en beredningsgrupp att lämna ett yttrande. Beredningsgruppen leds av Socialstyrelsen och består bland annat av experter med god kännedom om hälso- och sjukvårdssystemet. Efter remissperioden och Socialstyrelsens beslut kommer regionerna att kunna ansöka om tillstånd att bedriva vården. Nämnden för nationell högspecialiserad vård vid Socialstyrelsen fattar beslut om tillstånd liksom om villkor för den nationella högspecialiserade vården. Nämnden beslutar också om återkallande av tillstånd. Det finns ingen statlig finansiering eller någon nationell ersättningsmodell för den nationella högspecialiserade vården. Ersättning utgår från de avtal som sluts mellan samverkansregioner och enskilda regioner.

### *God och nära vård*

Regeringen gav 2017 i uppdrag till en särskild utredare att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård stödja regioner, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredningen (S 2017:01), som tagit namnet Samordnad

utveckling för god och nära vård, ska bland annat i dialog med företrädare för samtliga regioner, myndigheter och andra berörda aktörer utarbeta en nationell plan där primärvården är utgångspunkten för en ökad närhet till patienten. Utredningen har bland annat presenterat en färdplan för omställningen till god och nära vård. Som en del i detta ligger att analysera en resursöverföring från sjukhusvård till primärvård. I planen ska utredaren redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet. Utredningen ska lämna ett betänkande om detta i mars 2020. Utredningen har i tilläggsdirektiv givits i uppdrag att utreda frågan om en ny vårdform vid lättare psykisk ohälsa, vilket ska redovisas i januari 2021.

SKL (numera SKR) skriver i Hälso- och sjukvårdsrapporten 2019 att det krävs en omställning i hela vårdkedjan, från en reaktiv sjukhustung organisationsfokuserad vård till en proaktiv, relationsbaserad vård nära patienter och brukare. Detta för att hälso- och sjukvården samt den kommunala vården och omsorgen ska kunna vara fortsatt effektiv, av hög kvalitet och kunna möta den demografiska utvecklingen och invånarnas behov. SKR stödjer regioner och kommuner i deras utvecklingsarbete utifrån färdplanen som nämns ovan.

På regional och lokal nivå tas lokala målbilder och strategier fram liksom mått för uppföljning. Att hitta uppföljningsmått och indikatorer som kan följa omställningen är komplext. SKR arbetar därför tillsammans med företrädare för regioner och kommuner för att definiera möjliga gemensamma mått och indikatorer. Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i regeringsuppdrag gett förslag på indikatorer som staten kan använda vid uppföljning av och dialog med regioner och kommuner. Förslagen kan komma att ingå i en fastare nationell uppföljningsmodell, och blir då relevanta även för uppföljningen av omställningen mot en god och nära vård. Omställningen är långsiktig och kommer ta tid menar SKR. Följande rörelser kan ses som tecken på omställning:

- från sluten vård till öppen vård
- från akut och oplanerad vård till planerad vård
- mot bättre samverkan mellan specialiserad vård och primärvård
- mot bättre tillgänglighet i primärvård/nära vård

- mot ökade hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och proaktiva insatser
- mot personcentrering och ökad delaktighet
- mot ökad jämlikhet.

*Regional nivåstrukturering*

Omställningen till en god och nära vård samt satsningen på nationell högspecialiserad vård påverkar också övriga delar av hälso- och sjukvården. Regeringen har pekat på behovet av att nivåstrukturera vården även längre ned i vårdkedjan (prop. 2017/18:40). Medan ansvaret för nivåstruktureringen av den nationella högspecialiserade vården ligger på nationell och statlig nivå, ligger ansvaret för beslut om koncentration av vård på regional nivå på respektive samverkansregion och dess ingående regioner. Argumentet är att den lokala förankringen är avgörande för legitimiteten i och följsamheten till beslut med lokal inverkan. Utmaningen är att samverkansregionerna skiljer sig åt vad gäller beslutsmandat. För att åstadkomma en nivåstrukturering av vården på regional nivå menar regeringen att samverkansregionernas mandat måste stärkas och tydliggöras. Regeringen pekar också på behovet av att följa utvecklingen av hur koncentrationen av vård utvecklas på regional nivå. Det finns ingen nationell aktör som samordnar eller följer upp den regionala nivåstruktureringen. Utredningen har därför inte kunnat få en klar bild av hur utvecklingen ser ut eller hur den bör se ut.

## 7.2 Planering och investeringar inom hälso- och sjukvården

Strukturförändringarna i hälso- och sjukvården får också konsekvenser för planering och styrning av investeringar. De investeringar som nu görs och planeras inom hälso- och sjukvården kan jämföras med de omfattande investeringar i sjukhusbyggnader som gjordes under perioden från 1950-talet fram till 1980-talet i Sverige. Mycket av det som i dag ersätts eller renoveras är byggt under denna tid. Mot bakgrund av detta har utredningen ställt sig frågan hur planering och styrning av investeringar såg ut under den tidigare utbyggnaden av

hälso- och sjukvården. Vilka aktörer fanns då och vilken lagstiftning? Samordnades investeringarna på nationell nivå? Detta för att kunna jämföra med hur styrningen ser ut idag.

### 7.2.1 Då: staten samordnade, beslutade och gav stöd till landstingen

Från 1960-talet fram till slutet av 1980-talet hade staten och landstingskommunerna ett gemensamt ansvar för hälso- och sjukvårdens omfattning, kvalitet och framtida utveckling.[1]

Läget, utmaningar och problem inom hälso- och sjukvården beskrevs i hög grad på samma sätt då som i dag: en ökande andel äldre, en ökad efterfrågan på hälso- och sjukvård, svårigheter att rekrytera personal, väntetider för vissa behandlingar samt brister i kontinuitet och omvårdnad. Även utvecklingsfrågorna för hälso- och sjukvården var likartade. Det handlade om att åstadkomma en förändrad vårdstruktur genom utbyggnad av öppen vård och en minskning av andelen slutenvård vid sjukhus. Förändringen av vårdstrukturen sågs som mycket komplicerad och bedömdes pågå under en längre tidsperiod. Med hänsyn till bland annat ansvarsuppdelningen inom hälso- och sjukvården ansågs det viktigt att arbetet bedrevs väl samordnat och för att åstadkomma en förändring behövde fortsatta åtgärder på riksnivå vidtas. Åtgärderna skulle bland annat inriktas på att stödja sjukvårdshuvudmännens långsiktiga arbete med att förändra vårdstrukturen. Flera statliga aktörer skulle gemensamt, genom aktiva åtgärder, stödja huvudmännens omstrukturerings- och utvecklingsarbete.

Under framför allt 1970-talet tog varje landsting fram strategiska planer och femåriga genomförandeplaner samt årsbudgetar för vidareutvecklingen av hälso- och sjukvården. Statens uppgift var att på riksplanet samordna de olika delarna av samhällsverksamheten och göra de avvägningar som var nödvändiga för att utnyttja tillgängliga resurser med hänsyn till den övergripande välfärdspolitiken. Det innebar bland annat att staten påverkade omfattningen och inriktningen av hälso- och sjukvården. Vissa planeringsfrågor behandlades i Socialdepartementets sjukvårdsdelegation. Som central förvaltningsmyndighet för hälso- och sjukvården medverkade Socialstyrelsen i planeringen på central nivå och svarade för tillsynen inom området. Med

[1] Detta avsnitt bygger huvudsakligen på prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m.

stöd av lagen (1971:1204) om byggnadstillstånd kunde staten avgöra vilka större byggnadsprojekt bland annat inom hälso- och sjukvården som skulle få komma till stånd. Ett antal statliga aktörer godkände investeringar och byggnationer av sjukhus. Forsknings- och utvecklingsarbete bedrevs i första hand vid statliga högskoleinstitutioner och vid statliga eller kommunala undervisningssjukhus med statliga bidrag.

## Lagstiftning

Två lagar reglerade investering och byggnation av sjukhus: sjukvårdslagen (1962:242) och lagen om byggnadstillstånd (1971:1204).

Sjukvårdslagen reglerade ansvaret för sjukvård, tillsyn, anordnande av sjukhus (bland annat definitioner av olika typer av sjukhus), direktion och tjänster vid sjukhusen. Av 8 § sjukvårdslagen framgick att ”anläggning av sjukhus må icke påbörjas förrän sjukhusets förläggning även som ritningar godkänts i den ordning konungen bestämmer. Vad nu sagts skall gälla jämväl större till- eller ombyggnad av sjukhus.” Sjukvårdslagen ersattes 1983 med hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som gav stort utrymme för landstingskommunerna att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar.

Lagen om byggnadstillstånd infördes 1971. Lagen hade sin grund i regelverk om byggnadstillstånd som infördes redan på 1940-talet. Syftet var i huvudsak arbetsmarknadspolitiskt och handlade om att reglera tillgången på arbetskraft och byggnadsmaterial över landet. Staten kunde, med stöd av lagen, avgöra vilka större byggnadsprojekt bland annat inom hälso- och sjukvården som fick komma till stånd. I lagen nämns dock inte specifikt byggnation av sjukhus, det framgår i stället av förordning (1986:777) om byggnadstillstånd. Lagen upphävdes 2012 (SFS 2012:412). Anledningen var att regelverket inte utnyttjats på över 20 år. En nackdel med att upphäva lagen bedömdes vara att statistik och information om pågående och kommande byggnadsprojekt gick förlorad.

## Statliga aktörer

Det fanns flera statliga aktörer som hade en roll i styrningen av hälso- och sjukvården under 1960-talet fram till 1990-talet: Socialdepartementets sjukvårdsdelegation, Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU), Nämnden för socialvårdens och sjukvårdens byggnader (NSB) samt Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri). Socialstyrelsens ansvar var bland annat att samordna planeringen inom hälso- och sjukvården.

### *Socialdepartementets sjukvårdsdelegation (S 1966:39)*

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation inrättades 1965 och var ett samrådsorgan för staten, landstingskommunerna och de fackliga organisationerna i hälso- och sjukvårdsfrågor. I delegationen ingick företrädare för berörda departement, Socialstyrelsen, Arbetsmarknadsstyrelsen, Universitets- och högskoleämbetet, Landstingsförbundet, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) samt de fackliga organisationerna. Delegationen hade till uppgift att följa utbyggnaden av sjukvårdsresurserna i landet och verka för en samordning av hälso- och sjukvårdsplaneringen. Nämnden kunde genom sina yttranden ge en samlad uppfattning från huvudmän, myndigheter och fackliga organisationer i olika ärenden.

I början av 1970-talet tillsatte delegationen en arbetsgrupp (Ag S-plan) som med hänsyn till kostnadsutvecklingen skulle vidareutveckla de olika planeringsinstrument som fanns inom sjukvården till ett riksomfattande system med enhetligt uppbyggda sjukvårdsplaner. I arbetsgruppen ingick företrädare för Spri, Socialstyrelsen och berörda departement. Parallellt med detta tog Spri fram riktlinjer för hälso- och sjukvårdsplanering.

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation övertog i början av 1980-talet även centrala regionsjukvårdsnämndens uppgifter som bland annat handlade om att samordna den mest högspecialiserade vården. Delegationen startade också projektet Hälso- och sjukvården inför 90-talet (HS 90) som skulle lägga fast den långsiktiga inriktningen av hälso- och sjukvården.

Genom ett regeringsbeslut 1983 ersattes Socialdepartementets sjukvårdsdelegation av ett nytt samrådsorgan, Socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning, som hade i uppdrag att svara för den

övergripande samordningen av hälso- och sjukvården och de sektorer i samhället som var av betydelse för den samlade hälso- och sjukvårdspolitiken. Beredningen skulle också behandla frågor som rörde hälso- och sjukvårdens omvandling mot en struktur med större inslag av förebyggande åtgärder och öppnare vårdformer. Till beredningens område hörde bland annat förutsättningarna för samordning av den långsiktiga planeringen av hälso- och sjukvården, det fortsatta arbetet med läkarfördelningsprogram med de nya förutsättningar för detta som den nya hälso- och sjukvårdslagen gav, övriga vårdpersonalprognoser och utbildningsfrågor samt frågan om hur kunskap och insatser från andra sektorer än hälso- och sjukvården skulle kunna tas till vara.

*Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU)*

Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU) inrättades 1960. Enligt sin instruktion (förordning 1977:433) hade nämnden till uppgift att ”för statens del granska och godkänna förslag till byggnadsarbeten och anskaffande av utrustning vid kommunala undervisningssjukhus, i de fall där statlig investeringsersättning kan utgå enligt avtal om läkarutbildning och forskning”. NUU skulle bland annat med beaktande av sjukvårdens krav ta till vara utbildningens och forskningens intressen, följa planeringen för undervisningssjukhusen och verka för en samordnad och väl avvägd utbyggnad, följa program- och projekteringsarbetet samt ge huvudmän synpunkter och önskemål om dimensionering, placering och utformning. Nämndens granskning skulle samordnas med handläggning av byggnadsärenden hos Nämnden för sjukvårds- och socialvårdsbyggnader (NSB). NUU skulle också hålla ansvariga statsråd inom Social- och Utbildningsdepartementen fortlöpande underrättade om byggnads- och utrustningsfrågor av större vikt som handlades av nämnden. Varje år redovisade nämnden uppgifter till Socialdepartementet om de investeringsersättningar som staten beräknades betala ut under nästkommande budgetår.

Nämndens arbete hade från 1984 en koppling till ALF-avtalen (avtal om samarbete om läkarutbildning och forskning) som innebar att staten under vissa förutsättningar kunde betala investeringsersättning till sjukvårdshuvudmännen för byggnads- och utrustningsinveste-

ringar. Hur stor investeringsersättning för nybyggnad som skulle utgå avgjordes vid förhandlingar mellan Statens Förhandlingsnämnd (SFN) och sjukvårdshuvudmannen. För om- och tillbyggnad av lokaler var investeringsersättningen 25 procent av nettokostnaden för byggnadsarbetena. För anskaffning av utrustning var ersättningen 25 procent av nettokostnaden. Ersättning utgick förutsatt att förslaget till byggnadsarbeten och anskaffning av utrustning upprättats i samråd med och godkänts av NUU.

*Nämnden för socialvårdens och sjukvårdens byggnader (NSB)*

Nämnden för socialvårdens och sjukvårdens byggnader (NSB) inrättades 1968. Enligt sjukvårdslagen (1962:242) skulle sjukvårdshuvudmännens förslag till byggnadsarbeten för vissa sjukvårdsändamål granskas av staten. Sjukhus fick inte byggas förrän förläggningen av sjukhuset inom orten och ritningar för sjukhuset godkänts. Även större till- eller ombyggnad av sjukhus skulle godkännas. I sjukvårdskungörelsen (1972:676) angavs vilka byggnadsarbeten som omfattades av bestämmelserna. Granskningen var begränsad till sjukhus och omfattade till exempel inte vårdcentraler. NSB prövade ärenden om förläggning av sjukhus och granskade ritningar för arbetena. Om ett ärende omfattade en medicinsk fråga av ”större principiell räckvidd” skulle NSB med eget yttrande överlämna ärendet till Socialstyrelsen för avgörande. Besvär över NSB:s beslut prövades av regeringen.

NSB hade ett nära samarbete med NUU och med Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri). Ärenden som avsåg sjukhus och sjukhem svarade för en stor del av nämndens arbete trots att antalet ärenden var relativt litet. Antalsmässigt dominerade ärenden som avsåg vårdhem, inackorderingshem m.m. för psykiskt utvecklingsstörda. NSB biträdde här Socialstyrelsen vid rådgivning, granskning och fastställande av antalet platser för vilka anordningsbidrag utgick.

*Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri)*

Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) inrättades 1968 och drevs gemensamt av staten och sjukvårdshuvudmännen. Spri hade till uppgift att på olika sätt ge sjukvårdshuvudmännen råd samt främja, samordna och medverka i planerings- och rationaliseringsarbetet. De utarbetade och offentliggjorde riktlinjer för dimensionering och planering av sjukhus. Spri sammanställde också rapporter om hur sjukhusen borde utformas för att säkerställa att de höga kraven på eventuell framtida expansion, effektivitet och flexibilitet uppnåddes. Standard för olika anläggningar och funktioner på sjukhus utvecklades och utformning av olika typrum publicerades. Spri ändrade med åren inriktning från sjukhusplanering till utformning av sjukhem och därefter vårdcentraler. 1989 avvecklades Spri:s byggnadsavdelning.

*Socialstyrelsen*

Socialstyrelsen hade ett allmänt ansvar att medverka i planeringen av hälso- och sjukvården, svara för tillsyn inom området och verka för att statsmakternas beslut och intentioner verkställdes. Socialstyrelsens roll inom hälso- och sjukvårdsplaneringen var att ta fram underlag för såväl statsmakternas vårdpolitiska beslut som de kommunala huvudmännens planering samt att yttra sig över planer för utbyggnaden. Socialstyrelsen sammanställde och analyserade också landstingens planer och verkade för att planerna så långt som möjligt utformades enhetligt. Myndigheten följde också upp planeringen av hälso- och sjukvården på central nivå. Utöver det medverkade Socialstyrelsen i personal- och utbildningsplanering med syfte att anpassa utbildning och personaltillgång till de behov som fanns.

Under 1970-talet tog landstingen fram långsiktiga principplaner, femåriga genomförandeplaner samt årsbudgetar för hälso- och sjukvården enligt ett relativt enhetligt system. Socialstyrelsen sammanställde årligen landstingens femårsplaner i samarbete med Landstingsförbundet. Principplanerna sammanställdes och kommenterades i ett samarbete mellan Socialstyrelsen och Spri.

Det framfördes dock kritik om brister i landstingens planer. De ansågs vara alltför detaljerade och resursinriktade och att de byggde

på alltför optimistiska bedömningar av den ekonomiska utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Regeringen uttalade att landstingens planering måste bygga på realistiska antaganden om den långsiktiga samhällsekonomiska utvecklingen för att man skulle kunna åstadkomma förändringar i bland annat vårdstruktur, arbetssätt och verksamhetsinriktning. Statens ställningstagande skulle utgöra grund för landstingens planering. Landstingen skulle bedriva sin hälso- och sjukvårdsplanering enligt vissa enhetliga principer som var gemensamma för hela landet och använda samma begrepp- och referensramar. Detta för att planeringen skulle kunna samordnas på olika nivåer, planeringsinsatser jämföras och summeras samt resultaten senare skulle kunna utvärderas. Ett samordnat och enhetligt statistiksystem behövdes därför också.

## De statliga aktörerna avvecklas

Socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning, Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU), NSB och Spri avvecklades vid olika tidpunkter från 1980-talet och fram till slutet av 1990-talet. Socialstyrelsens ansvar för att samordna landstingens planering för hälso- och sjukvården togs också bort, det är dock oklart när.

Det fanns flera orsaker till detta. Från början av 1980-talet till mitten av 1990-talet genomfördes ett antal reformer som decentraliserade ansvaret för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet till landsting och kommuner. I samband med den nya hälso- och sjukvårdslag som trädde i kraft 1983 och som ersatte den tidigare sjukvårdslagen (1962:242) gavs landstingskommunerna ett vidgat ansvar för befolkningens hälsa och ett stort utrymme att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar. En samordning med kommuner, andra vårdgivare i länet samt med närliggande landstingskommuner skulle ske för att åstadkomma ett samlat och rationellt utbud av vård. Till en början hade staten ett fortsatt ansvar för den centrala, övergripande planeringen och samordningen av hälso- och sjukvården. Detta för att få en rationell och rättvis fördelning av samhällets resurser inom hälso- och sjukvård och i förhållande till andra sektorer i samhället. Efter hand bedömdes behovet av central styrning av hälso- och sjukvården inte vara lika stort. Beslutsfattare och politiker menade bland annat att Sverige hade byggt det antal

sjukhus som behövdes inom en överskådlig framtid. Systemet uppfattades också som alltför byråkratiskt. I samband med nedläggningen av NSB framfördes bland annat att överblicken över det svenska sjukvårdsbyggandet gick förlorad.

### 7.2.2 I dag: respektive region ansvarar för planering och investeringar i hälso- och sjukvården

Varje region ansvarar självständigt för att finansiera och tillhandahålla hälso- och sjukvård inom sitt geografiska område. Staten har därmed en mer indirekt roll i styrningen av hälso- och sjukvården i dag jämfört med tidigare. När det gäller planering och investeringar inom hälso- och sjukvården har staten i dag ingen formell roll, ansvar eller mandat.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska regionerna planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Regionen ska också beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. Regionernas planer sammanställs eller samordnas inte på nationell nivå. Inom de sex samverkansregionerna samverkar sjukvårdshuvudmännen kring sjukvårdsresurserna. Vissa prioriteringar kan göras inom samverkansregionen, men samverkansregionen har inget mandat att styra enskilda investeringar. I Socialstyrelsens uppdrag för nationell högspecialiserad vård ingår inte att fördela resurser eller att bedöma eller godkänna investeringar i sjukhus för den högspecialiserade vården.

Det finns inte någon nationell aktör som samlat följer upp planeringen och strukturförändringen, inklusive investeringar, inom hälso- och sjukvården. SKR beskriver i hälso- och sjukvårdsrapporten den aktuella utvecklingen i hälso- och sjukvården med stöd av tillgängliga sjukvårdsdata. Det gäller till exempel tillgänglighet, kostnader, patienternas erfarenheter och befolkningens syn på sjukvården samt utveckling och resultat för stora sjukdomsgrupper. Det finns inte heller någon specifik reglering av investeringar inom hälso- och sjukvården. Enligt lagen (2018:597) om kommunal bokföring och redovisning ska kommunernas och regionernas investeringsredovisning innehålla en samlad redovisning av kommunens eller regionens investeringsverksamhet. Hur redovisningen ska se ut är dock inte regle-

rat. SKR tar in uppgifter om regionernas investeringsbudgetar som underlag för den årliga ekonomirapporten. Investeringarna redovisas på en övergripande nivå och går inte in på närmare detaljer om vilken typ av investering det handlar om.

Överenskommelser mellan SKR och regeringen inom vård och omsorg omfattar områden som båda parter har identifierat som särskilt viktiga för den fortsatta utvecklingen av hälsa, vård och omsorg i kommuner och regioner. Det finns inga överenskommelser om planering och investeringar inom hälso- och sjukvård. SKR har en sjukvårdsdelegation som består av företrädare för regionerna. Delegationen hanterar övergripande hälso- och sjukvårdsfrågor inklusive bland annat högspecialiserad vård. Den bereder ärenden åt styrelsen, följer utvecklingen inom sitt sakområde och har viss delegerad beslutsrätt från styrelsen. Sjukvårdsdelegationen kan exempelvis ta fram rekommendationer om hur regionerna ska hantera en viss fråga. Den kan däremot inte formellt påverka enskilda regioners beslut.

### 7.2.3 Att planera och bygga ett nytt sjukhus

Även om investeringarna i sjukhusbyggnader har ökat och kommer att öka de närmaste åren så är det ändå mycket få helt nya större sjukhus som har byggts de senaste 20 åren. Sunderby sjukhus i Norrbotten som invigdes 1999 är ett exempel, Nya Karolinska i Stockholm som invigdes 2018 är ett annat. Att planera och bygga ett sjukhus är en komplex process. Det handlar inte bara om byggnationen utan också om planering utifrån verksamhet och verksamhetsinnehåll. Eftersom det handlar om omfattande och långsiktiga projekt ställer det också krav på besluts- och genomförandeprocessen.

Vilket stöd finns då för regionerna att få i samband med byggnation av ett nytt sjukhus? SKR:s fastighetsnätverk är en arena där bland annat regionernas fastighetsdirektörer kan utbyta erfarenheter med varandra (se även avsnitt 4.4). På Chalmers tekniska högskola finns Centrum för vårdens arkitektur (CVA) som är en nationell arena för skapande, utbyte och spridning av kunskap om vårdarkitektur. De arrangerar seminarier, temadagar och workshops. CVA bedriver forskning, genomför forskarutbildning samt bidrar till grund- och vidareutbildning. CVA tar också fram stöd i form av planerings- och

beslutsunderlag. Ett exempel är ”den goda vårdavdelningen” där bland annat enpatientrum har utvärderats.

Jan Öhrming, senior professor i företagsekonomi vid Södertörns högskola, har analyserat planering och driftsättning av det nya universitetssjukhuset i Solna (NKS). Han jämför NKS med hur planeringen av Huddinge sjukhus och Sunderby sjukhus gick till. Enligt Öhrming (2017) består den traditionella arbetsgången vid driftsättande och planering av sjukhus av tre faser. Den första fasen är sjukvårdsplanering där regionen analyserar sjukvårdsbehovet i relation till politiska mål och budget. I den andra fasen görs en funktionsutredning, där man analyserar vilka funktioner ett nytt sjukhus kräver, vilka verksamheter som bör finnas på sjukhuset, hur stora utrymmen olika verksamheter behöver och hur verksamheterna ska placeras i förhållande till varandra. Som tredje fas kommer projektering och byggande där funktionsutredningen omvandlas till ritningar och byggnadsbeskrivningar. Därefter påbörjas själva byggnationen av sjukhuset.

Sunderbyn planerades utifrån de tre faserna ovan. Ambitionerna för det nya sjukhuset var höga. Man skulle bygga Europas modernaste sjukhus, sjukhusbyggnaden skulle vara generell och flexibel för att snabbt kunna anpassas till ny medicinsk teknik och nya behandlingsformer utan dyra ombyggnationer. Klinikerna skulle ersättas av verksamhetsområden, vården skulle vara patientfokuserad och professionerna skulle organiseras i multiprofessionella team. Den svåra frågan var lokaliseringen av sjukhuset. I slutändan placerades det mitt emellan Boden och Luleå. Sjukhuset invigdes 1999.

Även planering och byggande av Huddinge sjukhus (1961–1972) följde de tre faserna. Frågan om verksamhetsinnehåll utreddes av ett antal erfarna kliniskt erfarna professorer och överläkare på Karolinska Institutet och avgjordes tidigt i processen. Landstinget beslutade om resursramarna, bland annat antalet vårdplatser. Sjukhuset projekterades och byggdes i landstingets regi av privata företag. I generalplanen angav man relativt detaljerat vårdinnehåll, omfattning, organisation och utbildning.

Öhrming konstaterar att planeringen av NKS sett annorlunda ut. Viktiga delar i sjukvårdsplanering och funktionsutredning har skjutits på framtiden samtidigt som projektering och byggande påbörjats i ett tidigare skede.

## 7.3 Styrmodeller inom hälso- och sjukvården

Olika modeller för styrning och organisering har prövats på olika nivåer inom hälso- och sjukvården genom åren. På regionnivå har exempelvis marknadsidéer genom beställar-utförar-modeller prövats. Samverkan genom stordrift och specialisering är ett annat exempel. Gamla modeller lever ofta kvar i organisationerna och blandas med nya. Syftet med reformerna har varit att öka hälso- och sjukvårdens effektivitet, kostnadskontroll och ett ökat demokratiskt inflytande (Hallin och Siverbo, 2003).

På verksamhetsnivå har man historiskt sett både i Sverige och internationellt organiserat vården efter specialitet i olika kliniker. Detta förespråkades i ett reformprogram redan i början av 1900-talet där syftet främst var att höja kvaliteten på läkarutbildningen (SBU, 2018). Organisering utifrån specialitet enligt kliniktanken är den vanligaste organisationsformen än i dag. Modellerna för att styra verksamheterna har däremot skiftat över tid. De har i regel kunnat appliceras i klinikorganisationen utan att det krävts större omorganisering. Vissa senare styrmodeller förutsätter dock att vården omorganiseras och att man går bort från organisering utifrån specialitet (klinik).

### 7.3.1 Exempel på styrmodeller inom hälso- och sjukvården

Styrmodeller i Sverige kommer i regel från den anglosaxiska världen, framför allt från USA och Storbritannien. Internationella erfarenheter visar att en modell i regel överlever i 3–5 år, några modeller har överlevt längre. Därefter tar en ny modell över. Skillnaden mellan de olika modellerna är ofta små, fenomenet har därför döpts till ”pseudoinnovation”. Det kan uppstå flera olika problem när styrmodeller överförs mellan länder som har olika sjukvårds- och sjukförsäkringssystem (SMER, 2019). Sjukvårdsorganisationer som lyckats väl med att förbättra och/eller effektivisera verksamheten har oftast arbetat medvetet med en strategi som de har anpassat och utvecklat vidare i sin egen organisation (SBU, 2018).

Nedan beskrivs några av de styrmodeller som använts och används inom svensk hälso- och sjukvård.

*Lean Production*

Lean Production användes från början inom tillverkningsindustrin och har med tiden kommit att tillämpas även inom sjukvården. Lean spreds snabbt inom svensk hälso- och sjukvård i början av 2000-talet. S:t Görans sjukhus var det första sjukhuset i Sverige som började arbeta med Lean, vilket var 2005. 2011 angav 90 procent av de svenska sjukhusen att de arbetade med Lean i någon omfattning (Hellman m.fl, 2019).

Syftet med Lean är att skapa värde för kunden. Det som är viktigt för kunden ska vara styrande för alla aktiviteter. Effektivitetsproblem beror på att man fokuserar på enskilda delar i stället för att se till effektiviteten i hela verksamheten. Modellen bygger på ett antal centrala principer, som till exempel att en verksamhet består av ett antal processer eller flöden, att verksamheten utvecklas genom ständiga förbättringar och genom att eliminera onödiga moment, samt att medarbetare ska vara involverade och delaktiga i arbetet.

Studier av Lean i vården visar bland annat att väntetiderna kortas, att vård ges i rätt tid, att vårdkvaliteten ökar liksom patientsäkerheten. Det finns också studier som visar att personalen uppskattar arbetsprocessen och att den leder till mer engagemang. För att få hållbara resultat krävs ledarskap och förmåga att skapa förståelse, struktur och översikt i arbetet.[2]

*Personcentrerad vård*

Personcentrerad vård har funnits som begrepp inom hälso- och sjukvården sedan 1960-talet. Personcentrerad vård innebär att vårdpersonalen sätter fokus på personen som är i behov av vård framför sjukdomen. Den strävar efter att synliggöra sammanhanget för personen och dennes förmågor och behov. Det är inte helt lätt att mäta effekterna av personcentrerad vård eftersom det handlar om att mäta mjuka värden. Enligt Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet (GPCC) visar studier att personcentrerad vård leder till bland annat kortare vårdtider, lägre kostnader och högre livskvalitet.

Det finns tre nyckelbegrepp inom den personcentrerade vården. *Partnerskap* som innebär en ömsesidig respekt för varandras kunskap; å ena sidan patientens och närståendes kunskap om hur det är

[2] https://kvalitetsmagasinet.se/positiva-effekter-av-lean-sjukvarden/.

att leva med sjukdomen, å andra sidan vårdpersonalens kunskap om vård, behandling eller rehabilitering vid det specifika tillståndet. Genom noggrant lyssnande på *patientens berättelse* (ofta tillsammans med närstående) och övriga undersökningar skrivs en gemensam hälsoplan, som innehåller mål och strategier för genomförande och kort- och långsiktig uppföljning. *Dokumentation* av berättelsen och hälsoplanen i patientens journal är viktig. Dokumentationen ska vara levande, det vill säga ses över löpande, vara tillgänglig för patienten och följa patienten genom vårdkedjan.

I rapporten Personcentrerad vård i Sverige som SKL publicerade 2018 framgår att 13 av 21 landsting har fattat övergripande beslut om att skapa förutsättningar och samordna insatser för personcentrerad vård. En mängd aktiviteter pågår runt om i landet, allt från utbildningsinsatser, stärkt patient- och brukarmedverkan till implementeringsforskning.

### *Värdebaserad vård*

Begreppet värdebaserad vård introducerades av ekonomerna Michael Porter och Elisabeth Olmsted Teisberg 2004, utvecklades vidare och publicerades 2006 i boken Redefining health care: Creating value-based competition on results. Idéerna var ett svar på de problem med kvalitetsbrister och höga kostnader som funnits inom amerikansk sjukvård i många år. Sjukvården i USA, som till största del är privatfinansierad, följde inte utvecklingstrenderna på andra privata marknader där process- och metodförbättringar ledde till lägre kostnader. I stället fortsatte kostnaderna att öka. Man såg också stora variationer i kostnader och kvalitet mellan olika vårdgivare och i olika geografiska områden. Grundfelet var, enligt Porter och Teisberg, missriktad konkurrens med fokus på vårdproduktion i stället för på hälsoutfall. Om kliniker själva fick möjlighet att upptäcka skillnader i kostnad och kvalitet så skulle de också utveckla en drivkraft för förbättring.

Centralt i värdebaserad vård är värdeekvationen, där värdet är förhållandet mellan hälsoutfall och kostnader. Centralt är också värdestrategin som består av sex komponenter för att förverkliga värdebaserad vård. Komponenterna är beroende av och förstärker varandra.

De sex komponenterna är:

1. Organisera i integrerade vårdenheter.
2. Mäta hälsoutfall och kostnader för varje patient.
3. Övergå till vårdepisodersättning för hela vårdcykeln.
4. Integrera vård som ges på flera enheter.
5. Expandera högkvalitativ vård geografiskt.
6. Bygga ett stödjande it-system.

Den första komponenten innebär att hälso- och sjukvården omorganiseras. I stället för att organisera vården utifrån den kliniska verksamhetens specialitetsindelning organiseras vården utifrån patienten och dennes medicinska tillstånd. På så vis ska vården bli mer patientcentrerad och komma bort från organisatoriska silos. Den andra komponenten innebär att mäta utfallet för vård och behandling samt kostnad för varje patient. Genom aggregerade patientdata kan jämförelser göras mellan olika jämförelsemått. För att få trovärdiga jämförelser krävs tillräckligt många patienter, vilket kräver integrerade vårdenheter enligt den första komponenten. Den sjätte komponenten handlar om att skapa förutsättningar för att på ett smidigt sätt kunna ta fram och jämföra utfall och kostnader mellan olika vårdinrättningar, organisationer och system.

Värdebaserad vård används inom den amerikanska hälso- och sjukvården och det finns också enskilda sjukhus i Europa som arbetar utifrån modellen. I Sverige har tre universitetssjukhus tagit in modellen: Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Akademiska sjukhuset och Karolinska Universitetssjukhuset. Hur modellen införts och i vilken omfattning skiljer sig åt mellan sjukhusen.

### 7.3.2 Etisk analys av styrmodeller inom hälso- och sjukvården

Statens medicinsk-etiska råd (SMER) kom 2019 med rapporten Styrmodeller i hälso- och sjukvården – förslag till modell för etisk analys. Bakgrunden till rapporten var de senaste årens debatt om styrningen inom hälso- och sjukvården där ambitionerna att effektivisera vården genom nya arbetssätt och styrmodeller har ställts mot kritiken att modellerna inte fått avsedd effekt. SMERr vill genom rapporten be-

lysa hur styrningen bör se ut på olika nivåer inom hälso- och sjukvården för att uppfylla hälso- och sjukvårdens mål om en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen samtidigt som den är kostnadseffektiv.

Enligt SMER är styrmodeller inte värdeneutrala. Innan förändringar i styrsystemen görs eller en ny styrmodell införs bör därför en ingående etisk konsekvensanalys göras. En sådan analys innebär att man analyserar de värden som explicit och/eller implicit ingår i styrmodellen och de konsekvenser modellen sannolikt leder till. Värden och konsekvenser ställs sedan mot målen enligt hälso- och sjukvårdslagen och annan relevant lagstiftning. Analysen bör också innehålla en jämförelse mellan olika alternativ, där ett av alternativen är att fortsätta enligt befintlig styrmodell. SMER menar att ett metodstöd för etisk analys kan fungera som ett verktyg för samverkan mellan beslutsfattare, tjänstemän och professioner, där modeller tas fram och anpassas för att stödja både kvalitet, kostnadseffektivitet och mål för hälso- och sjukvården. Tanken är att metodstödet ska kunna användas för förändringar i styrmodeller och organisation på olika nivåer inom hälso- och sjukvården: från nationell nivå till regional-, sjukhus- och vårdenhetsnivå.

Den föreslagna analysmodellen är en så kallad mål- och hindersanalys som utgår från de fyra begreppen nuläge, mål, hinder och strategier. För varje begrepp finns frågor som man kan ställa i analysen. Centralt i modellen är att det ställs vissa kvalitetskrav på de svar som ges. Evidensen för svaren måste kunna redovisas och svaren får inte bygga på dålig forskning, en problembild utan verklighetsförankring eller alternativa fakta. Särskilt viktigt är att lyfta fram de värden som står på spel och eventuella värdekonflikter som kan uppkomma. Enligt SMER är rådet att 1) utgå från de frågor som aktualiserats av mål- och hinderanalysen, 2) jämföra svaren på dessa frågor med det som påstås i de föreslagna förändringarna eller den nya styrmodellen, 3) granska de belägg som ges för dessa påståenden.

SMER lyfter fram behovet av kontinuerlig uppföljning och utvärdering av styrning och styrmodeller på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Medan flera statliga myndigheter analyserar den statliga styrningen av olika verksamheter (till exempel Ekonomistyrningsverket, Statskontoret, Socialstyrelsen), finns det enligt SMER ingen aktör som vägleder kommuner eller regioner i hur de ska styra sin verksamhet. SMER menar att staten bör ha en större kunskapsstödjande roll

när det gäller styrning och styrmodeller i hälso- och sjukvården. Det behövs också mer forskning om styrning av offentligt finansierad hälso- och sjukvård och etiska analyser på detta område.

Avslutningsvis rekommenderar SMER:

- att etisk analys bör användas på olika nivåer inför introduktion av styr- och organisationsmodeller i hälso- och sjukvården,
- att etisk kompetens måste tillföras och utvecklas bland beslutsfattare på olika ledningsnivåer,
- att nya styrmodeller bör utvecklas i samverkan mellan profession och beslutsfattare där värdefrågor och den etiska analysen bör vara en utgångspunkt.

### 7.3.3 Utvärderingar av värdebaserad vård

Olika styr- och organisationsmodeller kan innebära fördelar men också nackdelar och utmaningar när de införs i en organisation. De passar i regel olika bra beroende på verksamhetens mål, uppdrag, organisation och möjligheter att följa upp. Hur en styrmodell införs i organisationen, i vilken omfattning och utifrån vilken tidshorisont spelar också in.

Under de senaste åren har värdebaserad vård blivit en både använd och omdiskuterad styrmodell inom hälso- och sjukvården. Förespråkarna av modellen har hänvisat till att den kan bidra till att lösa de problem med ökade kostnader och minskande kvalitet som finns inom hälso- och sjukvården. Kritikerna menar att det saknas evidens för detta och att modellen snarare bidrar till ökade problem.

I Sverige har ett antal utvärderingar och analyser under senare år gjorts av modellen värdebaserad vård. De redovisas närmare nedan.

*Värdebaserad vård vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset*

Sahlgrenska Universitetssjukhuset lät 2017 göra en utvärdering (SU 2017-03971) av värdebaserad vård som infördes på delar av sjukhuset 2013.

Beslutet att införa värdebaserad vård som övergripande strategi för sjukhusets verksamhets- och kvalitetsutveckling fattades av den dåvarande sjukhusdirektören på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Boston Consulting Group engagerades som konsultstöd. Fyra pilotprojekt startades och för de verksamheter som ingick i piloten kartlade man processer och gjorde kostnadsberäkningar. 2015 omfattade projektet cirka 25 standardiserade processer. Samma år gjordes en första, mindre, utvärdering av projektet som konstaterade att det saknades uppföljningsbara utfallsmått i processkartläggningarna. Fokus lades på att definiera sådana mått. 2015 avslutades också det externa konsultstödet efter att man hade upprättat ett förvaltningscentralt kansli som fungerade som internkonsultstöd.

2016 fattade sjukhusdirektören ett inriktningsbeslut om att värdebaserad vård skulle driftsättas som ledningssystem för hela sjukhuset och att sjukhuset på sikt skulle omorganiseras i tematiska verksamhetsområden utifrån patientflöden med gemensamma standardiserade processer. Denna omorganisation genomfördes dock inte. 2016 kom en ny sjukhusdirektör och en ny ledningsorganisation skapades. Sjukhuset pausade den större omorganisationen. Den nya sjukhusledningen beslutade därefter att helt avstyra en sjukhusövergripande och omfattande omorganisation. Värdebaserad vård har dock behållits som strategi. Ett samverkansarbete med Göteborgs universitet om personcentrerat arbetssätt har också etablerats. Hösten 2017 ingick 31 processer i det värdebaserade arbetet på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

I utvärderingen gjordes en genomgång av de 31 processer som arbetar med värdebaserad vård. Flertalet var så nystartade att det inte fanns några resultat att utläsa. Inom vissa verksamheter hade goda resultat uppnåtts. Ett systematiskt förbättringsarbete hade dock påbörjats redan innan införandet av värdebaserad vård. Det kan tyda på att likartade resultat kan uppnås med andra modeller. Utvärderingen gjorde även en genomgång av litteratur och forskning om värdebaserad vård. Slutsatsen var att det inte finns några vetenskapliga belägg för värdebaserad vård som utvecklingsmodell eller metod och att modellen snarare bör ses som ett strategiskt förhållningssätt. Någon evidens för att införa tematiska organisationer enligt värdebaserad vård finns inte heller. Slutsatsen är att valet av styrmodell eller förbättringsstrategi (värdebaserad vård, Lean eller andra) inte förefaller vara kritiskt för utfallet. Patientfokus och systematiska processkartläggningar i vården kan göras med olika metoder. Enligt utvärderingen bör Sahlgrenska Universitetssjukhuset fortsätta med värdebaserat förhållningssätt som strategi, men inte genomföra omfattande orga-

nisationsförändringar baserade på konceptet. Arbetet med kvalitets- och verksamhetsutveckling bör utföras av och i verksamheten. Verksamheten bör bestämma vilka processer som bör kartläggas. Detta eftersom alla processer, särskilt vid ett universitetssjukhus, inte låter sig standardiseras och för att få patienter endast har en diagnos. Slutligen bör fokus ligga på förenklad uppföljning och i högre grad koppla den till regionövergripande aktiviteter och modeller.

*Värdebaserad vård – Kartläggning av kunskapsläget*

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) fick 2017 i uppdrag av regeringen att kartlägga kunskapsläget avseende värdebaserad vård. Kartläggningen omfattar systematisk litteratursökning för perioden 2004–2017. SBU har inte utvärderat evidensen eller om studiernas slutsatser är överförbara till svenska förhållanden.

Kartläggningen visar att det finns lite forskning om värdebaserad vård och särskilt forskning om ramverket som helhet. Det är därför svårt att dra generella slutsatser om effekter och resultat av värdebaserad vård. De flesta studier fokuserar på en enskild komponent i modellen och/eller en specifik patientgrupp. Merparten av studierna är amerikanska. Av sex svenska artiklar avser fem implementeringen av värdebaserad vård vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Den forskning som finns har enligt SBU ofta brister och uppvisar en stor variation i hur värdebaserad vård tillämpas. Flertalet artiklar är enkla fallrapporter och de flesta utgår från vårdgivarens perspektiv. Endast ett fåtal har ett patientperspektiv. Få studier undersökte samtliga komponenter inom värdebaserad vård. De flesta fokuserar på mätning av utfall och kostnader. Enskilda komponenter är inte heller unika för värdebaserad vård. Studierna har också flera begränsningar. Urvalet är oklart i flera studier, liksom när och hur data samlats in. De omfattar olika patientgrupper, utfallsmått och kostnadsvariabler.

SBU menar att framtida forskning bör vara inriktad på systematiska, kritiskt prövande och teoriutvecklande undersökningar av åtgärder som bygger på en systemsyn på ramverket värdebaserad vård. I forskningen bör aspekter som patienters upplevelser av värdebaserad vård beaktas liksom arbetsmiljöförhållande för de som arbetar i vården samt övergångar mellan vård inom och mellan sjukhusorganisationer.

*Organisationsteoretisk genomlysning av värdebaserad vård*

Regeringen gav också Leading Health Care (LHC) i uppdrag att analysera värdebaserad vård. Studien presenterades 2019. Syftet var att analysera och diskutera värdebaserad vård utifrån konceptets innehåll och ändamålsenlighet samt lärdomar för framtiden.

I rapporten jämförs bland annat tillämpningen av värdebaserad vård vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg, Akademiska sjukhuset i Uppsala och Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm. Jämförelsen visar på vissa likheter mellan sjukhusen. Samtliga sjukhus har arbetat flödesorienterat sedan tidigare, de har haft konsultstöd och de beskriver att införandet av värdebaserad vård har inneburit ett stort fokus på att mäta utfall och kostnader för patentens väg genom vården samt på nära samverkan över enhets- och professionsgränser. De betonar att patienten ska inkluderas i arbetet. Det finns också flera skillnader. Processen vid Karolinska Universitetssjukhuset präglades av att den genomfördes med konsultstöd under lång tid och att den var styrd uppifrån. Personalen var mer mottagare av styrsignaler än aktiva förändringsagenter i processen. Den innebar också en omfattande omorganisation där teman skulle införas under tidspress inför flytten till Nya Karolinska. Vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset hade man konsultstöd under den första delen av processen, därefter bedrevs arbetet vid en intern enhet (Värdekontoret). Införandet fick ta tid, och även om införandet kom uppifrån arbetade Värdekontoret med legitimiteten för projektet. Mindre organisatoriska förändringar genomfördes, men den större omorganisationen stoppades. Teman infördes inte. Även Akademiska sjukhuset hade konsultstöd, men under en kort tid. Processen drevs därefter internt och med ett mindre hierarkiskt tillvägagångssätt. Modellen anpassades internt, bland annat genom ”värdebaserad vård light”. En mindre omorganisation med teman har genomförts. Den överläkare som var huvudansvarig för värdebaserad vård och som fungerat som intern förändringsagent har löpande kommunicerat om arbetet internt. Det har bidragit till förankring och legitimitet hos personalen och att processen uppfattats som mer verksamhetsnära. Akademiska sjukhuset betonar också samverkan med externa parter i högre grad än de två andra sjukhusen. Det flödesinriktade arbetet har på så vis ett bredare perspektiv än att enbart integrera enheter inom sjukhuset.

Slutsatser som lyfts fram i rapporten är bland annat att värdebaserad vård syftar till att påverka en hel sektor, vilket gör den svårare att anpassa till lokala verksamheters förutsättningar och behov. Modellen bygger också på att stora mängder data ska standardiseras, aggregeras och jämföras på en övergripande nivå för att sedan användas i styrningen på lokal nivå. Det innebär risk för administrativ överbyggnad, bieffekter av mätning och tveksam måluppfyllelse. Fokus på värdeekvationen i modellen kan medföra att andra värden som finns i exempelvis hälso- och sjukvårdslagen riskerar att åsidosättas. I stället bör flera olika värden genomsyra utvecklingen av hälso- och sjukvården.

# 8 Nya Karolinska Solna

I detta avsnitt redogör utredningen för det större exempel på OPS-lösning som finns inom hälso- och sjukvården i Sverige i dag: Nya Karolinska Solna (NKS).

Först ges en bakgrund till NKS, därefter beskrivs kartläggningen av besluts- och genomförandeprocessen för sjukhusets verksamhetsinnehåll och hur den förhåller sig till omställningen av hälso- och sjukvården i Region Stockholm. Därefter följer besluts- och genomförandeprocessen för upphandling och finansiering av NKS genom OPS-lösningen samt för den nya verksamhetsmodellen och organisationsförändringen på NKS. I det avslutande avsnittet redovisas de kontrollmekanismer på regional och nationell nivå som aktualiserats i samband med exemplet NKS.

## 8.1 Nya Karolinska Solna – en bakgrund

Frågan om ett nytt universitetssjukhus i Stockholm blev aktuell redan i slutet av 1990-talet. Karolinska sjukhusets byggnader i Solna var slitna och omoderna med omfattande investeringsbehov. Ett alternativ var att renovera de gamla byggnaderna, ett annat var att bygga ett helt nytt sjukhus. Universitetssjukvården i länet bedrevs då dels vid Karolinska sjukhuset, dels vid Huddinge sjukhus. Tidigt i planeringen av det nya sjukhuset framfördes behovet av ett mindre och högspecialiserat universitetssjukhus, det vill säga inte ett nytt universitets- och akutsjukhus för den norra delen av länet. Ett nytt universitetssjukhus skulle kunna bli motorn i att utveckla Stockholm till en dynamisk region inom life science. En lokalisering i nära anslutning till Karolinska Institutet i Solna skulle underlätta detta.

Karolinska Universitetssjukhuset bildades den 1 januari 2004 genom en organisatorisk sammanslagning av Karolinska sjukhuset i Solna

och Huddinge sjukhus. Karolinska sjukhuset invigdes 1940 och var rikssjukhus fram till 1982 då staten överlät det till Stockholms läns landsting. Därefter har det fungerat som akut- och universitetssjukhus. Huddinge sjukhus byggdes av Stockholms läns landsting och invigdes 1972.

Karolinska Universitetssjukhuset är ett av norra Europas största universitetssjukhus och näst störst i Sverige efter Sahlgrenska Universitetssjukhuset. År 2018 var enligt Karolinska Universitetssjukhusets årsrapport omsättningen 19,5 miljarder kronor och man hade 15 500 medarbetare och 1 350 000 patientbesök (LS 2018-1077/K 2019-1358). Antalet disponibla vårdplatser vid sjukhuset var 1 100 i januari 2020 enligt Region Stockholms vårdplatsrapport vecka 5.

### 8.1.1 Startpunkten för ett nytt universitetssjukhus i Stockholm

I november 2001 lämnade det dåvarande finanslandstingsrådet en skrivelse till landstingsstyrelsen om nytt universitetssjukhus i Stockholms län (LS 0111-0650). Bakgrunden var att investeringsplanerna för de sju akutsjukhusen i länet uppgick till 14 miljarder kronor för den kommande 10-årsperioden, varav ungefär hälften omfattade Karolinska sjukhuset. Frågan hade diskuterats en tid om det var lämpligt att fortsätta att ”lappa och laga” på Karolinska sjukhuset eller om det var bättre att bygga ett helt nytt sjukhus.

I skrivelsen lyfts att flera äldre sjukhus runt om i Europa ersätts med nya, moderna sjukhus anpassade till den nya tekniken. Utvecklingen i Europa skulle kunna innebära att Karolinska sjukhuset och Karolinska Institutet blev mindre attraktiva för att rekrytera nya forskare. Ett nytt universitetssjukhus skulle därför vara en möjlighet för Karolinska Institutet och Karolinska sjukhuset att återta sin ställning som världsledande inom både forskning och klinisk verksamhet. Ett nytt universitetssjukhus skulle också vara ett stort och angeläget nationellt projekt, exempelvis vad gäller utbildning och forskning för nya läkare och sjuksköterskor. Därför bör, enligt skrivelsen, viss samordning ske mellan Karolinska sjukhuset och Huddinge sjukhus, men även med Akademiska sjukhuset i Uppsala, Sahlgrenska i Göteborg och universitetssjukhusen i Linköping och Umeå. I skrivelsen föreslås att frågan ska utredas och att olika möjligheter att finansiera investeringen ska undersökas, bland annat nämns PPP-finansiering.

Förslaget var att låta undersöka förutsättningarna för att skapa ett nytt universitetssjukhus i Stockholms län. I detta arbete skulle också fastighetsekonomiska och sjukvårdsekonomiska samordningsvinster belysas. Karolinska Institutet skulle ingå i arbetet och bedöma vinster för den framtida forskningen och utbildningen.

### 8.1.2 Två parallella beslutsprocesser

2005 fattade landstingsfullmäktige i Stockholms läns landsting ett inriktningsbeslut om ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms läns landsting och att fortsätta planeringen av ett nytt universitetssjukhus i Solna. Beslutet grundade sig på SNUS-utredningen och 3S-utredningen som tillsatts med uppdrag att komma med förslag angående bland annat sjukvårdsstrukturen och ett nytt universitetssjukhus i Stockholm (se avsnitt 8.2.1).

Enligt inriktningsbeslutet skulle den högspecialiserade vården koncentreras till Karolinska Universitetssjukhuset, specialiserad vård skulle flyttas ut från Karolinska Universitetssjukhuset till Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och S:t Görans sjukhus. Genomförandebesluten om en förändrad sjukvårdsstruktur skulle enligt underlagen till beslutet ske successivt och så långt som möjligt integreras i förändringsbesluten i det årliga budgetarbetet enligt en föreslagen tidplan.

När det gäller det nya universitetssjukhuset beslutade landstingsfullmäktige att uppdra åt landstingsstyrelsen att fortsätta planeringen för ett nytt universitetssjukhus på Karolinska Universitetssjukhuset Solnas område med utgångspunkt i de av 3S-utredningen angivna, preliminära lokalbehoven. En formgivningstävling för ett nytt sjukhus skulle utlysas och landstingsstyrelsen skulle ta fram förslag till genomförande samt projektramar för ett nytt universitetssjukhus. Landstingsstyrelsen skulle också fatta beslut om projektorganisation för det fortsatta arbetet. Val av finansieringsform vid byggande av nytt universitetssjukhus skulle beslutas i ett senare skede när ett mer förfinat underlag tagits fram.

Därmed startade arbetet med det nya universitetssjukhuset i Stockholm. Det omfattade två parallella processer: den ena handlade om utformning och planering av själva byggnaden, den andra om vilken vård som skulle bedrivas i det nya sjukhuset. I processen för

byggnationen ingick upphandling av byggentreprenör och val av entreprenadform och finansieringsmodell.

### 8.1.3 Visionen för det nya universitetssjukhuset

Visionen för det nya universitetssjukhuset lades fast tidigt genom de två utredningarna SNUS och 3S (se avsnitt 8.2.1). Det nya universitetssjukhuset skulle bedriva vård, forskning och utbildning av betydande omfattning och av yppersta kvalitet. Verksamheten skulle inriktas på högspecialiserad och specialiserad vård och bassjukvården skulle minska. Universitetssjukhuset skulle vara navet i ett nationellt och internationellt universitetssjukvårdssystem. Sjukvårdsuppdraget skulle balanseras mot forskningsuppdraget och utbildningsuppdraget relateras till forsknings- och sjukvårdsuppdraget. Universitetssjukhuset skulle vara internationellt konkurrenskraftigt och inta en central roll vid utvecklingen av Stockholmsregionen till ett biomedicinskt och bioteknologiskt kraftcentrum. Det nya sjukhuset skulle erbjuda personal, patienter, forskare och studenter en attraktiv vård- och arbetsmiljö. Utformningen skulle stödja profilen som ett av Europas ledande universitetssjukhus och bidra till rekrytering av nationellt och internationellt framstående forskare och vårdpersonal. För patienter i behov av specialiserad och högspecialiserad vård skulle sjukhusets utformning förmedla begrepp som omtanke, trygghet och kvalitet. Lokalutformningen skulle stödja interdisciplinär samverkan och kreativitet.

NKS sågs som ett omfattande och unikt projekt. I rapporten Nya Karolinska Solna – mål och verksamhetsinriktning från 2011 sammanfattas visionen på följande sätt: ”Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus (NKS) är en av de största framtidssatsningarna som någonsin har gjorts i svensk sjukvård. Visionen är att NKS ska bli ett universitetssjukhus av världsklass i centrum av ett av världens främsta områden för life science, det vill säga forskning, utveckling och innovation inom läkemedelsområdet, biomedicin, bioteknik och medicinteknik. Stockholms läns landsting har i och med NKS en helt unik möjlighet att ytterligare förbättra vården för svårt sjuka patienter i hela Stockholmsregionen och att förbättra samverkan och korsbefruktning mellan vård, forskning och utbildning. Anläggningen som sådan, med sin generella utformning, enkelrum för alla inneliggande

patienter, korta avstånd, bra logistik och omedelbara närhet till Karolinska Institutet, skapar mycket goda förutsättningar för ett universitetssjukhus av världsklass." Vidare sägs att "Med det nya universitetssjukhuset i Solna skapas en kreativ miljö i Mälardalen för den högspecialiserade vården som underlättar utvecklingsarbete och sjukhusets möjlighet att hävda sig i en ökande nationell och internationell konkurrens."

### 8.1.4 Definitionen av högspecialiserad vård

Visionen för NKS var alltså ett universitetssjukhus i världsklass för högspecialiserad vård. Hur definierades då vad som är högspecialiserad vård?

I 3S-utredningen (se avsnitt 8.2.1) definierades högspecialiserad vård som sådan vård (diagnostik och/eller behandling) som kräver särskild kompetens eller resurser och därför måste koncentreras. Utöver definitionen beskrivs att högspecialiserad vård avser utveckling av ny diagnostik och ny behandling av såväl sällan förekommande sjukdomar som folksjukdomar, att den är multidisciplinär och kräver tillgång till särskild professionell kompetens liksom till avancerad och dyrbar utrustning. Den högspecialiserade vården har också en nära relation till teknisk och medicinsk grundforskning och klinisk forskning. Att sprida ut denna vård till flera olika enheter sägs bli ineffektivt och därför bör den huvudsakligen lokaliseras till universitetssjukhuset. 3S-utredningen skriver också att högspecialiserad vård är ett dynamiskt begrepp som förändras över tiden. Enligt 3S föreslås viss högspecialiserad vård överföras till Karolinska Solna, andra delar till Karolinska i Huddinge och i något fall till Södersjukhuset. Förslaget innebär alltså inte att all högspecialiserad vård ska läggas på det nya universitetssjukhuset i Solna. Detta stämmer också med landstingets beslut om koncentration av högspecialiserad kirurgi 2004, där flera delar läggs i Huddinge.

Senare i projektet hänvisar NKS-förvaltningen till en definition från Socialdepartementet (LS 1103-0541). Där står att det inte finns någon entydig definition av högspecialiserad vård. I allmänna ordalag brukar man mena "sjukvård som är forskningsnära, nyskapande, modern, investeringstung eller på annat sätt intar en framträdande position och vanligtvis med ett behov av resurskoncentration." Den

beskrivs också som ”sådan vård som samordnas till en enhet med en sjukvårdsregion (regionsjukvård) eller riket (rikssjukvård) som upptagningsområde, så att hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas. De hänvisar också till Stockholms medicinska råds (SMR) definition som är att högspecialiserad vård utgörs av sådan vård som bör centraliseras till en vårdgivare i länet. NKS-förvaltningen pekar på att genomförda analyser visar att landstingets högspecialiserade och avancerade sjukvård kan beredas plats på NKS oavsett vilken definition som används. Vidare ryms också den riks- och regionsjukvård som Karolinska Universitetssjukhuset bedriver för utomläns- och utlandspatienter. Argumenten för en koncentration av den högspecialiserade vården finns väl beskrivna i landstingets tidigare beslut menar man. NKS-förvaltningens tanke var alltså att länets högspecialiserade vård skulle koncentreras till NKS. Om de med NKS även inkluderar Karolinska Huddinge är dock oklart.

När Karolinska Universitetssjukhuset tog över ansvaret för verksamhetsinnehållet hänvisade de till samma definitioner av högspecialiserad vård som NKS-förvaltningen använde. Längre fram i processen skulle det dock visa sig att Karolinska Universitetssjukhuset och Programkontoret för Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) använde sig av olika definitioner för högspecialiserad vård. Det innebar att Karolinska Universitetssjukhuset bedömde sjukhuset som väsentligt mer högspecialiserat än vad Programkontoret gjorde. Beskrivningen av detta fördjupas längre fram i detta kapitel.

### 8.1.5 Landstinget ansvarar för och leder projektet

Ansvaret för att driva projektet lades redan från start på central nivå inom Stockholms läns landsting. Det nya universitetssjukhuset skulle utformas som ett helt nytt sjukhus och inte vara ett ersättningssjukhus för Karolinska sjukhuset. Det var därför viktigt att kunna tänka nytt och inte utifrån den befintliga verksamheten. Ett annat argument var att Karolinska Universitetssjukhuset, efter sammanslagningen av Karolinska sjukhuset och Huddinge sjukhus 2004, hade fullt upp med att integrera och profilera det nya sammanslagna universitetssjukhuset liksom med att få kontroll på ekonomin.

En projektledare rekryterades externt 2006 och samma år etablerades ett NKS-kansli. Uppdraget var fastlagt i landstingsfullmäkti-

ges beslut 2005 och handlade först om att ta fram ett projektprogram och planering för det fortsatta arbetet. Till kansliet rekryterades personer externt med kunskap om upphandling och finansieringsmodeller. Man hittade också en särskild lösning där kansliet lånade in personal från Karolinska Universitetssjukhuset, personal som skulle arbeta med inriktning och profilering av det nya universitetssjukhuset. Personerna handplockades från sjukhuset och arbetade en del av sin tid (i regel 20 procent) på NKS-kansliet. De var inte formellt representanter för Karolinska Universitetssjukhuset och hade inget förankrings- eller återrapporteringsansvar gentemot sjukhuset, utan var framför allt utvalda utifrån sin särskilda kompetens. Huvuduppdraget var att resa runt i världen och samla på sig kunskap om vård i världsklass, hur verksamheterna var utformade och vilken profil de hade. Utifrån detta skulle det nya universitetssjukhuset utformas.

NKS-kansliet omformades 2008 till en förvaltning – NKS-förvaltningen – och fick då samma status och mandat som övriga förvaltningar inom Stockholms läns landsting. NKS-förvaltningen lades ner 2011 och ansvaret för projektet övergick då till Karolinska Universitetssjukhuset.

### 8.1.6 Ett verksamhetsprojekt, inte enbart ett byggprojekt

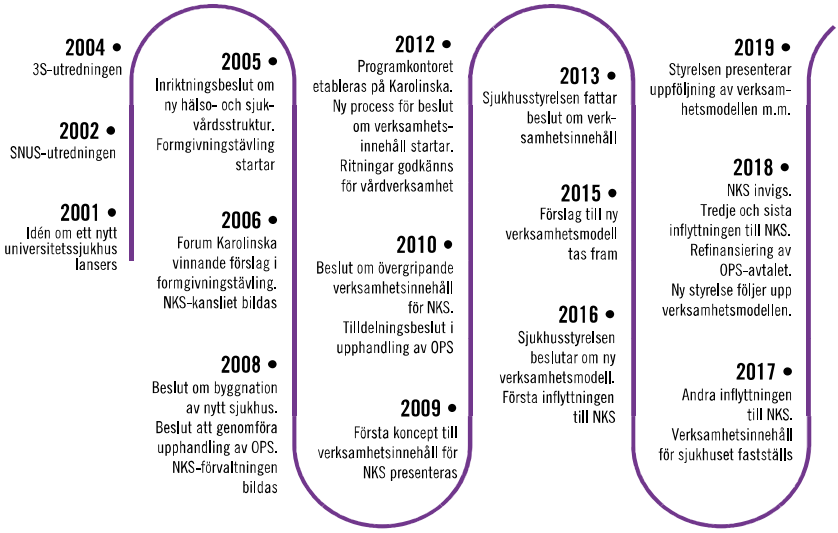
Att NKS-projektet omfattar både byggnation av ett nytt sjukhus och process för beslut om vilken vård som ska bedrivas i det nya sjukhuset är klart redan från början. Men i samband med landstingsfullmäktiges inriktningsbeslut 2009 om övergripande verksamhetsinnehåll för NKS, pekar både tjänstemän och politiker på att projektet inte enbart är ett byggprojekt utan också ett verksamhetsprojekt. Den särskilda NKS-förvaltningen inrättades för att kunna ta tillvara både de verksamhetsmässiga- och byggnadsmässiga aspekterna av projektet.

Det var alltså ett omfattande uppdrag som låg på NKS-förvaltningen: att planera och genomföra byggnationen av det nya sjukhuset men också att bestämma verksamhetsinnehållet i sjukhuset.

### 8.1.7 Tidslinje för beslutsprocessen för NKS

Beslutsprocessen för planering och byggande av NKS liksom planering och beslut om verksamhetsinnehåll har pågått under en lång period – från 2001 och fram till 2017. Till detta kan man lägga processen för inflyttning i det nya sjukhuset och planering och implementering av en ny verksamhetsmodell på Karolinska Universitetssjukhuset. I nedanstående figurer visas tidslinjer för besluts- och genomförandeprocessen för byggnation och verksamhetsinnehåll från 2001 till 2011 då Stockholms läns landsting ansvarade för projektet. Från 2012 lades ansvaret för bland annat verksamhetsinnehållet på Karolinska Universitetssjukhuset och under den tiden tillkom besluts- och genomförandeprocessen för en ny verksamhetsmodell för sjukhuset.

**Figur 8.1 Tidslinje för beslutsprocess för NKS**




## 8.2 Beslutsprocessen för verksamhetsinnehållet på NKS

Visionen för det nya universitetssjukhuset är redan från start att återta Stockholms ställning som världsledande inom både forskning och klinisk verksamhet. Beslutsprocessen för att bestämma inriktning och verksamhetsinnehåll pågår från 2002 fram till 2017 då det slut-

liga verksamhetsinnehållet för sjukhuset läggs fast. Under den perioden genomförs flera utredningar, planeringsdokument och beslutsunderlag tas fram. 2011 övergår ansvaret för verksamhetsinnehållet från NKS-förvaltningen vid Stockholms läns landsting till Karolinska Universitetssjukhuset.

### 8.2.1 Tidiga utredningar om hälso- och sjukvårdsstrukturen i Stockholm

Som beskrivits i tidigare avsnitt föreslogs i en skrivelse 2001 att undersöka möjligheterna att skapa ett nytt universitetssjukhus i Stockholm.

*SNUS-utredningen*

I december 2001 beslutade landstingsstyrelsen att låta utreda inriktning för och lokalisering av ett nytt universitetssjukhus i Stockholm.

Vid den här tidpunkten bedrevs universitetssjukvård både vid Karolinska sjukhuset och vid Huddinge sjukhus. Fokus för utredningen låg dock på Karolinska sjukhuset i Solna. Ett motiv var vikten av att säkerställa Stockholmsområdets världsledande högspecialiserade vård och forskning genom en attraktiv, modern och funktionell miljö. Utöver frågan om inriktning för och lokalisering av ett nytt universitetssjukhus analyserades också frågan om finansiering och partnerskap. Samtliga pågående och planerade investeringar inom sjukvården skulle också prövas och granskas. Landstingsdirektören utsågs till ordförande. I styrgruppen för SNUS-utredningen ingick biträdande landstingsdirektören, sjukvårdsdirektören, finansdirektören samt VD för Locum AB. Sjukhusdirektören för Karolinska sjukhuset och rektorn för Karolinska Institutet var adjungerade till styrgruppen.

SNUS-utredningen var färdig i november 2002 och presenterade sina bedömningar och förslag (LS 0201-0049). SNUS-utredningen konstaterade att det fanns funktionella och ekonomiska motiv för att ha endast ett universitetssjukhus i länet. Tiden ansågs dock inte mogen för en sammanslagning av Karolinska sjukhuset och Huddinge sjukhus. Förslaget var i stället en tydligare profilering mellan de båda universitetssjukhusen och att en gemensam ledning skulle övervägas. Förslagen i SNUS-utredningen avsåg i första hand Karolinska sjuk-

huset, men resonemangen om vilket uppdrag ett universitetssjukhus skulle ha ansågs vara giltiga även för Huddinge sjukhus.

Som utgångspunkt för förslagen betonades att frågan om ett nytt universitetssjukhus måste belysas och bedömas utifrån flera aspekter. Sjukhuset måste vara väl anpassat till de förutsättningar och krav som bland annat den medicinska och medicintekniska utvecklingen ställer. Det verksamhetsmässiga uppdraget och ramarna var också av stor vikt för regionen och landstingets hela sjukvårdsstruktur men även nationellt. Ett framgångsrikt universitetssjukhus var en viktig resurs för att stärka och utveckla Sveriges konkurrens- och attraktionskraft inom främst de biomedicinska och biotekniska områdena.

SNUS-utredningen föreslog att den högspecialiserade vården lokaliserades till universitetssjukhuset, dels för att den högspecialiserade vården har ett nära samband med forskning och utbildning, dels att den måste koncentreras till ett fåtal enheter av kompetens- och effektivitetsskäl. Inriktningen för universitetssjukhuset var att bedriva omfattande forskning och utbildning av yppersta kvalitet, vilket är ett universitetssjukhus unika uppgift. Men man pekade också på att all forskning och utbildning varken kan eller bör ske endast vid den fysiska anläggningen ”universitetssjukhuset” utan forskare och lärare måste ges tillgång till hela sjukvårdssystemet i en nätverksorganisation. SNUS-utredningen pekade också på att Karolinska sjukhuset inte skulle vara ett länsdelssjukhus för nordvästra delen av länet utan ett specialistsjukhus för hela länet. Sjukhuset borde därför inte innehålla stora volymer bassjukvård. Antalet slutenvårdsplatser behövde därför minska liksom andelen akutvård. Akutmottagningen skulle inriktas på att endast omhänderta vissa ambulanspatienter, patienter som kommer på remiss eller som hänvisats dit av sjukvårdsrådgivningen. Kriterier för vilka dessa patienter var behövde därför utarbetas.

En omdaning av Karolinska sjukhuset till ett modernt och internationellt konkurrenskraftigt universitetssjukhus måste gå hand i hand med förändringar inom andra delar av landstingets sjukvårdssystem. Exempelvis måste närsjukvården stärkas. Ett nytt universitetssjukhus borde lokaliseras till Karolinska sjukhuset i Solna eftersom det ger den nödvändiga närheten till Karolinska Institutet.

Slutligen föreslog SNUS-utredningen ett fortsatt uppdrag att utreda inriktningen för ett nytt universitetssjukhus i Solna och att precisera sjukhusets uppdrag samt att ytterligare utreda sjukvårdsstrukturens utformning och förverkligande. En fortsatt utredning skulle

också komma med förslag på samordning mellan de två Karolinska sjukhuset och Huddinge sjukhus samt hur samarbetet med övriga universitetssjukhus skulle utformas, i första hand Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Parallellt med SNUS-utredningen gjorde Karolinska sjukhusets ledning en egen intern utredning. Deras förslag var i korthet att uppdraget för det nya universitetssjukhuset skulle vara detsamma som tidigare och att man skulle behålla och renovera de gamla lokalerna i Solna. Förslaget avvisades av SNUS-utredningen, med argumentet att det inte var förenligt med målet att skapa ett nytt effektivt och internationellt konkurrenskraftigt universitetssjukhus. Däremot bedömdes Karolinska sjukhusets förslag om utvecklingen mot en lärande organisation liksom områden för spetsforskning som viktiga och relevanta.

### *3S-utredningen*

Med utgångspunkt i SNUS-utredningens förslag lade landstingsstyrelsen i mars 2003 fast direktiven för det fortsatta arbetet. Huvuduppdraget var att fortsätta utredningsarbetet utifrån den principiella plattform som SNUS-utredningen presenterade. Förslag till ny sjukvårdsstruktur skulle utvecklas och nybyggnation av ett universitetssjukhus studeras med inriktningen Karolinska sjukhusområdet i Solna. Även i 3S-utredningen var landstingsdirektören ordförande. I ledningsgruppen ingick också biträdande landstingsdirektören, beställardirektören, VD för Locum AB samt prorektor/rektor för Karolinska Institutet.

3S-utredningen som var klar våren 2004 analyserade och lämnade förslag på flera delar av sjukvården; den framtida närsjukvården, det nya universitetssjukhuset och den framtida akutsjukvårdsstrukturen, byggnation av nytt universitetssjukhus samt patienternas vårdkontakt vid olika sjukdomstillstånd (LS 0409-1729).

Förslaget var en ny sjukvårdsstruktur som byggde på att närsjukvården utvecklades och akutsjukhusen fick förändrade uppdrag. I detta låg också att förbättra förutsättningarna för forskning, undervisning och utveckling av vården. Förslaget till framtida struktur för akutsjukvården omfattade bland annat att högspecialiserad vård koncentrerades till Karolinska Universitetssjukhuset samtidigt som en pro-

filering och samordning av sjukhusets verksamheter i Solna och Huddinge skulle genomföras. Specialiserad vård skulle flyttas ut från Karolinska Universitetssjukhuset till Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och S:t Görans sjukhus. Även uppdragen för övriga sjukhus i länet föreslogs utvecklas i samverkan med bland annat Karolinska Universitetssjukhuset. Akutverksamhet som inte krävde sjukhusens resurser skulle överföras till närsjukvården. 3S-utredningen går igenom profilområdena för respektive sjukhus och ger konkreta förslag på var olika typer av vård bör bedrivas.

3S-utredningen föreslår även utvecklingen av ett akademiskt sjukvårdssystem. Med Karolinska Universitetssjukhusets inriktning mot högspecialiserad och specialiserad vård måste utbildningsuppdraget spridas till flera sjukhus och till närsjukvården. Grundutbildning av studenter måste ske på flera ställen inom sjukvården där patienter med de vanliga folksjukdomarna tas om hand. Även klinisk forskning och uppföljning måste ske på olika håll inom sjukvården och även inom den kommunala vården. Karolinska Institutet och Karolinska Universitetssjukhuset föreslås få ett stort ansvar för att stödja en sådan utveckling.

### 8.2.2 Inriktningsbeslut om ny hälso- och sjukvårdsstruktur i Stockholms län

Med 3S-utredningen som underlag och utifrån landstingsstyrelsens förslag till beslut, fattade landstingsfullmäktige i maj 2005 inriktningsbeslut om ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms läns landsting. I korthet handlade det bland annat om att koncentrera den högspecialiserade vården till Karolinska Universitetssjukhuset, att flytta ut specialiserad vård från Karolinska Universitetssjukhuset till Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och S:t Görans sjukhus samt att utveckla närsjukvården. Fullmäktige beslutade också att godkänna de av 3S-utredningen föreslagna principerna för utveckling av ett akademiskt sjukvårdssystem.

I underlaget (LS 0409-1729) till fullmäktiges beslut står att universitetssjukhusen är viktiga resurser när det gäller att genom framgångsrik forskning stärka och utveckla regionens och Sveriges konkurrens- och attraktionskraft. Förmågan att i den internationella konkurrensen kunna upprätthålla en medicinsk forskning i världsklass kan inte tas för given. Nyckeln till fortsatt framgång är profilering och koncen-

tration av den forskningsnära hälso- och sjukvården. Då kan den kraftsamling åstadkommas som är en förutsättning för att garantera fortsatt spetskompetens. I underlaget står också att genomförandebesluten om en förändrad sjukvårdsstruktur ska ske successivt och så långt som möjligt integrerat i förändringsbesluten i det årliga budgetarbetet enligt en föreslagen tidplan. Vissa beslut hade också redan fattats, bland annat bildandet av Karolinska Universitetssjukhuset genom sammanslagningen av Karolinska sjukhuset och Huddinge sjukhus 2004.

Vidare står att den nya sjukvårdsstrukturen ska skapa förutsättningar för utveckling av en nationellt och konkurrenskraftig sjukvård och forskning. Ett universitetssjukvårdssystem ska utvecklas där olika vårdgivare vävs samman med gemensamma forsknings- och utbildningsuppdrag. Systemet ska stödja utvecklingen av så kallade ”centers of excellence”, skapa underlag för god klinisk forskning och utveckling och för undervisning av studenter, AT-läkare och specialister. För att utveckla idéerna om det akademiska sjukvårdssystemet ska ett särskilt utredningsarbete sättas igång i nära samverkan med Karolinska Institutet. Utredningen skulle bland annat belysa vilka delar av Stockholms sjukvård som skulle ingå i universitetssjukvårdssystemet och bära det akademiska ansvaret i framtiden, vilken forskning och undervisning som skulle ske utanför Karolinska Universitetssjukhuset och hur sådan forskning och undervisning skulle organiseras.

När inriktningsbeslutet var fattat utlystes en formgivningstävling för utformning av det nya sjukhuset. Den avslutades 2006 och förslaget Forum Karolinska utsågs till vinnare. Då hade en projektledare rekryterats för NKS-projektet och ansvaret för byggnation och utformning av verksamhetsinnehåll för det nya sjukhuset överläts på ett nybildat NKS-kansli inom Stockholms läns landsting.

### 8.2.3 Verksamhetsinnehållet för NKS ska beslutas sent

I projektprogrammet för NKS (SLL 2007) som togs fram av NKS-kansliet och vars syfte var att utgöra styrdokument för det fortsatta projektarbetet beskrivs vision och mål för NKS-projektet. Där betonas att det är för tidigt att föreslå verksamhetsuppdrag för NKS vad gäller sjukvård, forskning och utbildning. Det bör i stället ske så sent som möjligt, förslagsvis den 31 december 2010. En anledning

var den snabba medicinska och tekniska utvecklingen och att högspecialiserad vård är ett föränderligt begrepp som nödvändigtvis inte är detsamma då NKS ska tas i full drift 2018. En annan anledning som anges är Ansvarskommitténs förslag om färre och större landsting som kan påverka NKS uppdrag. Även inom Stockholms läns landstings sjukvårdsstruktur kan förändringar komma till stånd som påverkar NKS uppdrag. Ytterligare en anledning att avvakta med verksamhetsinnehållet är det pågående arbetet med att profilera inriktningen mellan Solna och Huddinge. Dimensioneringen av sjukhuset i termer av vårdplatser, öppenvårdsbesök, operationssalar etc. beskriver man ändå. Sjukhuset dimensioneras för 600 slutenvårdsplatser, 500 000 planerade öppenvårdsbesök per år och 38 stora operationssalar.

En riskanalys finns med i projektprogrammet med risker som kan påverka projektets genomförande. Utöver infrastrukturella risker som rör kollektivtrafik, helikopterplatta m.m. lyfts verksamheten fram som en risk. Befintlig verksamhet kan påverkas av byggnationen av det nya sjukhuset. Man lyfter också fram de höga förväntningar som finns på NKS och behovet av att kunna attrahera kvalificerad personal. En viktig konkurrensfördel mot andra vård- och arbetsgivare är arbetsmiljön och att lokalerna i NKS är anpassade efter verksamheten, personalens önskemål och behov. En annan risk som lyfts fram är samverkan med andra projekt och aktörer. Samverkan med Karolinska Institutet är en förutsättning, om samverkan inte kommer till stånd förändras projektet som helhet. Ett samverkansavtal ska därför skrivas med Karolinska Institutet. Ytterligare en risk är NKS-projektets koppling till den förändrade sjukvårdsstrukturen i Stockholms län som föreslås i bland annat 3S. Man skriver att det kommer finnas en osäkerhet kring hur sjukvården kommer att se ut och vara organiserad när NKS ska tas i bruk. Skulle förändringen bli en annan än den som föreslås i 3S, så kan det innebära att lokalerna inte är anpassade för de nya behoven. För att uppfylla projektmålen identifieras ett antal nödvändiga beslut. Ett sådant är beslut om verksamhetsinnehåll vid inflyttning (uppdrag, upptagningsområde, profilering m.m.) som ska fattas av landstingsfullmäktige.

Både landstingsstyrelsen och landstingsfullmäktige ställer sig bakom argumenten att det är för tidigt att besluta om verksamhetsinnehåll för det nya universitetssjukhuset. April 2008 beslutade landstingsfullmäktige att uppdra åt landstingsstyrelsen att senast den 31 decem-

ber 2010 återkomma till fullmäktige med förslag till verksamhetsinnehåll. I en reservation till beslutet framförde Miljöpartiet att det var viktigt att frågan om verksamhetsinnehåll kom upp till diskussion och förankring i olika fora så snart som möjligt.

*Ett första koncept för verksamhetsinnehåll presenteras*

I maj 2009 presenterade NKS-förvaltningen ett första koncept till verksamhetsinnehåll för NKS. I uppdraget låg också att redovisa eventuella verksamhetsmässiga konsekvenser för övriga delar av sjukvården. Förslaget byggde på en internationell utblick med internationella referensobjekt (universitetssjukhus)[1] samt på intervjuer med ett 50-tal personer från bland annat Karolinska Universitetssjukhuset, Karolinska Institutet, Stockholms läns landsting och övriga akutsjukhus. Hur dessa personer valts ut och hur de representerar olika intressen i länets sjukvård framgår inte.

Enligt konceptet ska utgångspunkten för NKS vara patienten först – patienter som söker NKS ska erbjudas vård av högsta nationella kvalitet, hög tillgänglighet och god service. Högsta nationella kvalitet innebär att patienter endast i undantagsfall ska behöva remitteras till andra regioner för att få rikssjukvård. Sjukhusets uppdrag ska vara att bedriva högspecialiserad vård och forskning. Detta förutsätter ett samarbete med andra vårdgivare i regionen. De administrativa hindren måste tas bort så att patienter och medarbetare kan ”vandra fritt” över sjukhusgränserna. Regionens högspecialiserade vård kan inrymmas på NKS och det finns utrymme att komplettera med specialiserad vård för att verksamheten ska bli kostnadseffektiv. Sjukvård, forskning och undervisning ska integreras. Med stöd av itbaserade journalsystem och vårdprogram, strukturerad uppföljning och kvalitetsregister kan forskningsstudier genomföras med många patienter och vårdgivare. NKS kan på så vis vara navet i det akademiska sjukvårdssystemet och inta en central roll vid utvecklingen av den kliniska forskningen. Utvecklingen underlättas med en närmare integration mellan universitetssjukhuset och Karolinska Institutet både vad gäller organisation, ledning och styrning. Verksamheten bör organiseras i multidisciplinära temaområden. Exempel på teman som

[1] Bl.a. Massachusetts General Hospital, Cleveland Clinic, Mayo Clinic, Brigham and Women’s Hospital, Imperial College Healthcare, University College London Hospitals, Erasmus University Medical Centre (Erasmus MC) och Leiden University Medical Centre (LUMC).

NKS bör utveckla är neuro, cancer, hjärta-kärl, inflammation, reparativ medicin och barn. NKS bör också satsa strategiskt inom ett begränsat antal profilområden där målsättningen ska vara att bli nationellt ledande. Om något av dessa områden också ska få status som rikssjukvårdsspecialitet kan särskilda resurser behöva avsättas. Med stöd av de internationella erfarenheterna bör NKS organiseras utifrån ett processorienterat perspektiv. De gamla klinikstrukturerna bör överges till förmån för tematiska områden och centrumbildningar.

I konceptet redovisas också de synpunkter som framkommit i intervjuer med beslutsfattare och nyckelpersoner inom och utanför landstinget. Här framgår att det råder stor enighet om att NKS inte kan ses isolerat utan som en del i hela sjukvårdssystemet. Det råder dock oenighet om vilken roll NKS ska spela i systemet. Det finns olika uppfattningar om samordningen mellan sjukhuset och Karolinska Institutet, liksom hur forskningen ska påverka verksamhetsinnehållet. Flertalet aktörer, inklusive Karolinska Institutet, betonar att forskning ofta behöver stora volymer specialist- och basvård och att NKS får för lite basvård. Andra ser det som naturligt och nödvändigt att samverka om patientunderlag med alla sjukhus i länet. Vad gäller utbildning ser de flesta aktörer att det är naturligt att anpassa utbildningsplatser till var patienterna finns och att alla vårdgivare medverkar i utbildningsuppdraget. Det råder relativt stor enighet om behovet av nya arbetssätt och nya organisationsformer. Många ser NKS som en möjlighet att utveckla nya arbetssätt, till exempel genom att överge klinikstrukturen och övergå till en mer processtyrd organisation. Om man väljer en sådan organisation är det viktigt att medarbetarna har en tydlig hemmatillhörighet. Ett naturligt sätt att lösa detta kan vara att behålla specialiteterna som en komponent i matrisorganisationen med vårdprocessen som den andra komponenten.

*Förslaget behandlas i landstingets FoUU-utskott*

Den 15 december 2009 tas frågan om inriktningsbeslut avseende övergripande verksamhetsinnehåll vid Nya Karolinska Solna upp i FoUU-utskottet. Som underlag finns ett tjänsteutlåtande från NKS-förvaltningen daterat den 8 december 2009 (LS 0906-0489) där koncept för verksamhetsinnehåll är bilagt tillsammans med en redovisning av remissvar.

I tjänsteutlåtandet finns en genomgång av tidigare fattade beslut och intentioner med NKS-projektet (SNUS, 3S, landstingsfullmäktiges beslut om byggnation av ett nytt universitetssjukhus). Här nämns bland annat att sjukhuset ska vara både ett verksamhetsprojekt och ett byggprojekt, och att den särskilda NKS-förvaltningen inrättades för att kunna ta tillvara både de verksamhetsmässiga- och byggnadsmässiga aspekterna av projektet. Där står också att landstingsstyrelsen har delegerat rätten att fatta beslut i frågor om det nya sjukhuset till FoUU-utskottet. Vidare står att ett gemensamt beredningsarbete har inletts inom landstingsstyrelsens förvaltning, hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och NKS-förvaltningen för att fördjupa analysen av de konsekvenser sjukhuset får för den övriga sjukvården. I arbetet involveras arbetstagarorganisationerna och verksamhetsföreträdare i temagrupper och seminarier. På motsvarande sätt inhämtas synpunkter från patient- och handikapporganisationer, olika intresseorganisationer och samverkanspartners. Det betonas att det är viktigt att notera att det nya universitetssjukhuset ska ha ett nytt uppdrag med tydligare fokus på högspecialiserad vård och mindre på bassjukvård. Målsättningen är att denna inriktning ska kunna ske över tid och parallellt med en ökning av andelen högspecialiserad vård från andra delar av landet, liksom från utlandet. Ett rimligt mål är att utomlänsintäkter och andra externa intäkters andel av NKS totala intäktsmassa ska dubbleras och därmed öka den finansiella basen för sjukhuset. Här påpekas att ett mycket aktivt förändringsarbete med en omställning och profilering av Karolinskas verksamhet i den riktning som beskrivs redan pågår vid sjukhuset. Vad gäller NKS akutmottagning sägs att den är väl dimensionerad och kommer att ha en god beredskap för att möta olika framtida behov. En hänvisning görs också till att landstingsfullmäktige tidigare fattat beslut om att den högspecialiserade och specialiserade vården vid Astrid Lindgrens barnsjukhus ska förläggas till NKS liksom den handkirurgiska verksamheten vid Södersjukhuset och delar av ögonsjukvården från S:t Eriks ögonsjukhus. I tjänsteutlåtandet finns också ett avsnitt om en tematisk struktur. De sex teman som lyftes fram i konceptet presenteras också.

Vid mötet beslutade FoUU-utskottet att:

- NKS ska bli navet i ett nationellt och regionalt akademiskt sjukvårdssystem, som är internationellt konkurrenskraftigt och där särskild vikt ska läggas vid patientperspektivet och på patientsäkerhet i vården.
- NKS i samverkan med Karolinska Institutet och i tillämpliga delar också med övriga universitet och högskolor i Stockholmsregionen ska utveckla en stark integration och samverkan mellan sjukvård, utbildning, klinisk forskning och grundforskning.
- NKS verksamhetsinnehåll ska baseras på i landstinget tidigare fattade beslut, samt att patientvården vid sjukhuset organiseras i temaområden i enlighet med tjänsteutlåtandet.
- Uppdra åt landstingsstyrelsen att återkomma till fullmäktige senast före utgången av 2011 med ett mer preciserat förslag om det nya universitetssjukhusets verksamhetsinnehåll, samt att då redovisa sin bedömning av vilka förändringar detta medför avseende dagens Karolinska universitetssjukhus i Solna.
- Uppdra åt landstingsstyrelsen att fatta beslut i frågor som rör implementeringsprocessen av verksamhetsinnehållet vid NKS.

Inför beslutet i FoUU-utskottet framförde oppositionen (S, V och MP) att förslaget skulle återremitteras och en politisk process inledas där helheten avseende verksamhetsinnehållet vid NKS och dess påverkan på övriga sjukhusstrukturen diskuterades. Karolinska Huddinges roll föreslogs också klargöras. Oppositionen framförde också behovet av att belysa om kvinnosjukvård bör vara ett eget temaområde eller om det kan få en tydligare roll i den befintliga temastrukturen. FoUU-utskottet beslutade inte om återremittering av ärendet, men däremot om att komplettera den formella beslutsprocessen med partiöverläggningar där verksamhetsinnehållet vid NKS och dess påverkan på övrig sjukvårdsstruktur diskuterades.

*Synpunkter framförs på förslag till övergripande verksamhetsinnehåll*

I beredningen inför landstingsfullmäktiges beslut om övergripande verksamhetsinnehåll för NKS framförde bland annat hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och personalorganisationerna sina synpunkter på förslaget.

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning var kritisk (HSN 1001-0069). Kritiken handlade bland annat om att det var svårt att definitivt ta ställning till förslaget om verksamhetsinnehåll eftersom det redovisades på en övergripande nivå. Förvaltningen framförde kritik och frågor kring de beräkningar som NKS-förvaltningen gjort vad gäller produktion, vårdtillfällen, vårdtider, effektivitetsvinster (utifrån nya arbetssätt) och vilka patientgrupper som avsågs. Förvaltningen framförde också att det vore rimligt att NKS-förvaltningens fortsatta arbete om NKS verksamhetsinnehåll synkroniserades med Hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag om Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning skrev också att det måste göras en tydlig total investeringskalkyl för hela projektet inklusive investeringar utanför NKS innan slutligt beslut om verksamhetsinnehåll fattas. Det behövdes också göras en noggrannare analys och konsekvensbeskrivning av den föreslagna tematiska indelning och vilken anpassning den kräver hos övriga vårdgivare. Vidare framförde förvaltningen att det var otydligt vad som avsågs med att NKS skulle vara ett nav i hälso- och sjukvården och vad det innebar för övriga vårdgivare och hälso- och sjukvårdsstrukturen i stort i landstinget. Avslutningsvis uttalar förvaltningen att när beslutet om verksamhetsinnehåll i NKS är fattat så måste förändringen av den nuvarande organisationen inledas omgående.

Även personalorganisationerna vid Karolinska Universitetssjukhuset lämnade synpunkter på förslaget till övergripande verksamhetsinnehåll inför landstingsfullmäktiges beslut. Frågan togs upp vid ett möte i den centrala samverkansgruppen (CSG) med personalorganisationerna den 7 april 2010 (LS 1003-0255). Inför mötet hade Kommunal, SKTF, Vårdförbundet och SACO överlämnat synpunkter och frågor i ärendet. SACO och Stockholms läkarförening framförde i sitt skriftliga yttrande över tjänsteutlåtandet (LS 1003-0255) bland annat att de tidigare kritiserat ”konceptet för verksamhetsinnehåll” och beklagade att det skulle utgöra grund för det fortsatta arbetet. Vad gäller temaorganisation föreslår man att ”denna oprövade

organisationsmodell ytterligare granskas och analyseras inte minst i förhållande till övrig verksamhet på Karolinska Universitetssjukhuset innan den införs på NKS". Man lyfter också fram att det är helt nödvändigt att utvärdera NKS:s samband med och påverkan på övrig sjukvårdsstruktur och man beklagar att detta inte gjorts tidigare. Man anger att det är en viktig fråga att besvara som skjuts framåt på ett olyckligt sätt. Detsamma gäller den preciserade beskrivningen av verksamhetsinnehållet på NKS. En beskrivning måste innefatta verksamheten även på Karolinska Huddinge. Man ställer också frågan om innebörden av att NKS ska vara ett "nav". Menar man att NKS är ett av flera universitetssjukhus är det okontroversiellt, men om NKS ska få en överordnad roll måste det beskrivas hur det ska bli möjligt. Ska navet innefatta hela Karolinska eller enbart NKS? Avslutningsvis skriver de att "tjänstutlåtandet ger upphov till ett flertal frågor. För att NKS-projektet ska kunna genomföras på ett framgångsrikt sätt krävs stor lyhördhet och vilja till samverkan med ett flertal berörda parter. Hit hör de fackliga organisationerna liksom företrädare för hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, primärvården, Karolinska Institutet och Karolinska Universitetssjukhuset. De fackliga organisationernas engagemang och kunskap bör i det fortsatta arbetet ta tillvara på ett bättre sätt än som hittills varit fallet."

Även Kommunal pekar på att det är svårt att överblicka verksamhetsinnehållet för det nya sjukhuset. Sjukhusets innehåll påverkar hela sjukvårdsstrukturen för Stockholm och Kommunal har ännu inte tagit del av hela sjukvårdsstrukturen. Trots påtryckningar att få vara med och diskutera den framtida sjukvården har de inte blivit inbjudna. Kommunal finner det mycket anmärkningsvärt att en personalorganisation stängs ute från detta arbete. Temainriktningen har de inga synpunkter på. Däremot måste processarbetet påbörjas i god tid så att en kulturförändring kommer till stånd. Vårdförbundet framför vikten av att personalförsörjningen går hand i hand med byggandet. Annars finns en risk att det finns ett färdigbyggt sjukhus utan den specialistkompetens som behövs. SKTF menar att man först måste färdigställa en övergripande plan för hälso- och sjukvårdsstrukturen inom Stockholms läns landsting. De påpekar också att facken inte fått möjlighet att medverka i arbetet.

I arbetsgivarens kommentarer (LS 1003-0255) med anledning av de fackliga organisationernas synpunkter och frågor står bland annat att det är självklart att det krävs en fortsatt diskussion och utveckling

av verksamhetsinnehållet. Att det inte går att ge svar på alla frågor ligger helt i linje med de prioriteringar som NKS-förvaltningen gjort. Arbetsgivaren skriver också att det är viktigt att förstå att det inte är NKS-förvaltningen som är huvudansvarig för att ange effekterna av planeringen för NKS för övrig hälso- och sjukvårdsstruktur liksom för de två geografiska enheterna för universitetssjukhuset. De övergripande uppgifterna faller på hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och landstingsstyrelsens förvaltning samt i viss mån på ledningen för Karolinska Universitetssjukhuset. Av protokollet från mötet den 7 april 2010 framgår att arbetsgivaren anser att de, med dialogen, har besvarat de frågor och synpunkter som de fackliga organisationerna har framfört. Ärendet är därmed slutbehandlat.

*Landstingsfullmäktige beslutar om övergripande verksamhetsinnehåll*

På landstingsfullmäktiges sammanträde den 4 maj 2010 fattade fullmäktige beslut om det övergripande verksamhetsinnehållet.

I beslutsunderlaget (LS 1003-0255) lyfts visionen om det nya universitetssjukhuset med högspecialiserad vård, att sjukhuset ska vara kärnan i ett nationellt och internationellt konkurrenskraftigt universitetssjukvårdssystem och inta en central roll vid utvecklingen av Stockholmsregionen till ett biomedicinskt centrum. Med NKS tar landstinget ytterligare steg för att öka patientfokus, patientsäkerhet och vårdens kvalitet. NKS roll blir ett högspecialiserat och forskningsintensivt universitetssjukhus i nära relation till Karolinska Institutet, KTH och medicinteknisk och bioteknisk industri i regionen. Här lyfts också att NKS kommer att organisera vården efter medicinska teman. För att åstadkomma ett multidisciplinärt samarbete överges kliniker till förmån för temaområden. Inom ett tema samlas specialiteter med starka vård- och forskningssamband för att underlätta för patienter och för personal. Det nya sjukhuset skapar också potential för landstinget att erbjuda en utvecklad rikssjukvård som kan attrahera andra landsting att stärka samverkan med Stockholms läns landsting. Samtidigt medför byggandet av och innehållet i NKS att landstingets hela hälso- och sjukvårdsstruktur påverkas. Det ställer krav på en sammanhållen planering och ett genomförande som beaktar olika samband och relationer.

Landstingsfullmäktige beslutade följande:

- Att planera NKS verksamhetsinnehåll så att Karolinska Universitetssjukhusets roll i ett regionalt och akademiskt sjukvårdssystem stärks, och att verksamheten blir internationellt konkurrenskraftig med patientperspektiv och patientsäkerhet som utgångspunkter för all verksamhet
- Att NKS i samverkan med i första hand Karolinska Institutet, men också med övriga universitet och högskolor i Stockholmsregionen, ska bidra till att utveckla en stark integration och samverkan mellan sjukvård, utbildning, klinisk forskning och grundforskning.
- Att verksamhetsinnehållet i NKS ska baseras på det koncept för verksamhetsinnehåll som föreslagits av FoUU-utskottet och de kompletteringar som följer av hälso- och sjukvårdsnämndens analyser av Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS).
- Att uppdra till landstingsstyrelsen att före utgången av 2011 fastställa mer preciserat verksamhetsinnehåll vid NKS, samt hur verksamheten ska organiseras i förhållande till övrig befintlig hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Oppositionen (S, V och MP) framförde synpunkter på den fjärde attsatsen som innebar att man ville ha ett förtydligande om hur verksamheten vid NKS ska organiseras i förhållande till övrig befintlig hälso- och sjukvårdsverksamhet vid Karolinska Huddinge.

*Mål och verksamhetsinriktning för NKS presenteras – men inget slutgiltigt beslut om verksamhetsinnehåll fattas*

Våren 2011 presenterar NKS-förvaltningen rapporten ”NKS – mål och verksamhetsinriktning”, vars syfte var att sammanfatta var arbetet med verksamhetsinnehåll vid NKS befann sig. Rapporten var inte avsedd att utgöra underlag för beslut om NKS verksamhetsinnehåll på klinik- eller specialitetsnivå eftersom sådana ställningstaganden bedömdes ligga flera år framåt i tiden. I rapporten står att NKS fysiska kapacitet är cirka 600 slutenvårdsplatser, cirka 100 dagvårdsplatser, 100 platser på ett patienthotell och 35 operationssalar. Följande verksamhetsinriktning föreslås för NKS:

- En ökad koncentration av högspecialiserad vård i länet till NKS, där universitetssjukvården som helhet är spridd på flera sjukhus och enheter.
- Ett specialiserat akutmottagande som inriktar sig på de svårast sjuka och skadade patienterna från hela länet, men även vissa volymer bassjukvård kan komma att omhändertas på akutmottagningen.
- En tematiskt organiserad patientvård, baserad på patientens behov, perspektiv och medverkan.

Här lyfts också de sex tidigare föreslagna temana fram: barn, cancer, hjärta-kärl, inflammation, neuro, reparativ medicin (inklusive trauma). För varje tema görs en bedömning av antalet slutenvårdstillfällen och andel högspecialiserade/avancerade vårdtillfällen i NKS. Resonemang förs också kring varje tema, exempelvis om behov och kopplingar till annan verksamhet inom sjukhuset.

Återigen framförs att det är för tidigt att avgöra verksamhetsinnehållet. Argumenten är desamma som tidigare. Man försöker dock precisera vårdkapaciteten för bland annat akutmottagning, vuxenintensivvård, operationsverksamhet, förlossningsvård, öppenvård, kliniska prövningar, universitetslaboratoriet etc. På några områden ges mer specifika förslag på innehåll, exempelvis typ av specialistmottagningar inom öppenvården och verksamhetsområden som ska ingå i laboratoriet.

Något beslut om verksamhetsinnehåll fattas inte med anledning av rapporten. NKS-förvaltningen avvecklas hösten 2011 och ansvaret för bland annat verksamhetsinnehållet överlåts i stället till styrelsen vid Karolinska Universitetssjukhuset.

### 8.2.4 Parallell process: en regional plan för Framtidens Hälso- och sjukvård tas fram

NKS-förvaltningens uppdrag var att planera NKS och dess verksamhetsinnehåll separat från det övriga regionala sjukvårdssystemet. Aktörer som Karolinska sjukhuset och hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning skulle, om inte direkt uttalat, hållas utanför. Detta för att NKS-förvaltningen skulle kunna tänka nytt och fritt kring NKS och inte fastna i befintliga strukturer och lösningar.

Visionen för NKS om ett mindre högspecialiserat sjukhus förutsatte dock omfördelningar av vård och vårdplatser inom Stockholms läns sjukvårdssystem. Detta framförde hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning i samband med remissomgången på förslaget till övergripande verksamhetsinnehåll 2009. Förvaltningen ställde krav på en total kalkyl för investeringar i länet (inklusive NKS) innan slutligt beslut om verksamhetsinnehåll fattades. De ville också se en konsekvensbeskrivning av den föreslagna tematiska indelningen på NKS och vilken anpassning den krävde hos övriga vårdgivare.

I samband med remissomgången, i december 2009, fick hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning i uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämnden att analysera och konkretisera den framtida hälso- och sjukvården i Stockholms län utifrån behov och finansiella resurser (HSN 0910-1366). Analysen och de kommande förslagen skulle särskilt fokusera på förändringar i utbudet av hälso- och sjukvården fram till 2015 till följd av den demografiska utvecklingen och tillkomsten av NKS. Uppdraget skulle vara slutfört i december 2010. Detta blev starten för arbetet med planen Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS).

### *Framtidsplan för hälso- och sjukvården*

Framtidsplanen för Hälso- och sjukvården (FHS) fastställdes av landstingsfullmäktige den 14–15 juni 2011. I beslutet fastställdes målbilder för den framtida hälso- och sjukvården 2015 respektive 2025. I planen beskrivs den förväntade befolkningsutvecklingen och det framtida vårdbehovet och det finns ett särskilt avsnitt om verksamhetsinnehållet vid NKS. Här står också att Karolinska Universitetssjukhuset får i uppdrag att planera verksamhetsinnehållet vid NKS. Centralt vid utformningen av NKS verksamhetsinnehåll är ett väl utvecklat samarbete mellan NKS och Karolinska Institutet.

NKS bedöms få stor påverkan på hela sjukvårdsstrukturen inom länet. Sjukhuset kommer att bli ett högspecialiserat universitetssjukhus som erbjuder unika möjligheter, men som kommer att ta emot färre patienter än tidigare. Befolkningsökningen tillsammans med NKS minskade vårdproduktion leder till att cirka 40 000 vårdtillfällen inom slutenvården behöver tillskapas. Återigen står att det inte är möjligt eller önskvärt att vid denna tidpunkt fastslå alla delar

i NKS verksamhetsinnehåll eller hur NKS bäst organiseras. Inriktningen är fortsatt att en koncentration av den högspecialiserade vården ska ske vid NKS. Samtidigt sägs att all högspecialiserad vård inte med nödvändighet alltid utförs bäst på NKS. Några delar fastslås dock, bland annat det totala antalet vårdtillfällen inklusive antalet förlossningar vid NKS, kapaciteten för NKS akutmottagning och antalet elektiva öppenvårdsbesök. NKS-konceptets ambition om delade vårdtillfällen, det vill säga att NKS utför en del av vårdkedjan och andra aktörer tar vid och ansvarar för andra delar kommenteras. Delade vårdtillfällen ska enligt planen inte vara en planeringsförutsättning för NKS utan snarare ses som en av flera möjliga verksamhetsutvecklingsfrågor inom akutsjukvården.

*Planering av genomförandet*

Själva genomförandet av Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) skulle utgå från målbilderna och göras i flera steg.

Ett centralt programkontor för FHS etablerades under landstingsdirektörens ledning. Kontoret ansvarade för att leda och hålla samman arbetet med framtidsplanen. Lokala programkontor etablerades även på Karolinska Universitetssjukhuset, Danderyds sjukhus och Södersjukhuset.

I juni 2012 fastställde landstingsfullmäktige det första steget (LS 1109-1229) i genomförandet. I planen beskrivs bland annat att den framtida hälso- och sjukvården ska bedrivas i nätverk runt patienten där sammanhållna vårdkedjor ska ge kontinuitet och helhet för patienten. NKS beskrivs som en mycket omfattande satsning som kommer få positiva effekter på hela regionen. Den högspecialiserade vården i länet ska i största möjliga mån koncentreras till NKS, som även ska ha ett regionalt och nationellt uppdrag. Rikssjukvård kommer att bedrivas vid sjukhuset. För NKS ska bland annat följande gälla: antalet vårdplatser ska dimensioneras utifrån ett högspecialiserat uppdrag, vården ska vara tematiskt uppbyggd/processinriktad, kopplingen till FoUU är en förutsättning för verksamhetsinnehållet, en större del av vården ska vara planerad, NKS blir en del i en nätverkssjukvård och kommer att samverka med övriga vårdgivare vad gäller sjukvård och FoUU. Det framgår också att planeringen av NKS får konsekvenser för planeringen av övrig vård i länet. Exem-

pelvis står att den framtida profilen för akutsjukhusen inte kan fastställas förrän verksamhetsinnehållet för NKS är klarlagt. En analys behöver också göras av den högspecialiserade vården för att avgöra eventuella utbyggnadsbehov, bland annat vid Karolinska Huddinge. Vidare står att verksamhetsinnehållet på NKS och övriga akutsjukhus måste utformas så att det blir ett effektivt utnyttjande av samtliga investeringar.

Det andra steget i Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) (LS 1304-0527) presenterades 2013. Även i denna plan finns ett särskilt avsnitt om NKS, nu kallat universitetssjukhuset. Här hänvisas till att ett ärende om förutsättningar, planer och förslag för verksamheten vid Karolinska Universitetssjukhuset presenterats för fullmäktige i juni 2013. I korthet handlar det om att Karolinska Universitetssjukhuset i Solna ska vara ett internationellt konkurrenskraftigt universitetssjukhus för den mest avancerade sjukvården med patientperspektiv och patientsäkerhet som utgångspunkt för all verksamhet. Sjukvårdsuppdraget innebär fokus på högspecialiserad och specialiserad vård, region- och rikssjukvård samt vård som är särskilt forsknings- och/eller investeringstung. Den högspecialiserade vården ska i största möjliga mån koncentreras till Karolinska Solna. Vården ska organiseras med hänsyn till universitetssjukhusets roll inom klinisk forskning och ha en stark integration och samverkan mellan sjukvård, klinisk forskning, utveckling och utbildning. Verksamheten ska renodlas och patienter som inte behöver sjukhusets resurser ska ges vård hos andra vårdgivare. Vårdvolymerna bedöms dock förbli väsentligen oförändrade på grund av befolkningstillväxt och ökade vårdbehov. I övrigt hänvisar man till att det pågår ett arbete med att fastställa verksamhetsinnehållet vid Karolinska Universitetssjukhuset och att uppdraget kommer fastställas i avtal och ägardirektiv. Resonemang förs kring några specifika områden, exempelvis psykiatrisk vård, barnsjukvård och barnakut. En lista presenteras över vilka patientgrupper som primärt ska hänvisas till Karolinska Solnas nya akutmottagning. Fortsatt översyn ska dock göras vad gäller om ytterligare högspecialiserad vård ska samlas på Karolinska Solna, verksamhetsinnehållet för barn på Karolinska Solna och vilka intagningskriterier som ska gälla för hänvisning till Karolinska Solna.

I det tredje steget av Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) (LS 1409-1068), som beslutades av fullmäktige 2014, redogörs för förutsättningar och planer för det fortsatta genomförandet. Vad gäller

Karolinska Solna står att volymerna vid sjukhuset har justerats med hänvisning till att kapaciteten påverkas av en anpassad akutmottagning. Detta vägs upp av möjliga ökningar av vårdplatser vid övriga akutsjukhus. Barnsjukvården blir den första verksamhet som flyttar in i det nybyggda sjukhuset. De ursprungliga planerna för Karolinska Solna innebär att den högspecialiserade vården koncentreras dit. Men även en stor del specialiserad vård planeras nu ingå i Karolinska Solnas verksamhet. Även icke högspecialiserad barnsjukvård kommer inledningsvis att bedrivas i det nybyggda sjukhuset. Detta kommenteras med att ett bredare uppdrag för barnverksamheterna på sikt riskerar att påverka möjligheterna att inrymma den högspecialiserade vård som sjukhuset är planerat för, både för barn och vuxna. Hälso- och sjukvårdsnämnden ska i samråd med Karolinska Universitetssjukhuset värdera förutsättningarna och effekterna av en anpassning av akutinflödet av barn och hur det påverkar övriga barnkliniker och akutsjukhus. När sjukhuset är i full drift bör också en utvärdering göras av sjukhusets framtida profil och verksamhetsinnehåll utifrån de ursprungliga planerna. I ett avsnitt ”lägesrapport” står också att landstingsfullmäktige i juni 2013 beslutat om verksamhetsinnehåll för Karolinska Universitetssjukhuset. Uppdraget innebär att vård, utbildning och forskning ska organiseras med hänsyn taget till sjukhusets roll i universitetssjukvården. Mycket av cancervården, liksom mer sällan förekommande cancerdiagnoser ska samlas vid Karolinska Solna. Hälso- och sjukvårdsnämnden, styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset ska i samråd med Karolinska Institutet fortsätta processen kring verksamhetsinnehåll och profilering samt driftsättning av NKS.

### 8.2.5 Ansvaret för verksamhetsinnehållet går över till Karolinska Universitetssjukhuset

I samband med beslutet om Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) vid landstingsfullmäktiges möte den 14–15 juni 2011 beslutades också att ”styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset ansvarar för NKS och implementeringen av verksamheten från 2012”[2]. Landstingsstyrelsen skulle utifrån beslutet ta fram ett förslag till nytt ägardirektiv och ändringar i reglementet för Karolinska Universitetssjukhuset.

[2] Protokoll 2011-06-14-15.

Ansvaret för byggnationen av NKS, för nödvändiga upphandlingar för färdigställandet av byggnaden samt anskaffande av teknisk utrustning och inventarier skulle även fortsättningsvis ligga på landstingsstyrelsen.

Till skillnad mot tidigare skulle planeringen av verksamhetsinnehållet vid NKS nu förhålla sig till planen Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) som hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning tagit fram och som landstingsfullmäktige beslutade om i juni 2011 (se föregående avsnitt). Av ägardirektivet framgår att Nya Karolinska Universitetssjukhuset Solna (NKS) från 2012 ska utgöra en del av Karolinska Universitetssjukhuset. Uppdraget till Karolinska Universitetssjukhuset är att i samråd med ägaren, beställaren och Karolinska Institutet göra en tydlig uppdragsfördelning och profilering av sjukvård, forskning och utbildning mellan Karolinska Solna och Karolinska Huddinge. I uppdraget ingår också att i samråd med ägaren och beställaren planera för verksamhetsinnehåll i NKS och planera inflyttning och driftsättande av verksamheter i NKS. Väsentliga förändringar i verksamhetsinnehållet som aktualiseras ska fastställas av landstingsstyrelsen. Karolinska Universitetssjukhuset ska också delta i planering av byggnationen och till byggnationen kopplade upphandlingar, installationer avseende it-infrastruktur, medicinteknisk utrustning och övrig byggnadspåverkande utrustning. Karolinska Universitetssjukhuset ska löpande följa och medverka i den planering som sker av landstingets samlade hälso- och sjukvårdsstruktur inom ramen för arbetet med Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS).

### *Ny process för verksamhetsinnehåll startar*

Utöver uppdragsbeskrivningen i ägardirektivet framgår inte några specifika krav på utformningen av verksamhetsinnehållet. I Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) som beslutades av fullmäktige 2011 står att NKS-förvaltningens fördjupade rapport om verksamhetsinnehåll kan utgöra grund för fortsatt planering. I Karolinska Universitetssjukhusets egen dokumentation står att utgångspunkter för arbetet varit NKS-förvaltningens förslag, definitioner av högspecialiserad vård, goda kliniska och FoUU-samband samt konsekvensanalyser utarbetade av respektive verksamhet. Målsättningen för Karolinska Universitetssjukhuset var att skapa ett universitetssjukhus där den

högspecialiserade vårdprofilen kombinerades med en stark FoUU-profil, det vill säga samma vision som NKS-förvaltningen. En stor skillnad mot NKS-förvaltningens arbete var dock att Karolinska Universitetssjukhuset utgick från den befintliga verksamheten i Solna och Huddinge och formade förslaget till verksamhetsinnehåll utifrån det.

Den interna processen på Karolinska Universitetssjukhuset inleddes i januari 2012 under ledning av Programkontoret Karolinska. Av underlag från Karolinska Universitetssjukhuset framgår att arbetsmetodiken byggde på workshops med verksamheterna och Karolinska Institutet där Programkontoret tog hjälp av konsultföretaget Boston Consulting Group (BCG). Att involvera verksamheten var ett medvetet val, på så vis skulle processen få en tydlig förankring i verksamheten och bland de anställda. Något som NKS-förvaltningen inte upplevdes ha lyckats med. Verksamheterna fick fyra huvudfrågor att besvara:

- Vilken vård producerar ni i dag och med vilka resurser?
- Givet strukturförändringarna, vilket verksamhetsinnehåll kan fysiskt flyttas ut från hela Karolinska (Huddinge och Solna) till annan vårdgivare?
- Hur kan profileringen se ut mellan Solna och Huddinge för kvarvarande volymer?
- Hur kommer framtida trender och andra förändringar, utifrån ett 10-årsperspektiv, påverka scenarierna i form av ökad volym?

För att besvara den andra frågan skulle verksamheterna bedöma utflyttning av minst 25 procent av verksamheten, 50 procent av verksamheten eller hela verksamheten (100 procent) till annan vårdgivare (så kallade goda mottagare). De skulle också beskriva för- och nackdelar ur patient-, medarbetar-, FoUU-, effektivitets- och kostnadsperspektiv.

Tidigt i processen konstaterade Karolinska Universitetssjukhuset att det saknades tillräckliga underlag om vårdplatser och att det fanns ett begränsat utrymme på NKS. Parallellt med verksamhetsinnehållet blev frågan om användning av angränsande byggnader som Thorax och Astrid Lindgrens barnsjukhus (ALB) därför viktig. Två alternativ med olika kapacitet på vårdplatser togs fram där det ena

var det planerade NKS och det andra var NKS utökat med Astrid Lindgrens Barnsjukhus och 80 vårdplatser i en annan byggnad. Beslut fattades om att jobba vidare med scenarios för NKS med utökad kapacitet, det vill säga det andra alternativet.

Resultaten från workshoparbetet utgjorde underlag för att bygga olika scenarios för verksamhetsinnehållet. Tre förslag till typsjukhus presenterades för Karolinskas styrelse, som beslutade att ett nytt kombinerat förslag skulle tas fram. Det fortsatta arbetet fokuserade på att ta fram det nya förslaget till typsjukhus och att forma verksamhetsinnehållet utifrån detta. Under processens gång lyftes flera knäckfrågor kring scenarierna upp till ledningsgruppen för projektet och till styrelsen. Det handlade bland annat om verksamheter som ville eller inte ville flytta mellan Solna och Huddinge, där knäckfrågan var om sjukhuset ville gå emot verksamhetens vilja och om beställaren skulle acceptera profileringen. Knäckfrågor ur ett omvärldsperspektiv togs också upp. En av dem pekade på att tidigare målbilder för NKS verksamhetsinnehåll skapat förväntningar bland vissa tjänstemän och politiker att viss verksamhet skulle placeras på NKS, vilket kunde vara avvikande från sjukhusets uppfattning om bästa profilering. En annan knäckfråga var att utarbetade scenarios förutsatte goda mottagare och ofta fortsatt delaktighet från Karolinska Universitetssjukhuset och frågan var om det var realistiskt. Akutmottagningens uppdrag lyftes också liksom kapaciteteten på vårdplatser.

Flera versioner av verksamhetsinnehållet presenterades för Karolinska Universitetssjukhusets styrelse. Version 1.0 i mars 2012, 2.0 i april 2012, 3.0 i juni 2012. Version 4.0 levererades till Centrala Programkontoret för Framtidens Hälso- och sjukvård (PFHS) i oktober 2012. Centrala programkontorets remissvar på förslaget presenterades som knäckfrågor till Karolinska Universitetssjukhuset som behövde lösas innan beslut kunde tas om slutlig vårdprofil. En av knäckfrågorna gällde den högspecialiserade vården och uppdraget för Karolinska Universitetssjukhuset. I förslag 4.0 bedömde Karolinska Universitetssjukhuset att andelen högspecialiserad vård på NKS skulle öka från cirka 50 procent till 60 procent. Centrala programkontorets bedömning var att den högspecialiserade vården på NKS endast uppgick till 15 till 20 procent. Karolinska Universitetssjukhusets förslag innebar enligt Centrala Programkontoret att man inte överförde den högspecialiserade vården i Huddinge till NKS. Programkontoret såg en risk att onödigt stora operationsvolymer blev

kvar i Huddinge och därmed onödigt stora investeringsbehov. Om den högspecialiserade vården i stället flyttades till NKS så skulle en mer begränsad utbyggnad behövas av interventions- och operationssalarna i Huddinge. Karolinska Universitetssjukhusets position var att de arbetade utifrån ägardirektivet och de vägledande principerna. Sjukhuset lyfte också fram att man i samråd med Karolinska Institutet gett dimensionen starka forskningsresultat en större tyngd än vad som gällde i NKS-förvaltningens ursprungliga förslag. Utöver detta handlade knäckfrågorna om bland annat akutmottagningen och fördelningen av barnsjukvård mellan NKS och lokalerna vid Astrid Lindgrens barnsjukhus (kallat Q-huset). Vid Karolinska Universitetssjukhusets styrelsemöte i november 2012 diskuterades version 4.0, Centrala Programkontorets knäckfrågor, den fortsatta beslutsprocessen för verksamhetsinnehållet och plan för utflyttning av vård från Karolinska. Styrelsen fattade inriktningsbeslut som i huvudsak avsåg kompletterande lokaler och hur de skulle användas. Något beslut om det samlade verksamhetsinnehållet fattades inte.

*Beslut i landstingsfullmäktige*

Karolinskas version 4.0 och styrelsens inriktningsbeslut togs våren 2013 vidare för beslut i landstingsfullmäktige.

I tjänsteutlåtande om Karolinska Universitetssjukhusets uppdrag, verksamhetsinnehåll och kapacitet samt fastighetsutnyttjande vid Karolinska Solna (LS 1304-0528) beskrivs först verksamhetsinnehållet översiktligt. 2018 ska Karolinska Solna ha ett vårduppdrag som fokuserar på högspecialiserad och specialiserad vård, region- och rikssjukvård samt vård som är särskilt forsknings- eller investeringstung. Akutmottagningen ska vara en anpassad akutmottagning för ambulansfall (enligt särskild definition), helikopterfall och remissfall från andra vårdenheter samt patienter som redan behandlas vid sjukhuset. Karolinska Solna ska ha en stark integration och samverkan mellan sjukvård, klinisk forskning, utveckling och utbildning. Den nära kopplingen till Karolinska Institutet förstärks såväl verksamhetsmässigt som geografiskt. Utgångspunkten är att vården organiseras kring patienten och dennes behov. Karolinska Universitetssjukhuset har kartlagt vårdsamband och vårdflöden inom och mellan olika medicinska specialiteter. 150 vårdkedjor har identifierats vid Karolinska

Solna, vilket motsvarar en betydande andel av det framtida vårdinnehållet. Vidare beskrivs inriktningen för akut omhändertagande av vuxna och akut omhändertagande av barn.

Längre fram i tjänsteutlåtandet ges ett mer detaljerat förslag till Karolinska Universitetssjukhusets framtida verksamhetsinnehåll och profilering mellan Karolinska Solna och Karolinska Huddinge. Här står att förslaget, med utgångspunkt i landstingsfullmäktiges inriktningsbeslut, ska genomgå fortsatt konkretisering och justering. En genomgång görs därefter av profil per verksamhetsområde med en fördelning mellan Solna och Huddinge.

I juni 2013 beslutade landstingsfullmäktige att godkänna inriktning av verksamhetsinnehåll för 2018 för Karolinska Universitetssjukhuset. Fullmäktige beslutade också att ge i uppdrag till hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset att i samråd med Karolinska Institutet fortsätta processen kring verksamhetsinnehåll och profilering samt driftsättning av Nya Karolinska Solna. Vid detta möte beslutade fullmäktige också om det andra steget i planen Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS).

En version 5.0 för verksamhetsinnehållet presenteras för Karolinskas Universitetssjukhusets styrelse i oktober 2013. Av det material som utredningen tagit del av är det svårt att utläsa om det gjorts några förändringar utifrån vad som tidigare beslutats. En del handlar om volymförändringar och potentiella mottagare för vissa specifika verksamheter. Det framgår inte av protokollet att styrelsen fattar något beslut om version 5.0. Därefter övergår Karolinska Universitetssjukhuset till att arbeta med allokering av verksamhet inför flytten, det vill säga vilken verksamhet som ska lokaliseras var i NKS. Första flytten planeras till 2016 och den sista till 2018.

### 8.2.6 Landstingsstyrelsen fastställer verksamhetsinnehåll för Karolinska Universitetssjukhuset 2017

I mars 2017 tog hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning fram ett tjänsteutlåtande om Karolinska Universitetssjukhuset Solnas respektive Huddinges uppdrag, verksamhetsinnehåll och kapacitet (HSN 2016-4792). Anledningen var att det under den fortsatta planeringsprocessen efter landstingsfullmäktiges beslut 2013 om övergripande verksamhetsinnehåll gjorts vissa förändrade ställningstaganden. Flera analyser och underlag hade också tagits fram, bland

annat om fastigheter på sjukhusområdet, akutsjukhusens uppdrag och profilering i de så kallade Gemensamma avsiktsförklaringar inför Omställningsavtal, samt den regionala cancerplanen. Förvaltningen sammanställde därför, i samverkan med landstingsstyrelsens förvaltning/ägarfunktionen och i samråd med Karolinska Universitetssjukhuset, nytt förslag till verksamhetsinnehåll för Karolinska Solna respektive Karolinska Huddinge avseende 2018.

I tjänsteutlåtandet beskrivs den nya anpassade intensivakuten, där uppdraget så långt som möjligt ska omfatta patienter i behov av högspecialiserad vård eller patienter som ingår i på sjukhuset pågående forsknings- eller utvecklingsarbete. Sjukhuset i Huddinge ska fortsätta att ha en traditionell öppen akutmottagning enligt tidigare. Vidare står att anpassningen av verksamheter inom Karolinska Universitetssjukhuset till det nya uppdraget är en dynamisk process i samverkan mellan vårdgivaren, ägaren och beställaren under vilken gällande beslut och riktlinjer, av lokala eller globala skäl, kan komma att behöva ändras. Profileringen av vårdinnehåll inom Karolinska Universitetssjukhuset kräver utflytt av patientgrupper och överföring av uppdrag som sjukhuset utför utanför enheterna i Solna och Huddinge till andra vårdgivare. Detta eftersom Karolinska Universitetssjukhuset endast undantagsvis ska bedriva satellitverksamhet. Målet är att till slutet av 2018 ha flyttat ut cirka 10 000 slutenvårdstillfällen och 260 000 öppenvårdsbesök till andra vårdgivare till exempel via bildandet av specialistcentra inom reumatologi, diabetes och neurologi, överförande av patienter till specialistmottagningar, geriatrik/ASIH samt husläkare. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning har fortsatt i uppdrag att se över möjligheterna till ytterligare koncentration av den högspecialiserade vården till Karolinska Solna, vilket ska ske i samverkan med landstingsstyrelsens förvaltning/Ägarfunktionen samt Karolinska Universitetssjukhuset. Därefter beskrivs verksamheten vid Karolinska Solna respektive Karolinska Huddinge 2018. Karolinska Solna kommer att ha ett vårduppdrag som fokuserar på högspecialiserad och specialiserad vård, region- och rikssjukvård, samt vård som är särskilt forsknings- eller investeringstung. Karolinska Solna ska ha en stark integration och samverkan mellan sjukvård, klinisk forskning, utveckling och utbildning. Den nära kopplingen till Karolinska Institutet förstärks såväl verksamhetsmässigt som geografiskt. Lokaler för forskning och utbildning finns väl integrerade i den kliniska verksamheten. Karolinska Solna kommer att tillhöra

vårdnivån högspecialiserad vård. Detta gäller även akutmottagningen, den så kallade Intensivakuten. Inriktningen är att besöken på akutmottagningen minskar och andelen elektiv vård på Karolinska Solna ökar vilket kan få konsekvenser för sjukhusets uppdrag inom katastrofmedicinsk beredskap. Konsekvenserna av detta måste belysas och utredas närmare. Karolinska Solna behöver säkerställa en flexibel organisation för att möta det katastrofmedicinska behovet samt beskriva eventuella begränsningar. Vidare beskrivs kapaciteten och inriktningen för förlossningsvård, barnsjukvård, psykiatri, akut omhändertagande vuxna respektive barn. För Karolinska Huddinge innebär det högspecialiserade uppdraget i Solna en förändring. Huddinge ska bli ett högproducerande sjukhus inom specialiserad somatisk vård. Behoven av förändringar inom andra delar av vården inom Stockholms läns landsting beskrivs också.

Det förändrade verksamhetsinnehållet för Karolinska Universitetssjukhuset tas upp i landstingsstyrelsen i december 2017 i samband med beslut om slutlig budget för Stockholms läns landsting 2018. I tjänsteutlåtandet (LS 2017-0677) till beslutet står att förvaltningen konstaterar att hälso- och sjukvårdsnämnden föreslagit väsentliga förändringar i verksamhetsinnehållet vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna respektive Huddinge. Det nya verksamhetsinnehållet behöver därför fastställas. I motiveringen till förslaget till beslut står att Karolinska Universitetssjukhuset är en viktig del av den nätverksstruktur som utvecklas inom landstinget. I nätverkssjukvården ingår alla vårdgivare i ett nätverk runt patienten. De olika vårdgivarnas uppdrag renodlas i syfte att patienterna enklare ska få vård av den vårdgivare som är mest lämpad med avseende på patientens samlade behov. Den högspecialiserade sjukvården samlas från 2018 på Karolinska Solna, akutsjukhusens uppdrag renodlas och koncentreras till de patienter som är i behov av dessa resurser, och husläkarnas roll som koordinator i vårdsystemet förstärks. Den icke högspecialiserade vård som utförs på Karolinska Solna ska i framtiden utföras av andra vårdgivare. En del av vården överförs till andra akutsjukhus och vårdsamverkan även med andra vårdgivare förstärks. Det gäller exempelvis utbyggd geriatrik och rehabilitering, men även nära samverkan med andra sjukhus och övriga vårdgivare, inklusive primärkommunala verksamheter. Avgörande för tempot i denna omställningsprocess är bland annat kapacitetsuppbyggnad hos de framtida mottagarna. Karolinska Universitetssjukhuset är Stockholms läns landstings uni-

versitetssjukhus med verksamhet främst i Solna och Huddinge. När NKS tagits i full drift 2018 utgörs det av Karolinska Universitetssjukhuset Solna (Karolinska Solna). Landstingsstyrelsen fastställde verksamhetsinnehållet för Karolinska Universitetssjukhuset 2018 i enlighet med förslag.

### 8.2.7 Avtal med akutsjukhusen

För perioden 2016 till 2019 slöts *omställningsavtal* med akutsjukhusen.[3] Omställningsavtalen innebar en ny avtalsmodell med tre parter: ägare, beställare och vårdgivare, till skillnad från tidigare avtal mellan beställare och vårdgivare. Avtalen beskrivs också omfatta de flesta uppdrag som ägare och beställare ger akutsjukhusen. Det innebär att omställningsavtalen samlar merparten av akutsjukhusens uppdrag vilka tidigare reglerades i flera avtal. Omställningsavtalen innebar också en återgång till fast ersättning, efter en period med treåriga avtal med rörlig ersättning. I avtalen utgör 97 procent uppdragsrelaterad ersättning och tre procent är målrelaterad.

Syftet med omställningsavtalen beskrivs vara att ge akutsjukhusen långsiktiga, tydliga och stabila förutsättningar att driva sin verksamhet och därigenom underlätta genomförandet av Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). Avtalen ska skapa flexibla förutsättningar för akutsjukhusen att nå såväl ekonomiska som verksamhetsmässiga mål genom en tydlig ekonomisk ram under hela avtalstiden.

Vårduppdraget i avtalen omfattar:

- Högspecialiserad akut och elektiv vård (för vissa sjukhus).
- Specialiserad akut och elektiv somatisk sjukvård.
- Geriatrisk vård (för vissa sjukhus).
- Annan akut och elektiv vård som av olika skäl behöver ges av vårdgivaren.

I omställningsavtalen specificeras även de uppdrag som ägaren och beställaren åtagit sig för att underlätta för akutsjukhusen att styra

[3] HSN 1506-0813 Danderyds sjukhus, HSN 1506-0814 Sankt Eriks Ögonsjukhus, HSN 1506-0815 Karolinska Universitetssjukhuset, HSN 1506-0816 Södersjukhuset, HSN 1506-0817 Södertälje sjukhus.

mot målen i Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). Från 1 januari 2020 ersätts de tidigare omställningsavtalen med *nya avtal* som gäller 2020 till 2023.[4] Utifrån uppdrag och budget 2019 har hälso- och sjukvårdsnämnden i dialog med regionstyrelsen, akutsjukhusens styrelser och berörda nämnder utvecklat en ny avtalsmodell. Syftet är att stimulera utveckling och kostnadskontroll. Regionen beskriver att viktiga principer i de nya avtalen har bland annat varit att säkerställa en sammanhållen vårdkedja och stimulera till införande av digitala tjänster. Avtalen ska också säkra att akutsjukhusens uppdrag att bedriva vård, utbildning och forskning går att förena. De ska också främja en låg kostnadsutveckling och nyttja genomförda investeringar. Den nya avtalsmodellen innebär att andelen rörlig ersättning ökas. Den uppdragsrelaterade ersättningen utgör 54 procent, 40 procent är produktionsrelaterad, 5 procent målrelaterad och en procent är utvecklingsrelaterad.

### 8.2.8 Verksamhetsinnehållet på Karolinska Universitetssjukhuset i dag

Hur ser då verksamhetsinnehållet vid Karolinska Universitetssjukhuset ut i dag? Utredningen har fått följande beskrivning av den nuvarande sjukhusdirektören. Den planerade utflyttningen av vård från sjukhuset är nu genomförd. Eventuellt återstår utflyttning av små volymer av vård inom enstaka verksamheter där de planerade mottagande verksamheterna inte klarat att ta emot uppdraget eller där det råder oklarheter på regionnivå om vem som ska överta vården. Ytterligare förändringar i vårdinnehåll beslutas av regionen i samband med nya eller reviderade vårdavtal. Graden av högspecialiserad vård på sjukhuset är svår att mäta enligt sjukhusdirektören då det inte finns någon enhetlig definition av vad högspecialiserad vård är.

### 8.2.9 Konsekvenser för forskning och utbildning

Visionen för NKS och det nya universitetssjukhuset var, som beskrivits i tidigare avsnitt, att bedriva vård, forskning och utbildning av betydande omfattning och av yppersta kvalitet. Utformningen skulle stödja profilen som ett av Europas ledande universitetssjukhus och

[4] HSN 2017-0570, RS 2019-0829, RS 2019-0960.

bidra till rekrytering av nationellt och internationellt framstående forskare och vårdpersonal. Det skulle också stödja utvecklingen av så kallade ”centers of excellence”, skapa underlag för god klinisk forskning och utveckling och för undervisning av studenter, AT-läkare och specialister.

NKS inriktning mot högspecialiserad vård innebar dock att grundutbildning av studenter måste ske på flera ställen inom sjukvården där patienter med vanliga folksjukdomar togs om hand. Även klinisk forskning och uppföljning måste ske på olika håll inom sjukvården och även inom den kommunala vården. Ett akademiskt sjukvårdssystem måste utvecklas i Stockholms län, konstaterade 3S-utredningen redan 2004.

*Utredning om akademiskt universitetssjukvårdssystem i Stockholm*

När landstingsfullmäktige 2005 fattade sitt inriktningsbeslut om en ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms läns landsting beslutades även att ett särskilt utredningsarbete om utvecklingen av ett universitetssjukvårdssystem skulle sättas igång i nära samverkan med Karolinska Institutet. Uppdraget handlade om att belysa vilka delar av Stockholms sjukvård som skulle ingå i universitetssjukvårdssystemet och bära det akademiska ansvaret i framtiden, vilken forskning och undervisning som skulle ske utanför Karolinska Universitetssjukhuset och hur sådan forskning och undervisning skulle organiseras. I uppdraget ingick också att utreda hur och när detta skulle kunna realiseras utifrån överenskommelsen i det regionala ALF-avtalet. Fullmäktige skulle besluta om förslag kopplat till detta. Någon tidplan för arbetet framgår inte av beslutet.

Utredningen har försökt få klarhet i vad uppdraget resulterade i. Vad utredningen erfar organiserades arbetet med Stockholms akademiska sjukvårdssystem i den så kallade SASS-gruppen vars arbetsområde omfattade forskning och forskarutbildning, utbildning och infrastrukturfrågor. I arbetsgruppen ingick företrädare för Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet. I en första rapport (LS 0505-0775) om en ny struktur för universitetssjukvården i Stockholms län föreslogs att hela Stockholms sjukvårdsorganisation skulle samlas i ett gemensamt system,”Stockholms universitetssjukvård”, där Karolinska Universitetssjukhuset i samarbete med Karolinska Institutet

skulle utgöra ett nav i systemet. Den strategiska forskningen föreslogs utgå från ett antal forskningsprofiler som endast i liten grad skulle vara knutna till den befintliga organisationsstrukturen med sjukhus etc. Detta för att möjliggöra ökad flexibilitet för forskare, starka forskningsnätverk och uppbyggande av så kallade Centers of excellence. Den mer verksamhetsnära forskningen skulle däremot utgå från den befintliga sjukvårdsorganisationen.

I ett beredningsunderlag beskrivs problem och förslag för den grundläggande högskoleutbildningen.[5] I korthet handlar det om att det i samverkansorganisationen mellan Stockholms läns landsting och berörda högskolor och universitet inte funnits förutsättningar för en gemensam strategisk och långsiktig planering. Detta gällde både för grundläggande högskoleutbildning och den kliniska utbildningen. Universiteten och högskolorna gjorde inte konsekvensanalyser av hur förändringar i utbildningsplanering och dimensionering påverkade landstingets verksamheter. Landstinget genomförde i sin tur strukturförändringar i vården som gjort det svårt att upprätthålla kvaliteten på den kliniska utbildningen och få adekvat tillgång till utbildningsplatser. Konsekvensen blev att patienterna inte fanns där studenterna fanns och vice versa. Med anledning av det föreslås en förändrad och fördjupad samverkan mellan berörda parter för att motverka missförhållandena, bland annat genom en mellan Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet gemensam styrelse för utbildning. Det regionala ALF-avtalet behövde i så fall omförhandlas. Landstingsstyrelsen godkände 2006 inriktningen för fortsatt arbete om Stockholms akademiska sjukvårdssystem med inriktning mot utbildning. Utredningen har därefter inte specifikt kunnat följa det fortsatta arbetet utifrån SASS-gruppens förslag och landstingsstyrelsens beslut.

Att den förändrade hälso- och sjukvårdsstrukturen och den nya inriktningen för Karolinska Universitetssjukhuset skulle påverka förutsättningarna för utbildning och forskning var alltså klarlagt redan tidigt. Vilka åtgärder har då vidtagits för att säkerställa utbildning och forskning i det fortsatta planeringsarbetet för NKS?

[5] Utredning om Stockholm akademiska sjukvårdssystem (SASS-utredningen) med inriktning mot utbildning.

*Återkommande krav på samverkan*

I det första konceptet för verksamhetsinnehåll som presenterades av NKS-förvaltningen 2009 lyftes NKS bland annat fram som ett nav i ett nationellt och internationellt konkurrenskraftigt sjukvårdssystem. I remissomgången på förslaget var Karolinska Institutet en av flera remissinstanser. I sitt remissvar pekade Karolinska Institutet på att det var för snävt att definiera NKS som ett nav eftersom den forskningsintensiva sjukvården i Stockholm bedrevs på universitetssjukhusets båda enheter i Solna och i Huddinge. Planeringen av NKS borde därför omfatta även verksamheten i Huddinge. Karolinska Institutet framhöll också att forskningens och utbildningens behov kräver tillgång till hälso- och sjukvården även utanför universitetssjukhuset. För att tillgodose stora patientflöden krävs därför samverkan med andra vårdenheter i länet. Hur de delas in organisatoriskt och vilka uppdrag de får har betydelse för det akademiska sjukvårdssystemets utveckling menade man. Karolinska Institutet hänvisade också till flera pågående projekt som de bedömde skulle komma att påverka det akademiska sjukvårdssystemet och universitetssjukvården i Stockholm. Dessa projekt behövde samordnas. En övergripande planering för hälso- och sjukvårdsstrukturen i Stockholms läns landsting behövdes också menade Karolinska Institutet.

I de efterföljande besluten i landstingsfullmäktige om verksamhetsinnehållet på Karolinska Universitetssjukhuset och om Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) lyfts återkommande behovet av samverkan och samordning mellan sjukvård, forskning och utbildning för att lösa tillgången till patienter. I landstingsfullmäktiges beslut om övergripande verksamhetsinnehåll 2010 (som utgick från NKS-förvaltningens förslag) lyder en av beslutspunkterna att NKS i samverkan med i första hand Karolinska Institutet ska bidra till att utveckla en stark integration och samverkan mellan sjukvård, utbildning, klinisk forskning och grundforskning. När landstingsfullmäktige 2011 beslutade om Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) framhölls att arbetsformer måste utvecklas som gör det möjligt för Karolinska Institutet att få tillgång till patienter på såväl NKS som andra enheter för undervisning och forskning. Samma sak lyfts fram inför landstingsfullmäktiges beslut om verksamhetsinnehåll för Karolinska Universitetssjukhuset 2013. I tjänsteutlåtandet står att Karolinska Solna ska ha en stark integration och samverkan mellan sjukvård, klinisk forsk-

ning, utveckling och utbildning. Det särskilda uppdraget med högspecialiserad vård kan komma att påverka utbildningarnas tillgång till patienter med vanliga sjukdomstillstånd. Genom organiserad samverkan med ett sjukhus kan studenterna både få tillgång till lärare från universitetssjukhuset och ett sjukdomspanorama som lämpar sig för utbildning. Även styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset betonar vikten av att skapa en gemensam målbild tillsammans med Karolinska Institutet.

*Konsekvensanalys för FoU av den nya akutmottagningen på NKS*

Utredningen har tagit del av en konsekvensanalys som Karolinska Institutet gjorde 2014 för forskning och utbildning av akutmottagningen på NKS, där de också lyfte fram ett antal slutsatser och rekommendationer. Enligt analysen måste forskningens och utbildningens behov spela en central roll i dimensioneringen av akutverksamheten och akutmottagningen vid NKS. För den kliniska utbildningen krävs ett brett patientunderlag som avspeglar de sjukdomar som finns i befolkningen. Förslaget om en akutmottagning med 13 000 patientbesök per år ger enligt Karolinska Institutet oacceptabla konsekvenser. I stället krävs 25 000–30 000 patientbesök per år och en patientsammansättning som motsvarar forskningens och utbildningens behov. Detta är enligt Karolinska Institutet en lägsta gräns för att kunna utnyttja NKS som undervisningssjukhus. Förutsättningarna för forskning och utbildning måste tillsammans med vårdbehoven vara styrande i det fortsatta arbetet med akutverksamheten och akutmottagningen vid NKS menar Karolinska Institutet. Detta är av vikt för att NKS status som universitetssjukvårdsinstitution inte ska ifrågasättas. Samtidigt framhåller Karolinska Institutet att det är önskvärt med en reduktion av den akuta verksamheten för att möjliggöra utvecklingen för elektiv högspecialiserad öppen- och slutenvård.

*Nytt regionalt ALF-avtal om forskning, utbildning och utveckling*

I januari 2015 trädde ett nytt nationellt ALF-avtal mellan staten och berörda landsting i kraft. Avtalet avser samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården och

reglerar hanteringen av ALF-medel. Till det nationella avtalet sluts regionala avtal mellan landsting och universitet.

Ett nytt regionalt avtal (LS 1411-1389, KI 5-140/2015) slöts mellan Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet i november 2015. Enligt Stockholms läns landsting[6] innebär det nya avtalet närmare samverkan mellan Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet och skapar bättre förutsättningar att nå internationell toppklass inom såväl sjukvård som forskning och utbildning. I och med det nya regionala ALF-avtalet, fördjupar Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet sitt samarbete och reglerar också hanteringen av ALF-medel. En nyhet i avtalet är att begreppet universitetssjukvård införs för att stärka kopplingen mellan akademin och hälso- och sjukvården.

I det regionala avtalet beskrivs hälso- och sjukvårdens utveckling i Stockholmsregionen. Bland annat står att omvandlingen av hälso- och sjukvården innebär förändrade förutsättningar för den kliniska forskningen och utbildningen, där primärvården och specialistvården utanför akutsjukhusen får ökad betydelse. Tillgången på patienter är en grundförutsättning för den kliniska forskningen och utbildningen. Alla patienter i Stockholmsregionen ska därför erbjudas att ingå i eller lämna bidrag till olika forskningsprojekt och kliniska prövningar. I nära samverkan gör Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet stora infrastrukturella satsningar för forskning, utbildning och utveckling vid främst Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge och Solna. Investeringarnas syfte är att hälso- och sjukvård, forskning och utbildning ges förutsättningar i internationell toppklass. De förväntas också bidra till utvecklingen av verksamheter inom life science i Stockholmsregionen. Samverkan på utbildningsområdet ska omfatta alla utbildningar inom Karolinska Institutet med inriktning mot vården.

I avtalet sätts mål för universitetssjukvården upp och begreppet universitetssjukvårdsenheter (USV-enheter) beskrivs. Vid en USV-enhet ska forskning och utbildning liksom utveckling av hälso- och sjukvård ses som kärnverksamheter och vara likvärdiga med vårdproduktionen. Detta ska avspeglas i både styrning och uppföljning av USV-enhetens verksamhet. En USV-enhet ska uppfylla de krav

[6] www.sll.se/verksamhet/halsa-och-vard/nyheter-halsa-och-vard/2016/03/Nytt-ALF-avtal-mellan-landstinget-och-KI/.

på akademisk infrastruktur, kompetens och kvalitet som föreskrivs i det nationella ALF-avtalet.

Karolinska Universitetssjukhuset ska ha en central roll för klinisk forskning och utbildning inom universitetssjukvården. Samtliga verksamheter inom universitetssjukhuset ska uppfylla kraven på universitetssjukvård. Ledningen för universitetssjukhuset har därför ett särskilt ansvar för att verksamheten är utformad på så sätt som uppfyller kraven på universitetssjukvård och att förutsättningarna för klinisk forskning, utbildning och utveckling av hög kvalitet är tillgodosedda. Vidare framgår att Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet är överens om att Danderyds sjukhus, Södersjukhuset, S:t Eriks ögonsjukhus samt samtliga akademiska vårdcentraler och övriga upplåtna enheter inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) initialt ska utgöra USV-enheter. All landstingsfinansierad hälso- och sjukvård ska kunna genomgå prövning för status som USV-enhet. Andra sjukhus än universitetssjukhuset som har en eller flera USV-enheter benämns undervisningssjukhus med universitetssjukvård.

Utifrån avtalet ska kriterier för universitetssjukvården tas fram liksom kriterier för utvärdering av vården. Utifrån genomförda utvärderingar ska USV-enheter identifieras. Därefter bör återkommande utvärderingar genomföras.

Genom det regionala ALF-avtalet finns för första gången det universitetssjukvårdssystem som återkommande efterfrågats beskrivet och i viss mån också reglerat. Samtidigt tycks mycket arbete återstå för att få organisationen på plats liksom former för styrning, uppföljning och utvärdering. Någon tidplan framgår inte av avtalet.

### *Nytt beslut om verksamhetsinnehåll för NKS 2017*

Som beskrivits i tidigare avsnitt tog hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning i mars 2017 fram ett tjänsteutlåtande för beslut om Karolinska Universitetssjukhusets uppdrag, kapacitet och verksamhetsinnehåll. I tjänsteutlåtandet står att det nya universitetssjukhuset är en investering för att möta framtidens krav på hälso- och sjukvården, och för att förstärka samverkan mellan vård, medicinsk forskning och utbildning. Det gemensamma införandet av begreppet universitetssjukvård tillsammans med Karolinska Institutet innebär att forskningen vid Karolinska Universitetssjukhuset knyts närmare den

dagliga verksamheten i övriga vården. Forskningsuppdraget ska inkludera samarbete med samtliga akutsjukhus, specialistvård utanför akutsjukhus samt med primärvården för att skapa möjlighet till analys av kompletta vårdförlopp som förbättrar förutsättningarna för den kliniska forskningen. Med en mer högspecialiserad profil på Karolinska Solna och en trolig mycket tyngre patientsammansättning på de övriga akutsjukhusen är det nödvändigt att omforma strukturen för hur landstinget uppfyller sina utbildningsuppdrag inom alla personalkategorier och grundutbildning. Med den anpassade akutmottagningen på Karolinska Solna, Intensivakuten, påverkas förutsättningarna för att bedriva utbildning (grundutbildning, vidareutbildning, specialiseringstjänstgöring med flera). Konsekvenserna av detta behöver belysas och utredas. Karolinska Huddinge får en större roll avseende utbildningsplatser för studerande, till exempel läkarutbildning på grund- och specialiseringsnivå, vilket måste ske i samverkan med Karolinska Institutet. För att kunna ge fullgoda yrkesutbildningar måste alla aktörer inom hälso- och sjukvården delta och samverka samt ställa sina kliniska och pedagogiska resurser till förfogande. Landstingsstyrelsen fastställde verksamhetsinnehållet i december 2017.

### *Karolinska Institutet utreder konsekvenser av det förändrade verksamhetsinnehållet*

Karolinska Institutet uttalade tidigt att den högspecialiserade inriktningen för NKS skulle påverka förutsättningarna för forskning och utbildning och att det krävde tillgång till hälso- och sjukvården även utanför universitetssjukhuset och samverkan med andra vårdenheter i länet.

Våren 2017 beslutade rektorn vid Karolinska Institutet om ett uppdrag till styrelsen för utbildning att utreda konsekvenserna av Karolinska Universitetssjukhusets nya verksamhetsinnehåll. Som grund för beslutet hänvisas till tjänstemannautlåtande från hälso- och sjukvårdsnämnden från mars 2017 där Karolinska Universitetssjukhusets uppdrag och verksamhetsinnehåll beskrivs. Enligt Karolinska Institutet påverkar den mer högspecialiserade profilen för sjukvården på Karolinska Universitetssjukhuset Solna, inklusive intensivakuten med ett begränsat högspecialiserat uppdrag, möjligheterna att genomföra flera av Karolinska Institutets utbildningar.

I rapportens (dnr 1-375/2017) sammanfattande analys lyfts de pågående och planerade förändringarna inom Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) i Stockholm som också ger förändrade förutsättningar att bedriva utbildning. Styrelsen för utbildning skriver att det kommer att vara en mycket stor utmaning och tidskrävande process både för Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet att anpassa sig till de nya förutsättningarna. Enligt det regionala ALF-avtalet ska Karolinska Universitetssjukhuset ha en central roll för klinisk forskning och utbildning inom universitetssjukvården. Samtliga verksamheter inom universitetssjukhuset ska uppfylla kravet på universitetssjukvård.

Styrelsen har inhämtat uppgifter från programansvariga institutioner och programnämnder om lärandemål och examensmål kan uppnås. I återrapporteringen från programmen framkommer att de viktigaste konsekvenserna av det förändrade verksamhetsinnehållet på Karolinska Universitetssjukhuset är att studenter som i dag antingen har verksamhetsförlagd utbildning (VFU) eller kurser förlagda på Karolinska Solna inte kommer att nå vissa lärande- och examensmål om inte åtgärder vidtas. Det handlar till exempel om att studenterna behöver möta patienter med vanliga och akuta tillstånd för att självständigt kunna diagnostisera och behandla dessa och om att det måste finnas arenor för interprofessionellt lärande för att studenten ska kunna tillägna sig förmåga till lagarbete. I vissa fall påverkas samtliga studenter på en viss kurs, eftersom alla är placerade på Karolinska Solna, men oftast är så inte fallet. Läkarprogrammet är det program som påverkas mest av det förändrade verksamhetsinnehållet, men även ett flertal andra program berörs.

Styrelsen har utifrån programmens återrapporteringar identifierat ett antal åtgärder som behöver vidtas i samverkan med Stockholms läns landsting. Följande åtgärder måste enligt styrelsen *omgående* vidtas:

- utöka antalet diagnoser/sökorsaker på Karolinska Solna
- utöka antalet platser i specialistöppenvård, främst genom att inrätta akademiska specialistcentra i geografisk närhet till Karolinska Solna och Karolinska Huddinge
- tillse att antalet platser på kliniska utbildningsavdelningar (KUA) och kliniska utbildningsmottagningar (KUM) bibehålls i Solna.

Styrelsen konstaterar också att det inte bara är det förändrade verksamhetsinnehållet på Karolinska Universitetssjukhuset som påverkar möjligheterna att placera studenterna där och uppnå lärande- och examensmålen i utbildningarna. Andra faktorer som påverkar är bland annat ett minskat antal slutenvårdsplatser, utflytt av öppenvårdsbesök från Karolinska Universitetssjukhuset samt nya privata aktörer genom vårdval. För att Karolinska Solna ska kunna förbli en viktig utbildningsnod med stark koppling till Karolinska Institutets forskning krävs också att det finns en kritisk massa av studenter från olika program som genomför sin verksamhetsförlagda utbildning där. Flera förslag ges till hur detta kan uppnås. Som exempel kan nämnas att avtalen mellan Stockholms läns landsting och privata vårdgivare bör ses över och att utöka antalet placeringar på Karolinska Huddinge och eventuellt på övriga akutsjukhus i Stockholm. Avslutningsvis skriver styrelsen för utbildning att det i dag inte går att identifiera var de bästa förutsättningarna föreligger för att bedriva utbildning eftersom det finns för många frågetecken om hur vårdlandskapet kommer att se ut.

*Konsekvenser för forskningen*

Karolinska Institutet lät också göra en kartläggning 2017 av vilka konsekvenser utflyttningen av vård får för forskningen. Prefekter vid ett urval institutioner fick besvara frågor om hur forskningen påverkades av utflyttningen av vård från Karolinska Universitetssjukhuset till andra sjukhus och till privata aktörer.

Konsekvenserna för forskningen skiljer sig åt mellan olika institutioner. Faktorer som påverkar är bland annat forskningens inriktning samt var och hur forskningen bedrivs. Verksamheter lokaliserade till Karolinska Huddinge påverkas inte i lika hög grad som de som är lokaliserade till Solna. De institutioner som påverkas av vårdval, där vård och patienter ska läggas ut på nya, privata aktörer uttrycker oro för hur det kommer fungera i praktiken. Även om deltagande i forskningsprojekt ingår i avtalen för de privata aktörerna så är vare sig omfattning eller kvalitet för deltagandet specificerat. Forskningen är inom flera projekt beroende av infrastruktur som inte finns tillgänglig vid mindre privata enheter. Man ser också en risk att forskningen

påverkas negativt av att det kan bli svårare för forskare att nå patienter och få tillgång till patientgrupper för forskningsändamål.

Vissa institutioner bedömer att möjligheterna att utbilda framtidens specialister inom olika discipliner försämras när Karolinska Universitetssjukhuset utvecklas till ett uteslutande högspecialiserat sjukhus. Rekrytering och återväxt av framtidens forskare riskerar att hotas. Då forskare flyttar ut för att ”vara där patienterna är”, finns en risk att man inte kan upprätthålla enheternas kritiska massa vad gäller en god och allsidig specialitetsförankrad akademi. Neddragningen av patientunderlaget vid Intensivakuten vid Karolinska Solna bedöms i ett längre perspektiv resultera i försämrad konkurrenskraft för forskare i anslagsansökningar och möjligheten att förlägga kliniska prövningar på Karolinska Universitetssjukhuset. Utöver utflytten av vård bedömer flera institutioner att den nya tematiska indelningen på Karolinska Universitetssjukhuset kommer att slå sönder etablerade forskningssamarbeten, då specialiteter delas upp mellan olika teman och/eller funktionsområden.

Primärvårdens framtida roll för utbildning och forskning berörs också och ses som en stor utmaning på lång sikt. När primärvården i framtiden ska stå för en större andel av den ”vanliga sjukvården” måste nya resurser, inklusive medel till forskning följa med det utökade uppdraget menar man. En väl fungerande samverkansorganisation sägs vara avgörande för att säkerställa detta.

### *Hemställan från styrelsen vid Karolinska Universitetssjukhuset om Intensivakuten*

Frågan om intensivakuten togs upp vid Karolinska Universitetssjukhusets styrelsemöte i december 2018. Av lägesrapporten framgår att utformningen av Intensivakuten medför risker för allvarlig påverkan i närtid på upprätthållande av traumakapacitet och en effektiv och tillräcklig katastrofberedskap samt för utbildningskapacitet (särskilt grundutbildning av läkare och sjuksköterskor) och vissa framgångsrika forskningskluster. Styrelsen beslutade att hemställa hos hälso- och sjukvårdsnämnden att sjukhuset får ett uppdrag att ta emot 20 000 patienter årligen vid Intensivakuten Karolinska Solna samt att uppdra till sjukhusdirektören att planera för att verksamheten vid Intensivakuten utvidgas till denna nivå.

Ett svar på hemställan kom från hälso- och sjukvårdsdirektören vid Region Stockholm i april 2019. I svaret hänvisas till de beslut som fattats om Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) samt beslut om inriktning och uppdrag för Karolinska Solna och specifikt Intensivakuten. Där står att utformandet av vårduppdraget på Karolinska Solna, i den mån det bedömts som möjligt, tagit hänsyn till forskningens behov av patientvolymer samt närheten till Karolinska Institutet. Det hänvisas också till att universitetssjukvården, som anges vara en del av sjukvårdssystemet, enligt Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) får ett särskilt ansvar att identifiera, följa upp och bedriva forskning på patienter i hela sjukvårdssystemet oavsett var patienten vårdas. Vad gäller utbildning står att den högspecialiserade profilen på Karolinska Solna gör det nödvändigt att omforma strukturen för hur Region Stockholm uppfyller sina utbildningsuppdrag. För att kunna ge fullgoda yrkesutbildningar måste alla aktörer inom hälso- och sjukvården delta och samverka samt ställa sina kliniska och pedagogiska resurser till förfogande. Detsamma gäller forskningen som i högre utsträckning måste följa patientens väg genom vården och därmed bedrivas på fler platser. För grund- och specialistutbildning av läkare och sjuksköterskor på Karolinska Solna måste andra aktörer inom akutverksamheten, till exempel närakuter, ta emot studenter för att ge tillräcklig bredd i utbildningen. Sammantaget bedöms uppdraget för Intensivakuten behöva förbli renodlat i linje med sjukhusets uppdrag. För att säkerställa en fullgod grundutbildning måste en långsiktig och hållbar lösning tas fram i samverkan med Karolinska Institutet. Landstinget bör också i samarbete med berörda vårdgivare och Karolinska Institutet se över grundutbildningen inklusive övergångslösningar så att forskningsanknytningen av utbildningen kan säkerställas.

*Uppföljning av rektorsuppdraget*

I början av 2019 presenterade Karolinska Institutet en uppföljning av rektorsuppdraget avseende konsekvenser av Karolinska Universitetssjukhusets förändrade verksamhetsinnehåll (dnr 1-47/2019). Uppföljningen visar att slutsatserna i den tidigare genomförda analysen fortfarande är giltiga. I uppföljningen beskriver Karolinska Institutet bland annat att det minskade intaget av patienter till akuten vid

Karolinska Solna ger ett för litet patientunderlag för utbildning och forskning. De hänvisar till att både Karolinska Institutet och Karolinska Universitetssjukhuset gjort stora investeringar i både Biomedicum (KI) och BioClinicum (Karolinska Solna) för att nå forskningsresultat som kan användas i vården. Satsningarna erbjuder studenter en unik typ av forskningsanknytning som nu riskerar att inte kunna tas tillvara.

Karolinska Institutet lyfter fram att vissa förändringar har genomförts som bidrar till att lösa en del av utbildningsbehoven, exempelvis etablering av Akademiskt specialistcentrum (ASC) vid Torsplan och samverkan mellan Närakut Haga och Funktion akut vid Karolinska Solna. Det krävs dock ytterligare åtgärder. Bland annat måste Karolinska Institutet inom ramen för samverkan med Stockholms läns landsting verka för att:

- tillgodose en patientsammansättning på Karolinska Solna som motsvarar utbildningens behov
- utöka antalet platser inom specialistöppenvård som är uppbyggda på samma sätt som ASC Torsplan
- utveckla och tillvarata möjligheter till intra- och interprofessionella utbildningsarenor i länet.

Karolinska Institutet skriver också att det krävs en stärkt samverkan med Region Stockholm och med kommuner för att gemensamt se till att det finns tillräckligt med platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) som uppfyller kvalitetskraven. Flera kursansvariga lyfter också fram att ett minskat antal slutenvårdsplatser, utflytt av öppenvårdsbesök från Karolinska Universitetssjukhuset och nya privata aktörer genom vårdval medför svårigheter att uppfylla lärande- och examensmål inom framför allt läkarprogrammet. En analys behöver göras för att hitta lösningar för bland annat hud, hjärta-kärl, öron-näsa-hals, gynekologi och barn. Handlingsplaner för implementering måste också tas fram. Långsiktigt behöver man arbeta fram hållbara modeller och infrastruktur för att utnyttja närakuterna för utbildning. Det finns enligt Karolinska Institutet stora möjligheter till verksamhetsförlagd utbildning vid de närakuter som byggs upp i anslutning till akutsjukhusen.

Andra aspekter som Karolinska Institutet pekar på är att utbildningsuppdraget och dess innebörd tydligt måste framgå i avtal mellan

Stockholms läns landsting och vårdgivare, inklusive privata vårdföretag. I detta ligger också att tydliggöra de ekonomiska förutsättningarna och kompetenskraven. Utbildning och forskning måste också långsiktigt bedrivas i enlighet med statliga föreskrifter.

*Idag: allvarlig situation för framför allt utbildning men på sikt också för viss forskning*

Företrädare för Karolinska Institutet beskriver för utredningen att dagens situation för utbildning och forskning i Stockholm är mycket komplex och att utmaningarna är stora. De omfattande förändringar som genomförts och ska genomföras inom hälso- och sjukvården i Region Stockholm har fått och får stora konsekvenser för i första hand utbildning men även för forskningen. Omställningen inom sjukvården, där det nya högspecialiserade Karolinska Solna ingår, syftar bland annat till att öka tillgängligheten till vård. Men den innebär också att utbildningen måste spridas på fler aktörer. Detta har varit känt länge. När vårdval införs på nya områden fördelas patienterna ut på ytterligare fler aktörer. Små privata vårdaktörer kan ha svårt att ta ansvar för utbildning. Tid, patientunderlag, kompetenskrav liksom ersättningsnivåer påverkar. Uppfattningen i dag bland privata aktörer är att ersättningsnivåerna är för låga.

Det tudelade ansvaret, där Region Stockholm är huvudman för hälso- och sjukvården i länet och Karolinska Institutet är huvudman för hälso- och sjukvårdsutbildningarna, försvårar situationen menar företrädare för Karolinska Institutet. Medan Karolinska Institutet ansvarar för att lärande- och examensmålen uppnås och för att utfärda examina är det Region Stockholm som ansvarar för lärandemiljön för det verksamhetsintegrerade lärandet (VIL) som ingår i hälso- och sjukvårdsutbildningarna. Detta förutsätter att planering och prioritering för utbildningarna går hand i hand. Den problembeskrivning som gjordes 2006 är enligt Karolinska Institutet dock fortfarande aktuell. Planeringen av vården och planeringen av utbildningen är inte tillräckligt samordnad. Samverkansorganisationen mellan Region Stockholm och Karolinska Institutet enligt det regionala ALF-avtalet är i realiteten bara delvis implementerad. Företrädare för Karolinska Institutet menar också att institutet inte har tillräckligt mandat vid olika planerings- och utvecklingsaktiviteter, vilket bedöms få stora konsekvenser för utbildning och forskning.

I dag saknas platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU). Det är bristande kvalitet i utnyttjande och utveckling av verksamhetsintegrerat lärande (VIL). Personalbristen inom sjukvården innebär brist på lärare och handledare vilket gör att många nyutexaminerade och personal från bemanningsföretag får handleda studenter. Det råder också brist på förenade tjänster som är viktiga för att säkerställa både utbildning och forskning. Företrädare för Karolinska Institutet menar att det saknas ett helhetsperspektiv i utvecklingen av hälso- och sjukvården. Genomgående saknas också konsekvensanalyser för hur förutsättningarna för utbildning och forskning påverkas av enskilda beslut och av förändringarna som helhet. Sammantaget innebär detta stor risk för att lärande- och examensmål inte kan uppnås och att man på utbildningar som Karolinska Institutet ansvarar för måste minska antalet utbildningsplatser eller till och med överväga att lägga ner program, vilket ytterligare försvårar kompetensförsörjningen av hälso- och sjukvården.

## 8.3 Beslutsprocessen för byggnationen av NKS

### 8.3.1 De tidiga utredningarna

Landstingsstyrelsen tillsatte i december 2001 en utredning med uppdrag att undersöka möjligheterna att bygga ett nytt universitetssjukhus. De två utredningar som följde, SNUS (LS 0201-0049) och 3S (LS 0409-1729), har beskrivits i tidigare avsnitt vad gäller övergripande inriktning och med fokus på hälso- och sjukvårdsstrukturen i Stockholm. I detta avsnitt är fokus på de alternativ som redovisats för byggnation och finansiering av nytt universitetssjukhus.

#### SNUS-utredningen

SNUS-utredningen föreslog som beskrivits tidigare att ett nytt sjukhus bör lokaliseras till KS-området i Solna eftersom det ger den nödvändiga närheten till Karolinska Institutet. Två alternativ redovisas, dels nybyggnation och viss användning av befintliga byggnader i sydvästra delen av KS-området vid Solnavägen, dels en kombination av ny- och ombyggnad inom ramen för befintlig byggnadsstruktur.

*Alternativet Solnavägen*

Alternativet vid Solnavägen innebar att ett nytt universitetssjukhus uppförs i sjukhusområdets sydvästra del intill Solnavägen och Norra Stationsområdet i en relativt kompakt struktur (upp till nio våningar mot Solnavägen). Thoraxkvarteret inordnas i det nya sjukhuset. I dessa block finns vårdavdelningar med mottagningar, diagnostik och behandling samt akut och central behandling/diagnostik (operation/röntgen m.m.).

All högspecialiserad vård liksom FoUU-verksamhet vid det nuvarande sjukhuset inordnas i det nya universitetssjukhuset. Sjukhusets vårdblock byggs ut bakom Norrbackabyggnaden. Norrbackabyggnaden integreras i det nya universitetssjukhuset för administration och forskning. Atrid Lindgrens Barnsjukhus används för barnsjukvård även fortsättningsvis men högspecialiserade delar som har medicinskt funktionellt samband med vuxenvård flyttas till universitetssjukhuset. Det gäller bland annat neonatalvård och intensivvård. Kvar inom Astrid Lindgrens Barnsjukhus finns bassjukvård för barn.

*Alternativet befintligt bebyggelseområde*

Detta alternativ innebar att det nya universitetssjukhuset utvecklas till del i befintlig bebyggelse i huvudblockets längdaxel, till del i nya vård-/mottagnings-/behandlingsblock längs denna axel. Exakt vilka byggnader som rivs och vilka som bevaras ansågs vara för tidigt att definiera.

Väster om det befintliga entrétorget föreslogs att ett nytt vårdblock skulle uppföras. Nytt akutcentrum placeras i H-kvarteret. Astrid Lindgrens Barnsjukhus inordnas i denna struktur. Onkologiverksamheten förutsätts flytta in i något av vårdblocken. All högspecialiserad vård liksom FoUU-verksamhet vid det nuvarande sjukhuset inordnas i det nya universitetssjukhuset.

*Fördel alternativ Solnavägen*

SNUS-utredningen jämför alternativen och uttrycker att det pekar på att alternativet Solnavägen ger bättre förutsättningar för kontakt med Karolinska Institutet och övriga staden samt en utbyggd kollek-

tivtrafik. Det bedöms också ge bättre förutsättningar för en god inre miljö, rationell logistik och säkerhet genom en större andel nybyggnation för själva sjukhuset. Båda alternativen bedöms ha goda förutsättningar för utbyggnad. Kostnaderna för alternativ Solnavägen bedömdes till 5,3 miljarder kronor och alternativ inom befintlig bebyggelse till 5,9 miljarder kronor. Till detta kommer investeringar i ny teknik.

Det betonades dock att utredningsarbetet måste föras längre för att definitivt kunna förorda något av alternativen.

*Finansiering*

SNUS-utredningen tittar på fyra olika alternativ gällande partnerskap och finansiering. Traditionell upplåning, värdepapperisering, finansiering genom samarbetsprojekt stat och landsting, samt PPP som vid tiden var den benämning av det som i dag kallas OPS.

Traditionell upplåning kan ske på olika sätt. Den enklaste formen är banklån. Vid större investeringar kan Europeiska investeringsbanken vara en part. En annan variant är så kallad syndikerad lånefacilitet, vilket innebär att en eller ett par banker är arrangörer av en kreditfacilitet där 15 till 20 banker deltar som långivare. Ytterligare en variant är att ge ut värdepapper, till exempel obligationer. SNUS-utredningen betonade att det var en fördel att landstinget hade god erfarenhet av de flesta av finansieringsformerna.

Värdepapperisering innebär att en organisation säljer en tillgång till ett Special Purpose Vehicle (SPV) som bildats av säljaren. Ett exempel på denna metod är finansieringen av Fysikcentrum vid KTH. Byggnaderna började byggas 1999 och togs i drift 2001. Staten tecknade i samband med detta ett 25-årigt hyresavtal där man tog ansvaret för alla betalningar som kan uppkomma oavsett orsak. Det vill säga staten tog på sig all risk. Hyresavtalet kan inte sägas upp i förtid. Staten tog också på sig ansvaret för fastigheten och det SPV som bildades för att äga fastigheten. Detta SPV kunde sedan med det statliga hyresavtalet som säkerhet emittera obligationer med 25-årig löptid. Även Göteborgs kommun har genom Förvaltnings AB Framtiden emitterat obligationslån i form av en värdepapperisering med parter i fastigheter som säkerhet. SNUS-utredningen identifierade följande fördelar med värdepapperisering:

- Att tillgångarna värderas på egna meriter.
- Tydlig uppdelning av risker.
- Att det möjliggör hög belåningsgrad.

Identifierade nackdelar är att metoden:

- Endast passar vissa tillgångar.
- Kräver långa kontrakt.
- Genererar omfattande transaktion och dokumentation även vid tillämpning av svensk rätt.

Finansiering genom samarbetsprojekt mellan stat och landsting har till exempel genomförts genom stiftelsen Clara. Landstinget bildade stiftelsen med syfte att stödja högre utbildning och forskning på Södertörn. Dess uppgift är i första hand att uppföra, äga, förvalta och hyra ut lokaler till Södertörns högskola. Ett samarbete mellan staten och landstinget krävdes för att få bra lånevillkor för stiftelsen. Detta innebar att landstinget ställde säkerhet för stiftelsens förpliktelser gentemot externa långivare och staten genom Södertörns Högskola tecknar ett hyresavtal med restvärdesgaranti på minst det belopp landstinget går i borgen för.

SNUS-utredningen redogör också för Public private partnership (PPP) och relaterar erfarenheter från Storbritannien. De erfarenheter från Storbritannien man redogör för är att ett antal lärdomar har omsatts i standardkontrakt; att genom att ett avtal ska ingås med extern part ökar pressen att göra betydelsefulla vägval vid rätt tillfälle; att för att uppdragsgivaren inte ska komma i underläge krävs vaksamhet och egen riskanalys i förhandlingen med en inte sällan erfaren motpart; det finns en uppfattning i Storbritannien att ju större och ju mer komplext ett projekt är desto större är den potentiella besparingen jämfört med ett traditionellt projekt; projekt tenderar att vara klara före utsatt datum och till avtalad funktionalitet; upphandlingsprocessen har sin egen logik och tenderar att optimera jämförbarhet mellan anbuden snarare än nytänkande i processen.

SNUS-utredningens bedömning var att modellen inte bör användas. Skälen är dels de högre kostnaderna, dels de risker som är förknippade med att vara pionjär i Sverige på PPP-området. Man menar att det vore mer rimligt att staten går i bräschen för att skapa regelverk

anpassade till svensk lagstiftning. Vidare menar man att ett antal vägprojekt då kan ligga nära till hands. Man framhåller också att så vitt man vet är det endast Skanska av de svenska byggföretagen som genom sin verksamhet i Storbritannien har erfarenhet av PPP. Detta kan påverka konkurrensfrågan och man menar att det kan vara så att det behöver finnas flera PPP-projekt för att flera anbudsgivare ska lägga de omfattande resurser som ett PPP-anbud kräver. Man menar också att ett traditionellt drivet projekt borde kunna ges samma förutsättningar som ett PPP-projekt att drivas utan störningar. Detta kräver rätt formulerade funktionskrav i ett tidigt skede. I PPP-projekt låses kraven tidigt och alla förändringar i funktionskraven kommer att prissättas vilket ger kontroll över avvägningen funktionalitet mot kostnad. Baksidan är den att behov som inte uppmärksammas tidigt leder till förändringskostnader. Fördelen är att kostnaden för förändringar blir synlig vilket ger incitament att identifiera behov tidigt.

PPP-projekt förväntas ha högre finansieringskostnader än en traditionell lånefinansiering. Erfarenheterna från Storbritannien visar att ett PPP-konsortium har högre lånekostnader och till detta ska avkastningen på eget kapital läggas.

Gällande riskfördelning uttrycks tveksamhet kring vilka risker som i praktiken kan transfereras till den privata parten. Går den privata parten i konkurs kan landstinget, som har lagstadgad skyldighet att bedriva vård i slutändan tvingas överta konstruktionen. Man menar att huruvida detta är att jämställa med en garanti är något som måste utredas.

SNUS-utredningens bedömning var som sagt att PPP inte bör användas. Dock menade man att man bör utvärdera om de mest tilltalande inslagen i PPP ändå skulle kunna utnyttjas.

Vad gäller slutlig bedömning av lämplig finansieringsform bedömde SNUS-utredningen att detta inte kunde göras utan att först veta vad som ska byggas och när det ska ske. Förslaget var ett fortsatt utredningsarbete med inriktning att bygga ett nytt sjukhus på KS-området.

## 3S-utredningen

Med utgångspunkt i SNUS-utredningens förslag uppdrog landstingsstyrelsen i mars 2003 att fortsätta utredningsarbetet med inriktning att nybyggnation av ett nytt universitetssjukhus ska ske på Karolinskas sjukhusområde med utgångspunkt i det av SNUS-utredningen föreslagna nya uppdraget för universitetssjukvården (LS 0201-0049). Det nya universitetssjukhuset ska från projektering till drift genomsyras av miljö- och hållbarhetsperspektivet.

### *Ny byggnad vid Solnavägen*

Den fortsatta utredningen redovisades i september 2004 som 3S-utredningen, utredningen om ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms läns landsting samt förslag till uppförande av nytt universitetssjukhus.
3S-utredningen menade att utvecklingen av Karolinska Solna ställer följande krav på sjukhusbyggnaden:

- underlätta utvecklingen av ett nationellt och internationellt konkurrenskraftigt universitetssjukhus för sjukvård, forskning och undervisning genom bättre lokalsamband
- möjliggöra återkommande lokalanpassning till den medicinska och tekniska utvecklingens krav och behov genom generell och flexibel lokalanpassning
- logistiska lösningar som möjliggör separerade patient-, personal- och varuflöden
- värnande om patienters integritet
- stor omsorg om patientmiljön i mänsklig skala vid utformning av behandlings- och vårdplatser med möjlighet till dagsljus, utblickar, kontakt med omgivningen och konstnärlig utsmyckning
- attraktiv arbetsmiljö som stärker sjukhusets konkurrenskraft hos kvalificerade forskare och sjukvårdspersonal
- hög kostnadseffektivitet och god driftekonomi med stöd av modern infrastruktur

- hög miljöprofil för att kunna möta högt ställda krav på hållbar utveckling.

Tre alternativ utvärderades mot dessa krav:

1. Ny sjukhusbyggnad.
2. Partiell nybyggnation.
3. Successiv upprustning av befintliga lokaler (nollalternativet).

3S-utredningen menade att endast alternativet ny sjukhusbyggnad möter alla de uppställda kraven. Partiell ombyggnation möter delvis kraven medan en successiv ombyggnad inte bedömdes möta några av de uppställda kraven. Kostnad för byggnation exklusive utrustning bedömdes för ny byggnad till 8 till 8,5 miljarder kronor, partiell ombyggnation till 9,4 till 10 miljarder kronor och nollalternativet bedömdes till 9,9 till 12,9 miljarder kronor. De två första alternativen innebar dessutom att möjlighet till försäljning eller alternativ användning av befintliga byggnader inom sjukhusområdet vilka värderades till 1,9 miljarder respektive 1,4 miljarder kronor.

Det nya sjukhuset föreslogs bli mindre och mer profilerat än det befintliga Karolinska sjukhuset. Lokaliseringen föreslogs till Solnavägen så att stark samverkan kan uppnås mellan sjukvården och forskningen samt mellan sjukhusområdet och Karolinska Institutet på andra sidan Solnavägen.

Enligt 3S-utredningen måste den nya byggnaden kännetecknas av ett flexibelt lokalutnyttjande. Byggnadsstrukturen avses därför initialt inredas så att olika *funktioner* hålls samman i våningsplanen horisontellt medan *teman* (verksamhetsområden och specialiteter) flexibelt kan förändras i de vertikala planen.

Gällande de befintliga byggnader som i SNUS-utredningen föreslogs integreras i det nya sjukhuset innebär detta förslag att de inte behövs. I laboratoriekvarteren behövs inte alla befintliga resurser för det nya sjukhuset. De delar som förser länets övriga hälso- och sjukvård med laboratorieanalyser kan ur sjukhusets synvinkel vara kvar. Norrbackabyggnaden innehåller ingen planerad sjukvård i förslaget och man menar att byggnaden på sikt bör rivas för att få till stånd en bra stadsstruktur i det integrerade sjukhusområdet och Norra station. I en övergång framhålls att byggnaden kan användas för forskarbostäder eller patienthotell. Thoraxbyggnaden bedöms inte vara idea-

liska för varken vård eller forskning som kräver laboratorieresurser. Man menar även att byggnaden blockerar en rationell lösning för nybyggnaden och att rivning kan bli aktuell.

*Förslaget kräver investeringar i övriga sjukhus och primärvården*

3S-utredningen identifierade också att för att genomföra utredningens förslag krävs investeringar i övriga sjukhus. Man uppskattade att anpassningsåtgärder i Huddinge och Danderyd, eventuellt ytterligare ett plan vid pågående byggnadsinvestering i Danderyd samt förlossning, vård och neonatalavdelningar vid Södersjukhuset skulle kosta upp mot 250 miljoner kronor. Upprustning av operationssalar vid Södersjukhuset bedömdes nödvändiga oberoende av förslagen i 3S. Gällande närsjukvården bedömdes att förslaget medförde ökade lokalbehov i Stockholms kommun men ej i kranskommunerna. Detta bedömdes medföra utrustningsinvestering om 50 miljoner kronor samt ökade hyror om 20 till 30 miljoner årligen.

3S-utredningen föreslog vidare att Locum AB bör få uppdrag att i samråd med landstingsstyrelsens förvaltning inventera och sammanställa vilka investeringsbehov och andra insatser som krävs i närsjukvårdens lokaler.

*Finansiering*

I 3S-utredningen finns även ett kort avsnitt om finansiering av ett nytt universitetssjukhus. PPP beskrivs kortfattat. Det framhålls att en viktig skillnad mellan PPP och traditionell upphandling är fokus på användningen och inte på själva anläggningen. Vidare lyfter man fram att det finns två syften med PPP, dels att lösa finansieringsproblematik, dels att uppnå effektivitetsvinster. Det förstnämnda faller bort för landstingets del då investeringen inte anslagsfinansieras med direktavskrivning. Det sistnämnda menar man i 3S-utredningen fortfarande är intressant och lyfter fram att i Storbritannien pekar erfarenheter på kostnadsbesparingar i spannet 15 till 20 procent och att projekt genomförs i större utsträckning inom budget och tidsram. Det framhålls att det är möjligt att låta den privata aktören finansiera investeringen men för att den ska vara lönsam krävs att effektivitetsvinsten är högre än den privata aktörens lånekostnader.

Traditionell lånefinansiering lyfts fram som det främsta alternativet för att finansiera större investeringsobjekt. En fördel med detta är att både lag- och branschpraxis är mer välutvecklad då de svenska erfarenheterna av PPP är ytterst begränsad. Vidare menar 3S-utredningen att upphandlingsförfarandet torde bli enklare.

3S-utredningen tar även upp samfinansiering med Karolinska Institutet, KI. Det identifieras två alternativ för samarbete kring det nya universitetssjukhuset. Det första är att KI garanterat hyr en viss yta under en längre tid, det andra är ett mer långtgående samarbete där KI går in i projektet och dess finansiering.

### Studiebesök

Under 2002 och 2003 genomförde man från Stockholms läns landsting ett antal studiebesök bland annat i Storbritannien. Man besökte tre sjukhus i PFI-projekt, dels ett i London under byggnation, ett barnsjukhus i Manchester och ett i Darby. I de intervjuer utredningen genomfört har det framgått att vid studiebesöken framkom att PFI betraktades som en finansieringslösning i Storbritannien, samt att man inte skulle välja PFI om det inte var nödvändigt. NHS (National Health Service) har två alternativ för att finansiera en investering, antingen ansökan om investeringsmedel från Treasury eller att ingå en PFI. På fråga om det finns något positivt med PFI ska man ha lyft att det krävs att man tillsammans med professionen kommer fram till hur byggnaden ska designas och sedan låser detta. Det innebär att det finns en överenskommelse med professionen om designen.

## 8.3.2 Formgivningstävling

I behandlingen av 3S-utredningen i landstingsfullmäktige i maj 2005 beslutades dels om förslag till ny hälso- och sjukvårdsstruktur i Stockholms län samt att uppföra ett nytt universitetssjukhus (LS 0409-1729), dels om att utlysa en formgivningstävling för utformning av det nya universitetssjukhuset (LS 0502-0309).

I slutet av 2005 arrangerade Locum AB på uppdrag av Stockholms läns landsting en arkitekt-/formgivningstävling om ett nytt universitetssjukhus med placering inom Karolinska sjukhusets och Karolinska Institutets område. I tävlingen deltog fem bidrag utformade av

team sammansatta av arkitekter och tekniska konsulter. En jury med representanter för Stockholms läns landsting, Karolinska Universitetssjukhuset, Karolinska Institutet, Stockholms Stad, Solna Stad, Locum AB, Akademiska Hus i Stockholm AB samt Sveriges Arkitekter utsåg i augusti 2006 enhälligt förslaget Forum Karolinska från White Arkitekter till vinnare.

Landstingsstyrelsen beslutade i september 2006 att Forum Karolinska ska ligga till grund för fortsatt utveckling av Nya Karolinska Solna. Samtidigt beslutades att White Arkitekter AB skulle upphandlas för att ta fram projektprogram för det nya sjukhuset (LS 0608-1486). Vid detta beslut reserverade sig ledamöterna från M, Fp och KD och framförde att man redan tidigare haft synpunkter på i vilken ordning besluten om det nya universitetssjukhuset tas. Man framför bland annat att sjukvårdsuppdraget måste klarläggas och att det är viktigt med förankring och dialog med personalen. Vidare efterlyser man beskrivning av behoven av ändamålsenliga lokaler för Astrid Lindgrens barnsjukhus samt frågar om det går att finna en lösning så att Thoraxhuset kan bestå.

### 8.3.3 Projektprogram och utredningar om entreprenadform

I besluten om 3S ingick även ett uppdrag åt landstingsstyrelsen att fortsätta utredningsarbetet avseende sjukvårdsstrukturen i de frågor som framgår av 3S.

NKS-kansliet arbetade tillsammans med White Arkitekter AB fram ett projektprogram för det nya sjukhuset (SLL, 2007). Ytterligare externt konsultstöd togs in för att ta fram underlag om finansiering och upphandlingsform.

### 8.3.4 Beslut att bygga ett nytt universitetssjukhus

Den 8 april 2008 beslutade landstingsfullmäktige att bygga ett nytt universitetssjukhus i Solna (LS 0710-1039). Den totala nybyggnadsvolymen beslutades vara 335 000 kvadratmeter och den övre ramen för nybyggnadsinvesteringen 14,1 miljarder kronor. Vidare beslutades att uppdra åt landstingsstyrelsen att ytterligare bereda frågan om finansiering och upphandlingsform för det nya sjukhuset så att förslag till beslut kan föreläggas landstingsfullmäktige den 10 juni 2008.

## Projektprogram

Projektprogrammet Nya Karolinska Solna som tagits fram vid NKS-kansliet var ett av underlagen för beslutet. Det beskrivs att i arbetet hade ett hundratal konsulter och mer än 300 medarbetare från vården deltagit. I styrgruppen fanns företrädare för landstingsstyrelsens förvaltning, Locum AB, hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Karolinska Universitetssjukhuset samt Karolinska Institutet. Med projektprogrammet som underlag beräknades investeringskostnaden för det nya sjukhuset till 14,1 miljarder kronor.

## Val av entreprenadform och finansiering

Gällande val av entreprenadform och finansiering framhålls i beslutsunderlagen att slutsatser i de tidigare utredningarna varit att inte välja OPS-lösning. Nu har man gjort en förnyad analys som genomförts av externa konsulter där ett nollalternativ ställs mot OPS. Landstingsstyrelsens förslag till beslut i fullmäktige var dock att landstingsstyrelsen får uppdrag att fortsatt utreda frågan så att beslut kan fattas i landstingsfullmäktige 10 juni 2008.
I beslutsunderlaget beskrivs nollalternativet kortfattat och benämns samverkansentreprenad med partnering.

- SLL är byggherre och svarar tillsammans med vald samarbetspartner för hela processen från planering till drift.
- Rekommenderad entreprenadform för projektering och byggnation är löpande räkning med riktpris och incitament (så kallad partnering).
- Entreprenaden föreslås uppdelad i 5 delar.
- Entreprenaden föreslås omfatta ett förlängt ansvar vad avser drift av byggnaden under 5–10 år.

Nollalternativet ställs mot en OPS-lösning. Konsulterna menade att det principiellt vore möjligt att genomföra en OPS för hela NKS men att det är olämpligt. Den stora komplexiteten skulle medföra en alltför hög riskpremie och begränsa antalet anbudsgivare. Förslaget var att en OPS-lösning begränsas till fastighetsinvestering, fastighetsförvaltning och allmänna FM-tjänster (facility management) till

exempel säkerhet, bevakning och städning. Verksamhetsspecifika FM-tjänster, verksamhetsnära tjänster och kliniska tjänster föreslås utföras av landstinget i egen regi.

I jämförelse av OPS med nollalternativet beräknas vad som krävs för att kompensera för de högre finansieringskostnader som OPS medför. För att de båda alternativen ska ge samma totalkostnad krävs att OPS leder till en minskad investering om 1 till 1,7 miljarder kronor, eller att nollalternativet försenas 1 till 1,5 år, eller att OPS medför att ytan kan minska med 30 000 till 50 0000 kvadratmeter.

Bedömningen är att OPS förväntas leda till lägre investeringsnivå på grund av ökad konkurrens jämfört med nollalternativet. En genomförd marknadssondering menar man visar att intresset internationellt är stort. Man menar också att offentligt drivna infrastrukturprojekt regelmässigt blir dyrare och försenade i jämförelse med privat drivna projekt. Gällande mindre yta framhåller man att under arbetet med projektprogrammet har arean ökat med 35 procent jämfört med uppdragsramarna från december 2006. Dessa ytor beskrivs som ej uthyrningsbar yta i form av kulvertar, schakt och kommunikationsareor. En OPS-lösning beskrivs kunna medföra lösningar som kan minska dels totalytan, dels andelen ej uthyrbar yta.

Konsulternas bedömning var att förutsättningarna är goda att en OPS-lösning för fastighetsförvaltning och allmän FM är fördelaktigare för landstinget än en traditionell upphandling (nollalternativet). De skäl som framhålls är att OPS sannolikt leder till en bättre konkurrenssituation till följd av större internationellt intresse. Riskerna för kostnadsökningar flyttas från landstinget till den privata parten. OPS leder till förbättrade möjligheter till innovativa lösningar för att åstadkomma långsiktigt optimerade drift- och underhållskostnader (livscykelperspektiv). Finansieringskostnaden är högre för en OPS-lösning än landstingets egen finansieringskostnad, å andra sidan är risken för förseningar och fördyringar beaktade i finansieringskostnaden för OPS.

### 8.3.5 Finansiering och val av upphandlingsform

I juni 2008 beslutade landstingsfullmäktige att genomföra vad som benämns som en OPS-upphandling.[7] En förutsättning för att genomföra upphandlingen var enligt beslutet att förväntad konkurrens uppnås. Avtalet mellan landstinget och OPS-konsortiet skulle också innehålla en klausul om möjlighet till tidigarelagd överföring av anläggningen i landstingets ägo. Landstingsstyrelsen skulle ansvara för upphandlingen och återkomma till fullmäktige för beslut i samband med kontraktstecknande.

I underlaget (LS 0804-0429) för beslut i fullmäktige förordar landstingsstyrelsen en OPS-upphandling. Noterbart är att i tjänsteutlåtandet (2008-04-14) i underlaget för landstingsstyrelsens beslut tog inte förvaltningen ställning. Man skriver *sammantaget anser förvaltningen att för- och nackdelar med de båda alternativen (samverkansentreprenad och OPS-upphandling) väger så jämt att det inte går att på rent objektiva grunder entydigt förorda det ena för det andra, trots att mycket omfattande utredningar genomförts.*

Två huvudalternativ har varit OPS och samverkansentreprenad. OPS förordas av landstingsstyrelsen eftersom den anses vara internationellt mer prövad, att den ger högre finansiell förutsägbarhet och minskar riskerna för fördyringar och förseningar. Detta uppnås främst genom en bättre projektstyrning där en privat aktör förväntas ha erfarenheter av stora och komplicerade projekt. En annan viktig aspekt är att OPS är optimering av riskfördelning där den privata parten står för den finansiella och operativa risken medan den offentliga aktören sår för planeringsrisken. Det framhålls att den långa kontraktstiden medför ett optimalt livscykeltänkande som stimulerar till tekniska innovationer.

I beredningen av finansieringsfrågan inför beslutet tog man ytterligare externt konsultstöd för att göra en analys och komma med vad som beskrivits som en second opinion på det tidigare konsultunderlaget. I den andra konsultrapporten jämförs tre alternativ:

[7] I den fortsatta texten används därför begreppet OPS-upphandling och avser den upphandling som förväntades leda fram till ett OPS-kontrakt. I underlagen för beslut används både begreppen OPS-upphandling och funktionsupphandling.

0. public sector comparator
1. teoretisk OPS-modell
2. teoretisk OPS-modell med Stockholms läns landsting som finansiär.

Såväl kvalitativa som kvantitativa analyser genomförs. I den kvalitativa analysen framhålls att NKS är ett stort och komplext projekt och att landstinget saknar erfarenhet av liknande projekt. Det som förväntas uppnås med OPS är:

- ökad produktionseffektivitet och tidshållning i projektets konstruktionsfas såväl som i driftskedet och med tjänsteleveranser av god kvalitet
- ökad innovationskraft tack vare livcykeltänkandet
- en ökad kontroll över betalningsflödena, i betydelsen att alla kostnader är kända i förväg (landstinget är försäkrad mot förseningar och fördyringar).

En förutsättning för att uppnå dessa effekter är enligt rapporten en optimal riskfördelning. Grundidén är att NKS och Special Purpose Vehicle (SPV) vardera ska bära de risker som man bäst är lämpad att hantera. Ett privat konsortium i form av ett SPV anses ha bättre möjligheter att själva eller via sina underleverantörer bära såväl ansvar som risker förknippade med operativa och finansiella åtaganden avseende anläggningen och tillhörande servicetjänster än vad Stockholms läns landsting har. Landstinget ska däremot driva kärnverksamheten i anläggningen, vilket främst innebär ansvar för sjukvård och dessutom säkerställa målformulering och sättande av funktionskrav.

Utmaningar utöver risk- och ansvarsfördelning:

- Formulering av funktionskrav.
- Hur skrivs avtal och vad innebär avtalstiden?
- Klarar kreditmarknaden att tillhandahålla en finansieringslösning som är rimlig sett till riskfördelning och kostnad?

Den kvantitativa analysen innebär att de tre alternativen nuvärdesberäknas. Liksom i den föregående konsultrapporten visar beräk-

ningen att nollalternativet har en lägre kostnad än OPS-alternativen. Alternativ 2, OPS med finansiering från landstinget, har lägre kostnad än en OPS med privat upplåning. Detta alternativ bedöms dock vara förenat med stora risker då landstinget bär hela kreditrisken själv. Andra problem detta skulle medföra enligt rapporten är att man förlorar den nytta som skapas av att en tredjepartsfinansiär (bank) går in och tillsammans bevakar projektet; att landstinget skulle sakna incitament att vara kraftfull vid styrning och uppföljning av funktionskrav samt att landstinget skulle riskera att bli gisslan där en privat aktör kan utnyttja det faktum att landstinget sitter på två stolar.

Konsulterna rekommenderar att en OPS-lösning väljs i stället för en samverkansentreprenadlösning då man menar att de analyser som genomförts visar att en OPS-lösning för NKS ger värde för pengarna. Deras uppfattning är att ett privat konsortium i form av ett SPV har bättre möjlighet att själva eller via sina underleverantörer bära såväl ansvar som risker förknippade med operativa och finansiella åtaganden än vad landstinget har. Rekommendationen är därför att en OPS-lösning med 100 procent privat finansiering ska väljas i första hand. Detta för att uppnå en tillräcklig produktionseffektivitet och styrning i konstruktions- och driftsskede. Landstinget bör dock enligt rekommendationen ha en beredskap att gå in med delfinansiering om den privata aktören har svårt att hitta en finansiering som ger tillräckligt låga totalkostnader.

### 8.3.6 Upphandling – en anbudsgivare

FoUU-utskottet tar nu fram tidplan för upphandlingen, detaljerar innehåll i tekniska tjänster och i servicetjänster i OPS-upphandlingen. NKS-förvaltningen, direkt underställd FoUU-utskottet, inrättas 2008 med ansvar för OPS-upphandlingen. Inför upphandlingen etableras samarbete med Karolinska Universitetssjukhuset, Karolinska Institutet och Locum AB. I arbetet med att ta fram förfrågningsunderlaget beskrivs att ungefär 400 personer i ett femtontal funktionsarbetsgrupper deltagit (Landstingsrevisorerna 2010).

Förfrågningsunderlaget (SLL 2009) var mycket omfattande. Totalt 1 500 sidor innehållande anbudsinbjudan, kravspecifikation avseende verksamheten, avseende teknik och utformning och avseende tjänster, samt ett projektavtal. Av underlaget framgår att den totala

areans övre ram är 335 000 kvadratmeter och att antalet vårdplatser skall vara minst 702 fördelade enligt:

- 72 intensivvårdsplatser (IVA/NEO)
- 5 ECMO-vårdplatser
- 50 intermediärvårdplatser
- 400 slutenvårdsplatser
- 100 dagvårdsplatser
- 75 övervakningsplatser.

Utöver vårdplatserna specificerades att följande rum var av dimensionerande betydelse:

- 35 operationssalar
- 200 mottagningsrum
- 53 rum för bild- och funktion
- 12 rum för strålning.

I upphandlingen ingår även forskningslaboratorier om cirka 40 000 kvadratmeter och 15 000 kvadratmeter kliniska laboratorier.

I oktober 2008 genomfördes ett informationsmöte på Arlanda Conference Centre om OPS-upphandling (LS 0807-0705). Det beskrivs att ungefär 250 personer från omkring 100 organisationer från en rad europeiska länder deltog.[8] Vid mötet inleddes prekvalificeringsfasen för upphandling. Totalt begärde 47 personer från ”ett stort antal företag” ut ansökningshandlingar. Den 15 december 2008 var sista dagen för anbud. Endast en ansökan om prekvalificering hade då inkommit. I detta läge rekommenderade NKS-förvaltningen FoUU-utskottet att gå vidare med OPS-upphandlingen. I tjänsteutlåtandet (LS 0901-0053) anförde NKS-förvaltningen följande: ”Mot beaktande av den rådande finansiella situationen i samhället, storleken på byggnationen, det begränsade antalet stora byggbolag och andra omständigheter, kan en anbudssökande anses var i linje med förväntningarna. Förvaltningen vill påpeka att en anbudsgivare är förenligt med de krav LOU ställer på upphandlingen.” FoUU-utskottet beslutade

[8] Se tjänsteutlåtande Del B 2010-04-08, (LS 1003-0255).

3 februari 2009 att gå vidare med OPS-upphandlingen. Oppositionen (S och V) yrkade på avslag.

### 8.3.7 Tilldelningsbeslut OPS-upphandling i fullmäktige

I maj 2010 behandlade landstingsfullmäktige OPS-upphandlingen (LS 1003-0255). Det beslutades att genomförandet av OPS-upphandlingen har inneburit att kravet på förväntad konkurrens som förutsetts tidigare uppnåtts och Skanska Infrastructure Development AB/Innisfree Limited tilldelades kontrakt för OPS-uppdraget att konstruera, bygga, driva, underhålla och finansiera NKS. Stockholms läns landsting ska enligt beslutet vara ägare till såväl fastigheter som anläggningar under hela avtalsperioden.

Gällande Thoraxbyggnaden som enligt tidigare beslut skulle rivas för att ge plats åt nya byggnader beslutades nu att denna skulle bevaras och ansluts till den nya sjukhusbyggnaden. Det beslutades också att uppförandet av ett patienthotell ingick i OPS-uppdraget.

Den betalningsmodell som ingick i beslutsunderlaget innebar att landstinget skulle betala vederlag till projektbolaget först när en byggnad är slutbesiktigad och godkänd, det vill säga när landstinget kan börja använda bygganden eller byggnadsdelen. Besluten föregicks av lång debatt om vad avtalet i ekonomiska termer egentligen stod för och vad slutnotan skulle bli.

Efter fullmäktiges tilldelningsbeslut i maj 2010 ingicks en gemensam politisk överenskommelse gällande NKS vilket resulterade i en ändring och komplettering av beslutet från maj. Detta behandlades i fullmäktige i juni 2010. Av beslutsunderlagen framgår att man fått in ett nytt anbud där det föreslås att engångsbetalningar vid färdigställande av viss fas minskas till totalt 1,4 miljarder kronor samt att resultatbaserade betalningar ska erläggas under byggfasen om totalt 7,3 miljarder kronor. Fullmäktige beslutade i enlighet med underlaget vilket innebar att landstinget därmed åtog sig att öka betalningarna under byggfasen vilket skulle finansieras genom koncernfinansiering. Detta resulterade i att landstingets nominella betalning till projektbolaget minskade med 7,1 miljarder kronor. Det framhölls i beslutsunderlaget att den nya betalningsmodellen innebar att riskfördelningen mellan landstinget och projektbolaget förändras genom att landstinget bär viss risk avseende byggnationen av anläggningen.

När projektavtalet undertecknades i juni 2010 slöts en överenskommelse om ett generellt besparingskrav på sammanlagt 1 250 miljoner kronor, som skulle inarbetas i bygghandlingarna under 2011. Detta arbete fördröjdes dock och det var först i mars 2013 som fullmäktige beslutade om tilläggsavtal 16 där besparingarna behandlas. Se även avsnittet om tilläggsavtal i detta betänkande.

### 8.3.8 Projektavtalet

I november 2010 fick landstingsfullmäktige information om undertecknande av projektavtal inklusive finansiellt avslut av OPS-upphandlingen av Nya Karolinska Solna (LS 1008-0623). Det konstateras att fullmäktige i april 2008 fattade beslut om en övre ram för nybyggnadsvolym för det nya universitetssjukhuset till 335 000 kvadratmeter. Efter vad som beskrivs som vidareutveckling av det inkomna anbudet redovisas att sjukhusets area uppgår till 320 000 kvadratmeter och innehåller bland annat:

- 402 slutenvårdsrum (vuxen, barn och förlossning)
- 87 intensivvårdsplatser varav 18 neonatal och 15 barn
- 100 dagvårdsplatser
- 180 mottagningsrum (mottagning, enodskopi, mvc, neurofys, klin. fys)
- 50 intermediärvårdplatser (vuxen och barn)
- 75 pre/post op platser och
- 36 operationssalar varav 1 sal för kejsarsnitt.

Projektbolaget ansvarar för finansiering och genomförande av projektet. Under byggtiden kommer landstinget att betala totalt 9 868 miljoner kronor i form av resultatbaserade betalningar, engångsbetalningar och årliga vederlag. Se tabell 8.1 nedan. Under avtalstiden betalar landstinget ett årligt vederlag till projektbolaget. Vederlaget kommer i 2010 års penningvärde att uppgå till 1 552 miljoner kronor per år vilket är 108 miljoner kronor lägre än den ram som landstingsfullmäktige beslutade om i juni 2010. Landstingets totala betalningar

under den 30-åriga avtalstiden uppgår till totalt cirka 52 miljarder kronor.

**Tabell 8.1** Landstingets betalningar under avtalstiden till projektbolaget

(tusentals kronor)

| År | Vederlag | Resultatbaserad betalning | Engångs-betalning | Summa |
|---|---|---|---|---|
| 2010 | | 594 000 | | 594 000 |
| 2011 | | 1 072 045 | | 1 072 045 |
| 2012 | 1 964 | 1 073 256 | | 1 075 220 |
| 2013 | 52 564 | 1 026 920 | 500 000 | 1 579 484 |
| 2014 | 69 944 | 1 177 613 | 342 861 | 1 590 418 |
| 2015 | 81 199 | 1 026 097 | | 1 107 296 |
| 2016 | 252 472 | 921 597 | 525 119 | 1 699 188 |
| 2017 | 721 141 | 428 972 | | 1 150 113 |
| 2018 | 1 673 026 | | | 1 673 026 |
| 2019 | 1 690 035 | | | 1 690 035 |
| 2020 | 1 707 385 | | | 1 707 385 |
| 2021 | 1 725 081 | | | 1 725 081 |
| 2022 | 1 743 131 | | | 1 743 131 |
| 2023 | 1 761 543 | | | 1 761 543 |
| 2024 | 1 780 323 | | | 1 780 323 |
| 2025 | 1 799 478 | | | 1 799 478 |
| 2026 | 1 819 016 | | | 1 819 016 |
| 2027 | 1 838 945 | | | 1 838 945 |
| 2028 | 1 859 273 | | | 1 859 273 |
| 2029 | 1 880 007 | | | 1 880 007 |
| 2030 | 1 901 156 | | | 1 901 156 |
| 2031 | 1 922 728 | | | 1 922 728 |
| 2032 | 1 944 731 | | | 1 944 731 |
| 2033 | 1 967 175 | | | 1 967 175 |
| 2034 | 1 990 067 | | | 1 990 067 |
| 2035 | 2 013 417 | | | 2 013 417 |
| 2036 | 2 037 234 | | | 2 037 234 |
| 2037 | 2 061 528 | | | 2 061 528 |
| 2038 | 2 086 307 | | | 2 086 307 |
| 2039 | 2 111 582 | | | 2 111 582 |
| 2040 | 1 056 686 | | | 1 056 686 |
| | **43 549 138** | **7 320 500** | **1 367 980** | **52 237 618** |

*Källa:* LS 1008-0623.

### 8.3.9 OPS-avtalet – den finansiella modellen

#### NKS finansiering

Utredningen har fått tillgång till den finansiella modell (bilaga 16 till projektavtalet) som är central i affärsuppgörelsen mellan Stockholms läns landsting och Swedish Hospital Partners AB (SHP) och dess två bakomliggande ägare Skanska och Innisfree.[9] Den finansiella modellen består av ett Excel-dokument med ett försättsblad med rubriken ”New Karolinska Solna – PPP Project, Financial Close Model 30 June 2010” och 31 flikar med ett omfattande siffermaterial. Grundstrukturen i flertalet av dessa flikar är en mängd finansiella poster och nyckeltal i 62 kolumner; halvårsvis från första halvåret 2010 till andra halvåret 2040, det vill säga hela den tid som avtalet med landstinget gäller. I avsaknad av länkar mellan de tusentals celler som finns i modellens 31 flikar, så är det ett betydande arbete att sätta sig in i den komplicerade struktur som följer av affärsuppgörelsen.

För att bilda sig en uppfattning om för- och nackdelarna med en OPS-lösning, och i vad mån den valda finansieringsmodellen har varit kostnadseffektiv ur skattebetalares och andras synvinkel, har utredningen sett det som nödvändigt att försöka fastställa de egentliga avkastningsnivåerna för olika aktörer i NKS-projektet. Ambitionen har varit att försöka fastställa långivarnas räntenivåer och aktieägarnas avkastning, både i det som var själva underlaget vid avtalets underskrift i juni 2010 och vad som därefter blivit utfallet. Och hur ställer sig detta i relation till andra möjliga finansieringslösningar som hade varit möjliga när affärsuppgörelsen gjordes?

Huvudsakliga delfrågor som varit vägledande i detta arbete är:

- Hur ser SHP:s lånestruktur ut över tid?
- Vad beräknas ränta och finansiella kostnader uppgå till i den finansiella modellen vid ”financial close” (det vill säga i juni 2010)?
  - Under hela perioden fram till 2040.
  - Under byggfasen 2010–2017.
  - Under den operativa fasen 2018–2040.

[9] Swedish Hospital Partners AB, org. nr 556741-8742, är ett helägt dotterbolag till Swedish Hospital Partners Holding AB, org. nr 556802-5760, vilket ägs av Skanska NKS Invest AB och två fonder, strukturerade som engelska limited partnerships, vilka förvaltas av Innisfree Limited, Innisfree PFI Secondary Fund och Innesfree PFI Secondary Fund 2 LP.

- Vad blev utfallet under byggfasen?
- Vad kan förväntas av den operativa fasen?

För att få en bild av SHP:s ekonomiska utfall under byggfasen av NKS har bolagets årsredovisningar för åren 2010 till och med 2017 stämts av mot den finansiella modellen, ihop med annan ekonomisk information så som Skanskas och 3:e AP-fondens årsredovisningar under motsvarande år. Byggkoncernen Skanska AB började 2013 redovisa vissa finansiella nyckeltal för några av de större byggprojekt som bolaget har i sin projektportfölj, däribland NKS, och 3:e AP-fonden har investerat i Innisfrees infrastrukturfonder och får som andelsägare återkoppling om hur fonden utvecklas.

Det ska ha rått full transparens mellan säljare och köpare om vad den finansiella modellen stipulerar, men som beskrivits ovan, så är den både omfattande och förhållandevis komplicerad. Stockholms läns landsting har anlitat externt konsultstöd som rådgivare, bland annat i frågor som rör den finansiella modellen. I flera avseenden utgör den en prognos för framtiden, exempelvis vid vilka tidpunkter som olika milstolpebetalningar kommer att falla ut och vilka skatter bolaget kommer att betala vid ett visst ekonomiskt utfall. Men framför allt så utgör modellen den detaljerade betalningsflödesplan som följer av själva affärsuppgörelsen. Varje månadsfaktura följer av modellen och de involverade bankerna vet i förväg när varje nytt låneavrop och när varje räntebetalning och amortering kommer att göras. Av det följer också att det generellt är små avvikelser mellan modellen och det faktiska utfallet som redovisas i SHP:s efterkommande årsredovisningar när det gäller bolagets resultat- och balansräkningar. Årsomsättning och resultat följer med små avvikelser de siffror som anges i modellens resultaträkningar och upplåningen från banker och ägare stämmer väl med modellens balansräkningar. Som redovisas nedan, så skiljer det sig dock vad gäller kassaflödet.

I den finansiella modellen finns en sammanställning som summerar den förväntade sammantagna vinsten före skatt (”profit before tax”) i bolaget SHP under avtalsperioden till närmare 5,5 miljarder kronor. Sett i relation till verksamhetens omfattning (årsomsättning som vissa år överstiger 2 miljarder kronor och en balansräkning som vid byggfasens slut överstiger 10 miljarder kronor) och att det rör sig om en avtalstid på cirka 30 år, så framstår inte siffran som iögon-

fallande – vinstprognosen summerar i genomsnitt till cirka 180 miljoner kronor per år.

Det som kanske är mer iögonfallande är hur denna förväntade vinst på 5,5 miljarder kronor över 30 år är tänkt att genereras: 18,4 procent bedöms komma från de marginaler man lagt in i modellen för byggkostnader, service, underhåll och planerade renoveringar samt bolagets overhead-kostnader. Resterande 81,6 procent utgörs av den vinst som förväntas genereras av de finansiella tillgångarna (”financial asset profit percentage”).

## Finansiell uppföljning av SHP AB under byggfasen

*Resultaträkningar 2010–2017*

Vid en uppföljning av resultatutvecklingen i SHP AB under åren 2010 till 2017, det vill säga själva byggfasen av NKS, konstateras att bolagets intäkter och kostnader är marginellt lägre än vad som stipuleras i den finansiella modellen daterad 30 juni 2010. De sammanlagda intäkterna (”Total revenue”) under de åtta åren uppgår till 16 499 miljoner kronor, vilket är 1,7 procent lägre än vad modellen förutspår (16 781 miljoner kronor). De sammanlagda kostnaderna under motsvarande åttaårsperiod hamnar ännu närmare med endast 0,9 procents differens (16 276 mot 16 428 miljoner kronor). Ifall den finansiella modellen från 2010 främst skulle ha utgjort en prognos för den framtida ekonomiska utvecklingen i bolaget hade en sådan överensstämmelse varit osannolik. Men i och med att modellen i stället främst ska ses som en betalningsflödesplan, så blir det precisa utfallet mer förklarligt. Avvikelsen i sammanlagd fakturering, 282 miljoner kronor eller 1,7 procent lägre, beror på att SHP haft marginellt lägre kostnader än vad som stipuleras i modellen. I modellen finns ett antagande om att inflationen kommer att uppgå till 2 procent per år och den 1 april varje år görs en justering av vederlagen, vars storlek bland annat beror på hur den faktiska inflationen under senaste året utfallit.

På motsvarande sätt följer att övriga poster i resultaträkningarna under åren 2010 till och med 2017 stämmer väl överens mellan den finansiella modellen och det som går att utläsa ur SHP AB:s årsredovisningar.

En jämförelse mellan SHP AB:s resultaträkningar och det som sedan 2013 går att utläsa ur Skanska AB:s årsredovisningar visar att

Skanska rapporterar 6 procent högre intäkter och kostnader över åren än vad SHP gör. Den enkla förklaringen till detta är att Skanskas redovisning konsekvent har ett kvartals förskjutning i förhållande till SHP och i takt med att faktureringsbeloppen blivit allt större under byggandet av NKS, så har det lett till denna redovisningsskillnad. En annan betydande skillnad är att Skanska redovisar betydligt högre finansnetto och vinstnivåer längre ned i resultaträkningarna, men om man justerar för de aktieägarlån som Skanska lämnat till SHP och de räntebetalningar som följer av detta, så raderas dessa skillnader ut.

*Balansräkningar 2010–2017*

Även balansräkningarna stämmer väl överens mellan den finansiella modellen och rapporterat utfall. Låneutvecklingen, både vad gäller seniora lån och aktieägarlån, följer det som stipuleras i modellen. Upplåningen från banker och aktieägare sker i den takt som planerats. Balansomslutningen som helhet följer plan, men är något större än prognostiserat vid utgången av 2017 på grund av en förhållandevis stor kassa (närmare 870 miljoner mot en prognos på 500 miljoner kronor). I Skanskas årsredovisning för 2017 redovisas en väsentligen samstämmig balansomslutning (tillgångar respektive lån och eget kapital summerar till närmare 11,3 miljarder kronor), men fördelningen mellan lån och eget kapital skiljer i och med att Skanska väljer att definiera sin del av aktieägarlånen till SHP som eget kapital.

*Kassaflödesanalyser 2010–2017*

Till skillnad från resultat- och balansräkningar, så avviker det faktiska utfallet i SHP AB:s betalningsströmmar (”cash flow”) i betydande omfattning från vad som står angivet i den finansiella modellen. Gjorda in- och utbetalningar är cirka 2,2 miljarder kronor större än vad som förväntades vid affärsuppgörelsen 2010. Förklaringen till detta är de närmare 150 tilläggsavtal som gjorts mellan parterna under byggperioden avseende till exempel en påbyggnad av behandlingsbyggnaden med 80 vårdplatser, ett tillagningskök har tillkommit och hotellbyggnaden har lyfts ut från OPS-avtalet. Den ökade kostnaden för dessa tillägg och ändringar till det ursprungliga avtalet har till 100 procent

fakturerats Region Stockholm utan påslag, vilket innebär att SHP AB:s kassaflöde från den löpande verksamheten fortfarande legat i nivå med prognos. Inte heller har kassaflödet från finansieringsverksamheten påverkats – lån, räntor och andra avgifter har följt den ursprungliga planen. Med andra ord så har Region Stockholm helt stått för dessa kostnadsökningar på löpande räkning. Tilläggsavtalen har i vissa fall haft en inverkan på framtida betalningar i och med de justeringar av vederlagen som gjorts varje år med anledning av ändrade förutsättningar (ändringar i beställda tjänster och livscykelarbeten) och faktisk inflation.

Även om SHP AB:s kassaflöde på nedersta raden (”Net cash flow before dividends”) i stort har utvecklats enligt plan under byggfasen av NKS, så hade ändå en större nettokassa än förväntat byggts upp i bolaget vid utgången av 2017, vilket föranledde bolagsstyrelsen att föreslå en aktieutdelning på 330 miljoner kronor. I den finansiella modellen prognostiseras inte någon uppbyggnad av utdelningsbara medel förrän ett år senare, vilket kan tolkas som att bolagets ekonomiska utveckling varit bättre än vad som ursprungligen prognostiserats.

*Avkastning på lån och aktiekapital*

En av grundidéerna med OPS är överföringen av risk från det offentliga till den privata tjänsteleverantören, i form av ett SPV (”Special Purpose Vehicle” – i NKS-fallet bolaget SHP AB) och att detta sker till en kostnad för det offentliga. Argumenteringen kring huruvida denna fördyring av infrastrukturprojekt som genomförts med en OPS-lösning har varit kostnadseffektiv ur skattebetalares och andras synvinkel, har växlat över tid.

För att närma sig frågan om kostnadseffektivitet krävs att man först kan fastställa nivån på den fördyring som valet av en OPS-lösning leder till. Därav följer att utredningen har försökt fastställa de egentliga avkastningsnivåerna för olika aktörer i NKS-projektet. Vad är långivarnas verkliga räntenivåer och aktieägarnas avkastning, både i den finansiella modellen från 2010 och vad som därefter blivit utfallet? Och hur ställer sig detta i relation till andra möjliga finansieringslösningar som hade varit möjliga när affärsuppgörelsen gjordes?

Redan i oktober 2010 gjordes en extern ansats för att utröna vilken fördyring som OPS-lösningen medförde vid byggandet och drif-

ten av NKS. Beräkningen gjordes av Lars M Andersson vid Mårten Andersson Productions AB.

Beräkningen anger att finansieringen av SHP uppgår till 1,5 miljarder kronor i eget kapital (budgeterad avkastning 11,66 procent) samt 8,4 miljarder kronor i lån (via ränteswapar omvandlat till fast ränta på 6,26 procent som senare under den 30-åriga avtalsperioden ökar till 7,11 procent). Till detta ska läggas en ”up-front-fee” som betalas när lånefaciliteten genom avtal blev tillgänglig och den kan beräknas till cirka 210 miljoner kronor. ”Ett vägt genomsnitt av provisioner, räntekostnader och budgeterad avkastning slutar på omkring 7,17 procent i början av avtalsperioden och omkring 7,90 procent under avtalets slutskede.”

Enligt rapporten så finns det starka incitament för både SHP AB och Stockholms läns landsting att lägga om lånen till en lägre ränta när byggnationen är färdig. ”Landstinget kan enligt avtalet själva begära att lånen läggs om (refinansiering). Landstinget får då 90 procent av den vinst som uppstår och då i form av ett minskat årligt vederlag.”

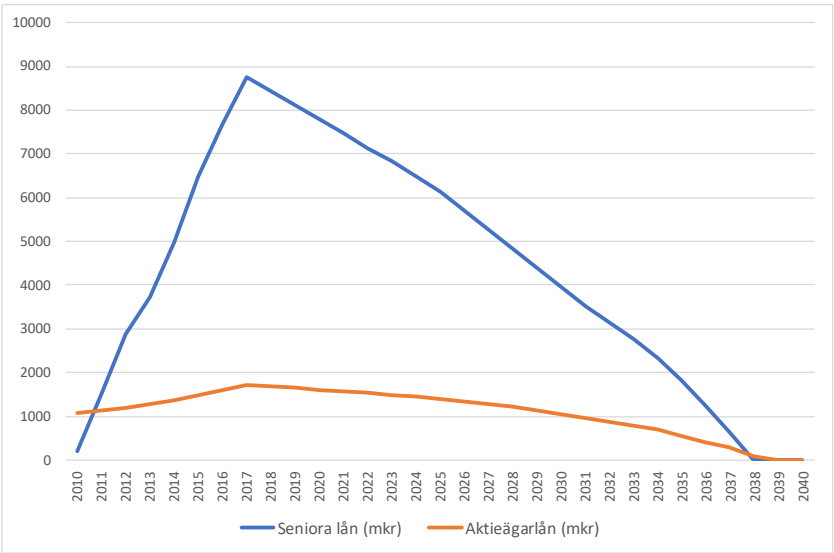
Av detta följer också att 10 procent av den vinst som uppstår vid en refinansiering tillfaller SHP AB. Det är oklart för utredningen vilka underlag som författaren hade full tillgång till vid sammanställningen av rapporten och de beräkningar som redogörs för. En jämförelse ger vid handen att Kommuninvest i juni 2010 hade kunnat låna ut nödvändigt kapital till en fast ränta över 30 år på 4,15 procent, vilket ”innebär en initial ränteskillnad på 3,03 procent, vilket under avtalets löptid kommer att öka till 3,75 procent” och att ”enbart under första året skulle landstinget och skattebetalarna kunna ha sparat 300 miljoner kronor om kapitalbehovet hade lösts via lån hos Kommuninvest. Motsvarande siffra för de första 10 åren blir då följaktligen 3 miljarder kronor.”

Rapportförfattaren summerar det budgeterade finansieringsbehovet för att bygga NKS till 9,9 miljarder kronor (1,5 miljarder eget kapital samt 8,4 miljarder kronor i lån). I de underlag som utredningen fått tillgång till så uppgick den planerade finansieringen i avtalsmodellen till hela 11,1 miljarder kronor och att balansomslutningen skulle nå maximum vid utgången av 2017, när bygget var färdigställt och man gick in i drift av sjukhuset. Den budgeterade balansräkningen vid utgången av 2017 bestod av 823 miljoner kronor i eget kapital (varav 1 miljon utgjordes av aktiekapital och resterande 822 miljoner

av upparbetade vinster) samt 10,2 miljarder kronor i nettolån (8,5 miljarder i banklån/”seniora lån” och 1,7 miljarder i aktieägarlån). Som beskrivits tidigare så blev utfallet vid utgången av 2017 att SHP AB:s balansomslutning som helhet hade följt plan, men med en kassa som var närmare 370 miljoner kronor större än prognostiserat.

Under den operativa fasen med sjukhuset i drift (2018–2040) kommer sedan SHP AB:s balansomslutning successivt att krympa i takt med att de vederlag som Region Stockholm löpande betalar in till bolaget kan användas till bland annat låneamorteringar och aktieutdelningar till ägarna.

**Figur 8.2 SHP:s låneutveckling under kontraktstiden**




*Källa:* NKS finansiell modell.

För att få en rättvisande bild av SHP AB:s finansiella kostnader för bank- och aktieägarlån (räntor och andra avgifter) och ägarnas egna kapital (avkastning i form av aktieutdelningar) behöver man ta hänsyn till hur kapitalstrukturen utvecklas över tid. Det går med andra ord inte att endast räkna utifrån hur bolagets balansräkning ser ut ”på toppen”, när lånen är som störst. Med en avtalstid på 30 år får man antingen kartlägga alla betalningsflöden år från år, eller använda sig av en schablon där man försöker fastställa den genomsnittliga kapitalstrukturen över åren. I och med att den finansiella modellen är för-

hållandevis komplicerad och under byggfasen innehåller både förskottsbetalningar samt räntekostnader som ibland betalas och ibland adderas till bolagets skulder (”shareholder loan roll-up”) har utredningen valt att försöka fastställa den genomsnittliga kapitalstrukturen både före och efter färdigställandet av NKS (byggfas respektive operativ fas).

*Byggfas*

Som framgår av tabellen nedan så uppgår SHP AB:s totala lån den 31 december 2017 till 10 352 miljoner kronor mot budgeterade 10 188 miljoner. Av dessa skulder så utgör de seniora lånen 8 611 miljoner kronor och aktieägarlånen 1 741 miljoner.

Enligt den ursprungliga modellen skulle aktieägarlånen uppgå till 1 702 miljoner kronor vid denna tidpunkt, varav 1 180 miljoner var de lån som betalats ut av Skanska/Innisfree och 522 miljoner utgjorde upparbetade räntor som adderats till skulden. Ett resultat av slutförhandlingarna mellan Skanska och Stockholms läns landsting 2010 var att Skanska Financial Services, på landstingets begäran, redan från början skulle gå in med ett brygglån på 1 070 miljoner kronor, som sedan skulle betalas tillbaka under byggfasen – därav amorteringar på detta belopp. På detta lån fick SHP AB betala ränta som totalt uppgick till 109 miljoner kronor under perioden. Denna konstruktion med ett räntebärande brygglån kan med andra ord ses som en fördyring av NKS-projektet. Utan denna merkostnad hade räntorna på aktieägarlånen under byggfasen begränsats till 561 miljoner kronor.

De seniora lånen har å andra sidan varit förenade med förskottsbetalningar (negativa ”kapitaliserade finansieringskostnader” i tabellen) som sedan ”löses upp” under återstående avtalstid samt finansieringskostnader såsom upfront fees.

Utfallet blir att under perioden 2010 till 2017 så har de seniora lånen uppgått till 4 527 miljoner kronor i genomsnitt och aktieägarlånen till 1 360 miljoner kronor, vilket är helt i nivå med vad som stipulerades i den finansiella modellen.

Räntor och avgifter på dessa lån uppgår under motsvarande period till 3 066 miljoner kronor (3 053 miljoner budgeterat), vilket ger en genomsnittlig ränta på 6,5 procent per år. De seniora lånen har av-

kastat 6,6 procent per år och aktieägarlånen 6,2 procent[10], men till det ska sedan adderas den aktieutdelning på 330 miljoner kronor till ägarna som föreslogs av SHP AB:s styrelse för verksamhetsåret 2017 och som utbetalades under första kvartalet 2018.

**Tabell 8.2 SHP:s avkastning under byggfasen**

| Byggfas (2010–2017) | Forecast enligt modell | | Utfall | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Summa | Summa |
| **Lån (mnkr)** | **Seniora lån** | **Aktieägarlån** | **Seniora lån** | **Aktieägarlån** | **Forecast** | **Utfall** |
| Lånebelopp | 8 762 | 2 250 | 8 762 | 2 250 | 11 012 | 11 012 |
| Amortering | -1 | -1 070 | -1 | -1 070 | -1 071 | -1 071 |
| Balans lån | 8 761 | 1 180 | 8 761 | 1 180 | 9 941 | 9 941 |
| Kapitaliserade finansieringskostnader | -275 | 522 | -149 | 561 | 247 | 412 |
| Lån vid slutdatum | 8 486 | 1 702 | 8 611 | 1 741 | 10 188 | 10 352 |
| **Genomsnittligt lån under perioden** | **4 527** | **1 355** | **4 540** | **1 360** | **5 882** | **5 900** |
| | | | | | | |
| **Ränta och avgifter (mnkr)** | | | | | | |
| Betald ränta | 1 949 | 109 | 1 883 | 109 | 2 058 | 1 992 |
| Kapitaliserad ränta | 0 | 522 | 0 | 561 | 522 | 561 |
| Finansiella avgifter* | 473 | 0 | 513 | 0 | 473 | 513 |
| **Summa** | **2 422** | **631** | **2 396** | **670** | **3 053** | **3 066** |
| Antal år | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| **Genomsnittlig betald ränta och avgifter** | **303** | **79** | **300** | **84** | **382** | **383** |
| **Årlig avkastning** | **6,7 %** | **5,8 %** | **6,6 %** | **6,2 %** | **6,5 %** | **6,5 %** |
| Föreslagen utdelning för 2017 | | | | 330 | | |

* Arrangement and Commitment fees, inclusive "Change in Law Reserve Facility" 2018–2036.
*Källa:* NKS finansiell modell.

## *Operativ fas*

Som beskrivits ovan, kommer SHP AB:s balansomslutning successivt att krympa under den operativa fasen fram till 2040. Denna minskning följer av de vederlag som Region Stockholm löpande betalar in

[10] För hälftenägaren Skanskas del inkluderar denna beräkning den ränta på 109 miljoner kronor som betalats för det brygglån på 1 070 miljoner kronor som Skanska Financial Services gick in med 2010. Förutsatt en rak amortering ner till noll vid utgången av 2017, summerar det till ett genomsnittligt lån på 535 miljoner kronor under perioden som avkastat cirka 2,5 procent per år. Av detta följer att den kapitaliserade räntan på övriga aktieägarlån (i genomsnitt 825 miljoner kronor under perioden) varit cirka 8,5 procent per år.

till bolaget och som enligt plan kommer att användas till att täcka bolagets kostnader (inklusive lifecycle- och FM-kostnader), låneamorteringar och även ge utrymme för aktieutdelningar.

På motsvarande sätt som under byggfasen har utredningen gjort beräkningar av lånestrukturens förändring under av sjukhusets operativa fas fram till 2040 när avtalet mellan Region Stockholm och SHP AB löper ut. Då ska bolagets lån ha amorterats fullt ut. Med utgångspunkt från den finansiella modellen och de mindre justeringar som följer av utfallet under byggfasen, har de genomsnittliga lånen under den operativa fasen beräknats till drygt 6 miljarder kronor (4 898 miljoner kronor i seniora lån och 1 132 miljoner kronor i aktieägarlån).

Ränta och avgifter kommer enligt modellen att uppgå till närmare 9 miljarder kronor under motsvarande period, vilket ger en genomsnittlig avkastning på 7,1 procent per år.

**Tabell 8.3 SHP:s avkastning under operativa fasen**

| **Operativ fas 2018–2040** | **Forecast enligt modell** | | |
|---|---|---|---|
| **Lån (mnkr)** | **Seniora lån** | **Aktieägarlån** | **Summa** |
| Lån 1 januari 2018 | 8 611 | 1 741 | 10 352 |
| Amortering under perioden | -8 611 | -1 741 | -10 352 |
| Lån vid slutdatum | 0 | 0 | 0 |
| **Genomsnittligt lån under perioden** | **4 898** | **1 132** | **6 030** |
| | | | |
| **Ränta och avgifter (mnkr)** | | | |
| Betald ränta | 6 591 | 2 232 | 8 823 |
| Kapitaliserad ränta | 0 | 0 | 0 |
| Finansiella avgifter | 121 | 0 | 121 |
| **Summa** | **6 712** | **2 232** | **8 944** |
| Antal år | 21 | 21 | 21 |
| **Genomsnittlig betald ränta och avgifter** | **320** | **106** | **426** |
| **Årlig avkastning** | **6,5 %** | **9,4 %** | **7,1 %** |
| Utdelning 2018–2038 | | 1 844 | |
| **Årlig avkastning 2018–2038** | | **17,1 %** | |
| Utdelning 2039–2040 | | 2 193 | |
| **Årlig avkastning 2018–2040** | | **26,4 %** | |

*Källa:* NKS finansiell modell.

I motsats till under byggfasen, när räntenivån för de seniora lånen var budgeterade att ligga något högre än för aktieägarlånen, beräknas ägarnas avkastning nu ligga flera procentenheter högre än tidigare (brygglånen från Skanska Financial Services hade en lägre räntenivå). Betald ränta på aktieägarlånen är budgeterad till en årlig avkastning på 9,4 procent på genomsnittligt lån. De seniora lånen är tänkt att ge ungefär samma sammanlagda räntesats som under byggfasen (6,5 procent per år i genomsnitt).

Det som dock gör den stora skillnaden är de aktieutdelningar som är budgeterade att utfalla under den operativa fasen. Fram till och med 2038 uppgår de förväntade aktieutdelningarna till drygt 1,8 miljarder kronor (cirka 88 miljoner kronor per år), vilket höjer den årliga avkastningen under perioden 2018 till 2038 med över 7,5 procentenheter till 17,1 procent. Den finansiella modellen förutspår sedan aktieutdelningar på närmare 2,2 miljarder kronor under avtalstidens sista två år 2039 och 2040, vilket adderar ytterligare nästan 10 procentenheter till en avkastning på 26,4 procent per år för ägarna Skanska och Innisfree under perioden 2018 till 2040. Allt förstås under förutsättning att vinster och utdelningsbara medel byggs upp i den takt som stipuleras i den ursprungliga finansiella modellen från 2010.

Om man adderar de 4 miljarderna i aktieutdelningar till räntor och avgifter på närmare 9 miljarder kronor ger summan 13 miljarder en årlig avkastning på de totala genomsnittliga lånen på 6 miljarder kronor på cirka 10 procent under perioden fram till år 2040. I och med att ägarna ursprungligen tecknade ett aktiekapital på endast 1 miljon kronor i bolaget och allt övrigt eget kapital i SHP AB utgörs av upparbetade vinster, skulle avkastningsnivån kunna anses vara representativ även vid en justering för detta.[11]

### 8.3.10 Tilläggsavtal

Under perioden 2011 till 2019 har det slutits sammanlagt 150 tilläggsavtal till det ursprungliga OPS-avtalet. Totalt har dessa medfört kostnader om 1,7 miljarder kronor utöver de i projektavtalet avtalade 14,5 miljarder kronor för landstinget. Tilläggsavtalen budgeterades initialt till 1,5 miljarder kronor vilket reviderades till 1,7 miljarder

[11] Det genomsnittliga egna kapitalet i SHP AB under den operativa fasen uppgår till 1,27 miljarder kronor och om man adderar detta belopp till de genomsnittliga lånen under perioden så blir den årliga avkastningen på det sammanlagda kapitalet cirka 8,5 procent.

kronor i 2017 års budget. Alla nya överenskommelser resulterar i tilläggsavtal vilket innebär att det finns ett antal avtal som inte medför ökade kostnader för landstinget, till exempel tilläggsavtal 16 som behandlar besparingar m.m. Exempel på tilläggsbeställningar som leder till kostnadsökningar är påbyggnad av strålbyggnaden med vårdplatser, tillagningskök, garage och förbindelse till Thoraxbyggnaden.

Då projektavtalet undertecknades i juni 2010 slöts en överenskommelse om ett generellt besparingskrav på sammanlagt 1 247 miljoner kronor. Tilläggsavtal 16 tar om hand hur besparingarna genomförs. I avtalet benämns dessa besparingar som ”520-mkr-listan” och ”400-mkr-listan” och en ytterligare besparing om 375 miljoner kronor. I mars 2013 godkände fullmäktige tilläggsavtal 16 (LS 1302-0194 och LS 1202-0263). (S) lämnade ett särskilt yttrande där det framförs att beslutsunderlagen är otydliga i det att det inte framgår varför förändringarna är nödvändiga. Vidare angående besparingarna understryker man att det inte är en prissänkning utan en minskning av Skanskas anbud som svarar mot landstingets förändrade krav. Besparingarna består av olika typer av åtgärder, som ändrade materialval och genom att minska ytan. Av bilaga till underbilaga 2A:5 till projektavtalet framgår att ytan minskar med 18 136 kvadratmeter genom omdisponering av ytor på flera plan, vilket ger en besparing om totalt 372 miljoner kronor.

Tilläggsavtal 24 från januari 2014[12] innebär att patienthotellet tas bort från projektavtalet och påbyggnad av strålbyggnaden med vårdplatser. I underlagen till beslut beskrivs att landstinget inte längre ser behov av att låta patienthotellet ingå i projektavtalet och att i stället kan en kommersiell aktör få möjlighet att uppföra hotellet. Vidare beskrivs att det i samband med projektering och byggande av Nya Karolinska har framkommit krav på att utöka antalet vårdplatser inom befintlig anläggning i enlighet med planen Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). I övervägandena beskrivs att genom att låta patienthotellet utgå ur projektavtalet frigörs utrymme i investeringsbudgeten som delvis kan användas till en påbyggnad av behandlingsbyggnaden (strålbyggnaden). Vid byggande av patienthotellet inom ramen för projektavtalet råder osäkerhet om hur många rum som ska nyttjas av landstinget. Det bedöms vara av fördel för landstinget att hyra de rum som behövs på en kommersiell marknad.

[12] Beslutades av fullmäktige i oktober 2013 (LS 1309-0979).

Fem nya våningsplan på strålbyggnaden innebär enligt tilläggsavtalet att antalet vårdplatser på sjukhuset ökar med 79. Totalt ökas ytan med 10 100 kvadratmeter. Tilläggsavtalet är det enskilt största med en investeringskostnad i behandlingsbygganden om 622 miljoner kronor. Att inte uppföra patienthotellet innebär en besparing om 163,4 miljoner kronor, vilket ger en engångsutgift om 458,6 miljoner kronor. Driftskostnaderna beräknades öka med 15,3 miljoner kronor per år.

I behandlingen av ärendet anmälde ledamöter från S, V och MP särskilda yttranden och deltog inte i besluten i landstingsstyrelsen och i fullmäktige. I skrivelsen från S anförs att förslaget om påbyggnad av strålbyggnaden kantats av osäkerhet och motstridiga budskap och att det framkommit att verksamhetens kravställning av byggnaden under upphandlingen åsidosattes.

### 8.3.11 Refinansiering

Landstinget och SHP träffade en överenskommelse i december 2017 om refinansiering. Motiv för att genomföra refinansiering vid tidpunkten var att risk för fördyring och försening inte längre förelåg och att villkoren för projektbolagets finansieringskostnader kunde påverkas positivt. Landstingsfullmäktige beslutade i februari 2018 att godkänna att en refinansieringsprocess initieras i enlighet med projektavtalet, under förutsättning att en vinst uppstår (LS 2018-0105). Samtidigt godkändes en engångsbetalning om maximalt 3 miljarder kronor under förutsättning att det bidrar positivt till refinansieringsvinsten och landstingets ekonomi. Landstingsstyrelsen beslutade i maj att godkänna förslag till refinansiering, att godkänna tilläggsavtal 141 där refinansieringen hanteras och uppdra åt landstingsdirektören att slutligt godkänna och teckna avtalet. Avtalet innebär att det avtalade vederlaget som landstinget ska betala till SHP minskar med 5,1 miljarder kronor varav 3 miljarder kronor till följd av amortering i förtid. Refinansieringen innebär därmed att de finansiella kostnaderna minskar med 2,1 miljarder kronor. Kostnad för finansiering av engångsbetalningen har angetts till 0,8 miljarder kronor vilket innebär en nettoeffekt av refinansieringen och engångsbetalningen på 1,3 miljarder kronor (Landstingsrevisorerna, 2018).

### 8.3.12 Upphandling av utrustning

Upphandlingen av utrustning till det nya sjukhuset omfattas inte av OPS-avtalet. Utrustningsinvesteringarna består främst av medicinteknisk utrustning (MTU), informations- och kommunikationsteknik (IKT) samt inredning, vilka budgeterades till totalt 4,3 miljarder kronor inklusive anpassningsarbeten i byggnaden (LS 2017-1455). Landstingsstyrelsen ansvarade formellt för upphandlingarna och har fattat beslut i större ärenden. Organisatoriskt ansvarade SLL juridik och upphandling för MTU och IKT som bedrivs i två projekt med personal från landstingsstyrelsens förvaltning och från Karolinska Universitetssjukhuset. Personalen från landstingsstyrelsens förvaltning har ansvarat för upphandling och personalen från Karolinska för kravställning. NKS Bygg har ansvarat för upphandling av inredning.

Enligt bilaga 9 till projektavtalet ansvarar Stockholms läns landsting för anskaffning, installation och finansiering av utrustning. Landstinget ansvarar för underhåll, reparationer och utbyte. Projektbolaget är dock medvetet om att plats behövs och att anpassning av byggnaden kan komma att behövas för utrustning och ska tillse att detta beaktas vid projektering och byggande. Flera av tilläggsavtalen till projektavtalet omfattar anpassningar och förberedelser inför installation av medicinteknisk utrustning.

Enligt bilaga 9 till projektavtalet skulle parterna senast den 31 december 2010 komma överens om processen för meddelandedatum, tidsfönster, installation, information om leverantör, villkor för utrustningen och ändringar i byggnationen till följd av detta. Enligt en extern granskning som landstingsstyrelsen 2015 lät genomföra framgår att detta datum inte kunde hållas. Orsaker som anförs är att det skulle begränsa landstingets möjligheter att såväl tekniskt som ekonomiskt genomföra lämpliga upphandlingar så tidigt i byggprocessen. Likaså fanns inte en etablerad organisation inom NKS-projektet som kunde hantera den komplexa medicintekniska utrustningen.

Den externa utredningen visade vidare att det funnits utmaningar i upphandlingsprojekten. Utrustningsprojektens arbete startade först 2012. Den bedömning som följde av granskningen var att projekten borde ha etablerats samtidigt med upprättandet av OPS-avtalet för att kunna möta behovet av projekteringsanvisningar till projektbolaget. Granskningen visade också på utmaningar i projekten till

följd av oklarheter i ansvarsfördelningen mellan landstingsstyrelsens förvaltning och Karolinska Universitetssjukhuset.

Gällande upphandling av informations- och kommunikationsteknologi (IKT) beslutade landstingsfullmäktige i september 2011 att genomföra upphandling av totalleverans av IKT, det vill säga fasta och trådlösa nätverk, datahallar och leveranssamordning. Upphandlingen avbröts i juni 2012 med hänvisning till att de inlämnade anbudspriserna låg avsevärt högre än projektbudgeten samt att anbuden innehöll otillåtna reservationer av i anbudet angivna priser. Upphandlingen genomfördes senare i flera mindre delar.

### 8.3.13 Sjukhusområdet i dag

Det färdiga Karolinska Universitetssjukhuset i Solna är ett betydligt större sjukhus än vad som omfattas av OPS-avtalet.[13] Vid sidan av den nya sjukhusbyggnaden och BioClinicum omfattar det även Thoraxbyggnaden (N-kvarteret), Lab-kvarteret (L-kvarteret) och tidigare Astrid Lindgrens barnsjukhus (ALB) (Q-huset). Anpassningar av Radiumhemmet (P-kvarteret) utreds. BioClinicum är en del av den nya sjukhusbyggnaden och inrymmer utbildning och forskning. Lab-kvarteren har renoverats och försetts med ny utrustning. Thoraxbygganden inrymmer sluten vård, rehab och administration och har förbindelsegångar med den nya sjukhusbyggnaden. ALB-byggnaden inrymmer bland annat Närakut Haga. Patienthotellet som ursprungligen fanns med i OPS-avtalet och togs bort ur detsamma i samband med beslut om att bygga flera vårdplatser hyrs nu till viss del av Karolinska sjukhuset och nyttjas som administrativa lokaler.

Landstinget anger att den totala investeringen i det nya universitetssjukhuset uppgår till 18,5 miljarder kronor. Detta utgörs av de ursprungligen avtalade 14,5 miljarder för byggnation inom ramen för OPS-avtalet. Tilläggsavtal till en kostnad om 1,7 miljarder kronor och landstingets egna byggrelaterade kostnader och kostnader för anpassning och ombyggnation av Thorax, Lab och ALB om totalt 2,3 miljarder kronor. Till detta kommer investeringar i medicintek-

[13] Se t.ex. Årsredovisning 2018 (LS 2018-1077 och RS 2019-0366) och Budget 2019 (LS 2017-1455). En presentation av beräknad totalkostnad finns på www.sll.se/verksamhet/halsa-och-vard/Aktuella-projekt-Halsa-och-vard/Nya-Karolinska-Solna/Avtal-tidplan-och-kostnader-for-Nya-Karolinska-Solna/.

nisk utrustning och tilläggsavtal för anpassning av byggnaden till vald utrustning samt investeringar i IKT om totalt 4,3 miljarder kronor. Total investering i det fullt utrustade sjukhuset beräknas därmed till 22,8 miljarder kronor.

### 8.3.14 Parallell process: investeringar enligt planen för Framtidens Hälso- och sjukvård

Som framgår av tidigare avsnitt förutsatte det mindre och högspecialiserade nya universitetssjukhuset omfördelning av vård och vårdplatser inom sjukvårdssystemet i Stockholms län.[14] Detta tillsammans med ökande befolkning i länet förutsatte investeringar utöver NKS vid sjukhusen. I planen Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) från 2011 (LS 1104-0624) föreslås investeringar i linje med den föreslagna hälso- och sjukvårdsstrukturen. Utvecklingen av infrastrukturen delas i rapporten upp i två faser. Den första fasen fram till 2018, när NKS ska vara i full drift, planeras i detalj och fasen därefter beskrivs i grova drag. I den första fasen behövde främst befolkningsökningen och konsekvenserna av NKS hanteras. De investeringar som föreslås vid akutsjukhusen bedömdes ha en genomförandetid på fem till sex år. Det betonas att det därför brådskar med beslut om investeringar i akutsjukhusen för att hantera de volymer som inte ryms på NKS. Man menade också att detta visade på behovet av att frigöra lokaler vid akutsjukhusen genom investeringar i andra byggnader i anslutning till akutsjukhusen, till exempel genom att flytta verksamheter som inte behöver akutsjukhusens resurser. Tiden för att genomföra investeringar i närsjukvården angavs som betydligt kortare. I Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) angavs förslag till inriktning för en tioårig investeringsplan. Den konkretiserades därefter i tre steg under åren 2012 till 2014 (LS 1109-1229 och LS 1409-1068).

Den tioåriga investeringsplanen för sjukhusen tillsammans med investeringen i NKS och planerade trafikinvesteringar skulle innebära en period med hög investeringsnivå. För att förstärka riskbedömningen och öka kostnadseffektiviteten i samband med de kommande investeringarna lät landstinget externa konsulter 2012 genomföra en kostnads- och investeringsanalys, som presenterades i feb-

[14] Se tex SNUS och 3S.

ruari 2013.[15] Skälen som angavs var den nya form för investering som OPS för NKS innebär, i tid koncentrerad och hög investeringsnivå i sjukvårdsbyggnader, trafik och utrustning, observationer av internationella kostnadsnivåer och planens inverkan på landstingets kreditvärdighet. Slutsatserna av konsulternas arbete omfattade bland annat att den liggande planen skapar underskott under perioden 2017 till 2019. Om allt lånefinansieras skulle skuldsättningsgraden öka i förhållande till skatteintäkter mer än vad landstinget anger som ekonomisk balans. För att behålla balanskraven skulle en fjärdedel av investeringarna behöva flyttas från åren före 2017 till perioden 2018 till 2022, alternativt effektiviseras med fem miljarder kronor varje år.

NKS och OPS-avtalet analyserades också av konsulterna. Kostnadsjämförelser visade att NKS beräknades bli 53 procent dyrare per kvadratmeter än genomsnittet för skandinaviska jämförelsesjukhus. Skillnaderna förklarades med högre standard, förhållanden på byggplatsen, tidsram och OPS-relaterad risköverföring. En strategi för kostnadsreducering vid NKS föreslogs, vilken bland annat omfattade att undersöka möjligheterna till kostnadsreduceringar i byggnation och finansiering, till exempel genom att lyfta ut patienthotellet från OPS-avtalet och överlåta finansieringen till en kommersiell aktör samt att förändra strålbyggnadens användning. Man lyfte fram behov av förstärkning av kompetens kring strategiska fastighetsfrågor och upphandlingar samt snabbare beslutfattande. Vidare betonades nära samverkan mellan enheten för strategiska fastigheter och investeringar, programkontoret för Framtidens Hälso- och sjukvård (PFHS) och programkontoret vid Karolinska Universitetssjukhuset.

## 8.4 Beslutsprocessen för ny organisation och verksamhetsmodell vid Karolinska Universitetssjukhuset

I detta avsnitt beskrivs besluts- och genomförandeprocessen för ny verksamhetsmodell och ny organisation vid Karolinska Universitetssjukhuset.

[15] *Kostnads- och investeringsanalys. Rapport till finanslandstingsrådet avseende bedömningar 2012 med blick framåt kring kostnader och investeringar som görs i Stockholms läns landsting.* Dnr saknas.

### 8.4.1 Temainriktningen för NKS

Som framgått i tidigare avsnitt fanns begreppet tema redan tidigt med i planeringen av NKS. I tävlingsprogrammet i samband med formgivningstävlingen efterfrågades exempelvis hur relationen mellan teman och funktioner kan utformas i byggnaden. I projektprogrammet som utgjorde styrdokument för det fortsatta arbetet med NKS beskrivs att sjukhusbyggnaden är baserad på en tredimensionell matrisorganisation där huvudfunktioner placeras horisontellt medan medicinska teman organiseras vertikalt. Det handlade alltså om hur vården skulle organiseras i själva byggnaden.

Teman lyfts också fram i det första förslaget till övergripande verksamhetsinnehåll för NKS som presenteras 2009. Där beskriver NKS-förvaltningen att utgångspunkten för arbetet är landstingsfullmäktiges och landstingsstyrelsens beslut 2008 om uppdrag och verksamhetsinnehåll för NKS. Det handlar bland annat om att vården ska organiseras i medicinska teman (programområden). Utredningen har försökt härleda vilket fullmäktigebeslut som avses, men har inte hittat något sådant. I förslaget till övergripande verksamhetsinnehåll föreslår NKS-förvaltningen att vården på NKS, med patienten i fokus, organiseras i ett antal process- och behovsrelaterade teman. Förslag på huvudteman ges. Den tematiska organisationen föreslås utgöra grunden för organisationen av patientvården och därmed också för patientadministrativa och ekonomiska uppföljningssystem. Den omfattar inte frågor om NKS ledning och styrning, ledningsfunktioner eller hur organisation av läkare och annan personal ska se ut. I underlaget skriver de dock att de gamla klinikstrukturerna bör överges till förmån för tematiska områden och centrumbildningar.

I inriktningsbeslutet för verksamhetsinnehållet för NKS som först hanteras i FoUU-utskottet 2009 beskrivs NKS koncept med en tematisk struktur för patientvården. Här framhålls att modern sjukvård, i synnerhet den avancerade vård som bedrivs på ett universitetssjukhus, kräver nya organisatoriska modeller som stödjer ett multidisciplinärt och multiprofessionellt samarbete kring de enskilda patienterna och som gemensamt utnyttjar avancerade och dyra resurser. En tematisk inriktning svarar väl mot den strategiska inriktning som utvecklas på Karolinska Institutet. Det är mot denna bakgrund som det nya universitetssjukhusets byggnadskoncept ska ses. Den tematiska strukturen utgår alltså från patientperspektivet.

Patientvården organiseras utifrån vårdlogistiska samband utifrån sjukdomsorsak och sjukdomsförlopp samt sjukdomars diagnostik och behandling. Vidare står att den föreslagna tematiska strukturen har fått stöd av flertalet remissinstanser. Däremot har arbetstagarorganisationerna framfört oro avseende den tematiska strukturens konsekvenser och innebörd för sjukhusets medarbetare. Därför är det viktigt att slå fast att förslaget inte berör frågan om hur läkare och annan personal på bästa sätt bör organiseras på det framtida sjukhuset. Man avser att återkomma i denna fråga. FoUU-utskottet beslutar att patientvården vid sjukhuset organiseras i temaområden i enlighet med tjänsteutlåtandet. Landstingsfullmäktige beslutar därefter, 2010, att verksamhetsinnehållet i NKS ska baseras på det koncept för verksamhetsinnehåll som föreslagits av FoUU-utskottet. Den tematiska strukturen lyfts inte fram specifikt i beslutet.

I Karolinska Universitetssjukhusets fortsatta arbete med NKS verksamhetsinnehåll är utgångspunkten organisation av vården i teman och funktioner. Några förslag om organisation och styrning i den nya sjukhusbyggnaden lyfts däremot inte. I Karolinska Universitetssjukhusets styrelseprotokoll från juni 2014 står exempelvis att ”tema används som instrument för att placera in verksamheter i NKS-byggnaden, men tema är för närvarande inte grunden för någon ny organisationsindelning”.

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning beskriver i ett dokument (HSN 2016-4792) att ”Planeringsarbetet för NKS har utgått från att sjukhuset kommer att ha en temaindelad sjukvård vilket också fastslagits av landstingsfullmäktige. Skälen för en tematisk indelning är bland annat att modern universitetssjukvård blir alltmer komplex och resurskrävande, samt mer multidisciplinär och multiprofessionell till sin karaktär. Tematisk vård innebär att olika specialiteter och professioner samverkar i vårdens processer. Utgångspunkten är att vården ska organiseras kring patienten och dennes behov. En utgångspunkt i detta arbete har varit att identifiera områden där den medicinska utvecklingen kan främjas av att vissa vårdflöden och vårdsamband ytterligare kan förstärkas och fördjupas. En tematisk indelning är vanligt förekommande vid ledande universitetssjukhus i USA, Storbritannien och Nederländerna.”

Tematanken är alltså knuten till byggnaden och organisation av vården. Hur detta påverkar medarbetarna och hur organisationen

och styrningen av verksamheten ska utformas beskrivs i efterföljande avsnitt.

### 8.4.2 Från flödesarbete till värdebaserad vård och ny verksamhetsmodell

När Karolinska Universitetssjukhuset tog över ansvaret för verksamhetsinnehållet för NKS 2012 var verksamheten organiserad enligt traditionell klinikstruktur. Sjukhuset arbetade utifrån den så kallade flödesmodellen, som var en Lean-baserad verksamhetsmodell som byggde på system för ständiga förbättringar och lärande på alla nivåer i organisationen. Flödesmodellen hade införts i delar av verksamheten av den dåvarande sjukhusdirektören som hade lång erfarenhet av att arbeta med Lean på bland annat Huddinge sjukhus och S:t Görans sjukhus. I verksamhetsplanen för 2013 beskrivs flödesarbetet och flödessynsättet som centralt för sjukhusets väg framåt mot visionen ”Patienten alltid först!”. Ledningen använde arbetssättet ”Gå ut och se” för att få inblick i verksamheten och hur flödesarbetet fungerade i praktiken. På så vis kunde chefer lära av varandra och sprida flödesarbetet i organisationen. Vid styrelsemöte vid Karolinska Universitetssjukhuset i december 2013 (protokoll 9/2013) beskrivs flödesarbetet och styrelsen uppmuntrade ledningen att fortsätta med detta arbetssätt.

*Värdebaserad vård ska integreras med flödesarbetet*

Målen i Karolinska Universitetssjukhusets verksamhetsplan för 2014 var bland annat att förbättra kvaliteten, kartlägga processer i ett NKS-perspektiv och att utbilda i flödesarbetet. Av protokoll från styrelsemöte i februari 2014 framgår att alla verksamheter inte är igång med flödesarbetet. Målet är att 80 procent av verksamheterna ska omfattas av detta 2018. Styrelsen betonade vikten av att alla kommer igång med flödesarbetet och efterfrågade också hur införandet följs upp. Här framgår också att Karolinska Universitetssjukhuset kartlagt 200 patientflöden inför NKS. En tematisering av verksamheterna planeras. Av protokollet framgår också planerna att koppla värdebaserad vård (VBV) till flödesarbetet. Det framgår dock inte om de kartlagda patientflödena och tematisering skulle leda till en förändring av orga-

nisationen. Den dåvarande sjukhusdirektören framhåller i intervju med utredningen att det inte handlade om att göra någon större omorganisation utan om att arbeta flödesorienterat och därefter göra mindre förändringar i organisationen.

Vid styrelsemöte i februari 2014 presenterade den nye styrelseordföranden ett förslag till strategisk inriktning för 2014–2018 som hade stämts av med de enskilda styrelseledamöterna innan mötet. Fyra initiativ presenterades:

- Initiativ 1: Lednings-, medarbetar- och organisationsmodell.
- Initiativ 2: Styr- och uppföljningsmodell.
- Initiativ 3: Affärsutveckling och alliansskapande.
- Initiativ 4: Integration med Karolinska Institutet och Nya Karolinska.

Visionen för sjukhuset formulerades som värdebaserad och högspecialiserad vård i världsklass. Företrädaren för Karolinska Institutet presenterade institutets syn på universitetssjukhusets roll i universitetssjukvården och konstaterade att det fanns en samsyn i flera väsentliga frågor. Sjukhusdirektören konstaterade i sin tur att det fanns vissa värderingsskillnader mellan initiativen och det arbete som bedrivits hittills på sjukhuset, bland annat vad gällde den kommersiella synen.

Vid nästa styrelsemöte i mars 2014 tas värdebaserad vård upp som en informations- och diskussionspunkt. Enligt verksamhetsplanen är integrering av värdebaserad vård med flödesarbetet en prioriterad aktivitet under 2014. Värdebaserad vård bygger vidare på existerande förbättringsarbete, men har fokus på kvalitetsuppföljning av vården. Värdebaserad vård kan bidra till att sjukhuset levererar en bättre vårdkvalitet och att vårdresurserna används mer effektivt. Detta genom fokus på uppföljning av vårdkvalitet i förhållande till kostnad. Vidare sägs att värdebaserad vård kräver en integrerad syn på utfall och kostnader där lämpliga utfalls- och kostnadsmått tas fram. Initialt är fokus på att ta fram ”proof of concept” för pilotdiagnoser. Det pågående arbetet med värdebaserad vård omfattar bland annat att nio pilotdiagnoser identifierats, att det integreras med redan existerande flödesarbete och att multidisciplinära och multiprofessionella team skapas och kompletteras med flödeskompetens, controllers, patientrepresentanter och forskare. Utbyte och samarbete med pågående

arbete med värdebaserad vård på Sahlgrenska Universitetssjukhuset respektive Akademiska sjukhuset nämns också. Patientgruppsfokus är en central del av värdebaserad vård och kopplar till tematisering på NKS samt övriga delar av Karolinska Universitetssjukhuset. I en figur beskrivs kopplingen mellan teman, patientgrupper och patientflöden. Patientgruppsspecifik expertis i form av specialiteter ingår. Enligt en preliminär officiell beskrivning integrerar Karolinska Universitetssjukhuset värdebaserad vård i flödesarbetet genom att länka samman kliniker utifrån deras kopplingar till väldefinierade patientgrupper och genom att stimulera till ständiga förbättringar av vårdkvaliteten. Värdebaserad vård ska bidra med nya arbetssätt inför flytt till NKS. Ambitionen är att besökare ska komma från hela världen för att se och lära sig av arbetssättet med värdebaserad vård, inte bara för att titta på den nya byggnaden. Tidplanen är att en version av värdebaserad vård som stöttar förändringsarbetet ska finnas på plats 2014–2015, 2018 ska 80 procent av Karolinska Universitetssjukhusets patientgruppsvolymer styras enligt värdebaserad vård och 2022 bör värdebaserad vård vara fullt utvecklad och optimala lösningar vara implementerade på sjukhuset. Målet är att Karolinska Universitetssjukhuset ska utveckla nya arbetssätt för värdebaserad vård som sätter standarden för sjukhus i hela världen. Sjukhuset ska leverera vård i världsklass och visa detta med internationellt jämförbara mått på uppnådd patienthälsa. På så vis ska Karolinska Universitetssjukhuset attrahera ledande företrädare för vårdprofessionen och forskarsamhället från hela världen som vill lära av de nya arbetssätten och arbeta i sjukhusets unika arbetsmiljö.

Integrationen mellan flödesarbetet och värdebaserad vård presenteras också för Karolinska Universitetssjukhusets ledningsgrupp i april 2014. I en omvärldsutblick presenteras OECD-data om goda utfall och låga kostnader på landnivå, med källa BCG analysis. Cleveland Clinic och Martini Klinik tas upp som exempel i omvärlden. Den första utifrån inriktning tematiserad vård i ett vårdsystem och den andra för bland annat systematisk mätning och uppföljning av utfall i patientfokuserad vårdkedja. I samband med detta föreslås också en uppdatering av metodbeskrivningen för Karolinska Universitetssjukhusets flödesarbete för att integrera värdebaserad vård. Som litteraturunderlag hänvisas bland annat till olika material från konsultbolaget BCG och till Porters *Redefining health care*.

En lägesrapportering om värdebaserad vård integrerad i flödesarbetet ges vid nästkommande styrelsemöte i maj 2014. Det rapporteras att strategin att arbeta med ständiga förbättringar och flödesarbete är tydligare integrerat med arbetet med värdebaserad vård. Styrelsen betonade vikten av patienternas delaktighet i förbättringsarbetet. Därefter redovisas inget specifikt om arbetet med värdebaserad vård för styrelsen förrän i december 2014.

*En ny verksamhetsmodell ska tas fram*

Vid styrelsemötet i december 2014 är en ny sjukhusdirektör på plats, liksom den nye chefen för den nybildade staben Strategisk sjukvårdsutveckling och produktion (SSVP). Den senare hade rekryterats från BCG. Vid mötet är värdebaserad vård en punkt på dagordningen. Av protokollet framgår att målet med värdebaserad vård är höjd kvalitet och effektivitet och att ett antal pilotstudier genomförs. De bedöms ge värdefull input i arbetet med utvecklingen av Karolinska Universitetssjukhusets organisationsmodell. Styrelsen diskuterade och påpekade vikten av samordning med övriga vårdenheter/vårdgivare inom Stockholms läns landsting.

Värdebaserad vård lyfts därefter upp på styrelsemötet i mars 2015. Den arbets- och införandemodell för värdebaserad vård som används på Karolinska Universitetssjukhuset presenteras. En statusrapport ges också liksom en beskrivning av arbetet under 2015. En uppdatering av sjukhusets patientgruppslista visar att sjukhuset har 283 patientgrupper (108 vuxengrupper, 75 barngrupper och 100 delade grupper). Under 2015 ska det värdebaserade arbetet rullas ut på 25–30 patientgrupper (sedan tidigare pågår ett 10-tal piloter). Målet är att 20 procent av patientvolymerna ska arbeta enligt värdebaserad vård 2015. Avgörande för ett gott resultat är ett adekvat systemstöd. Ett stort arbete måste därför läggas på detta. Styrelsen efterfrågar att en patientflödesansvarig bjuds in till ett styrelsemöte för att kunna ge styrelsen en praktisk bild av vad värdebaserad vård innebär. Vid mötet gör sjukhusdirektören också en tillbakablick över den tid som gått sedan han tillträdde och de förändringar som dittills gjorts. Bland annat nämns Karolinskas förändringsstory, utmaningar sjukhuset har och det intensifierade arbetet med ny verksamhetsmodell och värdebaserad vård. Målsättningen är resultat som gör skillnad

för patienten. För att kunna nå denna målsättning måste sjukhuset organiseras utifrån patientens väg genom sjukvårdssystemet, och särskilt patientens väg genom Karolinska Universitetssjukhuset. Den pågående kartläggningen av patientflöden är ett viktigt steg i detta arbete. Det tidigare flödesarbetet nämns däremot inte. Avslutningsvis betonas att förändringsprocessen kräver hela sjukhusets engagemang, kunskap och erfarenheter. Den nya organisationen ska byggas steg för steg. Sjukhusdirektören ska hålla det första stormötet med personalen om förändringsresan i mitten av mars 2015. Ansvariga ska utses för att ta fram initial design av respektive tema/funktion.

Ny verksamhetsmodell för Karolinska Universitetssjukhuset tas upp för information vid styrelsemöte i maj 2015. Inledningsvis beskriver sjukhusdirektören att målet för arbetet med en ny verksamhetsmodell är en tematisk organisation. De stora utmaningar som sjukhuset och universitetssjukvården står inför presenteras och skälen till att en ny verksamhetsmodell behöver utvecklas. Det handlar om silotänkande och brist på helhetssyn, stora skillnader i vården avseende metoder och vårdresultat samt återkommande problem med ekonomin. Arbetet med en ny verksamhetsmodell är processinriktat. Modellen ska utvecklas stegvis och i dialog med verksamheterna genom workshops (dittills med ledning och verksamhetschefer). Processen bygger på en ”emergent and adaptive change approach”, det vill säga en framväxande förändringsprocess som utgår från verksamheterna, där man lär av vunnen erfarenhet och där medarbetarnas förändringsmognad tas i beaktande. Det är alltså inte en färdigdesignad plan som ska rullas ut. De verksamheter som ska flytta in först i den nya sjukhusbyggnaden är först ut med förändringen. Samverkan med de fackliga organisationerna pågår och förslag till beslut om det fortsatta arbetet med ny verksamhetsmodell ska presenteras på nästkommande styrelsemöte. Styrelsen ställde frågor om riskerna med en så stor organisationsförändring och om den stora it-utmaningen, men uttryckte också stöd för det utvecklingsarbete sjukhusdirektören genomför. Produktionschefen med ansvar för den nya verksamhetsmodellen presenterade därefter den nya modellen för styrelsen. Utifrån visionen ”Patienten först” ska sjukhuset fortsätta arbetet med värdebaserad vård, men även arbeta mot en tematisk organisation för hela sjukhuset. Karolinskas ledningsgrupp fattade ett inriktningsbeslut om detta den 30 mars 2015. Projektet ”Ny verksamhets-

modell" har därför startat, som omfattar delområdena organisation och styrning respektive nya arbetssätt. Den nya verksamhetsmodellen beskrivs övergripande, med förslaget sju teman och fem funktionsområden som omfattar de 290 patientgrupper som ingår i Karolinska Universitetssjukhusets uppdrag. Några knäckfrågor lyfts fram, exempelvis styrningen av den nya organisationen, fördelning av mandat och ansvar, hur organisationen bäst ska möta behovet av en tydlig hemvist för professioner och specialiteter. För att hantera behoven kring bland annat utbildning och forskning är förslaget att en specialitetsansvarig utses för varje specialitet. Samtliga specialitetsansvariga bildar ett sjukhusövergripande specialitetsforum. Avslutningsvis presenterar produktionsdirektören förändringsorganisation och tidplan. Tidplanen har lagts utifrån att inflyttningen på NKS påbörjas 2016.

*Samverkan med de fackliga organisationerna om en tematisk organisation*

Kort därefter, i juni 2015, tas förslaget till tematisk organisation och ny verksamhetsmodell upp för samverkan med personalorganisationerna vid Karolinska Universitetssjukhuset. Arbetsgivaren redogör för förslag till ny organisation. Förslag till beslut är att gå från den dåvarande divisionsbaserade organisationen mot en så kallad tematisk organisation. En tematisk organisation innebär att sjukhuset organiseras i teman och funktionsområden. Efter gemensamma diskussioner meddelar Vision, Vårdförbundet och Kommunal att de biträder arbetsgivarens förslag till beslut. Kommunal uttrycker dock oro över samverkansprocessen. SACO biträder inte beslutsförslaget, men avser inte att påkalla förhandling. Läkarföreningen meddelar att de är oeniga med arbetsgivarens förslag till beslut. De anmäler också en protokollsanteckning till protokollet.

Av protokollsanteckningen framgår skarp kritik mot förslaget. Läkarföreningen anser bland annat att de inte kan se att den föreslagna organisationsförändringen bidrar till att lösa de problem (silotänkande, stora skillnader i vårdresultat och återkommande ekonomiska problem) som anges som huvudorsak till förändringen. De kan inte heller se att den föreslagna organisationen främjar patientcentrerad värdebaserad vård mer än vad den befintliga organisationen kan göra, givet att man fortsätter flödesarbetet med patienten i centrum och

förbättrar beställnings-/betalnings- och ekonomiredovisningssystem inom den nuvarande organisationen. Läkarföreningen saknar också fakta om varför matrisorganisation har valts och menar att den föreslagna förändringen kan bli kostnadsdrivande i ett skede där de ekonomiska förutsättningarna inom Karolinska Universitetssjukhuset och Stockholms läns landsting inte tillåter det. De menar också att man ännu inte beaktat de konsekvenser som uppstår för läkares AT- och ST-tjänstgöring, forskarutbildning, grundutbildning samt fortbildning om man tar bort kliniken som organisationsstruktur. Den föreslagna matrisorganisationen är enligt Läkarföreningen inte nödvändig för att uppfylla det politiska beslutet om tematisk vård. Utöver detta skriver Läkarföreningen att de befarar att matrisorganisationen med en större tröghet i beslutsprocessen i sig (fler beslutsfattare, fler möten) kan bli kostnadsdrivande och snarare förhindra att man kan bedriva en högspecialiserad vård enligt de senaste rönen. De pekar också på att det som dittills samverkats centralt och godkänts är 10 pilotpatientflöden. Beslutsunderlaget för att gå vidare och utifrån det godkänna att all vård ska struktureras i teman och patientflöden anses vara alltför otillräckligt. De underlag som organisationen varit med och tagit fram vad gäller den nya organisationen uppfattas också redigeras till oigenkännlighet innan de når sjukhusledningen. Avslutningsvis skriver Läkarföreningen att de oavsett föreslagen organisation fortsatt kommer medverka enligt samverkansavtalets intentioner för att optimera slutresultatet. Läkarföreningen förutsätter att arbetsgivaren har ett intresse av att förbättra och förstärka den fackliga samverkansprocessen på alla nivåer. En bra facklig samverkan förstärker enligt Läkarföreningen förankringsprocessen hos medarbetare och därmed möjlighet att tillvarata de goda krafter och idéer kring innovativa lösningar som framkommer vid partsgemensam genomgång av verksamheten inför förändring.

*Styrelsen beslutar om tematisk organisation*

Den nya verksamhetsmodellen tas kort därefter, i juni 2015, upp i styrelsen. Läget i arbetet beskrivs liksom argument för tematisk organisation och identifierade risker, om matrisorganisationer generellt, erfarenheter från piloter i värdebaserad vård samt nästa steg i arbetet. Av underlagsmaterial till styrelsen framgår att två teman är

igång med att detaljera organisationsstrukturen, arbetet inom funktionsområdena har kommit olika långt. Scenariobyggarmöten har genomförts där olika kompetenser och perspektiv har medverkat, bland annat representanter från olika fackförbund, Karolinska Institutet, staber, divisioner och kompetensområden. Förändringsledarna för teman och funktionsområden ska presentera förslag och leverans i juni 2015. Planen är att ledningsgruppen ska fatta beslut om att skapa en tematisk organisation när samverkan är slutligt genomförd. Därefter presenteras förslag till styrelsebeslut. I protokollet står att samverkan med de fackliga företrädarna är genomförd. Styrelsen beslutar:

- att sjukhusets nya organisation ska struktureras i teman och funktionsområden,
- att teman ska samla patientflöden enligt en tydlig vård- och FoU-logik utifrån de 290 beskrivna patientgrupperna i sjukhusets uppdrag,
- att expertis och tjänster som stöttar tvärs tematas patientflöden (till exempel labb, bild och funktion) organiseras i funktionsområden med stort fokus på samverkan med respektive tema och dess patientgruppers behov,
- att i både teman och funktionsområden ska alla uppdrag som universitetssjukhus – vård, forskning och utbildning – integreras.

*Arbetet med att utveckla verksamhetsmodellen fortsätter*

Efter styrelsens beslut fortsätter arbetet med att närmare utforma den nya verksamhetsmodellen. Vid styrelsemöte i september 2015 sammanfattar sjukhusdirektören och produktionsdirektören arbetet. Principer för ny verksamhetsmodell har identifierats liksom teman och funktioner för vidare detaljering och utredning. Patientflödeschefsrollen är utvecklad med tillräckligt mandat att driva flödet. En stärkt omvårdnadsorganisation med representation hela vägen upp till sjukhusnivån är centralt liksom ett sammanhållet ansvar hela vägen från patientflödeschef och funktionsenhetschef till sjukhusdirektör. Incitament och struktur för samarbete mellan organisatoriska enheter är på plats och former för samarbete mellan Karolinska Universitetssjukhuset och Karolinska Institutet har utvecklats. Spe-

cialiteternas sammanhållning och utveckling samt utbildning i den nya organisationen har säkerställts. Identifierade risker med det framtagna förslaget är att den nya organisationen uppfattas som otydlig, att problem som uppstår i korsningarna mellan teman och funktionsområden behöver eskaleras och att vissa roller (funktionsflödeschef) kan bli otydliga. Steg i det fortsatta arbetet presenterades också. Utöver fortsatt detaljering av organisationen och de olika rollerna ska en ekonomisk utvärdering och analys av kostnadsmassa för den nya organisationsmodellen (i olika varianter) göras. Processen för rekrytering och bemanning av den nya organisationen ska säkras. Efter föredragningen diskuterade styrelsen ansvar och styrning av verksamheten. Särskilt fokus riktades mot skiftet från traditionella roller till team i flöden. Styrelsen avsåg att aktivt delta i den utvecklingsprocess som startat.

Vid nästa styrelsemöte i oktober 2015 presenteras en jämförelse mellan den befintliga och den nya verksamhetsmodellen. Styrelsen informeras om att arbetet med ny verksamhetsmodell går över från central designfas till en implementeringsfas.

Verksamhetsmodellen tas upp på nytt vid styrelsemöte i december 2015. Sjukhusdirektören beskriver att det är ett stort arbete som pågår och att förslaget till verksamhetsmodell ännu inte är moget för beslut i styrelsen eftersom samverkansprocessen pågår och stormötesinformation ska genomföras. Förslaget sammanfattas dock lite närmare för styrelsen och styrelsens ledamöter ställde ett antal frågor. Det handlade bland annat om hur den allmänna inställningen till förslaget är bland personalen, vilka de största farhågorna är vid en sådan här stor förändring, hur ledningsstrategin ser ut och hur ledarna förbereds för sina uppgifter. Ytterligare frågor var hur specialiteterna kommer att hanteras i den nya organisationen och om det finns risk för A- och B-lag beroende på rapporteringsväg.

*Den nya verksamhetsmodellen beslutas av styrelsen*

Vid nästa styrelsemöte, i januari 2016, tas verksamhetsmodellen upp för beslut i styrelsen. Status i arbetet beskrivs för styrelsen liksom de huvudsakliga riskerna. Det handlar om risk för förseningar, att man inte lyckas attrahera de bästa externa kandidaterna på grund av en pressad rekryteringsprocess. Det finns också risk för ökad per-

sonalrörlighet inom områden där tidspress och förändringar i lokalt ledarskap har lett till att det lokala stödet för förändringen varit bristande. Det finns också en risk att begränsningar i it-systemen i interimsfasen gör att potentialen i den nya verksamhetsmodellen åtminstone initialt inte kan realiseras fullt ut. Av styrelseprotokollet framgår att sjukhusets ledningsgrupp tagit ställning till modellen den 11 januari 2016. Synpunkter som framförts under arbetet nämns, det handlar exempelvis om säkring av karriärvägar, krav på rätta kompetensprofiler och balans mellan olika kompetenser samt god hantering av specialitetsfrågan. Synpunkterna har eller kommer att på olika sätt beaktas under det fortsatta arbetet. Styrelsen framförde bland annat följande synpunkter på förslaget till verksamhetsmodell: viktigt att hålla ihop specialiteterna, risk för otydlig ledningsstruktur, samma kompetenskrav bör ställas i ett funktionsområdes linje som i ett temas linje, ett antal stödfunktioner/yrkeskategorier finns inte beskrivna i förslaget (vilka framgår dock inte). Styrelsen lyfte också att det är viktigt att kunna hantera de risker organisationsförändringen medför och att en förändring som denna innebär viss osäkerhet och att man måste vara beredd att hantera den. Sjukhusdirektören beskrev organisationsförändringen som en utmaning men helt nödvändig att genomföra. De risker som har och kommer att identifieras behöver minimeras. Därefter fastställde styrelsen förslag till ny verksamhetsmodell för Karolinska Universitetssjukhuset.

### 8.4.3 Modellen: Värdebaserad universitetssjukvård genom teman, patientflöden och funktioner

Hur ser då den nya verksamhetsmodellen ut? I en beskrivning av verksamhetsmodellen inför styrelsens beslut i januari 2016 framgår bakgrunden till modellen, målsättningar och styrande principer, grundstenar samt beskrivning av organisation på tema- och funktionsnivå liksom utbildning i den nya organisationen. I appendix finns detaljerade beskrivningar för de olika rollerna i organisationen. Den framtida styrmodellen beskrivs endast kort vad gäller vissa grundläggande komponenter. Detsamma gäller de centrala stabernas framtida organisation.

Av beskrivningen framgår att Karolinska Universitetssjukhusets huvudstrategi är värdebaserad vård. Grunden i en värdebaserad vårdmodell är att följa upp värdet för patienten och bedriva förbättrings-

arbete längs patientflödet. Utgångspunkter för utformningen av den nya verksamhetsmodellen har enligt dokumentet varit principerna i Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) liksom de krav som ställs på en universitetssjukvårdsenhet enligt det regionala ALF-avtalet. De fem största utmaningarna för Karolinska Universitetssjukhuset anges vara organisatoriskt silotänkande och brist på helhetssyn, stora skillnader i metoder och vårdresultat, ojämn kvantitet och kvalitet på FoU, återkommande problem med ekonomin samt återkommande svårigheter att säkerställa adekvat personalförsörjning. Grundorsakerna till utmaningarna sägs vara att sjukhuset haft en organisation som försvårar det interprofessionella och interdisciplinära samarbete som är nödvändigt för att tillgodose patienternas behov. Det befintliga styrsystemet saknar helhetsperspektiv på universitetssjukvård. För att nå målen måste en stor transformering göras. Karolinska Universitetssjukhuset måste utveckla sin organisation, sina styrsystem och sina arbetsformer. Det ska göras utifrån visionen ”Patienten först”, genom värdebaserad vård och en tematisk uppdelning av vården. Med grundansatsen i värdebaserad vård behöver sjukhuset mäta de viktigaste utfallen i vården i förhållande till de resurser som krävs för att nå resultaten. Genom att använda internationellt vedertagna mått kan Karolinska Universitetssjukhuset jämföra resultat med andra ledande centra i världen och lägga grunden för ett starkare interprofessionellt och interdisciplinärt samarbete över dagens organisatoriska gränser. Det bidrar också till att stärka förutsättningarna för att integrera forskningsresultat och innovationer i vårdrutinerna. Med ”patientvärde” eller ”värde för patienterna” menas uppnådda resultat (mätt som betydelsefulla utfall för patientgruppen) relativt de resurser som använts längs hela patientflödet för att skapa utfallet.

*Mål och styrande principer*

Målsättningen för den nya verksamhetsmodellen är att skapa största möjliga värde för patienten, genom att sätta patienten i centrum. Det uppnås genom att organisera vården i interprofessionella och interdisciplinära team kring patienten och genom att per patientflöde följa upp och styra på patientutfall och kostnad/resursförbrukning per patient. Målet är också att skapa en ny universitetssjukvårdsorgani-

sation som ger förutsättningar för höggradig integration av vård, forskning och utbildning i nära samverkan med Karolinska Institutet.

Nio huvudprinciper ska kännetecknа den nya verksamhetsmodellen. Det handlar om: fokus på kontinuerlig förbättring av värdet för patienten längs med hela patientflödet, interdisciplinära och interprofessionella patientflödesteam med hög grad av autonomi, gemensamma målsättningar mellan organisatoriska enheter, sammanhållet chefsansvar på alla nivåer i organisationen, proaktivt och datadrivet beslutsfattande som bygger på snabba återkopplingscykler, en god och nära samverkan med Karolinska Institutet, nya typer av roller som möjliggör fler alternativa karriärvägar, flexibel användning av gemensamma resurser för högt kapacitetsutnyttjande och kostnadseffektivitet samt ändamålsenliga staber och administration som ska möjliggöra detta. Den slutliga modellen ska säkra att alla huvudprinciperna uppnås.

*Ny styrmodell måste utvecklas*

Den nya verksamhetsmodellen förutsätter att sjukhusets styrmodell utvecklas. Den nya organisatoriska lösningen räcker inte för att uppnå önskvärd förändring av arbetssätt och beteenden. Den nya styrmodellen ska stödja ansvariga på samtliga nivåer att kunna styra sin egen verksamhet med fokus på patientvärde, ta ett helhetsansvar för sjukhusets uppdrag, samt att stödja samarbete mellan enheter. Ökat fokus läggs på vårdkvalitet och utfallsmått på patientgruppsnivå. Uppföljning av utfallsmått ska så långt som möjligt bygga på lättillgängliga data med snabb återkoppling. Chefer kommer att följa upp och styra sina verksamheter på helheten i sin verksamhet (vård, ekonomi, medarbetare, forskning och utbildning) genom styrkort som innehåller styrtal från samtliga områden. Samarbete är en grundpelare i den nya organisationen. Styrmodellen kommer att skapa gemensamma målsättningar för ett gott samarbete mellan organisatoriska enheter genom gemensamma styr- och nyckeltal där en verksamhet inte kan lyckas på bekostnad av helheten. Detaljering av styrmodellen pågår i ett separat projekt och införande sker i takt med att verktyg och processer utvecklas. Den utvecklas därför inte närmare i dokumentet.

*Teman och funktioner*

Den nya verksamhetsmodellen för värdebaserad universitetssjukvård bygger på en organisation med teman och funktioner. De 290 identifierade patientgrupperna ska organiseras i olika patientflöden.

Sju *teman* är föreslagna: barn och kvinnosjukvård, hjärta-kärl, neuro, cancer, trauma och reparativ medicin, inflammation och infektion samt åldrande. Ett tema leds av en temachef. På temanivå finns också en operativ chef. Inom ett tema finns *patientområden*, som samordnar flera *patientflöden*. Varje patientområde och patientflöde leds av en chef. På tema och patientområdesnivå finns också FoU-chefer och omvårdnadschefer. Patientområdeschefen har ett sammanhållet ansvar för det värde som levereras i patientområdets patientflöden, för integration av vård och FoU samt för ekonomi och medarbetare. Utöver detta kan ansvar för utbildning (ST, AT etc) föras ned till patientområdeschefen.

Fem *funktioner* är föreslagna: akut, PMI (perioperativ medicin och intensivvård), KUL (Karolinska universitetslaboratoriet), hälsoprofessioner samt bild och funktion. En funktion samlar en gemensam medicinsk resurs med uppgift att utgöra ett sjukhusövergripande medicinskt kompetensområde som samverkar med teman som en integrerad del av patientflöden. Funktionen leds av en funktionschef. En funktion består av flera *funktionsområden* som samlar arbetet med flera patientgrupper i behov av likartat stöd. Funktionsområden leds av funktionsområdeschefer. Varje funktionsområde består i sin tur av *funktionsenheter* som leds av funktionsenhetschefer som är ansvariga motparter gentemot patientflödescheferna. Varje funktion har också en FoU-chef och en operativ chef.

*Utbildning* ska i den nya organisationen integreras med vård och forskning i nära samverkan med Karolinska Institutet. Målsättningen är att sjukhuset ska erbjuda ledande utbildningar på samtliga nivåer. Det ska ske i enlighet med gällande regler, riktlinjer och föreskrifter för specifik utbildning. För att säkerställa sammanhållning och utveckling av en specialitet utses ett *specialitetsansvarigt tema/funktion* alternativt patient-/funktionsområde per specialitet där den största delen av specialisterna har sin huvudsakliga verksamhet. Specialitetsansvar tilldelas patientområdeschef respektive funktionsområdeschef genom deluppdrag. För varje specialitet ska finnas en ansvarig för ST-läkarutbildning (studierektor) inom utsett tema/funktion/pati-

entområde/funktionsområde. Det ska också finnas en första linjens chefsansvar för ST-läkare (ST-chef). Även detta ligger på de teman/funktioner och patientområdes-/funktionsområdeschefer som har ett specialitetsansvar. På sjukhusövergripande nivå ska det finnas en sjukhusövergripande AT-studierektor och AT-chef. Ansvar för utbildning på grundnivå och avancerad nivå inklusive verksamhetsintegrerat lärande (VIL) läggs på patientområdes-/funktionsområdeschefer. Detta uppdrag kan delegeras.

I ett appendix finns rollbeskrivningar för de tio chefsrollerna inom temaorganisationen och de fem chefsrollerna i funktionsorganisationen. För varje roll beskrivs huvudsakligt uppdrag, ansvar, befogenheter, arbetssätt och ledning, uppföljning och styrning samt profil.

### 8.4.4 Fortsatt implementering av modellen parallellt med inflyttning till NKS

Efter att styrelsen i januari 2016 fattat beslut om den nya verksamhetsmodellen fortsätter arbetet med att implementera modellen, att rekrytera chefer till den nya organisationen och att utveckla det itstöd som är nödvändigt för att modellen ska fungera. Detta pågår parallellt med förberedelserna inför flytten till NKS. Arbetet delas in i Fas 1, som består av de verksamheter som först ska flytta in på NKS, och Fas 2 som är resterande verksamheter.

*Rekrytering av chefer och placering av medarbetare i den nya organisationen*

Under våren 2016 påbörjas rekryteringen av chefer till de verksamheter som först ska flytta in på NKS; tema Barn- och Kvinnosjukvård, tema Hjärta/Kärl samt funktion Akut, Bild och Funktion. Det är den nya organisationens chefer som kommer att ansvara för den slutliga driftsättningen av NKS. Rekryteringsarbetet ska vara klart till juni 2016. Även rekrytering av chefer för övriga teman och funktioner ska vara klart vid denna tidpunkt.

Vid styrelsemöte i september 2016 konstaterar styrelsen att ett framgångsrikt rekryteringsarbete har lett till att 270 nya chefer rekryterats till den nya organisationen. Totalt tillsattes 400 chefer i fas 1. Enligt vad utredningen erfar var en stor andel av de nya cheferna

rekryterade internt och flera av dem hade inte tidigare chefserfarenhet. I oktober 2016 rapporteras att den övergripande tidslinjen har uppdaterats. Rekrytering av chefer och placering av medarbetare i fas 2 planeras vara färdigt innan sommaren 2017.

*Fortsatt designarbete*

Parallellt med rekrytering pågår ett arbete med att placera in patientgrupper inom de teman som ingår i fas 2. Ett arbete ska också göras där patientflödena ska definieras vad gäller processer, volymer och resursförbrukning. En arbetsgrupp har tillsatts för att ta hand om frågeställningar som rör specialiteterna och deras utveckling i den nya verksamhetsmodellen. I arbetsgruppen ingår representanter från teman, funktioner, Karolinska Institutet och Läkarföreningen.

*It-system och digitala styrkort*

Det pågår också ett projekt för att ta fram digitala styrkort. Styrkorten ska bidra till att göra utfallsdata samt vissa ekonomiska data tillgänglig för patientflödescheferna och på så vis underlätta styrning och uppföljning inom prioriterade områden för respektive patientgrupp. Projektet ska övergå från pilotfas till produktionsfas. Arbete pågår med 23 patientgrupper och 112 utfallsmått. Planen är att itsystemen under andra halvan av 2016 ska uppdateras utifrån den nya verksamhetsmodellen. En ny masterdatastruktur anpassad för de nya krav som ställs på rapportering och uppföljning i den nya verksamhetsmodellen ska implementeras för fas 1 och 2. I maj 2016 rapporteras att 12 styrkort har lanserats i fas 1 och 9 styrkort för fas 2.

*Övergång till nya verksamhetsmodellen samt inflyttning på NKS*

Arbetet med den nya verksamhetsmodellen delades upp i två faser i syfte att synkronisera arbetet med ny organisation och inflyttning i den nya sjukhusbyggnaden. I juni 2016 gick tema Hjärta/Kärl och tema Barn samt några funktioner över i den nya modellen. De var också först med att flytta in på NKS, vilket skedde i november 2016. I september 2017 gick tema Åldrande och Karolinska Universitets-

laboratoriet över i den nya verksamhetsmodellen följt av tema Cancer, tema Inflammation och Infektion, tema Neuro samt tema Trauma och Reparativ Medicin i oktober 2017. Hela Karolinska Universitetssjukhuset arbetade från oktober 2017 i den nya verksamhetsmodellen.

*Identifierade risker*

De huvudrisker som identifieras handlar om risk för ökad personalrörlighet på grund av tidspress och förändringar i lokalt ledarskap, lägre tempo i förändringsarbetet och missnöje på grund av den stora utmaning omorganisationen innebär främst för specialitetsgruppen. Ytterligare en risk är att it-systemen inte hinner uppdateras i tid då det visat sig vara en större utmaning än vad som först identifierats. Det finns också en långsiktig risk att begränsningar i it-systemen gör att potentialen i den nya verksamhetsmodellen inte kan realiseras fullt ut. Därutöver identifieras risk för förseningar och att inte attrahera de bästa externa kandidaterna till chefsjobben. Senare identifieras även arbetsbelastning och ökad stress hos personalen som en risk, när design och planeringsarbete för verksamhetsmodellen ska göras parallellt med produktionen. Även bristande tillgång på strukturerade data tillkommer som risk.

### 8.4.5 Kritik i media mot konsultdriven modell

Konceptet värdebaserad vård kritiseras från 2016 i olika debattartiklar av bland annat företrädare för Karolinskas läkarförening.[16] Kritiken handlar bland annat om att modellen lanseras hårt av Boston Consulting Group (BCG) och att BCG:s argument för modellen utgår från en felaktig beskrivning av situationen inom svensk sjukvård. Kritikerna hänvisar också till internationella studier som visar på tveksam effekt av managementsystem som värdebaserad vård. Karolinska beskrivs som det sjukhus som är mest radikalt i införande av värdebaserad vård. Som förklaring anges bland annat att sjukhuset valt att anställa en av de tidigare konsulterna från BCG som operativ

[16] www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2016/11/Dags-for-nyanserad-debatt-om-varde-i-varden/.
http://dstest.se/debatt/vaerdebaserad-vard-staeller-patienter-mot-varandra-31031.

chef för sjukhuset. BCG beskrivs också ha hoppat över det första steget i vad en managementkonsult gör när den påbörjar ett arbete hos en klient, nämligen analysen av klientens styrkor och svagheter. Konsulterna har i stället valt att marknadsföra en färdig produkt som inte tar hänsyn till det enskilda sjukhusets förutsättningar. De skriver också att konceptet värdebaserad vård bygger på konkurrens och därmed vänder upp och ner på den behovs- och solidaritetsprincip som gäller inom svensk vård. I stället kommer grupper prioriteras utifrån vad som är mest kostnadseffektivt menar kritikerna. I och med att vården allt mer påverkas av personer med andra incitament än det som är viktigt för patienten finns risker för att konflikter uppstår om vilka förändringar av vården som behövs. Risken är att man väljer att förändra saker inte för att det är riktigt och rätt utan för att man är lojal mot modellen. Den största risken är inte att skattepengar hamnar hos managementbolag utan att beslut fattas som raserar vården för lång tid framöver. Utifrån rådande evidens och förutsättningar i svensk sjukvård anser kritikerna att det finns starka incitament för att avbryta införandet av värdebaserad vård på Karolinska Universitetssjukhuset, men även på andra håll i Sverige. De menar också att det är dags för de folkvalda att sätta sig in i frågan så att vården inte styrs av modeller utan verklighetsförankring.

### 8.4.6 Politiken vill ha en omstart för Karolinska Universitetssjukhuset

I april 2018 meddelade den politiska ledningen i Stockholms läns landsting att styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset skulle bytas ut.[17] Argumentet var att det var nödvändigt för att ge rätt förutsättningar för en omstart efter den kritik mot sjukhuset som under en längre tid framförts i media. Den politiska ledningen lyfte i samband med detta fram ett antal utmaningar för Karolinska Universitetssjukhuset. Det handlade bland annat om att sjukhusets ekonomistyrning inte hållit tillräcklig kvalitet. Här avsågs brister i hantering och kontroll av konsultfakturor. Styrningen av sjukhuset bedömdes också vara otillräcklig. Överanvändning av konsulter hade gjort att medarbetarna inte varit tillräckligt involverade i hur vården skulle bedrivas i det nya sjukhuset. Det hade skapat onödig oro i samband med den

[17] www.dn.se/debatt/vi-i-alliansen-byter-ut-styrelsen-for-karolinska/.

pågående flytten. De lyfte också fram betydelsen av bred politisk enlighet i stora projekt. Den politiska ledningen menade att det var en fördel att beslutet om att bygga Nya Karolinska fattades med bred majoritet och utifrån en gemensam uppfattning om behovet av ett nytt högspecialiserat sjukhus. Det ger stabilitet över tid. Nya Karolinska har därefter i alltför hög grad blivit ett politiskt debattämne som riskerar att negativt påverka medborgarnas förtroende för den vård som bedrivs. Därför var det viktigt att söka samförstånd kring långsiktiga strategiska frågor. Att tillsätta en ny styrelse var ett led i detta.

Oppositionens svar var att en ny styrelse var en nödvändig förändring, men det var inte tillräckligt.[18] Mer omfattande förändringar krävdes, bland annat föreslog man att en ny sjukhusdirektör skulle tillsättas, att jävsfrågor skulle granskas och att en grundlig analys av länets framtida behov av vårdplatser skulle göras.

### 8.4.7 Den nya styrelsen gör en uppföljning av verksamhetsmodellen

I maj 2018 utsåg landstingsfullmäktige nya ledamöter till styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset. Antalet ledamöter utökades också från fem till sju.

Den nya styrelsen gav i uppdrag till styrelsens vårdutskott att göra en uppföljning av den nya verksamhetsmodellen. Syftet var att ge styrelsen kunskap om hur modellen fungerade vad gällde i första hand ledarskap och ansvarsförhållanden i linjen. Uppföljningen skulle ge underlag för förbättringsarbete och belysa eventuella behov av justeringar i modellen. Uppföljningen byggde på styrdokument, medarbetarundersökning, probleminventering som genomfördes av Strategisk Sjukvårdsutveckling och Produktion (SSVP) under 2018 med ett 15-tal chefer, forskargruppdialoger med första linjens chefer och medarbetare utan chefsuppgifter, individuella samtal med samtliga temachefer, samt med medarbetare som själva tagit initiativ till att lämna synpunkter samt information från forskare som följt processen med den nya verksamhetsmodellen. De olika uppgifterna som samlats in har sedan värderats i förhållande till varandra.

Uppföljningen var klar i januari 2019 och presenterades för styrelsen.

[18] www.dn.se/debatt/repliker/alliansens-omstart-inte-tillracklig/.

*Verksamhetsmodellen*

Uppföljningen visar att de flesta som vårdutskottet mött accepterar grundtankarna i modellen om att skapa väl fungerande patientflöden, mätning av patientrelevanta utfall och uppbyggnad av stödjande it-system. Kritiken handlar om brister i hur det har införts i organisationen. Den nya verksamhetsmodellen betonar behovet av helhetssyn på verksamheten, men det finns en utbredd uppfattning bland medarbetare att fragmentisering och stuprörstänkande har ökat med modellen. Denna uppfattning finns även bland chefer och bland forskare som följt modellen. Det har också uppstått oklarheter kring ansvar och beslutsfattande, vilket delvis anses bero på den nya verksamhetsmodellen. Enligt modellen ska beslut fattas så nära patienten som möjligt. Uppföljningen visar att trenden snarare går mot ökad centralisering av beslut, särskilt i ekonomiska frågor. Medarbetarundersökningen visade på bristande förtroende för sjukhusledningen, vilket bland annat knutits till den nya verksamhetsmodellen. Styrningen av Karolinska Universitetssjukhuset anses i alltför hög utsträckning präglas av konsultidéer.

*Effekter på vårdens innehåll*

Införande av patientflöden har fått olika konsekvenser för olika patientkategorier. För vissa har det inneburit förbättringar men för andra försämringar. I det senare fallet gäller det framför allt multisjuka patienter som varit svåra att placera i rätt patientflöde. Detta kan medföra sämre vårdkvalitet. Det finns också exempel på teman där de medicinska vårdresultaten utvecklats mer gynnsamt. Vårdutskottet menar dock att det är alltför tidigt att bedöma de långsiktiga effekterna av den nya verksamhetsmodellen för den högspecialiserade vårdens vårdkvalitet och kunskapsutveckling. Vad gäller de patientsäkerhetsproblem som rapporterats tycks många bero mer på hög personalomsättning och bristande klinisk kompetens än till den nya verksamhetsmodellen. En särskild riskgrupp vid vårdplatsbrist och snävt avgränsade patientflöden är de multisjuka patienterna. Frekventa utlokaliseringar av patienter kan ge negativa effekter på patientsäkerheten.

*Chefer och medarbetare*

Enligt uppföljningen finns förstalinjechefer som fungerar mycket bra som ledare, men det finns också åtskilliga exempel på sämre fungerande chefer. Bland annat har det framförts kritik om kompetensbrister i ledarskapet hos en del av de nya chefer som tillsatts under implementeringen av den nya verksamhetsmodellen. Cheferna upplever i sin tur att de har en hög arbetsbelastning och tunga administrativa uppgifter. Ett bristande it-stöd bidrar till detta. Det begränsar också möjligheten att följa upp verksamheterna vad gäller vårdkvalitet och ekonomi samt att arbeta med digitala styrkort. Delade vårdgolv med flera operativa verksamhetschefer fungerar ofta bra, men det finns också exempel där det funnits en oklar rollfördelning och bristande samordning.

Kompetensflykt oroar medarbetare inom flera verksamheter på sjukhuset. Oron är särskilt stor vid akutmottagningarna. Många medarbetare och särskilt läkare anser att de fått sämre inflytande över sin arbetssituation och hur arbetet planeras. Den begränsade tillgången på vårdplatser ses som ett stort problem som ökar påfrestningarna i det dagliga arbetet. Utvecklingen vid sjukhuset uppfattas av många som negativ. Övergången till den nya verksamhetsmodellen är en del av detta, men sannolikt också de övriga stora förändringar som genomförts, som den nya sjukhusbyggnaden och det förändrade vårduppdraget. Många talar om en tystnadskultur. De administrativa uppgifterna har ökat markant både för chefer och medarbetare, det finns en större administrativ överbyggnad och en resurskrävande mötes- och projektkultur. Trots målet om patienten först går utvecklingen åt motsatt håll enligt vissa. De administrativa uppgifterna tar allt större utrymme på bekostnad av tid för patienter. Det finns också en utbredd kritik, framför allt bland läkare, mot uppdelningen av medicinska specialiteter på flera teman eller patientområden.

*Utbildning och forskning*

Företrädare för utbildning på grund-, AT- och ST-utbildning för läkare är oroliga över utbildningens position på sjukhuset. Det beror dels på det ändrade uppdraget för Karolinska Solna, dels på svårigheter att mobilisera tillräckliga handledarresurser. Den kliniska forskningen är stark och det finns goda förutsättningar i form av teknik

och lokaler för avancerad forskning. Men flera är bekymrade över återväxten bland kliniska forskare. Styrelsen behöver vara mer engagerad i utvecklingen av klinisk forskning vid sjukhuset. Forskningens kvalitet måste också följas bättre. Relationerna till Karolinska Institutet är avgörande.

*Övrigt*

Många oroar sig för sjukhusets ekonomiska situation och vilka konsekvenser det kan få. Problemen anses bland annat bero på att förstalinjens chefer saknar full insyn i de egna enheternas ekonomi. Därutöver anses det ökade antalet organisatoriska enheter i sig vara kostnadsdrivande.

### 8.4.8 Organisationen på Karolinska Universitetssjukhuset i dag

Styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset beslutade i januari 2019 om ett antal åtgärder med anledning av uppföljningen av verksamhetsmodellen. Sjukhusdirektören gavs i uppgift att vidta åtgärder för att förtydliga ansvar och delegation på olika beslutsnivåer i organisationen. Särskilt skulle rollen verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen belysas. Sjukhusdirektören fick också i uppdrag att utifrån både verksamhetsmässiga och ekonomiska skäl göra en fortsatt översyn av organisationen kring patientflöden och medicinska specialiteter. Särskilt skulle möjligheterna att minska uppdelningen av medicinska specialiteter på olika teman/patientområden ses över.

Med anledning av detta har flera förändringar genomförts i verksamhetsmodellen. Teman och funktionsområden ligger fast, men antalet patientflöden har minskats. Från den 1 januari 2020 finns ett 80-tal patientflöden. Antalet chefer i organisationen har minskat från drygt 900 till cirka 680 chefer. Rollen som verksamhetschef är tydliggjord i verksamhetsmodellen. Varje patientflöde har en medicinsk chef och en omvårdnadschef. Enligt den nuvarande sjukhusdirektören har ambitionen varit att tydliggöra vem som ansvarar för vad i organisationen och därmed minska gråzonerna när det gäller ansvar och mandat. Sjukhusdirektören menar dock att det alltid kommer att finnas gråzoner, det är svårt att ta bort dem helt. Man

har också arbetat med informationsförsörjningen till första linjens chefer och enligt sjukhusdirektören finns i dag it-system på plats. Patientsäkerhet ingår som en del i det löpande kvalitetsarbetet på sjukhuset. Ambitionen är fortsatt att arbeta med ständiga förbättringar och anpassa modellen utifrån behov.

Utredningen har tagit del av den senaste medarbetarenkäten för sjukhuset. Syftet med medarbetarundersökningen är bland annat att undersöka den psykosociala arbetsmiljön och ge stöd i förbättringsarbete. Resultatet ska ligga till grund för verksamheternas strategiska arbetsmiljö- och hälsoarbete. En jämförelse med 2017 visar att totalindex gått upp från 70 till 71 (av 100). Medarbetarindex har ökat från 73 till 74 medan ledarskapsindex ligger kvar på 75. Kompetensutvecklingsindex som var nytt i undersökningen låg på 70. De högsta värdena noteras för meningsfulla arbetsuppgifter, motivation i arbetet och att cheferna behandlar medarbetarna med respekt. Lägst värden noteras för inflytande över planeringen av arbetet, rimlig arbetsbelastning, stolthet över att arbeta på Karolinska Universitetssjukhuset och förtroende för sjukhusets ledning (sjukhusdirektör och ledningsgrupp). Förtroendet för ledningen har dock ökat mellan 2018 och 2019 (från 35 till 41). Siffrorna i enkäten är i regel något lägre bland läkarna än bland sjuksköterskor, undersköterskor och övriga.

## 8.5 Styrning och kontroll

I detta avsnitt går utredningen dels igenom styrningen av NKS-projektet och hur det är kopplat till övriga beslut om förändringar inom hälso- och sjukvården i Region Stockholm, dels de kontrollmekanismer på regional och nationell nivå som vid olika tidpunkter och på olika nivåer har aktualiserats i processen. I avsnittet går utredningen också igenom användandet av process- och organisationsstöd.

### 8.5.1 Styrningen av NKS-projektet

Besluts- och genomförandeprocessen för att planera, upphandla och bygga det nya universitetssjukhuset har pågått under många år. Starten för det nya universitetssjukhuset var 2001, formgivningstävlingen utlystes 2005 och vinnare utsågs 2006, upphandlingen påbörjades 2008 och tilldelningsbeslut fattades 2010, byggnationen

påbörjades 2010. De första verksamheterna flyttade in i sjukhuset 2016 och den sista inflyttningen genomfördes hösten 2018. Processen för att fastställa verksamhetsinnehållet och genomföra förändringarna vid Karolinska Universitetssjukhuset har också varit lång. Först 2017 fastställdes det slutliga verksamhetsinnehållet för sjukhuset. Genomförandet av förändringarna i planen Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) pågår fortfarande. Den nya verksamhetsmodellen och omorganisationen på Karolinska Universitetssjukhuset genomfördes däremot på relativt kort tid. De första stegen togs årsskiftet 2014/15, modellen beslutades i början av 2016 och infördes från hösten 2016 etappvis i verksamheten och skulle vara införd på hela sjukhuset 2017.

Under processens gång har många beslut och delbeslut fattats som krävt ett långsiktigt perspektiv. Samtidigt har de politiska majoriteterna varierat och organisationen av projektet förändrats över tid.

### Stockholms universitets genomlysning av beslutsprocessen

Stockholms läns landsting beslutade i maj 2017 att genomföra en oberoende genomlysning av beslut rörande projektet att uppföra ett nytt universitetssjukhus i Solna och dess konsekvenser. I uppdraget ingår bland annat att belysa förberedelser, utformning och utfall av fattade beslut. Särskilt nämns de beslut som gäller OPS-avtalet. Granskningen omfattar beslutet att bygga ett nytt universitetssjukhus, genomförandet av projektet, finansieringsmodell, verksamhetsinnehåll, driftsättning och avtalsförvaltning. En oberoende utvärdering bedöms kunna ge värdefull kunskap inför framtida beslut om utbyggnader av hälso- och sjukvården i en kraftigt växande region.

Uppdraget gick till Stockholms universitet. I juni 2017 slöt Stockholms läns landsting ett avtal med Stockholms universitet om uppdragsforskning. Projektet är förlagt på Statsvetenskapliga institutionen och sträcker sig från den 1 juli 2017 till den 30 juni 2020. Hittills har tre delrapporter publicerats. Den första delrapporten avsåg de tidiga besluten om ett nytt universitetssjukhus och valet av OPS. Den andra delrapporten beskriver de beslut som därefter fattades vad gäller OPS och verksamhetsinnehållet vid sjukhuset. Den tredje delrapporten beskriver processer kring bland annat tilläggsavtal. Frågor kring styrning och organisering är centrala i rapporterna.

*Slutsatser om styrning och organisering*

Stockholms universitet lyfter i delrapporterna fram NKS-projektet som ett så kallat mega-projekt, det vill säga ett stort, kostsamt och komplext projekt med en omfattande förändringsambition. Komplexiteten i mega-projekt består ofta i att en stor mängd aktörer med ofta motstridiga behov och intressen berörs av projekten vilket kan leda till konfliktfyllda beslutsprocesser. Stockholms universitet konstaterar att politiken har varit drivande i visionen, men också i val av och beslut om lösningar liksom i själva organiseringen av NKS-projektet.

I den tidiga projektfasen fanns en betydande samsyn på politisk nivå om vision och inriktning för det nya sjukhuset. Lite längre fram i projektet, när OPS lyftes upp som finansieringslösning, minskade den politiska samsynen. Projektet kom i samband med detta att organiseras närmare den politiska ledningen genom en relativt självständig enhet under ett politiskt utskott till landstingsstyrelsen. Sådana organisatoriska speciallösningar är enligt Stockholms universitet inte ovanliga när det gäller megaprojekt och handlar om att handlingskraft (effektivitet) prioriteras framför bred förankring (legitimitet) av projektet. Genom att landstingsstyrelsen delegerade beslutsmandat i ett stort antal frågor till utskottet koncentrerades också ansvaret för och inflytandet till särorganisationen. Detta tenderar att bidra till att den politiska kontrollen av hur ärenden bereds ökar, samtidigt som andra enheters möjlighet att påverka arbetet minskar. Det kan också innebära att etablerade rutiner för ärendehantering, samordning och kvalitetssäkring frångås, vilket gör att frågor kan bli för ensidigt belysta. När graden av tillträde till beslutsprocessen minskar, ökar också risken för eventuella konflikter. Stockholms universitet lyfter också fram exempel på mikrostyrning eller informell styrning i projektet, där tjänstemän upparbetar nära kontakter med politiker och därigenom läser av politiska signaler, anteciperar och agerar utifrån detta. Beredningen av OPS-frågan är ett sådant exempel.

Stockholms universitet pekar också på att den organiserande parten, vilket i NKS-projektet var den politiska ledningen, å ena sidan måste hitta en lämplig balans mellan att driva processen effektivt och å andra sidan förankra projektet hos berörda aktörer för att värna legitimiteten. På samma sätt som bildandet av den särskilda förvaltningen för NKS-projektet var uttryck för politik, var nedläggningen

av samma förvaltning också det. Nedläggningen föregicks av stark kritik från två aktörer som hållits utanför processen: Karolinska Universitetssjukhuset och Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Politikens beslut att avvakta med beslutet om verksamhetsinnehåll för Karolinska Universitetssjukhuset påverkade också möjligheten för övriga sjukhus att planera sin verksamhet och att planeringen för hela regionens hälso- och sjukvård kom att tappas bort under den första delen av NKS-projektet. De politiker och tjänstemän som var drivande i planeringsfasen av projektet hade inte samma roll i genomförandefasen vilket gjorde att visionen till en del tappade kraft. Detta visar på svårigheten att organisera och driva ett stort, komplext projekt över flera mandatperioder menar Stockholms universitet.

## Den politiska styrningen

*Politisk majoritet*

Gällande den politiska makten var det en borgerlig majoritet i Stockholms läns landsting fram till 2002 och finanslandstingsrådet och ordföranden i landstingsstyrelsen tillsattes av moderaterna. Följande mandatperiod (2002–2006) skedde maktskifte och finanslandstingsrådet och ordföranden i landstingsstyrelsen tillsattes av socialdemokraterna. Mandatperioden därefter blev det maktskifte igen och från 2006 och framåt har finans-landstingsrådet och ordföranden i landstingsstyrelsen tillsatts av moderaterna.

*Politisk organisation*

Den politiska organisationen för NKS-projektet har varierat över tiden. Fram till 2011 hade landstingsstyrelsen delegerat beslutsrätt till FoUU-utskottet i frågor som rörde Nya Karolinska Solna. 2011 inrättades NKS-beredningen bestående av ledamöter från landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och produktionsutskottet. Från årsskiftet 2012/2013 fördes arbetsuppgifterna från NKS-beredningen över till landstingsstyrelsens arbetsutskott som har i uppgift att bereda övergripande styrnings- och strukturfrågor inom landstinget.

*Politiska beslut*

Enligt kommunallagen beslutar fullmäktige i ärenden av principiell beskaffenhet eller av större vikt för landstinget. Fullmäktige kan uppdra åt en nämnd att i fullmäktiges ställe besluta i ett visst ärende och även att genomföra en viss verksamhet inom ramen för de riktlinjer som fullmäktige har fastställt. Innan ett ärende avgörs av fullmäktige, ska det ha beretts antingen av en nämnd vars verksamhetsområde ärendet berör eller av en fullmäktigeberedning. Landstingsstyrelsen leder och samordnar förvaltningen av landstingets angelägenheter och ska ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet.

Stockholms universitet lyfter fram svårigheten att organisera och driva ett stort, komplext projekt över flera mandatperioder. NKS-projektet omfattar dessutom inte enbart ett enskilt sjukhus utan berör också förändringen av en hel sjukvårdsstruktur i regionen. Fullmäktige har fattat ett flertal centrala beslut i denna process, vilket beskrivits i tidigare avsnitt. Vissa beslut har fattats av landstingsstyrelsen. I beredningen inför fullmäktiges beslut har landstingsstyrelsen hanterat frågan och innan dess det politiska organ som ansvarat för projektet (FoUU-utskottet, därefter NKS-beredningen och från 2012/13 landstingsstyrelsens arbetsutskott). När det gäller planen Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) har hälso- och sjukvårdsnämnden berett frågan innan beslut i fullmäktige. Utredningen vill här belysa några av de beslut som fattats av fullmäktige.

Inriktningsbeslutet om en ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms läns landsting fattades av fullmäktige 2005. Beslutet omfattade koncentration av högspecialiserad vård, utflyttning av specialistvård samt satsning på närsjukvården. I beslutet låg också principer för utveckling av ett akademiskt sjukvårdssystem. I beslutet står att genomförandebesluten ska ske successivt och integreras i det årliga budgetarbetet. Genom beslutet fanns en helhetssyn på riktningen framåt och utvecklingen av det nya universitetssjukhuset var en del i detta. Vad utredningen erfar tog dock utvecklingen en annan riktning. Det politiska fokuset lades på NKS-projektet, som också genom politiska beslut organiserades avskilt från den övriga planeringen av länets hälso- och sjukvård. Konsekvensen blev att planeringen och utvecklingen av sjukvårdsstrukturen i Stockholm inte skedde samordnat och att den också försenades.

Våren 2008 beslutade fullmäktige om byggnation av ett nytt universitetssjukhus i Solna. Landstingsstyrelsen fick i uppdrag att bereda frågan om finansiering och upphandlingsform inför beslut i fullmäktige. I underlaget inför fullmäktiges beslut förordar landstingsstyrelsen en OPS-upphandling trots att förvaltningen i underlaget till landstingsstyrelsen inte tagit ställning i frågan. Fullmäktige beslutade i enlighet med landstingsstyrelsens förslag att en OPS-upphandling skulle genomföras. Den politiska nivån hade tidigare varit eniga i satsningen på ett nytt universitetssjukhus, men genom beslutet att gå vidare med en OPS-upphandling uppstod politisk oenighet. I fullmäktiges beslut uttalades att en förutsättning för att genomföra upphandlingen var att förväntad konkurrens uppnåddes. Som beskrivits i tidigare avsnitt kom endast ett anbud in i prekvalificeringsfasen i upphandlingen. Beslutet att ändå gå vidare med detta enda anbud fattades av FoUU-utskottet under landstingsstyrelsen. 2010 fattade fullmäktige tilldelningsbeslut i upphandlingen av det nya universitetssjukhuset.

När det gäller verksamhetsinnehållet för Karolinska Universitetssjukhuset beslutade fullmäktige 2009 att uppdra åt landstingsstyrelsen att senast 2011 återkomma med ett mer preciserat förslag till verksamhetsinnehåll och vilka förändringar detta skulle medföra för Karolinska Universitetssjukhuset. Detta trots att hälso- och sjukvårdsnämnden i remissomgången på förslaget kritiserat förslaget och pekat på behovet av en samordnad process. Fullmäktiges beslut innebar att möjligheten till en samordnad planering av hälso- och sjukvården i länet försvårades ytterligare och att övriga sjukhus inte kunde planera för sin framtida verksamhet. I praktiken kom det slutliga verksamhetsinnehållet för Karolinska Universitetssjukhuset att fastställas av landstingsstyrelsen först 2017.

Efter hälso- och sjukvårdsnämndens kritik på förslaget till övergripande verksamhetsinnehåll för NKS 2009 gav nämnden i uppdrag till hälso- och sjukvårdsförvaltningen att ta fram en plan för Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). 2011 fattade fullmäktige beslut om att genomföra planen. I samband med detta beslutades också att lägga över ansvaret för bland annat verksamhetsinnehållet för NKS på ledningen för Karolinska Universitetssjukhuset. Genom detta beslut fanns återigen förutsättningar för en samordnad planeringsprocess. Beslutet fattades emellertid långt fram i processen. Ett annat problem var att styrningen i uppdraget till Karolinska Universitets-

sjukhuset var vag vad gäller hur sjukhuset skulle förhålla sig till det övergripande verksamhetsinnehåll som NKS-förvaltningen tagit fram. I praktiken innebar det att Karolinska Universitetssjukhuset började om processen om verksamhetsinnehåll, där de utgick från den befintliga vården på sjukhuset i stället för att utgå från det underlag som NKS-förvaltningen tagit fram.

## Organisation och styrning på tjänstemannanivå

Organisationen för NKS-projektet har liksom den politiska organisationen förändrats över tid. Formgivningstävlingen av det nya sjukhuset arrangerades 2005 av Locum AB. För att utveckla det vinnande förslaget inrättades 2006 NKS-kansliet som var underställt ledningen vid Locum AB. Kansliet avvecklades 2007 och i november publicerades ett projektprogram som sammanfattade kansliets arbete. 2008 beslutade landstingsfullmäktige att bygga ett nytt sjukhus och inrättade samtidig en separat förvaltning, NKS-förvaltningen, för att organisera arbetet med det nya sjukhuset. NKS-förvaltningen fick därmed samma mandat som övriga förvaltningar inom landstinget. Förvaltningen arbetade nära FoUU-utskottet under landstingsstyrelsen som fått delegerat ansvar för NKS-projektet. NKS-förvaltningen kom att kritiseras av både hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och Karolinska Universitetssjukhuset och efter beslut i fullmäktige 2011 lades NKS-förvaltningen ned. Ansvaret för NKS-projektets verksamhet delades i stället upp mellan landstingsstyrelsens förvaltning och Karolinska Universitetssjukhuset. På landstingsstyrelsens förvaltning startades NKS bygg som en egen avdelning direkt under landstingsdirektören. Uppdraget för NKS Bygg var att vara beställare för sjukhusbyggnationen och det 30-åriga projektavtalet samt ansvara för upphandling av inredning, medicinteknik och IKT. Karolinska Universitetssjukhuset ansvarade för verksamhetsinnehåll och att förbereda sjukhuset inför inflytten i den nya sjukhusbyggnaden. 2011 bildades också ett landstingsgemensamt programkontor för att genomföra planen Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) som fullmäktige hade beslutat. Programkontoret drevs gemensamt av hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och landstingsstyrelsens förvaltning. Syftet var att planera, samordna och genomföra landstingets nya inriktning för hälso- och sjukvården där NKS var

en viktig del. Samma år byggdes också ett lokalt programkontor vid Karolinska Universitetssjukhuset upp.

*Beredning av ärenden och framtagande av beslutsunderlag*

Förvaltningen och tjänstemännen har en viktig roll att säkerställa att frågor hanteras på ett rättssäkert, effektivt och demokratiskt sätt. Förvaltningen ska ta fram väl underbyggda underlag och förslag för den politiska organisationens beslut. De tidiga rapporterna (SNUS och 3S) och Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) är exempel på detta.

Stockholms universitet pekar i sin andra delrapport på de problem som uppstår när frågor i stället politiseras. Det kan medföra en risk att en ”amatörförvaltning” skapas som agerar kortsiktigt utifrån politiska signaler i stället för att säkerställa väl genomarbetade underlag. Detta blir särskilt viktigt när konsulter anlitas som stöd i förvaltningens arbete. Stockholms universitet lyfter fram förvaltningens hantering av OPS som ett exempel på detta. De menar att organisationen av NKS-projektet i landstinget liksom managementkonsulters tillträde och relation till projektorganisationen hade avgörande betydelse för hur OPS-idén legitimerades. Konsulter som bistod landstinget blev ”idéodlare” som genom att idealisera OPS i relation till den traditionella modellen för att driva byggnationsprojekt inverkade på vilka beslut som initierades, bereddes och fattades i landstinget. Utredningen har i sina kontakter uppfattat att NKS-förvaltningen drev OPS-linjen, medan andra delar av förvaltningen argumenterade mot OPS. I landstingsdirektörens tjänsteutlåtande inför landstingsstyrelsens och fullmäktiges beslut förordades inte det ena alternativet framför det andra. Detta eftersom för- och nackdelar med båda alternativen bedömdes väga så jämt att det inte gick att på objektiva grunder förorda ett alternativ trots att omfattande externa utredningar genomförts. Därmed överläts till den politiska nivån att avgöra frågan. Stockholms universitet menar att det finns ett behov av att förstärka den konventionella förvaltningen då det blir allt vanligare att nyttja extern expertis i form av konsulter.

## Samverkan och kulturfrågor

Komplexiteten i NKS-projektet handlade i första hand om att det berörde många aktörer med olika behov, intressen och uppfattningar om projektet. Hur projektet samverkat med olika aktörer under olika faser har därför varit en viktig fråga.

Utredningen har fått liknande bild av NKS-projektets organisation och samverkan som Stockholms universitet och Jan Öhrming (2017) beskriver i sina rapporter. För att värna visionen för projektet och kunna fokusera på det nya valde Stockholms läns landsting att organisera det fritt från befintliga aktörer och intressen. Potentiellt motsträviga aktörer skulle hållas på avstånd från projektet. Det gällde särskilt Karolinska Universitetssjukhuset som uppfattades vara svårstyrda och förändringsobenägna. Även hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och i viss mån Locum skulle hållas på avstånd. Karolinska Institutet sågs dock som en viktig samverkansaktör.

Projektledare och övriga i organisationen för NKS-projektet rekryterades externt. Bland annat handplockades personal från Karolinska Universitetssjukhuset till projektet för att utifrån internationella exempel utforma den bästa vården och verksamhetsinnehållet på det nya sjukhuset. Personerna valdes primärt utifrån sin kompetens och inte som representanter för sjukhuset. Företrädare för Karolinska Universitetssjukhuset, Locum och Karolinska Institutet ingick i en styrgrupp för projektet. Processen var utformad så att NKS-förvaltningen arbetade fram förslag med stöd av de så kallade 20-procentarna från Karolinska Universitetssjukhuset. Styrgrupper och referensgrupper fick information, men hade egentligen inga större möjligheter att påverka inriktningen. Först när det första förslaget till övergripande verksamhetsinnehåll fanns framme 2009 gick det ut på remiss till personalorganisationerna vid Karolinska Universitetssjukhuset, Karolinska Institutet, hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning samt till andra sjukhus. Många remissinstanser var kritiska och menade att förslaget var för övergripande att ta ställning till, att det behövde samordnas med planeringen av hälso- och sjukvården i länet och att förutsättningarna för utbildning och forskning i länet behövde säkerställas. Personalorganisationerna uttryckte att de inte fått varit tillräckligt delaktiga i processen. Särskilt kritiska var Karolinska Universitetssjukhuset och hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Som beskrivits i andra avsnitt i betänkandet så age-

rade båda aktörerna för att ansvaret för projektet skulle övergå till dem. NKS-förvaltningen arbetade dock på ytterligare några år. Efter förändringar på politisk nivå fattades dock sådana beslut. I beslutet om Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) 2011 beslutades också att NKS-förvaltningen skulle läggas ned och att ansvaret i stället skulle övergå till ledningen för Karolinska Universitetssjukhuset och landstingsstyrelsens förvaltning (NKS Bygg). Frågan om verksamhetsinnehåll för Karolinska Universitetssjukhuset skulle samordnas med FHS genom ett centralt programkontor inom landstinget och ett lokalt programkontor på Karolinska Universitetssjukhuset. Därmed övergick NKS-projektet från att vara ett avgränsat och isolerat projekt inom regionen till att i organisatorisk mening vara en del av en helhet. Karolinska Universitetssjukhuset skulle dock koncentrera sig på den egna verksamheten och vilken vård som skulle bedrivas där. Vilka sjukhus som skulle och som kunde ta över vård från sjukhuset var länge oklart. Det tycks också som att sjukhusets samverkan med Karolinska Institutet inte fungerade fullt ut. Den sammantagna bilden är att NKS-projektet slets mellan att å ena sidan ha uppdraget att tänka nytt och utforma ett unikt högspecialiserat sjukhus fritt från det gamla, och å andra sidan hantera alla de aktörer som var viktiga för att visionen om det högspecialiserade sjukhuset skulle kunna bli verklighet.

En fråga som hänger nära samman med detta är organisations- och professionskultur. Att förändra en kultur tar ofta lång tid och kräver insikt, förståelse och att de som är del av kulturen görs delaktiga i processen. Som nämnts tidigare i detta avsnitt uppfattades både ledning och personal vid Karolinska Universitetssjukhuset som svårstyrda och förändringsobenägna. Denna uppfattning var en anledning till att Karolinska Universitetssjukhuset skulle hållas utanför planeringen av det nya sjukhuset. I stället skulle det nya sjukhuset, utformat av andra än sjukhusets personal och ledning, tvinga fram en transformation också av kulturen på sjukhuset. En ny byggnad, ett delvis nytt verksamhetsinnehåll och nya arbetssätt skulle underlätta förändringen. Det var också därför som NKS-projektet sågs som lika mycket ett verksamhetsprojekt som byggprojekt. Den här uppfattningen förstärktes också när det gällde organisationen och verksamhetsmodellen för det nya sjukhuset. Det ansågs viktigt att den nya verksamhetsmodellen var på plats i samband med att verksamheterna skulle flytta in i den nya byggnaden. Tidplanen för byggnaden blev

på så vis också tidplanen för den nya organisationen och verksamhetsmodellen, även för den del av verksamheten som var placerad i Huddinge. Det innebar att många förändringar skulle göras samtidigt och på relativt kort tid. Av de samverkansprotokoll utredningen tagit del av och av utredningens kontakter med personalorganisationerna framgår att personalen reagerade mot detta och att de motsatte sig hela eller delar av förändringarna.

### 8.5.2 Externt process- och organisationsstöd

I utredningens uppdrag ingår att kartlägga användningen av process- och organisationsstöd. Användningen av externt konsultstöd har olika karaktär. Beslutsprocesserna inför byggnadsinvestering och strukturförändring kräver omfattande underlag inom olika områden, även inom områden som ligger vid sidan av den egna organisationens expertis, vilket ger behov att ta in extern expertis i form av konsulter. I andra fall har konsultstödet varit en ren resursförstärkning av organisationen.

Användandet av process- och organisationsstöd skiljer sig åt i besluts- och genomförandeprocesserna för upphandling och byggnation samt inflyttningen till NKS, verksamhetsinnehåll för NKS respektive den nya verksamhetsmodellen vid Karolinska Universitetssjukhuset. Stödets omfattning varierar också över tid liksom vilken aktör som varit beställare av stödet.

I processen fram till beslut om och upphandling av byggnation av nytt universitetssjukhus i Solna har externt stöd använts löpande och inom flera områden. Stödet har bland annat omfattat initiala kostnadsberäkningar av investeringen. Vid utformningen av byggnaden har arkitekter och byggteknikkonsulter anlitats. Externt stöd har även använts i beslutsprocessen som ledde fram till valet av OPS för genomförande och som avtalsform. De båda externa konsultföretag som anlitades förordade OPS för genomförandet. OPS hade utretts i såväl SNUS-utredningen som 3S-utredningen som avrått från att använda denna typ av finansieringslösning. De externa underlagen var så vitt utredningen erfar avgörande för valet av OPS. I den förhandling som följde av upphandlingen anlitades externt stöd bland annat för att säkerställa att den finansiella modellen i avtalet som reglerar regionens betalningar till projektbolaget var korrekt. Vidare

har man under planering och genomförande anlitat externt stöd för arbete med riskanalyser. Externt stöd har även anlitats i samband med upphandlingar av utrustning till det nya sjukhuset. Vad utredningen erfar har detta stöd främst utgjort en resursförstärkning av upphandlingsorganisationen då mycket omfattande upphandlingar skulle genomföras i landstinget.

I Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) föreslogs en tioårig plan för investeringar i länets hälso- och sjukvård. Planen tillsammans med investeringen i NKS innebar omfattande investeringar för landstinget. För att förstärka riskbedömningarna togs externt stöd in för att genomföra kostnads- och investeringsanalys, som bland annat innebar förslag att skjuta en fjärdedel av planerade investeringar i tid, till efter 2018, för att bibehålla ekonomisk balans i landstinget.

Vad utredningen erfar använde Stockholms läns landsting inget externt stöd i de tidiga processerna med verksamhetsinnehållet för NKS. NKS-förvaltningen anställde personal från Karolinska Universitetssjukhuset på 20 procent för att utifrån internationella exempel ta fram förslag till lämpligt verksamhetsinnehåll. När ansvaret för verksamhetsinnehållet gick över till Karolinska Universitetssjukhuset bedömde Programkontoret Karolinska att det fanns behov av externt stöd, bland annat för att facilitera workshops med personalen om vilken vård som skulle vara kvar på sjukhuset respektive flyttas ut från sjukhuset. Redan innan dess hade Karolinska Universitetssjukhuset också anlitat externt stöd för utveckling av bland annat värdebaserad vård med koppling till flödesmodellen.

Från 2014, när den nya sjukhusledningen började utveckla tankarna om värdebaserad vård och behov av en ny verksamhetsmodell, ökade Karolinska Universitetssjukhusets avrop för externt process- och organisationsstöd. Utredningen har tagit del av sammanställningar för konsultkostnader och avrop för konsulter för perioden 2014 till 2018. Av dessa framgår att avrop för Omställningen vid Karolinska Universitetssjukhuset under perioden 2014–2018 uppgår till totalt 380 miljoner kronor. Exakt vad som ingår i omställningen är oklart, men en del i detta är stöd till utformning av den nya verksamhetsmodellen och förberedelser inför flytten till NKS. Merparten av kostnaderna (256 miljoner kronor) ligger på 2016 vilket sannolikt förklaras av att den första inflytten till NKS skulle genomföras det året, att den nya verksamhetsmodellen var beslutad och skulle implementeras i organisationen samt att ett stort antal nya chefer skulle

rekryteras och ett nytt it-stöd tas fram. Hösten 2016 fattade Karolinska Universitetssjukhuset beslut om att reducera och avveckla användningen av Boston Consulting Group (BCG) och att avvecklingen skulle ske under ordnade former så att inga leverantörsstörningar för driftsättning och andra omställningsaktiviteter uppstod. Utfasningen genomfördes successivt under våren 2017 och avslutades helt i juni 2017.

*Översyn av processen för inköp av externa konsulter*

I slutet av 2017, efter att konsultkostnaderna vid Karolinska Universitetssjukhuset lyfts fram och kritiserats i media under en tid, beslutade sjukhusdirektören i samråd med styrelsens ordförande att göra en översyn av sjukhusets process för inköp av externa konsulter med specifikt fokus på Boston Consulting Group (BCG). Översynen gjordes av internrevisorn vid Karolinska Universitetssjukhuset.

Av rapporten (Dnr K2017:5710) framgår bland annat att sjukhusets övergripande riskanalysmodell inte använts fullt ut, risker för oegentligheter har inte fångats upp. I avsnittet om upphandlingsprocess och val av konsulter beskrivs att BCG under 2012 lånat ut två konsulter ”gratis” till sjukhuset för att stötta en del i verksamhetsplanen för 2013 avseende värdebaserad vård. Sjukhuset tecknade därefter avtal med bolaget. Internrevisorn konstaterar att det är direkt olämpligt att först ”låna” konsulter från ett konsultbolag för att senare teckna avtal med samma bolag. 2014 anställdes en tidigare konsult från BCG som produktionsdirektör vid Karolinska Universitetssjukhuset. Produktionsdirektören medverkade i upphandlingsprocessen och poängsättning av konsultleverantörer samt vid tilldelningsbeslut av bland annat BCG. Bolaget har enligt revisionsrapporten använt taktisk prissättning för olika konsultkategorier och fakturor saknar specifikationer. Utfall har i stället kommunicerats via mail och telefon mellan leverantören och sjukhuset.

Flera rekommendationer ges i rapporten, exempelvis att förtydliga informationen om jäv och användning av sekretess- och jävsförbindelse, utveckla checklistor och lathund för anskaffning, upphandling, beställning och uppföljning av konsulttjänster. Rekommendationer ges också om stärkta rutiner för fakturor och attester samt för riskanalyser.

### 8.5.3 Kontrollmekanismer i exemplet NKS

I detta avsnitt går utredningen igenom vilka kontrollmekanismer som identifierats i exemplet NKS och hur de påverkat processer och beslut vad gäller verksamhetsinnehåll, upphandling och OPS-avtal samt införandet av den nya verksamhetsmodellen på Karolinska Universitetssjukhuset. Utredningen har inte haft möjlighet att närmare kartlägga riskanalyser eller kontrollmekanismer i beslutsprocessen för Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS), det vill säga den större strukturförändring av hälso- och sjukvården som genomförts och genomförs i Region Stockholm. En genomgång av revisorernas granskningar av FHS har dock gjorts.

De delar som gäller upphandlingen och byggnationen kan ses som en självständig process, medan processen för att fastställa verksamhetsinnehållet varit knuten till den större förändringen av hälso- och sjukvårdsstrukturen i regionen. Frågan om ny verksamhetsmodell för sjukhuset har hanterats internt inom Karolinska Universitetssjukhuset.

#### Kontrollmekanismer i projektet

En viktig del av den interna kontrollen inom ett projekt är riskhantering, det vill säga att göra riskanalyser, att formulera åtgärder för att hantera risker och att följa upp och uppdatera riskerna under projektets gång. Som utredningen beskrivit i tidigare avsnitt definierades NKS-projektet inte enbart som ett byggprojekt utan också som ett verksamhetsprojekt. Utredningen har tagit del av riskanalyser m.m. i NKS-projektet för att se vilka risker som har identifierats och hur de har hanterats i projektet.

Den sammantagna bilden är att verksamhetsrisker inte varit i fokus för NKS-projektet. Detta bekräftas också i utredningens intervju med den tidigare direktören för NKS-förvaltningen. Fokus har i stället legat på infrastrukturella risker, upphandling och byggnation. En del verksamhetsrisker identifieras dock under projektets gång.

*Verksamhetsinnehåll för NKS*

Besluts- och genomförandeprocessen för verksamhetsinnehållet vid NKS har pågått under lång tid – från 2001 fram till 2018. Olika aktörer har ansvarat för arbetet med verksamhetsinnehåll – NKS-kansliet, NKS-förvaltningen och därefter Karolinska Universitetssjukhuset.

I projektprogrammet som NKS-kansliet presenterade 2007 ingår en sammanställning av risker i projektet. Bland risker med störst sannolikhet att de ska inträffa dominerar risker kopplade till detaljplan och byggnation. En mer verksamhetsrelaterad risk är ”risk med samverkan mellan NKS och Karolinska Institutet”. För att undvika dessa risker i projektet måste en god kommunikation och dialog med samtliga intressenter upprätthållas. Visionen för det nya sjukhuset måste hållas levande skriver man. Den fortsatta hanteringen av risker i NKS-projektet ska ”utgå från att den som är ansvarig för en aktivitet också är ansvarig för identifiering och hantering av risker. Risker bör hanteras och kommuniceras så tidigt som möjligt för att kunna minimeras”.

I de löpande riskanalyser som därefter görs inom NKS-förvaltningen är frågor om verksamhetsinnehåll inte i huvudfokus. Under hösten 2009 lyfter NKS-förvaltningen dock upp risker kring verksamhetsinnehållet. Riskerna är bland annat ett försenat arbete med Stockholms framtida sjukvårdsstruktur och att Karolinska Institutets framtida organisation inte är synkroniserad med NKS och Stockholms läns landstings sjukvårdsstruktur. Utöver det lyfter man fram risker med bristande förankring vid Karolinska Universitetssjukhuset, med de fackliga organisationerna och med patientorganisationer. Åtgärderna är att samverka med hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, med Karolinska Institutet och med Karolinska Universitetssjukhuset i referensgrupper. Även personalorganisationer och patientorganisationer ska hanteras genom referensgrupper.

Utredningen har begärt ut underlag från Karolinska Universitetssjukhuset avseende arbetet med verksamhetsinnehållet från 2012. Av de underlag utredningen fått del av framgår inte några specifika riskanalyser eller beskrivning av hur riskarbetet går till. När verksamhetsinnehållet tas upp första gången i styrelsen januari 2012 efterfrågar styrelsen en fördjupad riskanalys i projektet. Därefter tas risker kopplat till verksamhetsinnehållet upp och diskuteras vid några till-

fällen med styrelsen. Vid styrelsemöte i december 2013 beskrivs att de största riskerna är att den ordinarie driften av sjukhuset upptar så stor del av resurserna och engagemanget att projektets utveckling hindras. De ekonomiska förutsättningarna för projektet utgör också en risk. Som systemrisker lyfts kompetensförsörjningen och att man inte når ut med information på ett bra sätt. Hur riskerna ska hanteras framgår dock inte.

*Upphandling och byggnation*

Som beskrivits i tidigare avsnitt redovisar NKS-kansliet i Projektprogrammet för Nya Karolinska Solna från november 2007 risker som kan påverka genomförandet av projektet. För risker kopplade till upphandlingen och genomförandet av byggprojektet genomför NKS-förvaltningen löpande analyser och det upprättas en intern kontrollplan (LS 0909-0773). Risker som lyfts är beroenden av externa processer som planarbeten och omgivande byggarbeten. Man redovisar även under 2008 en initial sammanställning av OPS-relaterade risker för vidare arbete där man tar upp kontraktsrisker, kommersiella, legala, operationella, och politiska risker, samt miljö-, samhälls-, finansierings- och restvärdesrisk. Till exempel lyfts att långa kontrakt kan medföra inlåsningseffekter och att förändrade krav på verksamheten och teknisk utveckling behöver kunna hanteras. Vidare anges risken att Karolinska Universitetssjukhuset får högre kostnader än andra aktörer och därmed förlorar i konkurrenskraft.

Under hösten 2008 genomfördes med externt konsultstöd en studie av tidsramar för produktionen av NKS där bedömningen att sjukhuset kan vara i drift från 1 januari 2016 gjordes, men att tidplanen var extremt känslig för störningar.

I februari 2013 genomfördes med externt konsultstöd en kostnads- och investeringsanalys, vilken beskrivits i tidigare kapitel. Denna analys omfattar landstingets totala investeringar under perioden 2012 till 2023 och innehåller riskbedömningar, slutsatser och strategiska överväganden för att undvika underskott och för bibehållet balanskrav och kreditrating.

NKS-förvaltningens ledningsgrupp beslutade om projektdirektiv för projektets olika delar, till exempel förberedande arbeten på tomten, OPS-upphandling, upphandling av IKT samt utrustning och

medicinsk teknik. I direktiven identifierades risker och åtgärder anges för att hantera dem. Gällande direktiven för OPS-upphandlingen (LS 0809-0870) identifierades risker att upphandlingen måste avbrytas eller göras om. Såväl legala risker togs upp liksom risker för att inga anbud inkommer eller att lämnade anbud inte uppfyller kraven. Åtgärd för att hantera risken att inga anbud inkommer identifierades som marknadsföring samt återhållsamhet med skall-krav i förfrågningsunderlaget.

*Ny verksamhetsmodell vid Karolinska Universitetssjukhuset*

Medan Programkontoret på Karolinska Universitetssjukhuset från 2012 ansvarade för processen för verksamhetsinnehåll och frågor kopplade till byggnation och flytt till NKS, låg ansvaret för verksamhetsmodellen på stabsnivå i sjukhusorganisationen. I slutet av 2014 etablerades en ny stabsfunktion – Strategisk sjukvårdsutveckling och produktion (SSVP) – vars chef rekryterades från BCG. SSVP ansvarade för att samordna arbetet med den nya verksamhetsmodellen.

Vad gäller risker och riskanalyser framgår att styrelsen ställer frågor om risker när verksamhetsmodellen lyfts upp på styrelsemöten under 2015. Först 2016 tycks dock SSVP börja arbeta mer systematiskt med att identifiera och följa upp risker. Bland annat presenteras för styrelsen 2016 att riskerna hanteras löpande av Programstyrning och i samarbete med relevanta staber. I övrigt följer programmet den övergripande modellen för riskhantering på Karolinska som är fastställd i styrelsen. Nästa steg för Programstyrning är att säkra god styrning och stöd till det lokala implementeringsarbetet samt att löpande identifiera och hantera risk. En projektledare har anställts för denna uppgift.

Riskerna handlar framför allt om hur den nya verksamhetsmodellen uppfattas och om den kommer att vara tillräckligt tydlig. Åtgärderna är att anpassa och förtydliga modellen och modellbeskrivningen. Däremot framgår inte några identifierade risker om hur den nya verksamhetsmodellen uppfyller lagkrav enligt hälso- och sjukvårdslagen eller patientsäkerhetslagen. Detta efterfrågas inte heller av styrelsen. Andra identifierade risker avser rekryteringen av chefer till den nya organisationen och försening av uppbyggnad av it-stöd. I båda

fallen hänger riskerna på en snäv tidplan inför inflytt i den nya sjukhusbyggnaden och övergång till den nya verksamhetsmodellen.

## Kontrollmekanismer i besluts- och genomförandeprocessen

Om kontrollmekanismer på projektnivå i huvudsak avser att säkerställa projektets genomförande och att hantera risker, avser kontrollmekanismer i besluts- och genomförandeprocesser bland annat kvaliteten på beslutsunderlag, hur den beslutande nivån ställer krav på projektet samt följer upp hur besluten genomförs.

### *Verksamhetsinnehåll för NKS och ny struktur för hälso- och sjukvården*

Besluts- och genomförandeprocessen för NKS har redan från början varit nära knuten till den nya strukturen för hälso- och sjukvården i Stockholm. De tidiga utredningarna (SNUS och 3S) som var viktiga beslutsunderlag pekade på detta och landstingsfullmäktiges inriktningsbeslut om en ny hälso- och sjukvårdsstruktur byggde på denna tanke. I praktiken kom dock inriktningsbeslutet från 2005 inte att genomföras förrän 2011 då fullmäktige beslutade om planen Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). En möjlig förklaring till detta kan vara att den politiska majoriteten skiftade efter att inriktningsbeslutet fattades. Fullmäktiges beslut 2008 om att verksamhetsinnehållet för NKS skulle beslutas i ett senare skede påverkade också möjligheterna till en samordnad process. Först 2017 fastställde landstingsstyrelsen verksamhetsinnehållet för NKS.

Vad utredningen erfar tycks ingen aktör ha följt upp hur inriktningsbeslutet följdes. Landstingsstyrelsen, som enligt kommunallagen har en uppsiktsplikt över övriga nämnders verksamhet, har inte agerat. Inte heller tycks någon kontrollmekanism ha trätt in vad gäller fullmäktiges beslut om sent fastställande av verksamhetsinnehåll för NKS. 2009 pekade hälso- och sjukvårdsnämnden på att verksamhetsinnehållet för NKS behövde samordnas med planeringen för hela regionens hälso- och sjukvård. När landstinget 2011 beslutade att ge ledningen för Karolinska Universitetssjukhuset ansvaret för verksamhetsinnehållet formulerades uppdraget dock ensidigt, det vill säga sjukhuset skulle analysera vilken vård som skulle vara kvar respek-

tive flyttas ut från sjukhuset, utan att veta vilka som var mottagare av utflyttad vård.

Även frågan om det akademiska sjukvårdssystemet lyftes i ett tidigt skede och ett uppdrag formulerades om att ta fram förslag om hur ett sådant system skulle kunna utformas. Flera förslag presenterades. ALF-avtalet från 2015 kan ses som ett sent resultat av detta arbete. Men även om det finns en organisation i teorin, är det bara delar av organisationen som i praktiken finns på plats. Även här tycks genomförandet utifrån fattade beslut inte ha fungerat fullt ut och ingen aktör eller kontrollmekanism har säkerställt att så sker.

Utredningen har inte kunnat se att det gjorts några konsekvensanalyser som del i beslutsunderlagen om verksamhetsinnehåll. Viktiga frågor att belysa är exempelvis konsekvenser för vården, patientsäkerhet, personal och förutsättningar för utbildning och forskning.

*Upphandling och byggnation*

Beslutet 2005 att uppföra ett nytt universitetssjukhus i Solna föregicks av SNUS-utredningen som senare följdes av den mer omfattande 3S-utredningen. I båda utredningarna föreslogs att ett nytt universitetssjukhus skulle lokaliseras till KS-området i Solna. Att bygga ett helt nytt sjukhus vid Solnavägen ställdes mot utveckling av det befintliga sjukhusområdet genom renovering och partiell nybyggnation. I båda utredningarna bedömdes att en ny byggnad bäst svarade mot uppställda krav som visionen för det nya universitetssjukhuset innebar.

Underlagen för beslutet 2008 att genomföra en OPS-upphandling omfattar vid sidan av den egna organisationens underlag två olika rapporter som tagits fram med externt konsultstöd från två olika företag. Gällande val av entreprenadform gjordes likartade bedömningar i båda rapporterna. Dels att OPS är förenligt med LOU. I den ena rapporten bedöms också att detta bör inbegripa möjlighet till ett förhandlat förfarande. Dels att OPS rekommenderas framför nollalternativet (samverkansentreprenad med partnering).

I det tjänsteutlåtande som presenterades därefter tog tjänstemännen inte ställning för någon upphandlingsform utan presenterade två alternativ, dels en traditionell upphandling av en samverkansentreprenad där landstinget står för finansiering, dels en OPS-upphand-

ling. Gällande OPS-upphandling med privat finansiering skriver man att det viktigaste argumentet för denna genomförandeform är att den ger en högre finansiell förutsägbarhet och minskar riskerna för fördyringar och förseningar genom att den privata parten förväntas ha erfarenhet av stora och komplicerade projekt. Det som talar emot OPS är att det är oprövat i Sverige vilket kan påverka svenska och internationella entreprenörers intresse att delta i anbudstävlan. Sammantaget ansåg förvaltningen att för- och nackdelar med de båda alternativen vägde så jämt att det inte på rent objektiva grunder gick att entydigt förorda det ena före det andra, trots att mycket omfattande externa utredningar genomförts. Vidare ansåg man att ytterligare utredning i frågan inte skulle tillföra analysen något mer.

Landstingsrådsberedningen föreslog därefter att genomföra en OPS-upphandling. Landstingsfullmäktige beslutade enligt beredningens förslag. En förutsättning för genomförande av upphandlingen var enligt beslutet att förväntad konkurrens uppnås.

Upphandlingen var indelad i tre faser: Kvalificering, Anbud och Utvärdering- och förhandling. I kvalificeringsfasen inkom endast en ansökan om att bli kvalificerad. FoUU-utskottet beslutade att gå vidare och låta denna enda kandidat lämna anbud. I de följande förhandlingarna med SHP hade landstinget även externt konsultstöd gällande den finansiella modellen.

*Ny verksamhetsmodell vid Karolinska Universitetssjukhuset*

Behovet av en ny verksamhetsmodell lyftes till styrelsen av sjukhusdirektören första gången i slutet av 2014. Då hade styrelsen redan tidigare hanterat frågan om värdebaserad vård och hur den skulle kunna integreras i flödesarbetet på sjukhuset. Däremot hade inte behovet av en helt ny verksamhetsmodell diskuterats tidigare.

Under våren 2015 återkommer sjukhusdirektören till de problem sjukhuset har och att en ny verksamhetsmodell ska bidra till att lösa problemen. Beslutsprocessen för den nya verksamhetsmodellen går därefter relativt fort. Vad utredningen erfar togs inte någon förstudie eller liknande underlag fram för verksamhetsmodellen. I stället tycks de tio pilotflöden som tidigare startats ha använts för att lyfta fram och argumentera för modellen. Styrelsen fattar ett inriktningsbeslut om en tematisk organisation redan våren 2015 och därefter påbörjas

arbetet på allvar med att utforma den nya verksamhetsmodellen. Under våren 2015 samverkas modellen första gången med personalorganisationerna. Läkarföreningen framför att beslutsunderlaget (erfarenheterna från tio pilotflöden) är alltför otillräckligt för beslut om hur all vård på sjukhuset ska organiseras. Styrelsen tycks däremot ha godtagit beslutsunderlaget. Verksamhetsmodellen tas upp vid i stort sett varje styrelsemöte under 2015. Styrelsen ställer vissa frågor om risker men uttalar också att de ska delta aktivt i den utvecklingsprocess som startar. Redan i oktober 2015 informeras styrelsen om att arbetet med verksamhetsmodellen övergår i en implementeringsfas. Styrelsen ställer frågor om hur den allmänna inställningen till modellen är bland personalen, hur specialiteterna kommer att hanteras i den nya organisationen. I januari 2016 fastställde styrelsen den nya verksamhetsmodellen.

De underlag till styrelsen som utredningen tagit del av är i regel kortfattade och beskriver stegen i arbetet med modellen, arbetsläget och vilka risker som identifierats. Några konsekvensanalyser av införandet av modellen redovisas inte och styrelsen efterfrågar inte heller detta.

Under 2016–2018 fortsätter arbetet med att implementera modellen för hela verksamheten på Karolinska Universitetssjukhuset samtidigt som inflyttningen till NKS genomförs. Redan 2016 går Läkarföreningen ut i media och kritiserar den nya verksamhetsmodellen. Medialäget tas därefter återkommande upp i styrelsen, men några åtgärder eller beslut fattas inte. 2018 går den politiska ledningen för Stockholms läns landsting ut och meddelar att styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset ska bytas ut. Den nya styrelsen beslutar att göra en uppföljning av verksamhetsmodellen och konstaterar att modellen har problem och brister och behöver ses över. Smärre förändringar genomförs därefter.

## Regionrevisorerna

Regionrevisorerna är en gemensam benämning för de förtroendevalda revisorerna, lekmannarevisorerna och revisionskontoret. Revisionskontoret biträder revisorerna i deras arbete. Regionrevisorerna (i detta avsnitt benämns de landstingsrevisorerna) har löpande genomfört granskningar av styrningen och kontrollen av NKS-projektet. Detta

har rapporterats i flera särskilda rapporter och i årsrapporterna för landstingsstyrelsen. Revisorerna har inte gjort någon specifik granskning av beslutsprocessen för verksamhetsinnehåll för NKS. Däremot har de granskat byggnationen av NKS, avtalsmodellen och flytten till NKS. Revisorerna har också löpande granskat arbetet med Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS), där NKS indirekt behandlas.

*Strukturförändringsarbetet i sjukvården – jämförelser med Västra Götalandsregionen och Region Skåne (2005)*

2005 genomförde landstingsrevisorerna i Stockholms läns landsting en granskning av strukturförändringsarbetet i sjukvården tillsammans med revisionskontoren i Västra Götalandsregionen och Region Skåne. Syftet var att jämföra strukturarbetet i de tre regionerna för att se likheter och skillnader vad gäller bland annat styrning och kontroll. I Stockholms län var det 3S-utredningen och beslutsprocessen för inriktningsbeslut om en ny hälso- och sjukvårdsstruktur som granskades. I detta låg också beslutsprocessen för det nya universitetssjukhuset i Stockholm. Granskningen visade både på skillnader och likheter mellan regionerna.

Landstingsrevisorerna i Stockholms län konstaterade att det var oklart vilken vård som skulle inrymmas i det nya universitetssjukhuset, att inriktning och volym av högspecialiserad vård – specialistvård – bassjukvård behövde preciseras samt att beslutsunderlaget behövde kompletteras med bland annat kostnads- och riskanalyser. I rapporten skriver revisorerna att erfarenhet från tidigare sjukhusbyggen talar för att en omsorgsfull genomlysning före byggstart kan förhindra senare förgäveskostnader, kostnadsfördyringar etc. I övrigt konstaterar revisorerna att definitionerna av begreppen högspecialiserad vård och närsjukvård var mycket vida och därmed inte särskilt lätta att använda för avgränsning. Stockholms läns landsting behöver enligt revisorerna en strategi och styrmedel för att fortlöpande hantera koncentrationen av högspecialiserad vård. Det finns annars en uppenbar risk att man startar ett bygge av ett nytt universitetssjukhus men vårdinnehållet vid Karolinska Solna förblir oförändrat.

När det gäller 3S-utredningens förslag om ett akademiskt sjukvårdssystem och satsning på ”centers of excellence” varnar revisorerna för att landstinget och Karolinska Institutet kan ha olika uppfattningar om hur inriktningen för forskning och utbildning ska se

ut på det nya sjukhuset. Det gäller till exempel fokus på högspecialiserad vård/FoUU å ena sidan och folksjukdomarnas betydelse för forskning å den andra.

Vad gäller uppföljning och styrning skriver revisorerna att det saknas genomtänkta förslag till uppföljning och utvärdering av strukturförändringsarbetet inom Stockholms läns landsting. Detsamma gäller för de två andra regionerna.

I ett tjänsteutlåtande yttrar sig landstingsdirektören över rapporten. Bland annat sägs att fullmäktiges inriktningsbeslut är att se som ett långsiktigt inriktningsbeslut vars förverkligande kräver ett antal mer konkreta beslut framöver. Dessa beslut kommer i allt väsentligt att fattas inom ramen för de årliga budgetbesluten och då görs också den slutliga ekonomiska bedömningen. Uppföljning av fattade beslut kommer ske i samband med den löpande uppföljningen av landstingets verksamheter och ekonomi. Vad gäller universitetssjukhusets uppdrag och verksamhetsinnehåll står att en ytterligare precisering inte är möjlig eller meningsfull. Anledningen är den snabba medicinska och tekniska utvecklingen och de forskningsgenombrott som görs. Byggnadens höga generalitet och flexibilitet är en grundförutsättning för utformandet av det nya sjukhuset. Förvaltningen anser därmed att synpunkterna från revisionen till stor del är beaktade och besvarade.

### *Offentlig Privat Samverkan (2010)*

2010 granskades upphandlingen och OPS. Revisorernas slutsats var att upphandlingsarbetet skedde med ett stort antal specialister inom ett flertal fackområden, vilket inneburit att upphandlingen kunnat genomföras regelrätt och med bred förankring. Man menar att valet av OPS öppnat för innovativa lösningar och lyfter fram att sjukhusets leverans- och logistikcenter fått en helt ny utformning efter anbudsgivarens förslag. Vidare så ökade Stockholms läns landsting sina finansiella risker i det slutliga avtalet. Granskningen visar enligt revisorerna att landstinget försökt åstadkomma en godtagbar riskfördelning mellan parterna. Den långa avtalsperioden på 30 år lyfts dock fram som en risk i sig.

Gällande frågan om konkurrens konstaterar revisorerna att landstingsfullmäktige i ett tidigare beslut angivit att upphandlingen skulle

genomföras under förutsättning att förväntad konkurrens kunde uppnås. Den normala innebörden av detta menar revisorerna är att flera anbud inkommer och att en konkurrenssituation föreligger. Enligt revisorerna har det dock inte förelegat en upphandlingsrättslig skyldighet att avbryta upphandlingen då endast ett anbud inkom. Det konstateras också att i och med landstingsfullmäktiges beslut att tilldela kontraktet till SHP blev det tidigare förbehållet om konkurrens överspelat. Gällande finansiering och avkastning anger revisorerna att enligt uppgift önskade Skanska/Innisfree 15,25 procent i avkastning på sin kapitalinsats, vilket efter förhandling inför det första tilldelningsbeslutet låg på 13,85 procent och vid så kallad financial close 30 juni 2010 justerades avkastningen till 11,66 procent. Revisionskontorets kommentar är att det inte säkert går att uttala sig om avtalets avkastnings- och räntenivåer är rimliga eller inte.

Granskningen omfattar även hur avtalet ger landstinget möjligheter till insyn, uppföljning och kontroll. Revisorernas bedömning är att landstingets önskemål tillgodoses genom avtalet.

*Byggnationen av Nya Karolinska Solna (2012)*

Byggnationen av Nya Karolinska Solna granskades 2012. Revisorerna granskade landstinget som beställare av det nya sjukhuset och om landstingsstyrelsen skapat förutsättningar för en väl fungerande styrning, kontroll och samordning av byggnationen i NKS-projektet. Gällande styrning och samordning är fokus på de förändringar i organisationen som träder i kraft 2012. Till och med 2011 hade landstingsstyrelsen ett sammanhållet ansvar för NKS-projektet. Från årsskiftet har ansvaret för verksamhetsinnehållet flyttats över till Karolinska Universitetssjukhuset. Beredningsansvaret för byggprocessen har legat på NKS-förvaltningen och flyttas nu till landstingsstyrelsens arbetsutskott. NKS Bygg som organiseras som en egen avdelning direkt under landstingsdirektören bildas med uppdrag att vara beställare för sjukhusbyggnationen. Revisorerna konstaterar att den politiska styrningen av NKS-projektet stärks genom att ansvaret läggs på arbetsutskottet men att landstingsstyrelsen bör öka transparensen i beslut avseende NKS så att det finns möjlighet för insyn i det politiska beslutsfattandet.

I årsrapporten för 2011 påtalades att det fanns oklarheter i gränssnittet mellan programkontoret på Karolinska och NKS Bygg. Vid granskningen 2012 anges att samarbetet mellan NKS Bygg och Karolinska Universitetssjukhuset fungerar bra på förvaltningsnivå. Man har kontakter på daglig basis och NKS Bygg rapporterar till landstingsstyrelsen. Problem som kommit upp vid granskningen är att organisationen i NKS Bygg är underdimensionerad gällande framför allt byggnadsteknisk kompetens. Revisorerna lyfter att det är viktigt att säkerställa den byggnadstekniska kompetensen och controllerfunktioner vid NKS Bygg.

Gällande riskhantering påpekade revisorerna att landstinget och projektbolaget enligt projektavtalet skulle utse varsin riskförvaltare med uppgift att vara ansvarig för riskhanteringen och rapportera till och lämna råd till respektive huvudman. Landstinget hade inte utsett någon specifik riskförvaltare för NKS-projektet, medan projektbolaget hade etablerat en särskild riskfunktion. Revisorernas bedömning är att landstinget bör utse en riskförvaltare.

Gällande besparingar konstaterar revisorerna att när projektavtalet undertecknades i juni 2010 slöts en överenskommelse om ett generellt besparingskrav på sammanlagt cirka 1 250 miljoner kronor, som skulle inarbetas i bygghandlingarna under 2011. Detta arbete fördröjdes dock. Enligt revisorerna anger parterna att de nu, det vill säga hösten 2012, är överens om hur besparingarna ska genomföras och att arbetet med att revidera alla handlingar kommer att vara klart i november 2012.

Revisorerna granskar även ändrings- och tilläggsbeställningar. Vid tidpunkten hade 23 ändringsförfrågningar inkommit till en uppskattad kostnad om totalt 456 miljoner kronor. Antalet ändringsförfrågningar i relation till liknande byggprojekt i Europa förefaller enligt revisorerna att ligga på en antalsmässigt låg nivå inom NKS-projektet. Vid tidpunkten uppgick kostnaderna till mellan 3 och 4 procent av totalkostnaderna och revisorerna menar att i traditionella byggentreprenader uppgår dessa arbeten vanligen till mellan 15 och 20 procent av byggkostnaden.

Av intervjuer genomförda inom ramen för revisorernas granskning framkom kritik mot tröghet i beslutsprocessen för olika ändringsförslag som behandlas i byggprocessen. Revisorernas bedömning var att landstinget i fortsättningen kontinuerligt bör utvärdera

beslutsordningens effekter inte minst för att undvika förseningar i tidplanen och att onödiga kostnader uppkommer.

*Karolinska Universitetssjukhusets omställningsarbete (2013)*

2013 granskade revisorerna Karolinska Universitetssjukhusets omställningsarbete där bland annat verksamhetsinnehållet och kopplingen till Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) ingick. Av revisionsrapporten framgår att omställningsarbetet på Karolinska sjukhuset i huvudsak är välorganiserat och löper på enligt plan. Sjukhuset är dock beroende av hur arbetet inom FHS fortskrider, särskilt vad gäller utflytt av vård till andra vårdgivare. Revisorerna pekar på att förseningar i utbyggnaden vid andra akutsjukhus kan innebära att Karolinska sjukhuset måste ha kvar verksamhet för att upprätthålla vårdproduktionen samtidigt som den högspecialiserade vården ska flytta in på NKS. De konstaterar att det inte finns något landstingsövergripande beslut om vilka vårdgivare som ska ta emot vården från Karolinska, vilket försvårar sjukhusets planering. Landstingets övergripande styrning upplevs inte fungera helt tillfredsställande enligt sjukhuset. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen upplevs ha svårt att förena beställarperspektivet med perspektivet för FHS. Det har lett till att olika signaler om vårdens inriktning har gått ut till verksamheterna. Även om det pågår ett arbete på programkontoret för FHS med att ta fram avsiktsförklaringar där verksamhetsinnehållet ska läggas fast för respektive akutsjukhus är utfallet ännu inte klart. Sjukhusdirektörerna har dock förklarat att de i stort ställer sig bakom de gemensamma avsiktsförklaringarna. Några verksamheter på Karolinska sjukhuset har tagit egna initiativ till diskussion med andra akutsjukhus om eventuellt mottagande av vård. Revisorerna menar att det är viktigt att Karolinska sjukhuset ändå planerar för hur vården ska kunna genomföras och tillsammans med programkontoret för FHS driva på för att få fram beslut om vilka vårdgivare som ska vara mottagare av vården. Av rapporten framgår också att omställningsarbetet tagit mycket tid, sjukhusdirektören uppskattar att över 1 000 personer engagerats i arbetet och att det dränerar verksamheten på kraft. Revisorerna menar att Karolinska noggrant bör planera för hur verksamheterna ska kunna avsätta tid och engagemang för det fortsatta omställningsarbetet. De rekommenderar att ledningen vid

Karolinska sjukhuset tar ett tydligare grepp om produktionsplaneringen så att bemanningen kan anpassas till omställningsarbetet i en genomförandefas och till nya arbetssätt i den framtida verksamheten.

*Upphandlingen av IKT-infrastruktur (2014)*

Upphandlingen av IKT-infrastruktur granskades 2014. Upphandlingen av IKT-infrastruktur inleddes 2011 och avbröts 2012 då de inlämnade anbuden vida översteg projektets budgetramar. Anbuden innehöll även otillåtna reservationer. I det fortsatta arbetet med upphandlingen delades den i flera mindre delar. 2013 betonade revisorerna vikten av att vidta åtgärder för att minska risken att upphandlingar måste avbrytas. Revisorerna bedömde 2014 att de bedömningar som gjordes inför upphandlingen inte var realistiska och att det fanns en otillräcklig styrning och kontroll över vad efterfrågad riskfördelning skulle kosta. Revisorerna har också granskat vilka konsekvenser den avbrutna upphandlingen givit på NKS-byggnationens tidplan. Bedömningen var att marginalen i planen minskat men att tidplanen i stort skulle kunna hållas.

Vid tiden för granskningen hade en delupphandling genomförts. Gällande denna bedömde revisorerna att roller och ansvar i upphandlingsprocessen var tydliga. Man uppfattar att avtalet är tydligt gällande rollfördelning mellan leverantör och landsting. Revisorerna identifierar dock ett behov av att tydliggöra uppgifter och ansvar internt i landstinget för insatser rörande uppföljning av avtalet. Granskningen visar att de båda upphandlingarna genomförts med betydande användning av konsulter. Trots att konsultanvändningen minskade i den nya upphandlingen har flera centrala funktioner bemannats med konsulter. Även företrädaren för Karolinska Universitetssjukhuset med uppgift att vara kravställare var konsult. Av protokoll framgår att tre av fyra representanter från landstinget har varit konsulter. Revisorerna bedömer att det varit en betydligt större styrning av konsulterna i den första delupphandlingen. Detta bedöms ha gett en ökad insikt och medvetenhet i landstinget för gjorda bedömningar av kostnader. Revisorerna bedömer även att en funktion som bemannas av en konsult är mer sårbar än om den bemannas med en anställd. Eftersom den granskade upphandlingen är den första av flera bedömer revisorerna det angeläget att eventuella risker med

användningen av konsulter uppmärksammas så att inte oönskade konsekvenser uppstår.

*Framtidens Hälso- och sjukvård (2013–2018)*

Från 2012 har revisorerna årligen granskat arbetet med Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). I den första rapporten från 2013 lyfts bland annat att det är hög tid att lägga fast vårdplatsinnehållet, det vill säga att klargöra vilken vård som ska bedrivas var. Avsaknaden av beslut har gjort att det varit svårt att göra en långsiktig planering för såväl vårdverksamheten på akutsjukhusen som byggnationerna. Om det drar ut på tiden riskerar det att leda till förseningar, fördyringar och omflyttningslogistiska problem. Vård och byggplaner måste samordnas, annars finns risk för att det uppstår en vårdplatsbrist. I de intervjuer som revisorerna gjort framgår en oro för att man i arbetet med FHS ska upprepa misstaget från NKS-projektet att i allt för hög grad utgå från byggplaner snarare än en sammanhållen idé om verksamheten. FHS är ett vårdprojekt och inte ett byggprojekt. Revisorerna pekar också på problemet med tröghet i investeringsprocessen. Ansvaret mellan berörda parter på såväl fastighetssidan som i verksamheten måste klaras ut. Verksamheten vid NKS påverkas av övriga byggprojekt. Om övriga projekt inte färdigställs i tid kan inte verksamheter från Karolinska flyttas ut enligt planerna, vilket i sin tur kan leda till behov av att fortsätta bedriva verksamhet i de gamla lokalerna.

I rapporten för 2014 noterar revisorerna att arbetet med FHS innebär ständigt nya ställningstaganden, bland annat beroende på att lokaler som bedömts som möjliga att återställa inte varit det eller att vårdplatser stängts. I början av FHS-projektet uttalades att de mindre sjukhusen skulle byggas ut först, men i stället startade de byggnationerna sist. Revisorerna menar att detta antingen kan bero på bristande beslutsunderlag eller visa på en flexibel projektstyrning. De berörda parterna har trots ändringar i ägardirektiv och förtydliganden i FHS-planen inte en samsyn när det gäller ansvar och roller. Detta riskerar att påverka samordningen av de strategiska investeringarna. Ett fortsatt problem är också utflyttning av vård från akutsjukhusen, Eftersom mottagarna av vård inte varit kända har det varit svårt att föra en dialog om utflyttning. I granskningen beskrivs att investerings-

puckeln från 1960-talet skapar reinvesteringsbehov samtidigt som det pågår stora investeringar i såväl akutsjukhusen som de mindre sjukhusen. Sammantaget innebär de pågående och planerade investeringarna en ekonomisk utmaning för landstinget framför allt åren 2016 till 2020. Revisorerna bedömer att det ur ett ekonomiskt perspektiv är nödvändigt att försöka kapa en del av investeringspuckeln, det vill säga sprida investeringarna jämnare över tiden.

Denna fråga återkommer i 2015 års granskning då revisorerna gjorde bedömningen att en av de viktigaste förutsättningarna för en framtida ekonomi i balans var att få kontroll på investeringsvolymerna. Revisorerna konstaterar att renoverings- och ombyggnadsbehoven vid de mindre sjukhusen har underskattats, vilket fått konsekvenser för utbyggandet av nätverkssjukvården där de mindre sjukhusen skulle spelat en central roll. Revisorerna skriver också att FHS-arbetet överförts från ett sammanhållet projekt på landstingsövergripande nivå till planering och genomförande i linjen. Även om landstingsstyrelsens förvaltning har ett koordinerande uppdrag finns en påtaglig risk att helhetsperspektivet försvinner och ersätts av en rad enskilda beslut utan tydlig koppling till målen för FHS. Revisorerna konstaterar också att förutsättningar och kunskap för arbetet med FHS förändrats sedan 2011. Förändringar har skett successivt där det inte alltid varit tydligt vem som fattat beslut om ändrad inriktning. Det gäller exempelvis frågan om specialistcenter ska vara en del av nätverkssjukvården eller inte. De förändringar som görs behöver återföras till fullmäktige.

Rapporten för 2016 pekar på att mycket av FHS-arbetet handlar om ombyggnation och lokalfrågor medan frågor om vårdens innehåll inte fått samma fokus. Om visionen för FHS ska nås är det enligt revisorerna centralt att FHS inte enbart behandlas som ett bygglogistiskt projekt utan även fokuserar på utvecklingen av vården. Landstingsstyrelsen bör därför se till att det finns ett sammanhållet ansvar för detta. En annan viktig förutsättning för FHS är att det finns tydligt definierade vårdnivåer. Revisorerna konstaterar att det trots olika utredningar fortfarande finns otydligheter beträffande vilka patienter som omfattas av den högspecialiserade vård som ska bedrivas på NKS. Revisorerna konstaterar också att etableringen av närakuter har försenats i avvaktan på formella beslut. I granskningen framkommer även att det saknas medel i investeringsbudgeten för nödvändiga lokalanpassningar för närakuter. När prioriteringar gjorts

i investeringsbudgeten har investeringar i närakuter skjutits på framtiden trots att ombyggnationer av de mindre sjukhusen var högprioriterade i ett tidigt skede i FHS. Samtidigt pågår omfattande byggverksamhet vid akutsjukhusen. Revisorerna konstaterar att prioriteringarna i investeringsbudgeten får en avgörande betydelse för genomförandet av nätverkssjukvården i FHS. Förutsättningarna för FHS-arbetet har förändrats väsentligt sedan fullmäktiges beslut. Därför rekommenderar revisorerna att landstingsstyrelsen bör sammanfatta nuläget i FHS-arbetet, utvärdera och analysera hur det ska vidareutvecklas utifrån aktuella förutsättningar. En sådan uppdatering bör tydligare definiera de olika vårdnivåernas uppdrag, hur de ska samverka med varandra, hur behovet av vårdplatser ska se ut och hur investeringarna bäst kan prioriteras för att nå målen.

Revisorerna är mycket kritiska i rapporten 2017 och skriver att genomförandet av FHS är inne i en mycket intensiv fas med stora förändringar av det akuta omhändertagandet och utflytt av vård samtidigt som omfattande byggnationer pågår. Den sammantagna bedömningen är att det är allvarligt att inget politiskt organ har ett samlat grepp om utvecklingen för en av landstingets största satsningar som går in i den mest intensiva omvandlingsfasen. Det finns också oklarheter om ansvar och roller i genomförandet av bland annat investeringar. Vidare konstaterar revisorerna att det inte finns någon samlad och systematisk uppföljning som visar utvecklingen för FHS i förhållande till målbilden. Det är hög tid att göra en sådan uppföljning skriver revisorerna. I rapporten hänvisar de också till granskningar av byggprojekten i vårdens fastigheter som revisorerna gjorde 2017 och där de fann att byggprojekten vid akutsjukhusen enligt liggande prognoser skulle bli i storleksordningen 1,6 miljarder kronor dyrare än initialt beräknat. Granskningen visade att Locum valt ersättningsformen löpande räkning och utformningen av avtalen innebar att landstinget bar hela den ekonomiska risken. Locum ansåg enligt revisorerna att när upphandlingen sker i ett läge där beställaren inte helt preciserat projektets hela omfattning bör löpande räkning tillämpas för att undvika att entreprenören kan komma att ta ut en stor del av ett eventuellt fast pris i risktillägg. Revisorernas bedömning var att kostnadskontrollen hittills inte lett till att kostnadsutvecklingstakten kunnat begränsas som planerat. De bedömde också att fördyrningar av projekten innebar en risk för att samtliga investeringar som behövs för genomförandet av FHS inte kan fullföljas i

enlighet med planen vilket i sin tur medför risk för att verksamheten inte kan utvecklas som planerat.

I rapporten för 2018 ger revisorerna en samlad bedömning av FHS-granskningarna. Arbetet med FHS behöver enligt revisorerna stärkas inom flera områden för att målen som helhet ska kunna säkerställas. Stora omstruktureringar av vården har genomförts, men förändringen av vårdsystemet har inte följt planeringen i FHS. En samlad analys behöver därför göras av vilka konsekvenser strukturförändringarna har fått för vårdsystemet. Hälso- och sjukvårdsnämnden har också beslutat om inriktning för Hälso- och sjukvården 2040. Revisorerna bedömer att det är angeläget att kunna dra slutsatser om hur FHS förhåller sig till målbilden 2025 i Framtidsplanen som en grund för Hälso- och sjukvården 2040. Annars finns en risk att den inte tar hänsyn till erfarenheterna från FHS-arbetet. I rapporten lyfter revisorerna också att det finns oklarheter avseende hur klinisk forskning ska bedrivas inom ramen för nätverkssjukvården. När vård flyttas ut från bland annat akutsjukhusen finns ett fortsatt behov av att ställa krav på vårdgivarnas medverkan i klinisk forskning. Detta måste också formuleras i vårdavtalen.

*Refinansiering (2018)*

Refinansieringen granskades 2018. Revisorerna bedömde att processen i allt väsentligt genomförts i enlighet med projektavtalet. En brist i de underlag som legat till grund för landstingsstyrelsens beslut är att ekonomiska analyser av vilken nivå på engångsbetalning som är mest fördelaktigt för landstinget inte redovisats. För att ge en korrekt bild av nettoresultatet borde också en beräkning av de förväntade finansiella kostnaderna för engångsbetalningen ha redovisats som en del av den totala effekten. Fullmäktige beslutade att engångsbetalning om maximalt 3 miljarder kronor fick göras om det bidrog positivt till landstinget ekonomi. Revisorerna skriver att slutsatsen om storleken på engångsbetalningen inte grundar sig på ekonomisk analys utan på en mer översiktlig bedömning av alternativ som övervägdes. Revisorerna bedömer också att de underlag som låg till grund för landstingsstyrelsens beslut i relativt begränsad utsträckning redovisar konsekvenserna av engångsbetalningen och refinansieringen. Sammantaget bedömer revisorerna att den interna kontrollen i huvud-

sak varit tillräcklig i processen. Brister är att ett tydligt uppdrag inte definierats, det har saknats plan för arbetet, samt att fullständiga och dokumenterade riskanalyser inte upprättats inför och under genomförandet.

### Särskild utredning av hanteringen av operationskapacitet vid Karolinska Universitetssjukhuset

Karolinska Universitetssjukhuset beslutade i februari 2018 att genomföra en extern utredning av sjukhusets hantering av situationen med försenade operationer för cancer i övre buken sommaren 2017. Anledningen var den kapacitetsbrist gällande canceroperationer inom övre bukkirurgi som uppstod vid Karolinska Universitetssjukhuset sommaren 2017 och som uppmärksammades i media. Sjukhuset gjorde tre Lex Maria-anmälningar till IVO med anledning av händelsen.

Den externa utredningen som redovisades i slutet av maj 2018 fokuserar på hantering och planering av operationskapacitet, kommunikationen relaterat till situationen och handläggning av erbjudande om hjälp från annat sjukhus. I uppdraget ingick inte att göra bedömningar i enskilda kliniska fall, att bedöma värdet av sjukhusets nya verksamhetsmodell eller att analysera för- och nackdelar med nivåstrukturering och centralisering av viss sjukvård.

Flera slutsatser dras i rapporten. Det handlar bland annat om kompetensbrist, kompetensanvändning och kompetensförsörjning men även om kommunikationsutmaningar och bristande eskalering i organisationen. Ett antal faktorer i sjukhusets organisation, ledning och kultur lyfts fram som möjliga bidragande orsaker till problemen. Den nya organisationen och det faktum att sjukhuset var mitt uppe i en stor organisationsförändring med nya chefer, rapporteringsvägar, fora och samarbetspartners bedöms ha bidragit till kommunikationsbristerna. I detta ligger också oklarheter kring roller och ansvar i prioriteringsfrågor. Ett begränsat stöd till linjen i prioriteringsfrågor och en kultur som inte uppmuntrar eskalering av problem som saknar lösningar till ledningen bedöms också som bidragande orsaker. Därutöver gav inte tillgängliga data en rättvisande bild av situationen och det fanns brister i registreringen och i tolkningen av data. Den samlade bedömningen är att sjukhuset och hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning borde ha haft en större medvetenhet om den ansträngda bemanningssituationen och vad den innebar för

att kunna vidta relevanta åtgärder. Sjukhusdirektören borde ha säkerställt en mer aktiv operativ central styrning, inte minst med tanke på den rådande situationen med kapacitetsbrist, flytt in i ny byggnad och övergång till en ny verksamhetsmodell. Situationens allvar, patientsäkerhetsrisken och oförmågan att lösa problemet borde ha kommit till sjukhusdirektörens och sjukhusledningens kännedom. Ansvaret för att säkerställa att så skedde låg dock på sjukhusdirektören och sjukhusledningen, vilket de inte gjort. Sjukhuset borde också ha bett hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning om hjälp med en landstingsövergripande prioritering och omstyrning när problemen uppmärksammades. Ett antal rekommendationer ges till Karolinska Universitetssjukhuset och till Stockholms läns landsting. Det handlar bland annat om landstingsövergripande prioritering och koordinering för att hantera kapacitetsutmaningar, starkare stöd till linjen inklusive välkomnande av eskalering av patientsäkerhetsrisker. Sjukhusledningen bör också utvärdera hur en kultur kan främjas som lägger större vikt vid att utifrån data och information dra relevanta slutsatser för patienten och verksamheten.

Karolinska Universitetssjukhuset uttalade i samband med att rapporten publicerades bland annat att sjukhuset sedan hösten 2017 arbetat med en starkare central samordning av vårdproduktionen på sjukhuset och på fortsatt utveckling av datastöd liksom kvaliteten på data för att få bättre överblick över väntetider och förutse behoven. Sjukhuset har också arbetat med att öka koordineringen och stärka dialogen och samarbetet internt på sjukhuset och externt med hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och med andra sjukhus.

## Nationella kontrollmekanismer

Utöver kontrollmekanismer på regional nivå finns också nationella aktörer med ansvar att följa upp, kontrollera och bedriva tillsyn inom olika områden. Det finns också nationella aktörer som har i uppdrag att ge stöd. Exemplet NKS omfattar flera olika frågeställningar och därmed också flera nationella kontrollmekanismer. Utredningen redogör för dessa nedan.

*Strukturförändringar inom vården*

Varje region ansvarar för hur hälso- och sjukvården i den egna regionen ska organiseras. Det finns inga aktörer på nationell nivå som har ett ansvar att följa upp eller bedriva tillsyn över den regionala planeringen av hälso- och sjukvård när det gäller verksamhetsinnehåll eller strukturförändringar inom vården.

Inriktningen för den omstrukturering eller omställning av vården som NKS och Region Stockholm visar exempel på, ligger i linje med de intentioner som regeringen har uttalat för hälso- och sjukvårdens utveckling i Sverige. Som utredningen beskrivit i tidigare avsnitt handlar det om en satsning på primärvården, den nationella högspecialiserade vården samt en regional nivåstrukturering av den övriga hälso- och sjukvården. NKS inriktning mot högspecialiserad vård har en koppling till detta och till planeringen av den nationella högspecialiserade vården (tidigare rikssjukvården) i Sverige. Socialstyrelsen har och har haft ett ansvar för denna process och att tillsammans med olika aktörer ta fram områden för nationell högspecialiserad vård. Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar sedan om tillstånd för sådan vård. Socialstyrelsen har dock inget ansvar eller mandat att ha synpunkter på hur den vård som är högspecialiserad, men inte definieras som nationell högspecialiserad vård, ska fördelas eller organiseras inom en region. Avgränsningen av vad som är nationell högspecialiserad vård är här av stor betydelse. Socialstyrelsen har inte några medel att fördela i samband med tillståndsbeslut om nationell högspecialiserad vård. Det finns inte heller något nationellt ersättningssystem för nationell högspecialiserad vård. Ersättningsnivåerna sätts av samverkansregioner och av enskilda regioner.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har bland annat till uppgift att på regeringens uppdrag bistå med utvärderingar och uppföljningar av beslutade eller genomförda statliga reformer och statliga initiativ. 2017 tog myndigheten på regeringens uppdrag fram ett kunskapsunderlag som analyserar förutsättningarna för en jämlik, patientcentrerad och effektiv primärvård. Myndigheten tog 2018 fram en egeninitierad rapport om akutsjukvården, dess organisation och arbetsfördelning. Syftet har varit att bidra med kunskap i den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården. Myndigheten har vad utredningen erfar inte analyserat den regionala högspecialiserade vården eller processer för omställning av vård på regional nivå.

*Patientsäkerhet*

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ansvarar för tillsyn inom hälso- och sjukvården. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Som en del av tillsynen prövar myndigheten bland annat klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal enligt bestämmelser i patientsäkerhetslagen. Tillsynen ska även omfatta kontroll av hur verksamheterna bedriver egenkontroll.

IVO har mottagit ett flertal lex Maria-anmälningar från Karolinska Universitetssjukhuset under perioden 2014–2019. 2014–2016 beslutade IVO i genomsnitt i 70 lex Maria-ärenden som rör Karolinska Universitetssjukhuset. Motsvarande siffra för 2017 var drygt 130 ärenden, för 2018 uppgick det till 41 ärenden och för 2019 endast 20 ärenden. Det är oklart om antalet anmälningar för perioden skiljer sig åt jämfört med tidigare år, om det är en högre andel jämfört med motsvarande sjukhus liksom vad skillnaderna i antal beslut mellan enskilda år beror på. Sett år för år kan man se en signifikant ökning av inkomna ärenden för 2017. Vid handläggningen av dessa lex Marior fann IVO att datum för händelserna många gånger var 2–3 år gamla. Antalet anmälningar per år speglar därför inte alltid händelser för respektive år.

Utredningen har begärt ut de tillsynsärenden som rör Karolinska Universitetssjukhuset för perioden 2014–2019. Antalet tillsynsärenden uppgår till 5–7 per år. De avser egeninitierade tillsynsärenden, verksamhetstillsyn, nationell tillsyn samt tillsyn med anledning av enskilda lex Maria-ärenden. Utöver det har också oanmälda inspektioner gjorts vid Karolinska Universitetssjukhuset. Utredningen lyfter här fram några exempel på den tillsyn som IVO genomfört.

Vid ett datorhaveri på Karolinska Solna, Danderyds sjukhus och Södersjukhuset i september 2016 slutade datorer och larm att fungera. IVO genomförde en tillsyn med anledning av detta. I tillsynen ställde IVO frågor till landstingsstyrelsens förvaltning om bland annat orsaker till haveriet, vilka åtgärder som vidtagits och som planerats samt hur åtgärder ska följas upp. Landstingsstyrelsens förvaltning besvarade frågorna och ett dialogmöte hölls. Vid mötet fick IVO svar på sina frågor men pekade på vikten av fortlöpande riskanalyser för att förhindra framtida liknande händelser. IVO avser att

under våren 2020 granska Region Stockholm (SLSO) informationssäkerhetsarbete utifrån främst NIS vilket således också indirekt kommer att inbegripa NKS.

2017 genomförde IVO en inspektion av verksamheten vid akutmottagningen på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. Tillsynen var en del av en nationell tillsyn med syfte att ge en samlad bild av patientsäkerheten i samband med övergången mellan somatiska akutmottagningar och vårdplats i sluten vård. Tillsynen visade på brister i övergången mellan akutmottagning och vårdplats i sluten vård vid Karolinska Universitetssjukhuset. Bland annat vårdades patienter i korridoren på grund av brist på vårdplats. IVO bedömde att vårdgivaren inte levde upp till sin skyldighet att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls. IVO konstaterade också att vårdgivaren inte uppfyllde sin skyldighet att bedriva egenkontroll och ett systematiskt patientsäkerhetsarbete samt uppföljning och utvärdering av vidtagna åtgärder i de delar som tillsynen omfattade. I slutet av 2017 inkom sjukhuset med åtgärdsplaner vilka IVO godkände för Solnas del. Karolinska Huddinges svar krävde komplettering. Efter ytterligare inspektioner och dialog med sjukhusledningen, vilket skedde i början av 2018, godkände IVO de vidtagna åtgärderna. I januari 2020 har IVO startat en uppföljande tillsyn på regionens samtliga akutmottagningar inklusive Karolinska Huddinge. Även denna tillsyn kommer att ha fokus på patientsäkerheten i samband med övergången mellan somatiska akutmottagningar och vårdplats i sluten vård. Karolinska Solnas akutmottagning ingår inte i tillsynen eftersom sjukhuset sedan 2017 har fått ett ändrat uppdrag och nu är en intensivvårdsakut.

IVO genomförde i januari 2017 en inspektion på barnakuten på NKS som togs i bruk november 2016. IVO genomförde bland annat tillsyn av larmfunktioner, hissar, telefoner och telemetri (övervakningsutrustning). IVO fann ett flertal brister och kunde konstatera att det grundläggande kravet på vårdgivaren att det finns de lokaler och utrustning som krävs för att kunna ge en god vård inte var uppfyllt för Funktionsområde Akutsjukvård Barn. IVO fann att lokalerna inom Akutsjukvård Barn inte var anpassade för verksamheten vilket gav problem med sekretessen samt att personalen inte kunde överblicka de patienter som väntade på omhändertagande. IVO fann även brister inom samverkan mellan enheter inom barnsjukvården då tidigare upparbetade rutiner för samverkan hade försvunnit i och

med organisationsförändringen. Beslutet blev att vårdgivaren skulle vidta åtgärder och redovisa hur de skulle komma till rätta med brister i lokalerna på barnakuten. De skulle även redovisa hur de skulle åtgärda bristerna inom processer och rutiner avseende samverkan och avvikelsehantering. I den slutgiltiga redovisningen från vårdgivaren gjorde IVO bedömningen att de åtgärder som vårdgivaren hade vidtagit var rimliga och adekvata.

I slutet av 2017 gjordes tre lex Maria-anmälningar som gällde försenad operation för patienter med cancer i övre buken. IVO genomförde med anledning av dessa ärenden en tillsyn som ledde till att IVO riktade kritik mot Karolinska Universitetssjukhuset i de tre fallen. Enligt den patientsäkerhetsansvarige läkaren på Karolinska Universitetssjukhuset var orsaken brist på vårdplatser och operationsresurser, främst sjuksköterskebrist. IVO bedömde att Karolinska Universitetssjukhuset brustit genom att de inte tillgodosett att patienterna fått den vård som anses rimlig i rätt tid. IVO gör ingen närmare analys av bakomliggande orsaker till bristerna, som exempelvis organisation och styrning. I den externa utredning som Karolinska Universitetssjukhuset själva tog initiativ till med anledning av de försenade operationerna (se tidigare avsnitt) drar utredaren bland annat slutsatsen att den nya organisationen bidragit till oklara ansvarsförhållanden och bristande kommunikation till ledningen.

På förekommen anledning genomförde IVO under 2019 en egeninitierad tillsyn av Astrid Lindgrens Barnsjukhus. Tillsynen inleddes på grund av allvarliga brister i verksamheten som framkommit i ett flertal ärenden som inkommit till IVO. Dessa brister hade lett till allvarliga patientskador och även i vissa fall dödlig utgång. Tillsynen genomfördes genom inspektioner, intervjuer med patienter och närstående, personal och ledning samt en genomgång av avvikelsedata. Tillsynens resultat har återförts genom en dialog med vårdgivaren och regionen. Ärendet är fortfarande under handläggning.

IVO har inte genomfört någon samlad verksamhetstillsyn av patientsäkerheten med anledning av den nya verksamhetsmodellen som infördes på Karolinska Universitetssjukhuset 2016. Vad utredningen erfar ligger det i myndighetens uppdrag och mandat att också genomföra tillsyn i förebyggande syfte eller i samband med att förändringar inom en verksamhet genomförs. IVO har dock nyligen startat en tillsyn med anledning av att fyra av regionens akutsjukhus, däribland Karolinska Universitetssjukhuset, har varslat om uppsäg-

ningar och i vissa fall stängning av vårdenheter. Syftet med tillsynen är att aktivt granska och följa upp hur sjukhuset och regionledning säkerställer att eventuella patientsäkerhetsrisker inte uppstår.

Statens haverikommission (SHK) genomför undersökningar enligt lagen (1990:712) om undersökning av olyckor. Händelser inom hälso- och sjukvården som medfört att någon omkommit eller allvarligt skadats kan undersökas av SHK. SHK har utrett en händelse som inträffade på hjärtkliniken vid Karolinska Solna 2010. Rapporten publicerades 2013. Vad utredningen erfar kontaktades SHK angående förhållandena på NKS i samband med att verksamheten flyttade in i de nya lokalerna vid Karolinska Solna 2016. Det som framkom i dessa kontakter föranledde dock inte SHK att inleda någon utredning. SHK har analyserat förutsättningarna för att genomföra ytterligare utredningar inom hälso- och sjukvården område (se avsnitt 4.5.5).

*Arbetsmiljö*

Arbetsmiljöverket har genomfört tillsyn under byggnationen av NKS och har hanterat anmälningar gällande NKS enligt 6 kap. 6 a § arbetsmiljölagen.

Arbetsmiljöverket fick under mars och april 2018 in tre anmälningar om ingripande enligt 6 kap. 6 a § arbetsmiljölagen gällande Nya Karolinska Solna. Utifrån de handlingar utredningen tagit del av från Arbetsmiljöverket framgår att en av anmälningarna avsåg bristande och dysfunktionella lokaler på Tema Barn och kvinnosjukvård (2018/018254). Anmälan resulterade i ett föreläggande från Arbetsmiljöverket att arbetsgivaren vid vite att senast 15 maj 2019 ha genomfört en undersökning av arbetsförhållandena vad gäller organisatoriska och sociala faktorer för verksamheten och utifrån resultatet av undersökningen göra en riskbedömning och utarbeta en handlingsplan med konkreta åtgärder. Arbetsmiljöverket har bedömt att arbetsgivaren uppfyllt ställda krav och har avslutat ärendet. Vidare framgår av handlingarna att en anmälan avsåg arbetsmiljöansvar i delade omklädningsrum, skåpens storlek och antalet duschar (2018/019006). Angående denna anmälan meddelade Arbetsmiljöverket att det inte kommer att framföras något föreläggande. Antalet duschar anses vara tillräckliga och att skåpen är tillräckligt stora.

Gällande frågan om arbetsmiljöansvar menar Arbetsmiljöverket att arbetsgivaren har visat rutiner för hur detta ska hanteras.

Den tredje anmälan till Arbetsmiljöverket rörde läkarnas arbetsmiljö (2018/017094) och avsåg en lång rad brister gällande bland annat arbetsbelastning, brist på jourrum, arbetsrum och omklädningsrum. Vidare lyftes problem med planering av operationssalar och att ansvaret för arbetsmiljöfrågor i den nya organisationsmodellen är otydligt. Med anledning av anmälan genomförde Arbetsmiljöverket tre inspektioner under våren 2018. Utifrån inspektionerna har Arbetsmiljöverket beslutat om föreläggande på tre punkter; A) hälsosam arbetsbelastning med krav och resurser i balans, B) anpassade vårdnära arbetsplatser och granskningsplatser, C) utformning av paus- och matrum. Karolinska Universitetssjukhuset har återkommit med åtgärder avseende punkt B och C. Arbetsmiljöverket har godkänt dessa åtgärder. När det gäller punkt A har Karolinska Universitetssjukhuset begärt om ytterligare tid för redovisning av analys och åtgärder. Enligt Arbetsmiljöverkets beslut ska sjukhuset undersöka arbetsförhållanden avseende organisatoriska och sociala faktorer för läkare. Undersökningen ska bland annat omfatta kraven i arbetet och om resurserna för arbetet är anpassade till kraven. Detta med anledning av att en ökad arbetsbelastning upplevs då arbetet utförs i de nya lokalerna. Påverkande faktorer och bakomliggande orsaker till den upplevda höga arbetsbelastningen ska identifieras och utifrån det ska en bedömning göras om det finns risker för ohälsa i arbetet. Arbetsgivaren ska vidare säkerställa att resurserna är anpassade till kraven i arbetet. Arbetsgivaren ska i en skriftlig tidsatt arbetsplan ange konkreta åtgärder som behöver vidtas och som inte genomförs omedelbart. Arbetsgivaren ska ha rutiner för att regelbundet följa upp vidtagna åtgärder och kontrollera om de haft avsedd effekt. Karolinska Universitetssjukhuset har begärt förlängd svarstid och ska återkomma till Arbetsmiljöverket senast den 30 september 2020.

Arbetsmiljöverket har i ett projekt om systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) på hög nivå inom kommun och region under 2019 informerat så gott som samtliga kommuner och regioner. Bakgrunden är att både politiker och tjänstemän har ansvar för systematiskt arbetsmiljöarbete i kommuner och regioner. Arbetsmiljöverket har genomfört en informationsinsats för politikerna i Region Stockholm. Syftet med insatsen är att politikerna erhåller kunskaper om sin roll i uppföljningen av den egna organisationens systematiska arbets-

miljöarbetet. Informationsinsatsen kommer att följas upp av en inspektionsinsats ute på enheterna med start i november 2020. Då kommer en inledande inspektion göras på den beslutande nivån, med politiker och tjänstemän. Sedan genomförs stickprovsinspektioner på enhetsnivå. Därefter ges en återkoppling till den beslutande nivån och då ställs eventuella krav. Med detta upplägg vill Arbetsmiljöverket aktivera alla nivåer i organisationen, skapa långsiktig effekt och lägga en grund för ett hållbart arbetsliv inom dessa organisationer.

*Utbildning och forskning*

Staten har ett ansvar för utbildning och forskning, vilket också omfattar hälso- och sjukvårdsutbildningar. Det nationella ALF-avtalet är ett avtal mellan staten och de sju regioner som bedriver universitetssjukvård. Avtalet reglerar samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. Därutöver finns regionala ALF-avtal mellan respektive region och universitet. I Region Stockholm finns ett regionalt ALF-avtal mellan regionen och Karolinska Institutet som reglerar hur universitetssjukvården ska bedrivas. 2016 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att utvärdera universitetssjukvården, med avseende på strukturer och processer vid de landsting och universitet som omfattas av ALF-avtalet. Samtidigt fick Vetenskapsrådet två uppdrag att utvärdera den kliniska forskningen. Rapporterna kom 2018 och visade i huvudsak på goda resultat. Det framkom inte några särskilda iakttagelser som rör omställningen eller omstruktureringen av vård och hur det påverkat förutsättningarna för utbildning och forskning. Från den 1 januari 2020 inrättas ett nationellt råd och kansli för kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården på Socialstyrelsen. Det nationella rådet ska långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården.

Tillstånd att utfärda examen inom olika områden beslutas av Universitetskanslersämbetet (UKÄ). Myndigheten ansvarar även för kvalitetssäkring av universitetens och högskolornas verksamhet genom bland annat utvärdering av utbildning på grundnivå, avancerad nivå och forskarnivå. Vad utredningen erfar görs detta inför att en högskola eller universitet ges tillstånd att utfärda examina. Granskning av kvaliteten på enskilda utbildningar som fått tillstånd, som till ex-

empel specialisttjänstgöringen (ST) inom läkarutbildningen, ska genomföras av en extern aktör vart femte år utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Syftet med granskningen är att läkarna ska erbjudas en likartad och jämn utbildning oavsett på vilken klinik eller vårdcentral i landet utbildningen bedrivs. Det finns privata företag med koppling till läkarprofessionen som erbjuder denna tjänst. Granskning av utbildningar vid Karolinska Universitetssjukhuset har i några fall visat på kvalitetsbrister och resulterat i att utbildningar lagts ned.

*Investeringar*

Gällande planering och styrning av investeringar i hälso- och sjukvården finns det inga statliga myndigheter med specifika uppdrag. Som framgår på annan plats i detta betänkande har det tidigare funnits statliga myndigheter som hade en roll i styrningen av hälso- och sjukvården, till exempel Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU) och Nämnden för socialvårdens och sjukvårdens byggnader (NSB).

*Upphandling*

Konkurrensverket som är tillsynsmyndighet över offentlig upphandling har inte genomfört någon tillsyn med anledning av tilldelningsbesluten gällande NKS 2010. I utredningens kontakter med myndigheten har det framkommit att myndigheten i samband med tilldelningsbesluten mottog anmälan mot att Stockholms läns landsting valt att gå vidare med upphandlingen trots att endast ett anbud inkommit. Konkurrensverket gick dock inte vidare då det inte bedömdes strida mot regelverket. Vidare har tilläggsavtal till OPS-avtalet om sjukhusapotek och forskningslaboratorier samt uppförande av patienthotell resulterat i ärenden som dock avskrivits efter bedömning att de uppfyller undantagskraven i LOU för tilläggsbeställningar (dnr 428/2914 och 87/2015). Konkurrensverket har också övervägt granskning av upphandling av konsulter från BCG. Efter en kammarrättsdom gällande detta avslutade myndigheten denna granskning.

Förvaltningsrätten i Stockholm prövade landstingsfullmäktiges tilldelningsbeslut den 4 maj 2010 och den 8 juni 2010 efter överklagan av två medborgare. Förvaltningsrätten bedömde den 14 september 2010 att besluten inte strider mot lag och avvisade överklagandena (Mål nr 30154-10, 31655-10, samt 33444-10).

Upphandlingsmyndigheten bildades 2015, verksamheten låg tidigare i Konkurrensverket. Uppdraget är stödjande och vägledande verksamhet riktad till bland annat regioner. Myndigheten har noterat att det i upphandlingen av NKS arbetades med funktionskrav och det har vid myndigheten tagits fram ett stödjande material i form av metodblad för att formulera, utvärdera och följa upp funktionskrav.

# 9 Analys och rekommendationer

## 9.1 Utgångspunkter för analysen

Utredningens uppdrag är att utreda former och ändamålsenlighet för besluts- och genomförandeprocesser i samband med upphandlingar och investeringar i hälso- och sjukvården och i samband med olika lösningar för avtalsrelaterade samarbeten mellan den offentliga förvaltningen och enskilda företag och organisationer. I uppdraget ingår också att kartlägga användandet av process- och organisationsstöd i detta sammanhang. Uppdraget omfattar kartläggning av hur relevanta kontrollmekanismer har tillämpats vid beslut och genomförande av upphandlingar, investeringar och större organisationsförändringar i samband med offentlig-privat samverkan (OPS).

Utredningen kan konstatera att frågor om upphandling, investeringar och organisationsförändringar är mycket nära kopplade till varandra i komplexa processer som ställer krav på helhetsperspektiv.

Utredningen har kartlagt pågående och planerade investeringar i regionerna och genomfört en fördjupad kartläggning av Nya Karolinska Solna (NKS). NKS identifieras i direktiven som det första större exemplet på en OPS inom hälso- och sjukvården i Sverige. Det finns ingen entydig definition av OPS, det kan omfatta alla typer av samverkan mellan det offentliga och det privata. Utredningens arbete har avgränsats till OPS-lösningar av den typ som tillämpats för NKS och som det finns bred erfarenhet av i framför allt Storbritannien.

Utredningen har funnit att det finns lärdomar att dra av exemplet NKS. Kartläggningen omfattar beredningen av och besluten om NKS. Det vill säga beredning och beslut om upphandlingen av byggnationen genom en OPS, verksamhetsinnehållet och organisationsförändringen vid det nya sjukhuset och därtill hörande frågor. Det gäller till exempel arbetet med omställningen av hälso- och sjukvården och hur förutsättningarna för utbildning och forskning har tagits om

hand i den regionala hälso- och sjukvårdsplaneringen och i planering och beslut om NKS.

På förekommen anledning vill utredningen framhålla att detta inte är en granskning av NKS-projektet eller av Region Stockholm. Det som redovisas syftar inte till att identifiera felaktigheter eller peka ut ansvariga. Ett syfte med kartläggningen av NKS-exemplet som utredningen redovisar i detta betänkande är att bidra till att öka den nationella förmågan vad gäller kunskapsuppbyggande och systematiskt lärande. Utredningen lämnar även ett antal rekommendationer i syfte att stärka förutsättningarna för att lärdomarna ska omhändertas på ett bra sätt. Region Stockholm var tidig i att behandla frågor om sjukvårdens struktur och högspecialisering av vården. Ambitionsnivån i NKS-projektet har varit hög och förändringarna av det nya sjukhusets uppdrag har påtaglig påverkan på sjukvårdssystemet i regionen, vilket gör exemplet NKS intressant ur ett lärandeperspektiv.

En utmaning i utredningens arbete har varit NKS-projektets omfattning. Frågan har beretts under lång tid och omfattar såväl byggande av nytt sjukhus som förändringar av Karolinska Universitetssjukhusets uppdrag och de följder detta ger i det regionala hälso- och sjukvårdssystemet samt för förutsättningar för utbildning och forskning. Till detta kommer den organisationsförändring som genomförts vid Karolinska Universitetssjukhuset i samband med att verksamheten för det nya uppdraget flyttades in i den nya sjukhusbyggnaden. Omställningsarbetet är dessutom pågående och genererar fortsatt såväl utmaningar som lärdomar.

## 9.2 Framtidsutmaning och investeringar i hälso- och sjukvården

### 9.2.1 Strukturförändring av vården och investeringsbehov

Sjukvårdshuvudmännen står inför gemensamma utmaningar gällande hälso- och sjukvårdens förändrade behov. Pågående arbeten i regionerna är bland annat omställning av vården mot en vidareutvecklad nära vård och samtidigt ökad koncentration av regional och viss nationell högspecialiserad vård. En utmaning är vilka behov av lokaler framtidens hälso- och sjukvård medför. Den medicinska och medicintekniska utvecklingen, digitalisering, nivåstrukturering av vården och befolkningsutveckling är exempel på faktorer som skapar denna

framtidsutmaning. Trenden att patientens tid på sjukhus förkortas, att allt mer avancerad sjukvård bedrivs i hemmen, och utvecklingen av den nära vården där allt fler tillstånd kan (eller skulle kunna) behandlas i kommunal eller regional regi i primärvården är ytterligare exempel på faktorer som påverkar behoven av sjukhuslokaler framöver.

En följd av de stora investeringar i sjukhusbyggnader som genomfördes kring 1960-talet är att en stor del av det befintliga fastighetsbeståndet i landet har nått en ålder där den tekniska livslängden ställer krav på ersättningsinvesteringar. Samtidigt medför utvecklingen inom hälso- och sjukvården ett förändrat behov av lokaler med om- eller nybyggnationer som följd. Sammantaget innebär detta att investeringsbehoven är stora i många av regionerna.

Beslutet att bygga NKS har sin grund i dessa utmaningar. Den tekniska livslängden på det befintliga Karolinska sjukhuset i Solna ställde krav på allt större investeringar för bibehållen kapacitet. Samtidigt innebar utvecklingen inom hälso- och sjukvården ett förändrat behov av lokaler, vilket krävde om- eller nybyggnation. Svaret på framtidsutmaningen vid investeringen i NKS var att bygga en flexibel byggnad som skulle kunna anpassas till framtidens behov i takt med den högspecialiserade vårdens utveckling.

Samtidigt som regionerna står inför stora investeringsbehov är ekonomin ansträngd. Sjukvårdskostnaderna har ökat under lång tid och ökar, enligt Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) ekonomirapport från oktober 2019, allt snabbare. Ökningstakten under 2018 var 6,0 procent, vilket är nära två procentenheter högre än ökningstakten under den senaste femårsperioden. Snabbast är ökningstakten för öppenvården, vilket är i linje med ambitionen att vården ska bedrivas på den lägsta effektiva vårdnivån. Dock fortsätter kostnaderna för den specialiserade somatiska vården att öka i snabb takt. Detta samtidigt som antalet vårdtillfällen enligt SKR minskar i den specialiserade somatiska vården. För en ekonomi i balans krävs större effektivitetsökningar än vad som hittills mäktats med. Även bemanningen är en utmaning för regionerna och kostnaderna för inhyrd personal fortsätter att öka. Stora pensionsavgångar och en ansträngd rekryteringssituation innebär utmaningar att säkerställa en effektivt organiserad vård med rätt kompetens på rätt plats, enligt SKR. Den huvudsakliga intäktskällan för regionerna är skatter. Tre regioner höjde skattesatsen under 2019 och ytterligare tre har aviserat höjning

under 2020. Under den senaste tioårsperioden har ingen region sänkt skattesatsen, däremot har alla utom Region Stockholm höjt minst en gång och de flesta två gånger eller fler. SKR bedömer att regionernas ekonomi är ansträngd de närmaste åren (SKL 2019).

### 9.2.2 Det saknas nationell överblick

Investeringstakten i regionerna är hög och har ökat under flera år. Störst är investeringarna inom regionernas huvudsakliga ansvarsområden hälso- och sjukvård, trafik och infrastruktur, samt inom fastighetsförvaltning. Statistiska centralbyrån (SCB) samlar in uppgifter och för statistik om regionernas investeringar. SKR genomför enkäter och samlar in kompletterande uppgifter om regionernas investeringar och investeringsplaner. Dessa används bland annat som underlag för Ekonomirapporten från SKR. Tillgänglig statistik ger emellertid inte någon detaljerad bild av vad investeringar i hälso- och sjukvården avser, då en betydande del av dessa redovisas i samlingsposter.

En genomgång och sammanställning, som utredningen genomfört, av regionernas budgetar visar att investeringar såsom NKS inte är unika. En stor del av de investeringar som genomförs i regionerna avser akutsjukvården. Utredningens sammanställning[1] visar att beräknade totalkostnader för nu pågående investeringsprojekt vid akutsjukhusen i regionerna uppgår till ungefär 100 miljarder kronor, varav ungefär 50 miljarder kronor avser investeringar vid universitetssjukhusen.

Regionerna samverkar på olika sätt. Regionalt inom samverkansregionerna och nationellt bland annat inom ramen för SKR:s olika nätverk. Regionerna samverkar även genom gemensamma projekt med investeringar i till exempel biobanker och medicinteknisk utrustning. Det finns dock så vitt utredningen erfar inte någon nationellt gemensam samordning och planering av investeringar inom sjukvården.

Samverkan sker även mellan regioner och staten. Den pågående omställningen och nivåstruktureringen av hälso- och sjukvården genomförs främst på regional nivå men arbete utförs även på nationell nivå. Socialstyrelsen beslutar om *nationell högspecialiserad vård* och

[1] Se kapitel 6.

leder arbetet där sjukvårdshuvudmännen i samverkan genomför ett arbete om vad som ska omfattas av nationell högspecialiserad vård. Gällande omställningen av vården och vidareutveckling av den nära vården har staten och SKR bland annat ingått överenskommelser 2019 och 2020 om *god och nära vård* (S2019/02858/FS och S2020/00440/FS).

Mot bakgrund av pågående omställningsarbete är frågan om det finns behov av ytterligare samverkan kring vilka investeringar som krävs för att möta de behov som förutses i framtidens hälso- och sjukvård. Investeringsbehovet är stort i regionerna, bland annat till följd av behoven av ersättningsinvesteringar samt att regionernas ekonomi enligt SKL (2019) är ansträngd. Detta understryker frågan om hur det på nationell nivå säkerställs att de investeringar som genomförs regionalt är kostnadseffektiva ur ett totalt hälso- och sjukvårdsperspektiv.

Regeringen tillsatte i oktober 2019 en utredning (S 2019:03) med uppdrag att utreda hur pågående och planerade investeringsprojekt i sjukhus förhåller sig till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå (dir. 2019:69). Uppdraget ska redovisas senast den 15 januari 2021.

## 9.3 Exemplet NKS – styrning och organisering

### 9.3.1 NKS – både ett behovs- och visionsdrivet projekt

Beslutet att bygga ett nytt universitetssjukhus i Solna hade sin grund i flera olika problem och utmaningar.[2] När förslaget först kom upp i början på 2000-talet gjordes en utblick i Europa som visade att äldre sjukhus runt om i Europa ersattes med nya, moderna sjukhus anpassade till den nya tekniken. Karolinska sjukhusets lokaler i Solna var gamla och slitna och behövde moderniseras. Konkurrensen från de moderna sjukhusen i Europa skulle kunna medföra att både Karolinska sjukhuset och Karolinska Institutet blev mindre attraktiva för forskare. Genom att bygga ett nytt modernt universitetssjukhus kunde lokalfrågan lösas och Karolinska sjukhuset och Karolinska Institutet skulle kunna återta sin världsledande ställning inom högspecialiserad vård och forskning samt locka personal och forskare. Det nya sjuk-

[2] För beskrivning och referenser, se kapitel 8.

huset skulle också kunna få en nationell roll vad gäller utbildning för nya forskare och sjuksköterskor. Att bygga nytt bedömdes vara ett billigare och mer kostnadseffektivt alternativ jämfört med att renovera befintliga lokaler.

Ett nytt universitetssjukhus kunde alltså få betydelse för regionens, Karolinska sjukhusets och Karolinska Institutets utveckling och ställning både nationellt och internationellt. Projektet kan därmed sägas vara både visions- och behovsdrivet.

### 9.3.2 Ett komplext projekt som ställer krav på samordning

Besluts- och genomförandeprocessen för NKS-projektet har pågått under många år och innefattat ett flertal skilda ställningstaganden, varav flera mycket komplexa vart och ett för sig. De första utredningarna av ett nytt universitetssjukhus initierades 2001, 2005 fattade fullmäktige ett inriktningsbeslut om en ny hälso- och sjukvårdsstruktur i regionen och det färdiga sjukhuset invigdes 2018. Det nya universitetssjukhuset (NKS) ingick som en del i den omfattande förändring av hela hälso- och sjukvårdsstrukturen i Region Stockholm som omfattar såväl högspecialiserad vård, akutsjukvård, specialistvård som primärvård. Region Stockholm kan därför ses som ett tidigt exempel på den större strukturförändring av hälso- och sjukvården som nu genomförs och ska genomföras runt om i Sverige.

NKS-projektet är också ett exempel på ett komplext projekt. Komplexiteten ligger i första hand i att projektet berör många aktörer med olika behov och intressen. Projektet har också flera beroenden till andra satsningar, inte minst till den planerade förändringen av sjukvårdsstrukturen i regionen. Komplexiteten ökar ytterligare genom de valda ansatserna kring bland annat finansiering och verksamhetsmodell. Detta ställer krav på projektets organisation, styrning samt på samordning och samverkan med olika aktörer.

### 9.3.3 Projektet samordnades inte med övrig sjukvårdsplanering och viktiga aktörer hölls på avstånd

Hur har då behovet av samordning och samverkan hanterats i NKS-projektet? Utredningens bild är att landstingets fokus låg på NKS-projektets vision och genomförande framför helhetsperspektiv, sam-

ordning och förankring. Projektet organiserades och bedrevs under de första fem åren separat från övrig hälso- och sjukvårdsplanering i länet. Detta trots att fullmäktige fattat inriktningsbeslut om en ny hälso- och sjukvårdsstruktur som förutsatte samordning. Viktiga aktörer hölls på avstånd från projektet.[3] Det fanns flera förklaringar till detta.

En förklaring var den politiska visionen att det nya universitetssjukhuset skulle vara något helt nytt i svensk sjukvård. Det skulle inte vara ett ersättningssjukhus för Karolinska sjukhuset och skulle därför planeras fritt från befintliga aktörer. En annan förklaring var att man från politiskt håll ville att arbetet med det nya universitetssjukhuset drevs framåt och höll tidplanen. Därför etablerades en särskild organisation separat från befintliga aktörer både på politisk nivå och inom landstingsförvaltningen. 2008 lades det politiska ansvaret på FoUU-utskottet direkt under landstingsstyrelsen. Utskottet gavs mandat att fatta beslut inom ramen för projektet. En projektledare (senare förvaltningschef) rekryterades externt. Det så kallade NKS-kansliet övergick efter något år till att bli en NKS-förvaltning med samma mandat som övriga förvaltningar i landstinget. Det gav tyngd åt projektet och gav förutsättningar för projektets genomförande. Till NKS-förvaltningen handplockades personal från Karolinska Universitetssjukhuset. Deras uppdrag var att utveckla verksamhetsinnehållet vid sjukhuset, de företrädde inte sjukhuset.

Flera aktörer som var berörda av projektet gavs en indirekt roll, bland annat Karolinska Universitetssjukhuset och hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Även om landstinget uttryckte att Karolinska Institutet var en viktig aktör och samarbetspartner för NKS-projektet, så tycks samarbetet inte ha fungerat fullt ut. Sjukhusdirektören för Karolinska Universitetssjukhuset ingick i en styrgrupp för projektet tillsammans med företrädare för Karolinska Institutet. Styrgruppen fick information om arbetet i projektet men upplevde att de i realiteten hade liten påverkansmöjlighet. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning var remissinstans på förslaget till övergripande verksamhetsinnehåll, men var i övrigt inte involverad direkt i projektet. Inriktningsbeslutet om en ny hälso- och sjukvårdsstruktur pekade dock på behovet av en samlad planering. Även personalorganisationer vid Karolinska Universitetssjukhuset uttryckte att de inte fick förutsättningar att vara tillräckligt involverade i processen.

[3] För närmare beskrivning och referenser, se kapitel 8.

2011 fattade fullmäktige beslut om en ny organisation och ansvarsfördelning för projektet samt en samordning av hälso- och sjukvårdsplaneringen genom planen Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). Detta efter långvarig kritik från framför allt Karolinska Universitetssjukhuset och hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Genom beslutet fick Karolinska Universitetssjukhuset ansvaret för NKS, verksamhetsinnehållet och implementeringen av verksamheten från 2012. Ett centralt programkontor för FHS inrättades på landstingsnivå och ett lokalt programkontor på Karolinska Universitetssjukhuset.

### 9.3.4 Följsamheten till politiska beslut

Stora förändringsprojekt som pågår under lång tid ställer krav på långsiktigt hållbara förutsättningar och beslut. Det blir särskilt viktigt i en politisk organisation där politikens inriktning kan förändras över tid. NKS-projektet visar utifrån utredningens genomgång på betydelsen av långsiktighet och helhetssyn i det politiska beslutsfattandet och i den politiska styrningen av förändringsprocessen. Det visar också på komplexiteten med omfattande förändringsprojekt som pågår under lång tid. Besluten om inriktningen för en ny hälso- och sjukvårdsstruktur, verksamhetsinnehållet för NKS respektive beslutet om OPS visar på detta.[4]

Enligt fullmäktiges inriktningsbeslut 2005 om en ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms län skulle genomförandebesluten fattas successivt och integreras i det årliga budgetarbetet. Utredningens genomgång i kapitel 8 visar dock att landstinget inte arbetade vidare med att utveckla, planera och genomföra förändringar i övriga delar av sjukvårdsstrukturen. I stället lades fokus under de första fem åren på planering och byggande av det nya universitetssjukhuset. Det uttalades tidigt, både från NKS-projektet och landstingsdirektören, att verksamhetsinnehållet för det nya universitetssjukhuset skulle beslutas sent. Detta fastställdes genom beslut i fullmäktige. Förutsättningarna för en samordnad planering av hälso- och sjukvården påverkades därmed. 2011, sex år efter inriktningsbeslutet, fattade fullmäktige beslut om satsningen på Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) och en samordnad process för hälso- och sjukvårds-

[4] För närmare beskrivning och referenser, se kapitel 8.

planeringen där också NKS ingick. Därmed fanns återigen förutsättningar för en samordnad och långsiktig process. Beslutet kom dock sent, vilket medfört att planering och investeringar i övriga sjukvårdssystemet försenats. Det har också fått konsekvenser för Karolinska Universitetssjukhusets utflytt av vård utifrån det nya uppdraget.

Upphandlingen och beslutet att gå vidare med endast en anbudsgivare i upphandlingen av byggnationen genom en OPS är ytterligare ett exempel på vikten av långsiktigt hållbara processer. Vid sidan av argumentet att OPS var en metod för riskhantering bedömdes att konkurrensen skulle komma att bli starkare vid en OPS jämfört med traditionell upphandling. Detta eftersom OPS bedömdes attrahera internationellt intresse. I den interna beredningen i landstinget bedömdes dock konkurrenssituationen något annorlunda och det framfördes farhågor att konkurrensen skulle kunna bli svag. När fullmäktige fattade beslut att genomföra upphandling av byggnationen genom OPS formulerades en förutsättning för att gå vidare i processen att tillräcklig konkurrens uppnåtts (LS 08084-0429). Endast ett företag ansökte om prekvalificering i upphandlingen. I detta läge beslutade FoUU-utskottet att tillräcklig konkurrens uppnåtts. Anbudet höll sig inte inom den av fullmäktige beslutade ramen och den efterföljande förhandlingen ledde till överenskomna besparingar om 1,25 miljarder kronor genom förändrade materialval och minskade ytor. Genom att gå vidare med endast en anbudsgivare följdes inte det ursprungliga beslutet fattat i landstingsfullmäktige (Landstingsrevisorerna 2010). I vilken mån detta har inneburit negativa ekonomiska konsekvenser för landstinget har inte bedömts ligga inom denna utrednings uppdrag.

### 9.3.5 Professionernas delaktighet

Komplexa och långsiktiga förändringsprocesser ställer krav på samordning och samverkan. En viktig part i detta är professionerna, och en viktig aspekt är hur de involverats i planeringen av den nya sjukhusbyggnaden, sjukhusets verksamhetsinnehåll och den nya verksamhetsmodellen. Utredningen konstaterar att det finns skilda uppfattningar om i vilken omfattning professionerna har varit delaktiga under processen. Medan NKS-förvaltningen beskriver att ett 1 000-tal personer varit involverade i planeringen av sjukhuset, pekar andra

källor (bland annat Stockholms universitet) på att professionerna inte varit delaktiga i tillräcklig grad.

Utredningens bild utifrån intervjuer med företrädare för personalorganisationerna vid Karolinska Universitetssjukhuset och en genomgång av dokumentation från samverkan är att personalorganisationerna har fått möjlighet att lämna synpunkter på sjukhusbyggnaden, verksamhetsinnehållet och verksamhetsmodellen. Vad utredningen erfar har det dock skett i ett förhållandevis sent skede, i vissa fall kort innan beslut fattats när möjligheterna till påverkan och delaktighet är små. Detta påverkar möjligheterna att omhänderta synpunkterna. Synpunkterna från personalorganisationerna skiljer sig också åt. Medan Läkarförbundet har varit mycket kritiska till förslag till verksamhetsinnehåll och verksamhetsmodell har Vårdförbundet varit mer positiva till förändringarna. Företrädare för Kommunal menar att samverkan förbättrades när Karolinska Universitetssjukhuset tog över ansvaret för verksamhetsinnehållet. Det finns dock en samstämmig uppfattning hos personalorganisationerna att det krävs både vilja till samverkan och lyhördhet hos ledningen för att förändringar ska lyckas. Enligt den genomlysning av NKS-projektet som Stockholms universitet gör på uppdrag av Region Stockholm har förändringsviljan hos såväl den politiska ledningen, projektledningen och senare även sjukhusledningen varit starkare än viljan till samverkan och lyhördhet.

### 9.3.6 Användningen av externt konsultstöd har varierat i typ och omfattning

Förändringen av hälso- och sjukvårdsstrukturen i Region Stockholm och byggandet av ett nytt universitetssjukhus har varit en lång och komplex process. I flera delar har det krävt kompetens vid sidan av den egna organisationens expertis. Ett sätt att stärka den egna kompetensen är att ta in externt stöd i form av konsulter. Utredningens genomgång visar att användandet av process- och organisationsstöd skiljer sig åt i besluts- och genomförandeprocesserna för upphandling och byggnation av NKS, verksamhetsinnehåll för NKS respektive den nya verksamhetsmodellen vid Karolinska Universitetssjuk-

huset. Stödets omfattning varierar också över tid liksom vilken aktör som varit beställare av stödet.[5]

Landstinget har tagit in extern expertis på flera områden. Detta gäller exempelvis inköp av tekniska konsulttjänster i samband med utredning av förutsättningarna för att bygga ett nytt universitetssjukhus, stöd vid genomförande av riskanalyser och stöd kring den ekonomiska modellen i projektavtalet som reglerar landstingets vederlag till projektbolaget. Inom andra områden har konsultstödet mer haft karaktären av allmän förstärkning av den egna organisationen. Ett område där man så vitt utredningen erfar inte använt sig av externt stöd på motsvarande sätt är förändringen av hälso- och sjukvårdsstrukturen i länet.

Externt konsultstöd förefaller också ha varit avgörande i vissa vägvalsbeslut i projektet. Vid valet av OPS som upphandlings- och genomförandeform av NKS finns det i de underlag utredningen fått ta del av endast två underlag som förordar OPS. Båda dessa underlag är analyser genomförda av externa konsulter. I de två interna utredningar som landstinget lät genomföra, SNUS (LS 0201-0049) redovisades 2002 och 3S (LS 0409-1729) redovisades 2004, gjordes bedömningen att OPS-modellen inte skulle användas. Även i den följande interna beredningen av de externa underlagen gjordes bedömningen att det trots omfattande utredning av frågan inte på objektiva grunder gick att avgöra om OPS skulle skapa värde för landstinget jämfört med traditionell upphandling (LS 0804-0429). Valet av genomförandeform lämnades till beslut på politisk nivå.

Ur styrningssynpunkt uppfattar utredningen att externt konsultstöd i vissa fall visat sig vara en utmaning. Ett exempel på detta är upphandlingen av IKT som fick avbrytas 2012. Konsultanvändningen vid denna upphandling var enligt vad utredningen erfar omfattande. Landstingsrevisorerna (2014) identifierade brister i underlagen och gjorde bedömningen att det är angeläget att uppmärksamma risker med användning av konsulter för att undvika oönskade konsekvenser.

Utredningen konstaterar att det externa konsultstödet har varit mycket omfattande i arbetet med den nya verksamhetsmodellen för Karolinska Universitetssjukhuset. Konsulter, särskilt från ett konsultbolag, bedöms ha haft en drivande roll inför beslutet att införa värdebaserad vård och en ny verksamhetsmodell på sjukhuset samt i att genomföra själva förändringen. En tidigare konsult vid det anlitade

[5] För närmare beskrivning och referenser, se kapitel 8.

konsultbolaget anställdes som hög chef med ansvar för att driva förändringen på sjukhuset. Internrevisorn vid Karolinska Universitetssjukhuset har i en granskning beställd av ledningen för sjukhuset gått igenom konsultanvändningen. Granskningen (K 2017:5710) visar bland annat att risker för oegentligheter inte fångats upp i sjukhusets riskanalyser, att konsultbolaget lånat ut konsulter gratis för att stötta i arbetet med värdebaserad vård och att sjukhuset därefter slutit avtal med konsultbolaget för fortsatt arbete med värdebaserad vård och ny verksamhetsmodell. Den tidigare konsult som anställdes som produktionsdirektör vid sjukhuset medverkade i upphandlingsprocessen och poängsättning av konsultleverantörer samt vid tilldelningsbeslut till det bolag konsulten kom ifrån. Bolaget har enligt revisionsrapporten också använt taktisk prissättning för olika konsultkategorier och fakturor saknar specifikationer.

## 9.4 Exemplet NKS – verksamhetsinnehåll och förändring av hälso- och sjukvårdsstrukturen

### 9.4.1 Det nya universitetssjukhuset innebär förändringar i hela hälso- och sjukvårdsystemet

Beslutsprocessen för ett nytt universitetssjukhus startade med att Stockholms läns landsting lät genomföra två utredningar. Den första (benämnd SNUS) tillsattes 2001 och avsåg inriktning och lokalisering av ett nytt universitetssjukhus i Stockholm. Den andra (benämnd 3S) tillsattes 2003 och skulle fortsätta utredningen av dels inriktningen för ett nytt universitetssjukhus i Solna, dels hur sjukvårdsstrukturen i länet skulle utformas och förverkligas. Båda utredningarna betonade att utvecklingen av ett nytt högspecialiserat universitetssjukhus måste gå hand i hand med förändringar i andra delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Konkreta förslag presenterades både kring det nya universitetssjukhuset och för hälso- och sjukvårdsstrukturen i länet. 3S-utredningen gick igenom profilområdena för respektive sjukhus och gav konkreta förslag på var olika typer av vård bör bedrivas. Även närsjukvården hanterades. Redan tidigt konstaterades alltså att det nya högspecialiserade universitetssjukhuset var en del av en helhet och måste planeras i relation till övrig hälso-

och sjukvård i länet, ända ut till närsjukvården. Även landstingsrevisorerna pekade på detta.

Utifrån SNUS och 3S fattade landstingsfullmäktige 2005 ett inriktningsbeslut om ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms läns landsting. Beslutet låg helt i linje med utredningarnas förslag, det vill säga att koncentrera den högspecialiserade vården till Karolinska Universitetssjukhuset, att flytta ut specialiserad vård från Karolinska Universitetssjukhuset till Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och S:t Görans sjukhus samt att utveckla närsjukvården. Genomförandebesluten om en förändrad sjukvårdsstruktur skulle ske successivt och så långt som möjligt integrerat i förändringsbesluten i det årliga budgetarbetet enligt en föreslagen tidplan. Genom inriktningsbeslutet fanns förutsättningar att genomföra förändringar utifrån ett helhetsperspektiv där utvecklingen av Karolinska Universitetssjukhuset genomfördes parallellt med förändringar i det övriga hälso- och sjukvårdssystemet. Processen kom dock i praktiken att se annorlunda ut.

### 9.4.2 Verksamhetsinnehållet för NKS ska beslutas sent

Efter att arkitekttävlingen för det nya universitetssjukhuset var klar 2006 startade planeringen. Uppdraget var att planera och genomföra byggnation av NKS och att bestämma sjukhusets verksamhetsinnehåll. Ett projektprogram (SLL 2007) togs fram som skulle utgöra styrdokument för det fortsatta projektarbetet.

I projektprogrammet betonas att det är för tidigt att föreslå verksamhetsinnehåll för NKS vad gäller sjukvård, forskning och utbildning. Det bör av flera skäl ske så sent som möjligt. Ett skäl som angavs var den snabba medicinska och tekniska utvecklingen och att högspecialiserad vård är ett föränderligt begrepp som nödvändigtvis inte är detsamma då NKS ska tas i full drift 2018. Ett annat skäl som lyfts fram var att förändringar inom Stockholms läns landstings sjukvårdsstruktur kunde påverka NKS uppdrag. En generell och flexibel byggnad medgav att verksamhetsinnehållet fastställdes sent. Landstingsfullmäktige ställde sig bakom detta och beslutade att landstingsstyrelsen skulle återkomma med förslag till verksamhetsinnehåll för det nya universitetssjukhuset (LS 1003-0255). I senare beslut i fullmäktige skjuts beslutet om verksamhetsinnehåll fram ytterligare i

tiden.[6] Detta trots att det uttrycktes en enighet hos olika aktörer att NKS inte kan ses isolerat utan som en del av sjukvårdssystemet.

Utredningen bedömer att beslutet att skjuta på fastställande av verksamhetsinnehållet för det nya universitetssjukhuset innebar att förutsättningarna för ett helhetsperspektiv på utvecklingen av en ny hälso- och sjukvårdsstruktur försämrades. Argumentet i projektprogrammet att förändringar i länets övriga sjukvårdsstruktur kunde påverka NKS uppdrag visar på en slags moment 22-situation. Verksamhetsinnehållet för NKS ansågs vara beroende av hur sjukvårdsstrukturen i länet utvecklades, samtidigt som förändring i sjukvårdsstrukturen förutsatte att man kände till verksamhetsinnehållet för NKS. Det visar enligt, utredningens bedömning, på att helhetsperspektivet i praktiken var bristfälligt trots att inriktningsbeslutet talade för en helhet. Genom landstingsfullmäktiges beslut att skjuta på beslutet om verksamhetsinnehåll påverkades planeringen av den övriga hälso- och sjukvårdsstrukturen i länet.

### 9.4.3 Parallell process för Framtidens Hälso- och sjukvård startar

När det första förslaget till övergripande verksamhetsinnehåll för NKS presenterades 2009 framfördes kritik från olika aktörer om att förslaget var alltför övergripande och därmed svårt att ta ställning till.[7] En återkommande synpunkt från olika aktörer var att NKS samband med och påverkan på den övriga hälso- och sjukvårdsstrukturen måste tydliggöras. Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning var särskilt kritiska. De hade samma år fått i uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden att analysera och konkretisera den framtida hälso- och sjukvården i Stockholms län utifrån behov och finansiella resurser. Analysen och förslagen skulle framför allt fokusera på förändringar till följd av den demografiska utvecklingen och tillkomsten av NKS. Uppdraget blev starten för arbetet med Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) och kan ses som ett sent svar på landstingsfullmäktiges inriktningsbeslut 2005 om ny hälso- och sjukvårdsstruktur.

I underlaget till landstingsfullmäktiges beslut 2010 om övergripande verksamhetsinnehåll för NKS (LS 1003-0255) framhålls att byggandet av och innehållet i NKS innebär att landstingets hela hälso-

[6] För närmare beskrivning och referenser, se kapitel 8.
[7] Ibid.

och sjukvårdsstruktur påverkas. Det ställer krav på en sammanhållen planering och ett genomförande som beaktar olika samband och relationer. Fullmäktige beslutade att uppdra till landstingsstyrelsen att före utgången av 2011 fastställa ett mer preciserat verksamhetsinnehåll för NKS samt hur verksamheten ska organiseras i förhållande till övrig befintlig hälso- och sjukvårdsverksamhet. Därmed kan det sägas att det återigen fanns förutsättningar för att få ett helhetsperspektiv på utvecklingen av hälso- och sjukvårdsstrukturen i Stockholm. Detta gjordes emellertid fem år efter att NKS-projektet startade och det skulle dröja ytterligare ett år innan ett förslag till preciserat verksamhetsinnehåll för NKS skulle presenteras. Vidare fanns det otydligheter om organisationen för samordning mellan NKS-projektet och planeringen för Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). Arbetet pågick parallellt. Den bristande samordningen hade redan fått konsekvenser för planering och investering i övrig hälso- och sjukvård i länet vilket exempelvis noteras genom förseningar i investeringar och byggnation vid andra sjukhus. Det innebar också att tidplanen för NKS-projektet blev mer pressad i förhållande till planerad inflyttning 2016.

### 9.4.4 Karolinska Universitetssjukhuset får ansvaret för NKS och arbetet knyts till Framtidens Hälso- och sjukvård

När landstingsfullmäktige 2011 beslutade om planen för Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) beslutade de också att styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset skulle få ansvaret för NKS och implementeringen av verksamheten från 2012. I detta låg ansvaret att precisera verksamhetsinnehållet för NKS och att planeringen av verksamhetsinnehållet skulle förhålla sig till FHS. Väsentliga förändringar av verksamhetsinnehållet skulle fastställas av landstingsstyrelsen. Anledningen till beslutet var bland annat kritik från hälso- och sjukvårdsförvaltningen mot NKS-förvaltningen och att Karolinska Universitetssjukhuset aktivt arbetat för att få ta över ansvaret. Beslutet innebar att NKS-förvaltningen på landstinget lades ner och att det i stället inrättades ett centralt programkontor för Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) och ett lokalt programkontor på Karolinska Universitetssjukhuset.

Karolinska Universitetssjukhuset, som dittills hållits på avstånd från NKS-projektet, fick genom beslutet ansvaret för frågan om att

definiera vilken vård som skulle bedrivas på sjukhuset. Till skillnad mot NKS-förvaltningen, som hade en mer förutsättningslös ansats och inte utgick från den befintliga vårdsstrukturen, utgick Karolinska Universitetssjukhuset från den befintliga vården på sjukhuset. Huvudfrågan var vilken vård som skulle vara kvar på sjukhuset, vilken vård som kunde flyttas över till andra vårdgivare och i vilken omfattning.[8] Det fanns enligt utredningens bedömning flera utmaningar med detta. Dels kan det vara krävande att be den egna personalen att överväga flytt av den vård de dagligen arbetade med, dels kan det vara svårt att bedöma vilka aktörer som skulle kunna ta emot den vård som skulle flyttas ut. Karolinska Universitetssjukhuset konstaterade redan i ett tidigt skede att det saknades tillräckliga underlag om vårdplatser och att det fanns för få vårdplatser på NKS. Om det berodde på att de ursprungliga beräkningarna hade brister eller om det berodde på att Karolinska Universitetssjukhuset hade en bredare definition av vårdinnehållet på NKS är för utredningen oklart. Det bedöms dock ha fått konsekvenser för den pågående investeringen i det nya sjukhuset. Behovet av ytterligare vårdplatser innebar att ytorna i det nya sjukhuset utökades. En delförklaring är ändrade prognoser över befolkningsökningen i länet men så vitt utredningen erfar var orsaken även att befintlig verksamhet skulle kunna inrymmas i det nya sjukhuset.

### 9.4.5 Högspecialiserat universitetssjukhus?

En fråga som uppstod när Karolinska Universitetssjukhuset tog över ansvaret för verksamhetsinnehållet var vad som räknades som högspecialiserad vård. NKS-förvaltningens inriktning för NKS var ett litet högspecialiserat sjukhus med en viss andel specialiserad vård. Någon bassjukvård skulle inte bedrivas på sjukhuset. Sjukhusets högspecialiserade uppdrag förutsatte samarbete med andra vårdgivare.

Hösten 2012 lämnade Karolinska Universitetssjukhuset ett förslag till verksamhetsinnehåll till Programkontoret för FHS för synpunkter.[9] Karolinska Universitetssjukhusets bedömning var att andelen högspecialiserad vård på NKS skulle öka från 50 procent till 60 procent genom förslaget. Bedömningen från Programkontoret för

[8] Enligt utredningens intervjuer med företrädare för Karolinska Universitetssjukhuset.
[9] För närmare beskrivning och referenser, se kapitel 8.

FHS var att andelen högspecialiserad vård på NKS endast uppgick till 15–20 procent. För lite högspecialiserad vård hade överförts från Karolinska Huddinge till NKS enligt Programkontoret. Det innebar i sin tur att det krävdes större investeringar i Huddinge än vad som ansågs nödvändigt om vården i stället förlades till NKS.

Vad utredningen erfar fanns det, sju år efter att NKS-projektet startade, olika uppfattningar om den mest centrala delen i visionen och inriktningen för NKS – den högspecialiserade vården. Detta är i sin tur nära kopplat till bedömningen av investeringsbehov och förutsättningar för utbildning, forskning och utveckling.

### 9.4.6 Verksamhetsinnehållet på NKS fastställs först 2017

Arbetet med att ta fram förslag till verksamhetsinnehåll för NKS påbörjades 2006. Ett första övergripande förslag till verksamhetsinnehåll fanns framme 2009. 2010 fick landstingsstyrelsen i uppdrag att senast den 31 december 2011 presentera ett förslag till verksamhetsinnehåll. Något beslut om verksamhetsinnehåll fattades dock inte 2011. I stället övergick ansvaret för verksamhetsinnehållet till Karolinska Universitetssjukhuset som presenterade ett första förslag 2013. Detta förslag bearbetades ytterligare.

Verksamhetsinnehållet för Karolinska Universitetssjukhuset togs därefter upp 2017 för beslut i landstingsstyrelsen. Anledningen var att Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslagit väsentliga förändringar i verksamhetsinnehållet vid sjukhuset. Den icke högspecialiserade vård som utförs på Karolinska Solna ska i framtiden utföras av andra vårdgivare. En del av vården överförs till andra akutsjukhus och vårdsamverkan med andra vårdgivare förstärks. Avgörande för tempot i processen är bland annat kapacitetsutbyggnad hos de framtida mottagarna.

Tolv år efter att processen kring verksamhetsinnehållet för NKS startade fastställde landstingsstyrelsen alltså verksamhetsinnehållet för Karolinska Universitetssjukhuset. Då hade stora delar av verksamheten redan flyttat in på NKS. Av beslutet framgår att processen inte är klar, utflyttningen av vård till andra vårdgivare i nätverkssjukvården måste fortgå. Hur tidplanen för detta ser ut framgår inte. Detta visar enligt utredningen på de utmaningar som finns i planering och

genomförande av större strukturförändringar inom hälso- och sjukvården.

### 9.4.7 Förutsättningarna för utbildning och forskning har försämrats

Det högspecialiserade uppdraget för NKS liksom den nära integrationen mellan vård, klinisk forskning, utveckling och utbildning fanns med redan i de första planerna för ett nytt universitetssjukhus. Visionen omfattade också centrum för Life science och satsningar på så kallade centers of excellence. Detta låg i linje med de behov och mål som Karolinska Institutets ledning uttryckte. SNUS-utredningen pekade dock på att en högspecialiserad inriktning innebar att grundutbildning av studenter måste ske på fler ställen där patienter med vanliga folksjukdomar togs om hand. Detsamma gällde den kliniska forskningen som är i behov av ett brett patientunderlag.

I samband med fullmäktiges inriktningsbeslut om ny hälso- och sjukvårdsstruktur 2005 gavs ett uppdrag att utreda hur ett universitetssjukvårdssystem där utbildningen förlades till olika vårdgivare i länet skulle kunna se ut. Uppdraget skulle genomföras i nära samverkan med Karolinska Institutet. Resultatet av arbetet var bland annat förslag om ny struktur för universitetssjukvård i Stockholm och en ökad samverkan mellan Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet för att förbättra förutsättningarna för en gemensam strategisk och långsiktig utbildningsplanering. I de efterföljande politiska besluten om verksamhetsinnehåll för NKS har forskning och utbildning samt betydelsen av ett nära samarbete med Karolinska Institutet återkommande lyfts fram.

I utredningens intervjuer med företrädare för Karolinska Institutet framgår att Karolinska Institutet vid ett antal tillfällen framfört att det inte tagits tillräckliga hänsyn till förutsättningar för forskning och utbildning i beslut om verksamhetsinnehåll för Karolinska Universitetssjukhuset och i arbetet med Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). Det har enligt Karolinska Institutet inte gjorts tillräckliga konsekvensanalyser för hur forskning och utbildning påverkas av förändringarna och av införande av vårdval. Samtidigt som investeringar har gjorts i bland annat Bioclinicum vid NKS har vårdinnehållet i Solna smalnats av både vad gäller diagnoser och patientunderlag. Det kraftigt minskade intaget till intensivakuten är en del i detta. Enligt

Karolinska Institutet har det fått negativa konsekvenser för bland annat utbildning för läkare och sjuksköterskor. Utbildning är nära knutet till forskning och på sikt kommer även forskningen att påverkas negativt menar Karolinska Institutet. Redan nu finns exempel på forskare som fått forskningsanslag och som påverkas av förändringen. Förändringar som enligt Karolinska Institutet varit positiva, som till exempel etableringen av Akademiskt specialistcentrum riskerar enligt Karolinska Institutet hotas av beslut om införande av fler vårdval.

Vad utredningen erfar har visionen om en nära integration mellan vård, utbildning, klinisk forskning och utveckling vid det nya universitetssjukhuset ännu inte realiserats i alla delar. Detsamma gäller i utvecklingen av Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). Trots att det tidigt flaggades för att det var viktigt att analysera hur förutsättningarna för utbildning och forskning bäst skulle tillgodoses tycks förutsättningarna ännu inte vara på plats. De problem med en gemensam strategisk och långsiktig planering som beskrevs redan 2005 förefaller i väsentliga delar fortfarande vara aktuella.

### 9.4.8 Investeringar i övriga delar av hälso- och sjukvårdssystemet

De tidiga utredningarna SNUS och 3S identifierar att en förutsättning för att förändra verksamhetsinnehållet på Karolinska Universitetssjukhuset och skapa ett nytt högspecialiserat universitetssjukhus med förändrade patientflöden som följd är att det genomförs investeringar i övriga delar i länets hälso- och sjukvård. 2005 beslutar landstingsfullmäktige att ett nytt universitetssjukhus ska byggas i Solna vilket följs av formgivningstävling, utredningar om former för genomförandet och till slut 2010 upphandling av byggnation genom OPS.[10] Samma år startas arbetet med planeringen av Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) (LS 1104-0624, LS 1109-1229 och LS 1409-1068) där man även tar ett helhetsgrepp på investeringsbehoven som krävs för att genomföra förändringar i hälso- och sjukvårdsstrukturen i landstinget. Behov av omfattande investeringar i såväl övriga akutsjukhus som vid de mindre sjukhusen identifieras.

[10] För beskrivning av denna process och referenser, se kapitel 8.

Byggandet av det nya universitetssjukhuset tillsammans med nödvändiga investeringar på övriga sjukhus i länet och stora trafikinvesteringar innebar att landstinget vid tiden stod inför en period med höga föreslagna och planerade investeringar. Vid denna tid tog landstinget in externa konsulter för att förstärka riskbedömning och öka kostnadseffektiviteten i samband med de kommande årens investeringar. 2013 presenteras slutsatserna av konsulternas arbete, bland annat att den liggande investeringsplanen skapar underskott under perioden 2017 till 2019. I redovisningen anges att för att hålla vad landstinget anger som ekonomisk balans och balanskraven skulle en fjärdedel av investeringarna behöva flyttas från åren före 2017 till perioden 2018 till 2022.[11]

Landstingsrevisorerna bedömde i flera granskningar under åren 2013 och framåt (projektrapporter 14/2013, 15/2014, 15/2015, 12/2016, 12/2017 och 14/2018) dels att investeringar av ekonomiska skäl behövde flyttas framåt i tiden för att undvika underskott under perioden 2016 till 2020, dels att de förseningar och omprioriteringar som gjordes i investeringsbudgeten innebar svårigheter att genomföra planen i FHS. Bland annat kunde inte de initialt planerade investeringarna i de mindre sjukhusen genomföras fullt ut enligt plan då investeringsbehoven underskattats. Detta var investeringar som enligt FHS var nödvändiga för genomförande av nätverkssjukvården och för att verksamheter skulle kunna flytta ut från Karolinska enligt planerna.

Utredningens bild är att planeringen av förändringar i länets hälso- och sjukvårdsstruktur kom igång sent, vilket kommit att påverka när investeringar kunnat genomföras i tid. Trots att landstinget i ett tidigt skede av planering och utredning av strukturförändringar identifierade att ett förändrat uppdrag och verksamhetsinnehåll för Karolinska Universitetssjukhuset påverkade övriga sjukhus och medför investeringsbehov i såväl akutsjukhusen som i de mindre sjukhusen lades fokus ändå främst på NKS. Detta har inneburit behov av att prioritera mellan investeringar, skjuta på investeringar i tid och att de strukturförändringar av vårdsystemet som hittills genomförts inte fullt ut kunnat genomföras så som planerats i Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS).

[11] *Kostnads- och investeringsanalys. Rapport till finanslandstingsrådet avseende bedömningar 2012 med blick framåt kring kostnader och investeringar som görs inom Stockholms läns landsting.* Dnr saknas.

### 9.4.9 Verksamhetsinnehållet vid Karolinska Universitetssjukhuset i dag

Enligt den nuvarande sjukhusdirektören vid Karolinska Universitetssjukhuset är den planerade utflyttningen av vård från sjukhuset nu genomförd. Eventuellt återstår utflyttning av små volymer av vård inom enstaka verksamheter där de planerade mottagande verksamheterna inte klarat att ta emot uppdraget eller där det råder oklarheter på regionnivå om vem som ska överta vården. Ytterligare förändringar i vårdinnehåll beslutas av regionen i samband med nya eller reviderade vårdavtal. Graden av högspecialiserad vård på sjukhuset är svår att mäta enligt sjukhusdirektören då det inte finns någon enhetlig definition av vad högspecialiserad vård är. Det nya vårdavtalet ger enligt sjukhusdirektören förutsättningar för sjukhuset att utföra sitt uppdrag. Samtidigt är den stora utmaningen framåt att få en ekonomi i balans. Målsättningen är att uppnå balans i ekonomin under 2020. De personalvarsel som presenterades under 2019 är en åtgärd för att åstadkomma detta, liksom sänkta material- och läkemedelskostnader.

## 9.5 Exemplet NKS: finansiering och byggnation

### 9.5.1 Valet av entreprenadform – OPS inte ett självklart val

Utredningen kan konstatera utifrån landstingets olika beslutsunderlag att det inte varit självklart att välja OPS som genomförande- och finansieringsform för NKS.[12] Under de år frågan bereddes kom fokus också att flyttas från finansiering till en metod för riskhantering och genomförande av ett komplext projekt.

I ett tidigt skede då de första landstingsutredningarna (SNUS och 3S) om ett nytt universitetssjukhus genomfördes lyftes OPS fram som en alternativ finansieringsform att utreda. I detta skede avfärdades OPS som finansieringsform. Det slogs fast att det inte förelåg något finansieringsproblem i landstinget och att finansiering genom OPS skulle bli dyrt.

I slutskedet av beredningen av OPS-frågan kom underlag (LS 0710-1039 samt LS 0804-0429) som tagits fram av externt konsultstöd att bli avgörande. I dessa underlag betonades komplexiteten i NKS-pro-

[12] Se till exempel utredningarna SNUS och 3S samt underlagen inför beslut i juni 2008 (LS 0804-0429).

jektet och behovet av riskhantering för att genomföra bygginvesteringen. OPS förordades framför en traditionell upphandling av samverkansentreprenad. Det framgår inte av de underlag utredningen tagit del av att det har genomförts någon analys av vilken finansierings- och entreprenadform som skulle vara främsta alternativet till OPS.

### 9.5.2 Erfarenheterna från Storbritannien

I Storbritannien hade man sedan början av 1990-talet genomfört offentliga investeringar genom en modell kallad Private Finance Initiative (PFI) vilket framför allt sågs som en finansieringsform. I de landstingsutredningar (SNUS och 3S) av ett nytt universitetssjukhus som följde tog man del av erfarenheterna från Storbritannien och genomförde flera studiebesök. Av intervjuer utredningen genomfört framgår att bland de erfarenheter som delades var att PFI utgjorde en lösning på ett finansieringsproblem som utförare av sjukvården i Storbritannien stod inför och därmed möjliggjorde investeringar som annars inte skulle komma till stånd. Modellen betraktades dock som dyr. Det uttrycktes att om finansieringsproblemet inte existerat skulle man inte använt sig av PFI. Ytterligare en erfarenhet som delades var att det var viktigt att i ett tidigt skede låsa fast verksamhetsinnehållet i sjukhuset för att undvika dyra tilläggsbeställningar till följd av ändringar i beställningen. Det tycks dock ha funnits en bild vid den här tiden att den riskdelning som PFI möjliggör kunde skapa effektivitetsvinster.

Över tid har PFI kritiserats allt mer i Storbritannien. Finansieringslösningen betraktas som dyr och den brittiska revisionsmyndigheten (NAO, 2018) har konstaterat att det är oklart vilka vinster modellen medför. I statsbudgeten för 2018 beskrivs PFI och PF2 som oflexibel och allt för komplex. Det konstateras också att i Office for Budget Responsibilitys senaste Financial Risks Report 2017 identifieras att modellen medför risker för det offentliga. I budgeten deklarerades att den brittiska regeringen inte kommer att genomföra fler projekt med PFI eller PF2 (HM Treasury, 2018).

### 9.5.3 De tidiga utredningarna

I SNUS-utredningen från 2002 är bedömningen att OPS inte bör användas. Skälen till detta är de höga kostnader modellen är förknippad med och att modellen är oprövad i Sverige. Vidare lyfts fram att konkurrenssituationen kan påverkas av att det så vitt är känt endast är Skanska bland svenska byggbolag som arbetat med OPS. En observation som lyfts fram som en erfarenhet från Storbritannien är att PFI tycks ge större vinster i mer komplicerade projekt. I SNUS-utredningen sägs att fortsatt analys kan ske om de mest tilltalande inslagen i OPS kan användas. Utredningsarbetet togs vidare 2004 i 3S-utredningen om en ny sjukvårdsstruktur i Stockholm. Det konstateras att OPS främst har två syften, dels att lösa ett finansieringsproblem, dels att skapa effektivitetsvinster. Bedömningen var att det första faller bort då det inte förelåg något finansieringsproblem, men att det kan vara intressant att utreda om de mest tilltalande och effektivitetsskapande delarna i OPS kan användas. Traditionell lånefinansiering bedömdes vara det främsta alternativet vid finansiering av större investeringar.

I de båda inledande utredningarna som genomfördes internt i landstinget drogs således två viktiga slutsatser. Den första var att det inte förelåg något finansieringsproblem och att traditionell lånefinansiering sågs som det främsta alternativet. Den andra slutsatsen var att det borde utredas om de effektivitetsskapande effekterna av OPS ändå kan användas.

### 9.5.4 OPS – en genomförandeform för riskhantering

I det fortsatta utredningsarbetet inom landstinget beskrivs fortsatt OPS-frågan som en finansieringsfråga, men i praktiken behandlas den som en fråga om entreprenadform för att genomföra investeringsprojektet och därefter driva och förvalta detsamma. Landstinget låter externa konsultföretag genomföra två utredningar efter varandra under 2007 och 2008 (LS 0710-1039 samt LS 0804-0429). I båda konsultutredningarna beskrivs NKS som ett stort och komplext projekt. Beskrivningarna skiljer sig dock åt något. Den första konsultutredningen beskriver att komplexiteten i första hand gäller högspecialiserad vård och relationerna med KI gällande forskning och utbildning. Kravet att kunna anpassa den högspecialiserade vården till

snabba och kontinuerliga förändringar ställer stora krav på lokaler och tjänster. Byggnaden och fastighetsförvaltningen beskrivs däremot vara mycket mindre komplex. Det framhålls att det byggs och har byggts ett stort antal sjukhus av liknande karaktär internationellt. Den andra konsultutredningens beskrivning av komplexitet är mer kortfattad och förefaller mer direkt kopplad till genomförandet av byggprojektet. Projektet beskrivs som riskfyllt och särskilt lämpat för OPS som genomförandeform då grunden i OPS är en optimerad riskfördelning.

OPS ställs i båda konsultutredningarna mot ett nollalternativ som beskrivs som byggnation på löpande räkning med riktpris och incitament, så kallad partnering, eller samverkansentreprenad. Detta alternativ utgör analysens så kallade public sector comparator. I den andra konsultutredningen ställs OPS även mot en variant där OPS kombineras med landstingsfinansiering. Konkurrenssituationen berörs också. Den första konsultutredningen gör bedömningen att OPS sannolikt leder till en bättre konkurrenssituation än traditionell upphandling. I den andra konsultutredningen är bedömningen att marknaden väntar på den här typen av projekt. Slutsatserna i de båda konsultutredningarna är att OPS rekommenderas.

Valet av OPS för genomförandet av sjukhusinvesteringen beskrivs som ett sätt att hantera riskerna med ett så stort och komplext byggnadsprojekt som NKS bedömdes vara. Detta till priset av en riskpremie.

### 9.5.5 Finns det andra modeller än OPS för att hantera stora komplexa projekt?

När argumenten för OPS över tid förändrades från att ses som en alternativ finansieringsform till en metod för att hantera byggnadsrisker och genomförande av ett stort projekt är frågan vilka alternativ som fanns. I konsultutredningarna (LS 0710-1039 och LS 0804- 0429) ställdes OPS mot en traditionell entreprenadlösning, benämnd partnering eller samverkansentreprenad. Utredningen har inte fått del av någon dokumentation som visar att det genomförts några analyser av vilka alternativa genomförande- och entreprenadformer eller betalningsmodeller som skulle kunna bidra till att hantera de risker eller den komplexitet som projektet förknippades med. Detta trots att en av slutsatserna i SNUS-utredningen som avfärdade OPS, var att det

borde analyseras om de mest tilltalande inslagen i OPS-modellen kunde användas.

### 9.5.6 Den finansiella modellen – avkastning och riskpremie

Ett viktigt argument för valet av OPS var alltså riskhantering och genomförande av byggprojektet. Så vitt utredningen erfar har projektet genomförts inom avtalad tid och till avtalad kostnad vad avser den ursprungliga beställningen. Att totalkostnaden för det nya sjukhuset är högre än den avtalade är ett resultat av förändringar i beställningen från landstingets sida (se nästa avsnitt).

OPS-avtalet innebär i korthet att aktiebolaget Swedish Hospital Partners (SHP) åtar sig att finansiera, uppföra, underhålla och driva den nya sjukhusbyggnaden i Solna fram till år 2040. Ersättningen till SHP bestod dels i engångsbetalningar under byggtiden, dels årliga vederlag som ska täcka kostnader för finansiering, drift och underhåll fram till 2040. Landstinget finansierade en del av byggnationen direkt under byggprocessen, totalt 8,7 miljarder kronor. Detta för att begränsa totalkostnaden något. Samtidigt innebar denna betalning att risken för landstinget ökade under byggfasen. Under avtalets löptid erlägger landstinget löpande vederlag till SHP som ska täcka kostnader för finansiering, byggnation, drift och underhåll samt avkastning på ägarnas insatta kapital i SHP. Landstingets beräknade totalkostnad för byggnation, drift och underhåll fram till 2040 var, när avtalet slöts var 52,2 miljarder kronor (LS 1008-0623).

Vederlagen bestäms i en finansiell modell som är en del av projektavtalet (bilaga 16). Det är en omfattande och komplicerad modell och landstinget tog till sin hjälp externt konsultstöd under förhandlingarna.

Utredningen har analyserat modellen och stämt av mot årsredovisningar från SHP och Skanska och kan konstatera att utfallen hittills har mycket god överensstämmelse med modellen som än så länge närmast ser ut som en betalningsplan.[13] Finansieringen bygger på en mycket hög andel lånat kapital där den genomsnittliga räntenivån är 6,5 procent. Räntenivån är så vitt utredningen erfar i storleksordningen 2 procentenheter högre än den genomsnittliga finansieringskostnad Stockholms läns landsting hade vid tiden eller som

[13] Se kapitel 8.

Kommuninvest kunnat erbjuda. Räntekostnaden har senare omförhandlats vid refinansiering under 2018. Det ursprungliga egna kapitalet i SHP var 1 miljon kronor, till vilket upparbetade vinstmedel senare adderas. Den höga belåningen i SHP innebär att avkastningen på det egna kapitalet blir hög. Under den operativa fasen från 2018 till 2040 ger modellen en avkastning på över 25 procent när prognostiserade aktieutdelningar i storleksordningen 4 miljarder kronor adderas. En del av denna avkastning avser premie för OPS-relaterade risker som SHP burit i projektet. I vilken utsträckning den riskjusterade avkastningsnivån för de delar som omfattas av OPS-avtalet hade blivit en annan om en annan entreprenadform hade valts för byggnationen och om det varit fler än en budgivare i den eller de upphandlingar detta medfört har inte varit möjligt att bedöma inom ramen för utredningens uppdrag.

Gällande landstingets finansieringskostnader för NKS kan utredningen konstatera att det i den analys som genomfördes av Andersson (2010) anges att Kommuninvest hade kunnat låna ut nödvändigt kapital på 30 år till fast ränta om 4,15 procent. Enligt den finansiella modellen uppgår lånen under de 29 åren (8 år byggfas och 21 år driftsfas) till i genomsnitt ungefär 6 miljarder kronor. Upplåning till 4,15 procent fast ränta hade givit en årlig räntekostnad i storleksordningen 250 miljoner kronor, totalt 7,3 miljarder kronor fram till 2040. Enligt den finansiella modellen är räntekostnaden under byggfasen 383 miljoner kronor årligen och under driftsfasen 426 miljoner kronor årligen. Totalt är det 12 miljarder kronor i räntekostnader under 29 år. Skillnaden i årlig finansieringskostnad är alltså ungefär 164 miljoner kronor eller totalt 4,7 miljarder kronor för hela avtalsperioden, vilket bedöms vara den kostnad landstinget betalar för den risköverföring som skett i projektet (riskpremie).

Huruvida riskpremien står i proportion till den egentliga risköverföring som skett i projektet har inte varit möjligt att bedöma inom ramen för utredningens uppdrag. Riskpremien om 4,7 miljarder kronor kan dock ställas i relation till den avtalade byggkostnaden om 14,5 miljarder kronor. Huvuddelen av risken i den här typen av fastighetsprojekt bedöms uppstå i byggfasen enligt vad utredningen erfarit i kontakter med såväl regionen som byggföretag och investerare. Den beräknade riskpremien kan också ställas i relation till de kostnadsökningar som uppstått vid byggnadsinvesteringar i regionens övriga sjukhus som genomförts delvis parallellt med NKS. I budgeten

för 2018 redovisas totalt investeringar om 12 miljarder kronor under genomförande och där nya prognoser för flera av byggprojekten överskred genomförandebesluten (LS 2017-0452). Detta gäller ny behandlingsbyggnad vid Danderyds sjukhus, behandlingsbyggnad, vårdbyggnad och försörjningskvarter vid Södersjukhuset, vårdavdelning och behandling vid S:t Görans sjukhus, vårdavdelningar vid Sollentuna sjukhus. Kostnadsökningen enligt de nya prognoserna i budgeten summerade till 2,3 miljarder kronor.

### 9.5.7 Totalkostnaden för sjukhuset fram till 2040

Totalkostnaden för den nya sjukhusanläggningen i Solna har blivit högre än vad som avtalades i projektavtalet. Detta på grund av förändringar i beställningen som landstinget gjort under byggtiden. Dels har nödvändiga anpassningar till inköpt utrustning genomförts, dels har nya vårdplatser tillkommit, till en totalkostnad om 1,7 miljarder kronor. Anläggningen har också blivit större än vad som ursprungligen planerats, vilket medfört ytterligare byggkostnader om 2,3 miljarder kronor. Total byggkostnad för den nya anläggningen är därför 18,5 miljarder kronor mot i OPS-avtalet avtalade 14,5 miljarder kronor.[14] Till detta kommer utrustningsinvesteringar om 4,3 miljarder kronor vilket ger en totalkostnad för byggnation och utrustning av det nya sjukhuset om 22,8 miljarder kronor.

OPS-avtalet omfattar även drift, underhåll och finansiering av den nya sjukhusbyggnaden vilket gör projektet något speciellt då dessa kostnader synliggörs redan i samband med investeringen i byggnaden. Normalt genomförs så vitt utredningen erfar inte totalkostnadsberäkningar av den typ som ett OPS-avtal medför. Kostnader för drift och underhåll under anläggningens beräknade livslängd beslutas vanligen löpande. Totalkostnaden för det nya sjukhuset fram till 2040 är enligt OPS-avtalet 52,2 miljarder kronor, vilket omfattar dels byggnaden 14,5 miljarder kronor, drift 15 miljarder kronor, underhåll 4,3 miljarder kronor och finansiering 17,4 miljarder kronor, samt en mindre post indirekta kostnader (LS 2015-1062). Den refinansiering och amortering som landstinget genomförde under

[14] Se till exempel Årsredovisning 2018 (LS 2018-1077 och RS 2019-0366) och Budget 2019 (LS 2017-1455). En presentation av beräknad totalkostnad finns på www.sll.se/verksamhet/halsa-och-vard/Aktuella-projekt-Halsa-och-vard/Nya-Karolinska-Solna/Avtal-tidplan-och-kostnader-for-Nya-Karolinska-Solna/

2018 medför tillsammans med indexering av modellen en reducering av totalkostnaden med 4,1 miljarder kronor (LS 2018-0105).

Den höga totalkostnaden fram till 2040 inkluderar underhåll, och syftar till att skapa en garanti för att byggnaden år 2040 är i motsvarande skick som vid inflyttningen. Denna typ av långsiktigt åtagande gällande byggnadsinnehåll på en jämförelsevis hög kvalitetsnivå framstår som ovanlig för svenska sjukhus. Det långsiktiga åtagandet gör att den beräknade totalkostnaden blir hög. Utredningen har inom ramen för detta uppdrag inte kunnat finna underlag för att bedöma om det långsiktiga underhållsåtagandet är kostnadseffektivt eller inte. Region Stockholm har även kommunicerat att totalkostnaden fram till 2040 inklusive drift och underhåll för den totala investeringen i det nya sjukhuset uppgår till 57 miljarder kronor. Detta efter genomförandet av refinansieringen 2018. Totalkostnaden omfattar alltså både den del som omfattas av OPS-avtalet och ytterligare investeringar i befintliga byggnader. Det är dock inte klart för utredningen vilka kostnader utöver byggnadsinvesteringar som inkluderats i denna beräkning och om den därmed är jämförbar med totalkostnaden enligt OPS-avtalet.

2012 tog landstinget in externt stöd för att förstärka riskbedömningen i samband med de kommande årens investeringar.[15] Konsulterna analyserade i detta sammanhang även NKS och OPS-lösningen. Kostnadsjämförelser visade att NKS beräknades bli 53 procent dyrare per kvadratmeter än genomsnittet för skandinaviska jämförelsesjukhus. Skillnaderna förklarades med högre standard, förhållanden på byggplatsen, tidsram och OPS-relaterad risköverföring. En strategi för kostnadsreducering vid NKS föreslogs, vilken bland annat omfattade att undersöka möjligheterna till kostnadsreduceringar i byggnation och finansiering, till exempel genom att lyfta ut patienthotellet från OPS-avtalet och överlåta finansieringen till en kommersiell aktör och att förändra strålbyggnadens användning.

Utredningen konstaterar att ambitionerna för det nya sjukhuset har varit höga. Byggprojektets genomförande har betraktats som komplext och riskfyllt, vilket hanterats genom OPS och risköverföring till den privata aktören. För denna riskhantering av byggnationsdelen betalar landstinget en riskpremie. Utredningen har ana-

[15] *Kostnads- och investeringsanalys. Rapport till finanslandstingsrådet avseende bedömningar 2012 med blick framåt kring kostnader och investeringar som görs i Stockholms läns landsting.* Dnr saknas.

lyserat den finansiella modellen som ingår i avtalet. Det har inte bedömts vara möjligt inom ramen för utredningens uppdrag att bedöma om storleken på riskpremien står i proportion till risköverföringen i projektet. Utredningen konstaterar att landstinget under projektets gång gjort förändringar för att reducera kostnaderna. Den politiska ledningen i Stockholms läns landsting som drivit igenom sjukhusinvesteringen har även uttalat att totalkostnaden för sjukhuset borde ha varit lägre (DN 2018-04-11).

### 9.5.8 Summering av finansiering och byggnation

Ambitionsnivån för NKS var hög, byggnaden skulle vara flexibel och svara mot framtida behov. Resultatet blev ett sjukhus som i en konsultrapport beställd av Stockholms läns landsting bedömdes vara 53 procent dyrare än skandinaviska jämförelsesjukhus på grund av högre standard och OPS-relaterad risköverföring.

OPS avfärdades tidigt som finansieringslösning på grund av kostnad och att det inte förelåg något finansieringsproblem. Senare förordades OPS i externa konsultunderlag med argument om riskhantering och konkurrens vilket blev avgörande för beslutet att välja OPS. Det framgår inte om det har genomförts analyser av alternativa modeller till OPS för riskhantering i projektet.

Byggnaden enligt den ursprungliga beställningen färdigställdes såvitt utredningen erfar i tid och till avtalad kostnad. Kostnadsökningar har uppkommit genom förändringar i beställningen. Utredningens analyser indikerar att riskpremien som betalas i projektet uppgår till totalt 4,7 miljarder kronor. I vilken mån denna kostnad står i proportion till uppnådd risköverföring har inte varit möjligt att bedöma inom utredningens uppdrag. OPS-lösningen hanterar endast byggnationsrisker. Riskerna kopplade till övriga delar av NKS-arbetet (till exempel verksamhetsrisker) hanteras inte av OPS-lösningen.

Landstingsfullmäktige beslutade att en förutsättning för att genomföra upphandlingen av byggnationen genom OPS var att tillräcklig konkurrens uppnåddes. Ett anbud inkom vilket bedömdes vara tillräckligt. De följande förhandlingarna innebar att byggnaden förändrades genom materialval och minskade ytor då besparingar om 1,25 miljarder kronor krävdes för att investeringen skulle rymmas inom beslutad ram.

Det nya sjukhuset är större än vad som ursprungligen avtalades, dels genom att delar av befintliga byggnader behållits, dels genom ökning av antalet vårdplatser vilket delvis finansierades genom privatisering av patienthotellet. Den totala investeringen i byggnad och utrustning för det nya sjukhuset är 22,8 miljarder kronor. Totalkostnaden för att bygga och driva den nya sjukhusbyggnaden fram till 2040 är enligt OPS-avtalet 52,2 miljarder kronor. Detta omfattar förutom investering i byggnaden enligt ursprunglig beställning, projektbolagets finansiering samt kostnader för drift och underhåll. Därefter genomförd refinansiering och indexering har sänkt den beräknade totalkostnaden för OPS-avtalet med 4,1 miljarder kronor. Hur stor del av landstingets egna finansieringskostnader som ingår i dessa siffror är oklart. Region Stockholm kommunicerar även att totalkostnaden fram till 2040 för hela det nya sjukhuset efter refinansiering genomförd 2018 är 57 miljarder kronor. Totalkostnaden omfattar alltså både den del som omfattas av OPS-avtalet och ytterligare investeringar i befintliga byggnader.

Den höga totalkostnaden fram till 2040 inkluderar underhåll och syftar till att skapa en garanti för att byggnaden år 2040 är i motsvarande skick som vid inflyttningen. Denna typ av långsiktigt åtagande gällande byggnadsinnehåll på en jämförelsevis hög kvalitetsnivå framstår som ovanlig för svenska sjukhus, och gör att den beräknade totalkostnaden blir hög. Utredningen har inte kunnat finna underlag för att bedöma om det långsiktiga underhållsåtagandet är kostnadseffektivt eller inte.

## 9.6 Exemplet NKS – organisation och verksamhetsmodell

### 9.6.1 Den nya sjukhusbyggnaden ställer inte krav på en ny verksamhetsmodell

I visionen för NKS var utgångspunkten ”patienten först” där vården skulle organiseras runt patienten. Ytterligare en tanke som uttalades redan i samband med arkitekttävlingen 2005 var att sjukhusbyggnaden skulle utgå från teman och funktioner. Vad en sådan inriktning skulle innebära för sjukhusets organisation uttalades dock inte. Flera organisatoriska möjligheter var möjliga genom den flexibla byggnaden. NKS-förvaltningen föreslog utifrån sin internationella

utblick att NKS skulle organiseras utifrån ett processorienterat perspektiv, där de gamla klinikstrukturerna övergavs till förmån för tematiska områden och centrumbildningar. Politiska representanter för landstinget uttalade att vården på sjukhuset skulle organiseras i teman. Något politiskt beslut om att byggnaden ställer krav på en ny organisationsmodell på sjukhuset har dock inte fattats.[16]

När Karolinska Universitetssjukhuset fick ansvaret för implementeringen av NKS arbetade sjukhuset sedan ett antal år med så kallad flödesorientering där utgångspunkten var ”patienten först!”. Patientflöden kartlades och inriktningen var att fortsätta utveckla det flödesorienterade arbetet och föra in det på NKS. Av utredningens intervjuer med dåvarande företrädare för Karolinska Universitetssjukhuset framgår att de bedömde att några stora organisationsförändringar inte behövde göras. För att kunna följa upp vårdkvalitet togs dock ett koncept benämnt ”värdebaserad vård” in i verksamhetsplanen för 2014 som ett komplement till flödesmodellen. På så vis samordnades patientfokus, flödesorientering och värdebaserad vård. Parallellt med detta pågick det omfattande arbetet med att fastställa verksamhetsinnehållet för sjukhuset, planera inför inflyttningen till NKS och förbereda personalen för att arbeta i den nya byggnaden.

### 9.6.2 Ny sjukhusledning fokuserar på värdebaserad vård

2012 påbörjade Karolinska Universitetssjukhuset det omfattande arbetet med att ta fram förslag till verksamhetsinnehåll för sjukhuset och förbereda verksamheten inför den första inflyttningen till NKS 2016. Parallellt med detta hanterade man den löpande vårdproduktionen och ekonomiska utmaningar för sjukhuset.

Karolinska Universitetssjukhuset fick 2014 en ny styrelseordförande som tog fram en strategisk inriktning för sjukhuset. Visionen för sjukhuset formulerades som värdebaserad och högspecialiserad vård i världsklass. Samma år rekryterades också en ny sjukhusdirektör och en ny funktion som produktionsdirektör tillsattes. Produktionsdirektören rekryterades från konsultföretaget Boston Consulting Group (BCG). Företaget hade tidigare anlitats av sjukhuset för stöd i arbetet med verksamhetsinnehållet för NKS. Den nya sjukhusdirektören och produktionsdirektören lyfte upp konceptet värde-

[16] För närmare beskrivning och referenser, se kapitel 8.

baserad vård på dagordningen. Målsättningen var att åstadkomma resultat som gör skillnad för patienten. För att kunna nå denna målsättning måste sjukhuset enligt sjukhusdirektören organiseras utifrån patientens väg genom sjukhuset. En ny verksamhetsmodell behövdes.[17]

Parallellt med det omfattande arbetet med verksamhetsinnehållet och förbereda för flytt påbörjades alltså ett omfattande förändringsarbete som skulle påverka grunderna för både organisation och arbetssätt på sjukhuset. Utredningen bedömer att en sådan genomgripande förändring som genomförs på så pass kort tid innebär en stor utmaning för verksamheten och för medarbetarna och att det ökar komplexiteten och riskerna i ett redan komplext och riskfyllt projekt.

### 9.6.3 Ny verksamhetsmodell ska lösa sjukhusets problem

Som utgångspunkt för behovet av en ny verksamhetsmodell beskrev den dåvarande sjukhusdirektören ett antal utmaningar för sjukhuset och universitetssjukvården. Det handlade om silotänk och brist på helhetssyn, stora skillnader i vårdresultat och återkommande problem med ekonomin. En ny verksamhetsmodell behövde därför utvecklas. Målet för arbetet med den nya modellen var en tematisk organisation. Den skulle utvecklas stegvis och utgå från ”emergent and adaptive change approach”, det vill säga en framväxande process som utgick från verksamheterna. Någon färdig plan redovisades inte. Förändringen skulle ske stegvis och först ut var de verksamheter som först skulle flytta in på NKS.[18]

Utredningens genomgång visar att förslaget till ny verksamhetsmodell togs fram snabbt: från att förslaget först presenterades för styrelsen i maj 2015, samverkades med personalorganisationerna i juni 2015 till att modellen beslutades av styrelsen i januari 2016. Förslaget innebar att sjukhusets divisionsbaserade organisation skulle ersättas med en tematisk organisation med teman och funktionsområden. Som underlag för beslutet fanns erfarenhet från tio pilotpatientflöden på sjukhuset som testat modellen. Det fanns inte någon jämförbar internationell empirisk erfarenhet att tillgå. Trots det var

[17] För närmare beskrivning och referenser, se kapitel 8.
[18] Ibid.

ledningens förslag att genomföra förändringen på hela sjukhuset. Modellen skulle införas parallellt med förberedelse inför flytt till NKS.

Läkarföreningen var starkt kritisk till förslaget och ifrågasatte bland annat om den föreslagna förändringen skulle lösa sjukhusets problem. De saknade fakta om varför en matrisorganisation hade valts och menade att den kunde bli kostnadsdrivande i ett skede där de ekonomiska förutsättningarna inte tillät ökade kostnader. Det framgick inte heller hur man beaktat konsekvenserna för utbildning på olika nivåer när man tog bort klinikerna. Läkarföreningen menade också att den föreslagna verksamhetsmodellen inte var nödvändig för att uppfylla det politiska beslutet om tematisk vård.

### 9.6.4 Styrelsen beslutar om den nya verksamhetsmodellen

Trots kritiken från Läkarföreningen tas verksamhetsmodellen i början av 2016 upp i styrelsen för beslut. Enligt förslaget ska sjukhusets nya organisation struktureras i sju teman (som fördelas på patientflöden) och fem funktionsområden (som samlar expertis som stöttar patientflödena). I både teman och funktionsområden ska alla uppdrag som ligger på universitetssjukhuset integreras – vård, forskning och utbildning. Sjukhusdirektören beskriver organisationsförändringen som en utmaning, men en nödvändig sådan.[19] En skriftlig modell tas fram som i huvudsak beskriver de olika chefsrollerna i organisationen. Det framgår inte hur många chefer den nya organisationen omfattar totalt sett. Men att det är många chefer som ska rekryteras är klart. Begreppet verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen nämns inte i modellen. Arbetsmiljöansvaret beskrivs i modellen, däremot beskrivs inte patientsäkerhetsansvaret närmare.

I de riskanalyser som presenteras för styrelsen[20] lyfts risker som rör dels själva modellen, dels den snäva tidplanen för införande av modellen inför den första inflyttningen i NKS hösten 2016. En risk som beskrivs är att den nya organisationen kan uppfattas som otydlig, problem som uppstår i skärningar mellan teman och funktionsområden kan behöva eskaleras och vissa roller kan bli otydliga. Risken med den snabba processen för att rekrytera chefer till den nya organisationen är att sjukhuset inte lyckas attrahera de bästa

[19] Protokoll 1/2016, 2016-01-08.
[20] För referenser, se kapitel 8.

externa kandidaterna. Det redovisas också risk för ökad personalrörlighet. Begränsningar i it-systemen kan medföra att potentialen i den nya modellen inte kan realiseras fullt ut. Patientsäkerhetsrisker tas inte upp. Arbetsmiljörisker identifieras.

En återkommande fråga från styrelsen rör hur specialiteterna hanteras i den nya organisationen.[21] Enligt styrelsen var det viktigt att hålla ihop specialiteterna och de såg en risk för en otydlig ledningsstruktur. Styrelsen lyfte också betydelsen av att kunna hantera risker i samband med så stora förändringar. Om detta även inkluderade risker för patientsäkerhetsperspektivet är oklart. Patientsäkerhet lyftes inte fram specifikt av styrelsen, utifrån de underlag utredningen tagit del av.

Efter att styrelsen beslutat om den nya verksamhetsmodellen tar rekryteringsprocessen av chefer till den nya organisationen vid. Eftersom de nya chefstjänsterna inte funnits inom svensk sjukvård tidigare fanns det vissa oklarheter om vad tjänsterna innebar, vilka krav som ställdes och vilken kompetens som efterfrågades. Enligt uppgift från företrädare för Karolinska Universitetssjukhuset var ett stort antal av cheferna i slutändan internrekryterade och ett flertal hade ingen tidigare chefserfarenhet. Arbetet med att utveckla modellen för de verksamheter som skulle flytta in på NKS fortgick parallellt med detta. Utöver utformningen av verksamheten inom teman, patientflöden och funktioner skulle medarbetare placeras in i den nya organisationen och en ny styrmodell utvecklas. Ett nytt it-system och digitala styrkort skulle också tas fram.

Vad utredningen erfar fanns viktiga beståndsdelar i verksamhetsmodellen inte på plats i samband med den första inflyttningen till NKS hösten 2016. Det fanns också oklarheter kring ansvar och roller i den nya verksamhetsmodellen.

### 9.6.5 Ny styrelse följer upp verksamhetsmodellen

Under 2016 börjar värdebaserad vård och införandet av den nya verksamhetsmodellen på Karolinska Universitetssjukhuset kritiseras och debatteras i media. Kritiken handlar bland annat om att värdebaserad vård är en managementmodell framdriven av konsulter utifrån felaktiga utgångspunkter om hälso- och sjukvårdens problem.

[21] För referenser, se kapitel 8.

Kritikerna hänvisar till internationella studier som visar på tveksamma effekter av managementsystem som värdebaserad vård. De pekar också på risker med att förändringar i vården drivs på av aktörer som har andra incitament än patientens bästa, exempelvis att man väljer att förändra fel saker. Det kan få negativa konsekvenser för vården för lång tid framåt. Utöver det granskas konsultupphandlingar, konsultkostnader och jäv i media. Internrevisionen på Karolinska Universitetssjukhuset granskar avrop, konsultavtal och konsultkostnader och riktar kritik mot hur detta har hanterats på sjukhuset.

Den politiska ledningen för Stockholms läns landsting meddelar 2018 att en ny styrelse ska tillsättas för Karolinska Universitetssjukhuset.[22] Detta som en del i en omstart för sjukhuset. Den nya styrelsen beslutar att följa upp verksamhetsmodellen och se hur väl den fungerar i förhållande till hur den var tänkt att fungera.

### 9.6.6 De problem som modellen skulle lösa kvarstår eller har förvärrats

Den nya styrelsens vårdutskott presenterade uppföljningen i början av 2019 (K 2019-1469). Den visar att flera av de problem som modellen skulle lösa snarare har förvärrats efter införandet av den nya verksamhetsmodellen. Det kan finnas flera orsaker till detta, men vårdutskottet bedömer att verksamhetsmodellen är en bidragande faktor.

Exempelvis skulle modellen bidra till helhetssyn på verksamheten i stället för silotänk. Uppföljningen visar att verksamhetsmodellen i stället ökat fragmentisering och stuprörstänkandet. Modellen skulle också bidra till att få ordning på sjukhusets ekonomi. Men avsaknaden av fungerande it-system har bland annat inneburit att förstalinjens chefer inte kunnat följa upp den egna verksamhetens ekonomi eller resultat. Sjukhusets ekonomiska problem har snarare försämrats. Vad gäller resultat i vården är det för tidigt att bedöma menar man i uppföljningen. Resultatuppföljningen försvåras av att det i många fall saknas utfallsmått att mäta resultaten mot. Vissa verksamheter kan dock visa på förbättrade resultat. Ytterligare ett problem som lyftes fram var ojämn kvantitet och kvalitet på forskning och utbildning. Uppföljningen visar att företrädare för utbildning på såväl grund-, AT- och ST-utbildning för läkare är oroliga över utbildningens

[22] www.dn.se/debatt/vi-i-alliansen-byter-ut-styrelsen-for-karolinska/

position på sjukhuset. Det beror dels på det ändrade uppdraget för NKS, dels på svårigheter att mobilisera tillräckliga handledarresurser. Förutsättningarna för den kliniska forskningen bedöms dock vara stark även om det finns en oro över återväxten bland kliniska forskare. Relationerna till Karolinska Institutet är avgörande. Personalförsörjningen var ett annat problem. Uppföljningen visar att kompetensförsörjningen är ett fortsatt stort problem. Många är oroade över kompetensflykten, inte minst på akutmottagningen. Vårdutskottet pekar också på att den nya organisationen fått konsekvenser för multisjuka patienter som varit svåra att placera in bland smala patientflöden.

Flera av de risker som lyftes upp när modellen skulle beslutas 2016 har också blivit realitet. Styrelsens uppföljning visar att det uppstått oklarheter kring ansvar och beslutsfattande i organisationen. Besluten uppfattas ha centraliserats i högre grad. Att ett fungerande itsystem inte funnits och ännu inte finns på plats har påverkat möjligheten att styra både verksamhet och ekonomi.

### 9.6.7 Verksamhetsmodellen vid Karolinska Universitetssjukhuset i dag

Styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset beslutade i januari 2019 om ett antal åtgärder med anledning av uppföljningen av verksamhetsmodellen. Sjukhusdirektören gavs i uppgift att vidta åtgärder för att förtydliga ansvar och delegation på olika beslutsnivåer i organisationen. Särskilt skulle rollen verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen belysas. Sjukhusdirektören fick också i uppdrag att utifrån både verksamhetsmässiga och ekonomiska skäl göra en fortsatt översyn av organisationen kring patientflöden och medicinska specialiteter. Särskilt skulle möjligheterna att minska uppdelningen av medicinska specialiteter på olika teman/patientområden ses över.

Med anledning av detta har flera förändringar genomförts i verksamhetsmodellen. Teman och funktionsområden ligger fast, men antalet patientflöden har minskats. Från den 1 januari 2020 finns ett 80-tal patientflöden. Antalet chefer i organisationen har minskat från drygt 900 till cirka 680 chefer. Rollen som verksamhetschef är tydliggjord i verksamhetsmodellen. Varje patientflöde har en medicinsk chef och en omvårdnadschef. Enligt den nuvarande sjukhusdirektören har ambitionen varit att tydliggöra vem som ansvarar för

vad i organisationen och därmed minska gråzonerna när det gäller ansvar och mandat. Sjukhusdirektören menar dock att det alltid kommer att finnas gråzoner, det är svårt att ta bort dem helt. Man har också arbetat med informationsförsörjningen till första linjens chefer och enligt sjukhusdirektören finns i dag it-system på plats. Patientsäkerhet ingår som en del i det löpande kvalitetsarbetet på sjukhuset. Ambitionen är fortsatt att arbeta med ständiga förbättringar och anpassa modellen utifrån behov.

Utredningen har tagit del av den senaste medarbetarenkäten för sjukhuset. Syftet med medarbetarundersökningen är bland annat att undersöka den psykosociala arbetsmiljön och ge stöd i förbättringsarbete. Resultatet ska ligga till grund för verksamheternas strategiska arbetsmiljö- och hälsoarbete. En jämförelse med 2017 visar att totalindex gått upp från 70 till 71 (av 100). Medarbetarindex har ökat från 73 till 74 medan ledarskapsindex ligger kvar på 75. Kompetensutvecklingsindex som var nytt i undersökningen låg på 70. De högsta värdena noteras för meningsfulla arbetsuppgifter, motivation i arbetet och att cheferna behandlar medarbetarna med respekt. Lägst värden noteras för inflytande över planeringen av arbetet, rimlig arbetsbelastning, stolthet över att arbeta på Karolinska Universitetssjukhuset och förtroende för sjukhusets ledning (sjukhusdirektör och ledningsgrupp). Förtroendet för ledningen har dock ökat mellan 2018 och 2019 (från 35 till 41). Siffrorna är i regel något lägre för läkarna än för sjuksköterskor, undersköterskor och övriga.

## 9.7 Exemplet NKS – regionala och nationella kontrollmekanismer

### 9.7.1 Regionala kontrollmekanismer har fokuserat på bygginvesteringen

Utredningen konstaterar att det är ett mycket stort och komplext förändringsarbete av hälso- och sjukvården som Region Stockholm genomfört och fortfarande håller på att genomföra. Bygginvesteringen i NKS har beskrivits som den vid tiden hittills största i landstinget. NKS-projektet är dock inte bara ett byggprojekt utan lika mycket ett verksamhetsprojekt. Kontrollmekanismer på olika nivåer är viktiga för att säkerställa att projekt genomförs enligt beslut, plan och budget. Riskarbete (riskanalyser och åtgärder) i projektet är en

del av detta liksom väl underbyggda beslutsunderlag i beslutsprocessen samt regionrevisorernas granskning. Utöver detta finns också interna kvalitetsutvecklingssystem i regionerna.

Det konstaterades tidigt av flera aktörer i landstinget att NKS-projektet inte enbart var ett byggprojekt utan lika mycket ett verksamhetsprojekt. I en av konsultrapporterna som låg till grund för beslutet om OPS står exempelvis att komplexiteten i projektet i första hand ligger i högspecialiserad vård och relationerna till Karolinska Institutet och forskning, inte i själva byggprocessen. Vad utredningen erfar fokuserade riskarbetet i NKS-projektet dock på byggnationen och bygginvesteringen. Här finns löpande riskanalyser och identifierade risker har hanterats. Ett argument för valet av OPS som genomförandeform var dessutom att kunna hantera risker i byggprojektet.

När det gäller processen att fastställa verksamhetsinnehållet för NKS framstår riskarbetet som mer sporadiskt. Riskanalyser har gjorts men inte lika strukturerat som för byggprocessen. De risker som identifieras är desamma över tid och handlar i huvudsak om att olika aktörer (främst Karolinska Institutet och personalorganisationerna vid Karolinska Universitetssjukhuset) kan motsätta sig projektet eller ha en annan uppfattning om hur projektet ska utvecklas. Åtgärderna är att låta dem medverka i referensgrupper. Utredningen har dock fått uppfattningen att flera aktörer inte kände sig tillräckligt delaktiga i processen och att de till och med i vissa fall stängdes ute. Detta fick senare konsekvensen att ansvar och organisation för projektet ändrades. Risker för patientsäkerheten lyfts inte upp i de riskanalyser avseende verksamhetsinnehållet som utredningen tagit del av.

Även inom ramen för planeringen och genomförandet av Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS) har riskarbetet fokuserat på investeringar och investeringsbehovet i regionen samt långsiktiga ekonomiska konsekvenser. Det har bland annat resulterat i att investeringar prioriterats och förskjutits i tid för att svara mot kraven på en ekonomi i balans. Så vitt utredningen erfar har riskarbetet vad gäller det omfattande genomförandet av strukturförändringen av hälso- och sjukvården i länet, bland annat omfördelningen av vård och patientgrupper mellan vårdaktörer, inte varit lika omfattande.

### 9.7.2 Konsekvensanalyser inför beslut

Löpande konsekvensanalyser är viktiga för att ge förutsättningar för berörda aktörer att vara delaktiga och i tid kunna planera och vidta åtgärder som del i förändringen. Större strukturförändringar inom hälso- och sjukvården får konsekvenser för patienter, personal och vårdgivare. För patienterna kan det handla om att vård lokaliseras till en annan vårdgivare eller till en annan nivå i sjukhusstrukturen. För personalen kan förändringarna innebära att man behöver byta arbetsgivare eller att man får nya förutsättningar för arbetsmiljö och arbetssätt. För vårdgivare, som exempelvis Karolinska Universitetssjukhuset, innebär ett förändrat uppdrag nya ekonomiska förutsättningar. Dessutom får förändringarna konsekvenser för förutsättningar för utbildning och forskning.

Utredningen har försökt få en uppfattning om vilka konsekvensanalyser som tagits fram inför besluten om ny hälso- och sjukvårdsstruktur, byggnationen av NKS, verksamhetsinnehållet för Karolinska Universitetssjukhuset och Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). Enligt företrädare för Region Stockholm har flera konsekvensanalyser gjorts i olika skeden, och i vissa fall har besluten anpassats utifrån vad som kommit fram i analyserna. Utredningen har endast fått del av de konsekvensanalyser som gjorts avseende bygginvesteringar enligt Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). Av utredningens intervjuer med företrädare för Karolinska Institutet framgår att institutet presenterat flera konsekvensanalyser för utbildning och forskning med anledning av förändringarna i hälso- och sjukvårdsstrukturen i regionen. Enligt företrädare för Karolinska Institutet har Region Stockholm inte beaktat dem. När det gäller beslut om ny verksamhetsmodell vid Karolinska Universitetssjukhuset har utredningen inte tagit del av eller funnit några konsekvensanalyser.

### 9.7.3 Regionrevisorerna har en viktig roll

Regionrevisorerna har en viktig roll att löpande granska den interna styrningen och kontrollen inom förvaltningen, men också att granska specifika projekt eller satsningar utifrån politiska beslut.

Fokus har, precis som i övriga delar inom landstinget, legat på upphandling och genomförande av byggnationen av det nya universitetssjukhuset. Granskningarna har avsett upphandlingen av bygg-

nationen genom OPS, byggnationen, upphandlingen av IKT-infrastruktur och refinansieringen. Vad utredningen erfar har inte några specifika granskningar gjorts av processen för att fastställa verksamhetsinnehållet för NKS. Detta trots att revisorerna tidigt i en granskning om strukturförändringsarbetet i sjukvården pekade på att en omsorgsfull genomlysning av inriktning och volym för sjukhuset skulle kunna förhindra senare fördyringar. Vad utredningen erfar har revisorerna inte heller följt upp genomförandet utifrån inriktningsbeslutet om en ny hälso- och sjukvårdsstruktur. Från 2012 har regionrevisorerna däremot löpande granskat den regionala förändringen av hälso- och sjukvårdsstrukturen inom ramen för Framtidens Hälso- och sjukvård (FHS). Där har revisorerna också kommit med flera viktiga slutsatser och rekommendationer.

### 9.7.4 Ingen nationell aktör samordnar eller kontrollerar hälso- och sjukvårdens planering och strukturförändring

NKS och förändringen av hälso- och sjukvårdsstrukturen i Region Stockholm är tydliga exempel på större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården.

Fram till 1990-talet fanns olika nationella aktörer som hade uppdrag och ansvar att i olika avseenden samordna och ge stöd till landstingen i hälso- och sjukvårdsplaneringen och i samband med planering och byggnation av bland annat sjukhus. Det fanns också nationella aktörer som prövade och godkände byggnation och investeringar som planerades på regional nivå. I dag finns inga aktörer på nationell nivå som har ett motsvarande ansvar att följa upp eller stödja regional planering och investeringar i hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen har ett ansvar för den nationella högspecialiserade vården och Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar om tillstånd för sådan vård. Socialstyrelsen har dock inget ansvar eller mandat att ha synpunkter på hur den vård som är högspecialiserad, men inte definieras som nationell högspecialiserad vård, ska fördelas eller organiseras inom en region eller mellan regioner. Avgränsningen av vad som är nationell högspecialiserad vård är här av stor betydelse.

### 9.7.5 Upphandlingen har bedömts uppfylla lagkraven

I de prövningar av upphandlingen av byggnationen genom OPS som genomförts har den bedömts uppfylla upphandlingsrättsliga krav. Konkurrensverket har gjort denna bedömning (dnr 428/2914 och 87/2015). Upphandlingen har även prövats rättsligt efter överklaganden av privatpersoner. Dessa överklaganden har avvisats (Mål nr 30154-10, 31655-10, samt 33444-10).

Att en upphandling genomförs i enlighet med gällande regelverk innebär dock ingen garanti för att det blir en god affär. En sådan bedömning ingår inte heller i Konkurrensverkets tillsynsuppdrag. I den nationella upphandlingsstrategin betonas att strategisk användning av upphandling är en förutsättning för att uppnå en god affär. Upphandlingsmyndigheten som har ett stödjande uppdrag och ska främja effektiv upphandling och att upphandling hanteras strategiskt har som en följd av upphandlingen av NKS tagit fram ett stödjande material för funktionsupphandling.

### 9.7.6 Brister i patientsäkerhetsarbetet har konstaterats

Patientsäkerheten är en viktig parameter att säkerställa i samband med strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården. Av patientsäkerhetslagen framgår kraven på vårdgivare att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.

Utredningen konstaterar att patientsäkerhetsperspektivet funnits med i planeringen av sjukhusbyggnaden. Frågan är dock komplex. Enskilda lösningar kan vara patientsäkra ur ett perspektiv men riskera att påverka patientsäkerheten ur ett annat. Valet av enkelrum på sjukhuset är ett sådant exempel, där risken för smittspridning bedöms minska samtidigt som enkelrum ställer större krav på övervakning av patienter. När det gäller planeringen av verksamhetsinnehållet för NKS har risker för patientsäkerheten inte lyfts fram specifikt. I stället har andra risker varit i fokus.

Att säkerställa patientsäkerheten är centralt vid omorganisationer och införande av nya verksamhetsmodeller. Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten och vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av

vårdskador. Vad utredningen erfar berörs patientsäkerhet i beskrivningen av den nya verksamhetsmodellen, men på ett mycket övergripande sätt. Risker för patientsäkerheten ingick inte i de riskanalyser som presenterades för styrelsen i samband med beslut och införande av den nya verksamhetsmodellen. Det framgår inte att styrelsen ställde några frågor om detta. Vad utredningen erfar är det oklart om det bedrevs något systematiskt patientsäkerhetsarbete på sjukhuset under ett antal år efter att den nya verksamhetsmodellen implementerades 2016. I dag beskriver företrädare för sjukhuset att ett systematiskt patientsäkerhetsarbete åter är på plats. I den uppföljning av verksamhetsmodellen som den nya styrelsen för sjukhuset redovisade 2019 pekade man på att de patientsäkerhetsproblem som rapporterats i hög grad berodde på hög personalomsättning och bristande klinisk kompetens. Utredningen bedömer dock, bland annat med stöd av den externa utredning som Karolinska Universitetssjukhuset lät göra avseende försenade canceroperationer 2017 (K 2018-0986), att de oklara ansvarsrollerna i modellen kan ha bidragit till en försämrad patientsäkerhet vid sjukhuset.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ansvarar för tillsyn inom hälso- och sjukvården och prövar ärenden enligt lex Maria. Under perioden 2014–2019 har IVO hanterat ett stort antal lex Maria-ärenden som rör Karolinska Universitetssjukhuset. Utredningen har dock inte kunnat få information om ifall antalet anmälningar är fler jämfört med andra perioder och i förhållande till andra stora sjukhus. IVO har i sin tillsyn granskat olika verksamheter vid sjukhuset, exempelvis akutverksamheten och barnsjukvården och pekat på vissa brister. Vad utredningen erfar har IVO inte granskat det systematiska patientsäkerhetsarbetet vid sjukhuset som helhet under perioden 2014–2019 eller hur patientsäkerhetsperspektiv säkerställts i samband med framtagande och införande av den nya verksamhetsmodellen vid sjukhuset. Utredningen bedömer att IVO har en viktig roll att bedriva tillsyn av patientsäkerheten i samband med införande av nya verksamhetsmodeller och större omorganisationer. Det hade varit värdefullt om IVO redan i ett tidigt skede kunnat peka på brister i modellen utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

Statens haverikommission (SHK) genomför undersökningar enligt lagen (1990:712) om undersökning av olyckor. Även händelser inom hälso- och sjukvården som medfört att någon omkommit eller allvarligt skadats kan undersökas av SHK. SHK gjorde en utredning i

samband med ett dödsfall vid hjärtkliniken på Karolinska Universitetssjukhuset 2010. Rapporten presenterades 2013. Därefter har myndigheten inte gjort några utredningar. Vad utredningen erfar kontaktades SHK angående förhållandena på NKS i samband med att verksamheten flyttade in i de nya lokalerna 2016. Det som framkom i dessa kontakter föranledde dock inte SHK att inleda någon utredning. Regeringen kan ge SHK i uppdrag att utreda enskilda händelser. Regeringen har dock inte gett något uppdrag till SHK att granska händelser vid Karolinska Universitetssjukhuset. SHK har analyserat förutsättningarna för att genomföra ytterligare utredningar inom hälso- och sjukvården. Sådana utredningar skulle enligt SHK kunna vara ett viktigt komplement till de utredningar som vårdgivare själva genomför och till den tillsyn som bedrivs av IVO. I budgetunderlaget för 2020–2022 lyfter SHK fram att det krävs regelbundenhet i SHK:s utredningar av allvarliga olyckor och tillbud inom hälso- och sjukvården för att de ska kunna få ett tillräckligt stort genomslag i form av förbättrad patientsäkerhet. Det kräver enligt SHK att regeringen utökar anslaget till myndigheten.

### 9.7.7 Även brister i arbetsmiljön har konstaterats

Arbetsmiljöverket ansvarar för tillsyn av arbetsmiljölagen och arbetstidslagen. Myndigheten har genomfört inspektioner i samband med byggnationen av det nya sjukhuset. I samband med inflyttningen till NKS och införandet av den nya verksamhetsmodellen vid Karolinska Universitetssjukhuset framfördes klagomål på arbetsmiljön. Arbetsmiljöverket har, som beskrivits i kapitel 8, behandlat tre anmälningar angående ingripanden enligt 6 kap. 6 a § arbetsmiljölagen (2018/018254, 2018/019006 och 2018/017094). I samband med detta har även inspektioner genomförts. Två av dessa ärenden är avslutade där ett ärende resulterade i föreläggande om åtgärder där arbetsgivaren senare meddelat hur de uppfyller kraven. I det tredje ärendet som avser läkarnas arbetsmiljö har Arbetsmiljöverket beslutat om föreläggande. En del i detta avser hälsosam arbetsbelastning med krav och resurser i balans. Här ska Karolinska Universitetssjukhuset senast september 2020 återkomma till Arbetsmiljöverket med en analys av arbetsförhållanden avseende organisatoriska och sociala faktorer. Analysen ska också omfatta påverkande faktorer och bakomliggande

orsaker till den upplevda arbetsbelastningen. Arbetsmiljöverket pekar på att detta är viktigt för att åtgärderna ska få effekt.

### 9.7.8 Arbetsmiljön en viktig faktor för ökad patientsäkerhet

Enligt direktivet ska utredningen analysera vårdprofessionernas förutsättningar att säkerställa patientsäkerheten i samband med större investeringar och omorganisationer inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen kom i januari 2020 med en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024. I handlingsplanen lyfter Socialstyrelsen fram fyra grundläggande förutsättningar för säker vård: en engagerad ledning och tydlig styrning, en god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens samt patienten som medskapare. Utöver detta betonas att en hållbar arbetsmiljö är viktig för att skapa en god och säker vård. Detta tas också upp i en vägledning från SKL (2013) om patientsäkerhet och arbetsmiljö. I vägledningen pekar SKL (numera SKR) på att patientsäkerhetsarbetet och arbetsmiljöarbetet bör integreras i större utsträckning. Ett integrerat patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete kan enligt SKL bidra till effektivitet, helhetssyn och delaktighet i verksamheten. SKL pekar också på att samverkan mellan arbetsgivare, arbetstagare och skyddsombud är en viktig del i arbetsmiljöarbetet. Motsvarande krav finns inte i patientsäkerhetslagen. Där finns däremot kravet att patienter och deras närstående ska få möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Enligt utredningen visar exemplet NKS på betydelsen av professionernas delaktighet i förändringsprocesser och vilka konsekvenser det får för arbetsmiljön om professionerna inte görs delaktiga. Anmälningarna till Arbetsmiljöverket handlar om upplevda brister både i den fysiska och den psykosociala arbetsmiljön. Utredningens genomgång visar också att det systematiska patientsäkerhetsarbetet har påverkats av de omfattande förändringar som genomförts på Karolinska Universitetssjukhuset. Sammantaget visar detta enligt utredningen på betydelsen av professionernas och medarbetarnas delaktighet i förändringsprocesser och på betydelsen av både ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och systematiskt arbetsmiljöarbete. Det visar också på betydelsen av att genomföra konsekvensanalyser i samband med att förändringar genomförs.

### 9.7.9 Kontrollmekanismer för utbildning och forskning är splittrade på flera aktörer

Den större strukturförändring av hälso- och sjukvården som regeringen och regionerna har påbörjat och som kommer att pågå under lång tid måste säkerställa goda förutsättningar för utbildning och forskning. Utbildning är dessutom avgörande för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården.

Kontrollmekanismerna för utbildning och forskning inom hälso- och sjukvård är uppdelade på flera aktörer. Utredningens bedömning är att det tycks saknas en sammanhängande kontroll av hur förutsättningarna för utbildning och forskning kan säkerställas i samband med större strukturförändringar inom hälso- och sjukvården. Det är inte enbart regionala strukturförändringar i hälso- och sjukvården som påverkar förutsättningarna för utbildning och forskning. Även processen för nationell högspecialiserad vård gör det. Vad utredningen erfar är inte universiteten representerade i arbetet med den nationella högspecialiserade vården.

## 9.8 Rekommendationer

Processen för planering och genomförande av byggnation, verksamhetsinnehåll och organisation för NKS är ett tydligt exempel på en större strukturförändring. Arbetet har varit, och är, komplext och innefattar en mängd samband och beroenden både inom sjukhuset och regionalt. På vissa punkter finns nationella beroenden, till exempel avseende viss högspecialiserad vård och avseende forskning och utbildning.

Även om NKS-exemplet har sina specifika särdrag, så bedömer utredningen att lärdomarna i stor utsträckning är generellt användbara. Frågor om riskhantering, exempelvis hur man håller tidplan och budget är relevanta för många regioner. Likaså frågor om hantering av mångåriga driftskostnadsåtaganden för de sjukhus som byggs samt hantering av kostnadskrävande inköp av medicinteknisk utrustning, där den tekniska utvecklingen går snabbt. Vidare är erfarenheterna av komplex strukturförändring giltiga för flertalet regioner. Frågor om upphandling, organisation, verksamhetsinnehåll samt forskning och utbildning i dagens och morgondagens sjukvård är utmanande,

inte minst kopplat till de nationella och regionala processerna om nära, nivåstrukturerad och högspecialiserad vård.

Ett syfte med kartläggningen av NKS-exemplet som utredningen redovisar i detta betänkande är att bidra till att öka den nationella förmågan vad gäller kunskapsuppbyggande och systematiskt lärande. Utredningen lämnar även ett antal rekommendationer i syfte att stärka förutsättningarna för att lärdomarna ska omhändertas på ett bra sätt. De två första rekommendationerna riktar sig till regeringen. Rekommendationen om styrning och kontroll vid större strukturförändringar och investeringar riktar sig främst till regionerna, men är även relevant för staten och regionerna gemensamt i de processer som parterna har överenskommelser om. Den fjärde och sista rekommendationen riktar sig till regionerna, med undantag för den del som avser forskning, vilken är riktad till regeringen.

### 9.8.1 Förutsättningar för utbildning och forskning

**Utredningens rekommendation:** Förutsättningarna för forskning och utbildning måste säkerställas i samband med större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården. Exemplet NKS och förändringen av hälso- och sjukvårdsstrukturen i Region Stockholm visar på de problem och utmaningar som kan uppstå för utbildning och forskning. Regeringen bör mot den bakgrunden låta utreda hur förutsättningarna för utbildning och forskning inom hälso- och sjukvården ser ut på regional och nationell nivå i dag och hur förutsättningarna kan säkerställas vid fortsatta strukturförändringar och investeringar.

**Skälen till utredningens rekommendation:** Förutsättningarna för forskning och utbildning måste säkerställas i samband med större förändringar inom hälso- och sjukvården. Utredningen har i analysen av NKS gjort flera iakttagelser om att förutsättningarna för utbildning och forskning har försämrats i Stockholmsregionen under de senaste tio åren. Detta trots att flera utredningar tidigt pekade på behovet av att säkerställa goda förutsättningar för utbildning och forskning.

I en uppföljande rektorsrapport från 2019 redovisar Karolinska Institutet konsekvenserna av det förändrade verksamhetsinnehållet vid

NKS. Karolinska Institutet pekar på att samtidigt som investeringar har gjorts i bland annat Bioclinicum vid NKS har vårdinnehållet i Solna smalnats av både vad gäller diagnoser och patientunderlag. Det kraftigt minskade intaget till intensivakuten är en del i detta. Enligt Karolinska Institutet har det fått negativa konsekvenser för bland annat utbildning för läkare och sjuksköterskor. I Region Stockholm saknas i dag platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) och det är bristande kvalitet i utnyttjande och utveckling av verksamhetsintegrerat lärande (VIL). Personalbristen inom sjukvården innebär brist på lärare och handledare vilket gör att många nyutexaminerade och personal från bemanningsföretag får handleda studenter. Det råder också brist på förenade tjänster, som är viktiga för att säkerställa både utbildning och forskning. Framför allt har läkarutbildningen påverkats negativt, men även utbildningar för bland annat sjuksköterskor. På sikt riskerar även forskningen att påverkas negativt.

Det är flera faktorer som påverkar förutsättningarna för utbildning och forskning. Större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården kan innebära att utbildning och forskning behöver läggas på fler aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet. Vid införande av vårdval utförs vården av fler privata aktörer som inte självklart har förutsättningar för eller möjlighet att ta sig an ett utbildningsuppdrag.

Utredningen bedömer, utifrån iakttagelserna från exemplet NKS, att det i dag saknas ett helhetsperspektiv på utbildning, forskning och kompetensförsörjning i förhållande till strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården i Sverige. Det saknas också konsekvensanalyser för hur förutsättningarna för utbildning och forskning påverkas av enskilda beslut och av förändringarna som helhet. Även om ALF-avtalen beskriver mål, organisation och styrning för utbildning och forskning på regional nivå konstaterar utredningen, mot bakgrund av utvecklingen i Region Stockholm, att det inte är en garanti för att en fungerande samverkansorganisation finns på plats. Sammantaget innebär detta risk för att lärande- och examensmål inte kan uppnås, att antalet utbildningsplatser blir färre, vilket försämrar förutsättningarna för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården.

Regeringen bör mot den bakgrunden låta utreda hur förutsättningarna för utbildning och forskning inom hälso- och sjukvården

ser ut på regional och nationell nivå i dag och hur förutsättningarna kan säkerställas vid fortsatta strukturförändringar och investeringar.

### 9.8.2 Tillsyn av hälso- och sjukvården

**Utredningens rekommendation:** Den statliga tillsynen av hälso- och sjukvården bör utvecklas för att öka genomslaget av tillsynens resultat och minska risker för patienter och berörd personal i samband med strukturförändringar och investeringar. Regeringen bör utveckla styrningen av tillsynsmyndigheterna i syfte att göra tillsynen på hälso- och sjukvårdsområdet mer förebyggande. Regeringen bör överväga att ge Statens haverikommission förutsättningar att utöka sin utredningsverksamhet på hälso- och sjukvårdsområdet.

**Skälen till utredningens rekommendation:** Exemplet NKS har aktualiserat statliga tillsynsinsatser inom framför allt patientsäkerhetsområdet (IVO) och arbetsmiljöområdet (Arbetsmiljöverket). De förändringar som genomförts i exemplet NKS är komplexa till sin natur, och visar på samband mellan personalens arbetsmiljö och patientsäkerheten. Det kan inte uteslutas att riskerna för såväl patienter som personal hade kunnat minskas om tillsynsmyndigheterna hade agerat mer proaktivt och samordnat.

NKS-exemplet visar på betydelsen av att vårdgivare säkerställer patientsäkerheten och arbetsmiljön samt bedriver ett systematiskt patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete i samband med större investeringar, omorganisationer och införande av nya styr- och verksamhetsmodeller i hälso- och sjukvården. Utredningen konstaterar att ansvaret för patientsäkerheten respektive arbetsmiljön inte tydliggjorts i den nya verksamhetsmodell som implementerades på Karolinska Universitetssjukhuset från 2016. Patientsäkerhetsrisker har inte lyfts fram i riskanalyser i samband med beslut och införande av den nya verksamhetsmodellen. Under de år som den nya verksamhetsmodellen implementerades på sjukhuset är det oklart om det bedrivits något systematiskt patientsäkerhetsarbete. Den uppföljning som den nya styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset redovisade 2019 pekade på att de patientsäkerhetsproblem som rapporterats i hög grad berodde på hög personalomsättning och bristande klinisk kompe-

tens. Arbetsmiljö lyfts inte fram specifikt i uppföljningen, men merparten av de områden som lyfts upp är nära kopplade till arbetsmiljö. Utredningen bedömer att det inte går att utesluta att den nya organisationen och verksamhetsmodellen bidragit till såväl ökade patientsäkerhetsrisker som ökade risker för en försämrad arbetsmiljö på sjukhuset.

Flera aktörer, bland annat SKL (2013) har pekat på att patientsäkerhetsarbetet och arbetsmiljöarbetet bör integreras i större utsträckning. Det kan bidra till effektivitet, helhetssyn och delaktighet i verksamheten. SKL (numera SKR) pekar också på att samverkan mellan arbetsgivare, arbetstagare och skyddsombud är en viktig del i arbetsmiljöarbetet. Något motsvarande krav finns inte i patientsäkerhetslagen. Där finns däremot kravet att patienter och deras närstående ska få möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. Utredningen bedömer att professionerna har en viktig roll för patientsäkerheten och inte minst i samband med förändringsarbete inom hälso- och sjukvården.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har utrett ett flertal lex Maria-ärenden för Karolinska Universitetssjukhuset under perioden 2014–2019. Några av dem har tagits vidare för uppföljande tillsyn. Det gäller exempelvis de tre fall om försenade canceroperationer i övre buken sommaren 2017, som Karolinska Universitetssjukhuset själva lät utreda genom en extern utredare. IVO har i sina utredningar inte berört frågan om i vilken mån den nya verksamhetsmodellen haft betydelse för de händelser som inträffat. Arbetsmiljöverket har hanterat ett antal anmälningar enligt 6 kap. 6 a § arbetsmiljölagen. I samband med detta har även inspektioner genomförts. Två av dessa ärenden är avslutade där ett ärende resulterade i föreläggande om åtgärder där arbetsgivaren senare meddelat hur de uppfyller kraven. Ett ärende rörande läkarnas arbetsmiljö är pågående. IVO och Arbetsmiljöverket har i huvudsak genomfört tillsyn efter att händelser inträffat i verksamheten och efter att anmälningar gjorts. De har inte genomfört någon tillsyn i samband med att den nya verksamhetsmodellen vid Karolinska Universitetssjukhuset implementerades i verksamheten. Utredningen bedömer att det hade varit värdefullt om IVO och Arbetsmiljöverket redan i ett tidigt skede kunnat ge vägledning utifrån gällande regelverk.

Statens haverikommission (SHK) gjorde en utredning i samband med ett dödsfall vid hjärtkliniken på Karolinska Universitetssjuk-

huset 2010. Rapporten publicerades 2013. Därefter har myndigheten inte gjort några utredningar trots att det även i samband med inflyttningen till NKS uppstått incidenter som hade kunnat vara fall för utredning av SHK. Regeringen har inte gett något uppdrag till SHK att granska händelser vid Karolinska Universitetssjukhuset. SHK har analyserat förutsättningarna för att genomföra ytterligare utredningar inom hälso- och sjukvården och drar slutsatsen att sådana utredningar skulle vara ett viktigt komplement till de utredningar som vårdgivare själva genomför och till den tillsyn som bedrivs av IVO. SHK har till regeringen begärt om utökat anslag för att kunna bedriva regelbunden utredning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Utredningen konstaterar att motsvarande aktörer som SHK i Storbritannien, Norge och Nederländerna har uppdrag att granska händelser inom hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att utredningar från SHK skulle kunna vara ett viktigt komplement till de utredningar som vårdgivare själva genomför och till den tillsyn som bedrivs av IVO.

Mot den bakgrunden bör den statliga tillsynen av hälso- och sjukvården utvecklas för att öka genomslaget av tillsynens resultat och minska risker för patienter och berörd personal i samband med strukturförändringar och investeringar. Regeringen bör utveckla styrningen av tillsynsmyndigheterna i syfte att göra tillsynen på hälso- och sjukvårdsområdet mer förebyggande. Regeringen bör överväga att ge Statens haverikommission förutsättningar att utöka sin utredningsverksamhet på hälso- och sjukvårdsområdet.

### 9.8.3 Styrning och kontroll vid större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården

**Utredningens rekommendation:** Det är betydelsefullt att i ett tidigt skede lägga fast hur ett förändringsarbete ska organiseras, dokumenteras och följas upp. Även krav på riskanalys, konsekvensanalys och revision bör läggas fast tidigt. Möjligheter till uppföljning under arbetets gång bör säkerställas i form av relevanta datakällor. Med ett lärande perspektiv kan förutsättningarna för långsiktighet, helhetssyn och transparens vid större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården stärkas. Större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården är komplexa och kostnadskrävande processer som i regel pågår under lång tid. Det ställer krav på helhetssyn i beslut och genomförande och en god förmåga till väl fungerande samarbeten. Berörda aktörer på alla nivåer kan dra lärdomar från exemplet NKS. Det rör främst regionerna, men även staten och regionerna gemensamt i de processer som parterna har överenskommelser om, till exempel omställning till nära vård och viss nationell högspecialiserad vård.

**Skälen till utredningens rekommendation:** Större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården är exempel på komplexa processer som ställer krav på långsiktighet, helhetssyn och transparens i beslutsfattande och genomförande. Det ställer också krav på bred delaktighet och förankring i arbetet. Risker och förändrade förutsättningar inom eller utanför regionen måste löpande bedömas och hanteras. Annars riskerar strukturförändringen eller investeringen försenas eller fördyras. Kommunallagens krav på intern kontroll kan bidra till att säkerställa långsiktiga och hållbara besluts- och genomförandeprocesser.

Planeringen och byggandet av NKS och den därvid kopplade större förändringen av hälso- och sjukvårdsstrukturen i Region Stockholm visar på både lärdomar och utmaningar i långsiktiga och genomgripande besluts- och förändringsprocesser. Den snabba omvandlingstakten i den medicinska och medicintekniska utvecklingen innebär nya möjligheter i vården. Samtidigt ställer tempot och de kostnadskrävande investeringarna stora krav på flexibel planering och styrning. Stegvist beslutsfattande och stegvist genomförande

med stort fokus på successiv uppföljning och lärande kan stärka förutsättningarna för att lyckas genomföra större strukturförändringar och investeringar med lägre risk och högre grad av anpassning till ändrade omvärldsfaktorer. De första planerna för en förändrad hälso- och sjukvårdsstruktur och ett nytt universitetssjukhus i regionen togs fram för snart 20 år sedan. Under perioden har den politiska majoriteten i regionen skiftat, ansvar och organisation för planering och genomförande har förändrats över tid. Det har framförts kritik om bristande delaktighet och förankring i arbetet. Kartläggningen i detta betänkande visar att den politiska organisationen och förvaltningen i vissa delar inte säkerställt att fattade beslut följs och genomförs. Exempelvis har utredningen noterat att fullmäktiges beslut inte alltid genomförts (inriktningsbeslut om hälso- och sjukvården) eller att fullmäktiges beslut inte följts (beslutet i FoUU-utskottet att gå vidare med en anbudsgivare i upphandlingen). Det finns också exempel där beslut i fullmäktige fått konsekvenser för genomförandet (beslut om ny hälso- och sjukvårdsstruktur respektive beslutet att verksamhetsinnehållet för NKS skulle beslutas sent). Konsekvensen blev att förändringar i hälso- och sjukvårdsstrukturen liksom investeringar vid andra sjukhus i regionen försenades.

För att säkerställa långsiktighet, helhetssyn och öppenhet i besluts- och genomförandeprocesserna är det angeläget att i ett tidigt skede lägga fast hur arbetet med större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården ska organiseras, dokumenteras och följas upp. Även krav på riskanalys, konsekvensanalys och revision bör läggas fast tidigt. Möjligheter till uppföljning under arbetets gång bör säkerställas i form av relevanta datakällor. Med ett lärande perspektiv kan förutsättningarna för långsiktighet, helhetssyn och transparens vid större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården stärkas. Det ställer krav på helhetssyn i beslut och genomförande och en god förmåga till väl fungerande samarbeten. Det rör främst regionerna, men även staten och regionerna gemensamt i de processer som parterna har överenskommelser om, till exempel omställning till nära vård och viss nationell högspecialiserad vård.

Att involvera vårdens professioner i ett tidigt skede och därefter löpande i arbetet är viktigt både för att ta tillvara sakkompetens men också för att skapa ömsesidig förståelse och acceptans för de förändringar som behövs. När det gäller organiseringen bör ansvar och roller

tydliggöras, vilka aktörer som ska involveras i arbetet och när och hur de ska involveras. Dokumentation av bland annat besluts- och delegationsordningar tydliggör vilka beslut som ska fattas på vilka nivåer i organisationen. Även krav på riskanalys, konsekvensanalys och uppföljning bör beslutas och dokumenteras. Revisionen har en viktig roll att granska besluts- och genomförandeprocesserna vid större strukturförändringar och investeringar liksom att säkerställa en god intern kontroll.

### 9.8.4 Konsekvensanalys av styrmodeller och organisationsförändringar

**Utredningens rekommendation:** Utvecklade konsekvensanalyser bör ingå som underlag vid beslut om införande av nya styrmodeller och större organisationsförändringar på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Analysen bör omfatta konsekvenser för mål och lagkrav inom hälso- och sjukvården, ekonomiska konsekvenser samt andra relevanta värden för organisationen. I analysen bör företrädare från olika nivåer och professioner i organisationen samt patienter medverka för att säkerställa att olika perspektiv och intressen tillvaratas. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) kan vara en lämplig aktör för att främja kunskapsutbyte och kunskapsuppbyggande om styrning inom hälso- och sjukvården. Därutöver är det angeläget att stärka forskningen om styrning, ledning och organisering av offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

**Skälen till utredningens rekommendation:** Olika styrmodeller och arbetssätt har genom åren använts inom hälso- och sjukvården för att effektivisera och förbättra verksamheten. I vissa fall har styrmodellerna åtföljts av förändringar i organisation och verksamhetsmodell. En del styrmodeller har kritiserats för att inte åstadkomma de resultat som de utlovat. Oavsett styrmodell ska verksamheten uppfylla hälso- och sjukvårdens mål om en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen samt lagkrav. Verksamheten ska också vara kostnadseffektiv.

Utredningen har gjort flera iakttagelser vad gäller införandet av den nya verksamhetsmodellen och genomförandet av organisationsförändringen vid Karolinska Universitetssjukhuset. Förändringen

drevs och genomfördes av sjukhusledningen med stöd av externa konsulter. Argumentet var att en ny verksamhetsmodell och ny organisation var nödvändig för att komma till rätta med sjukhusets ekonomiska problem, siloorganisation och skillnader i vårdresultat. Beslutet omfattade hela organisationen, men genomfördes stegvis parallellt med inflyttningen i den nya sjukhusbyggnaden. Vad utredningen erfar gjordes inte någon konsekvensanalys och något jämförbart empiriskt exempel fanns inte att tillgå som underlag för beslut. Otydlighet vad gäller ansvar och roller i modellen har framkommit liksom problem för utbildningen. Av den uppföljning som den nya styrelsen redovisade 2019 framgår bland annat att den ekonomiska situationen snarare förvärrats med den nya verksamhetsmodellen och att organisationen genom det stora antalet patientflöden blivit än mer fragmentiserad. Det är oklart om modellen fått någon påverkan vad gäller vårdresultat. Detsamma gäller konsekvenser för patientsäkerheten.

Statens medicinsk-etiska råd (SMER) presenterade 2019 ett förslag till modell för etisk analys. SMER menar att en etisk konsekvensanalys bör göras innan en ny styrmodell införs inom hälso- och sjukvården. I en sådan analys analyserar man de värden som explicit och/eller implicit ingår i styrmodellen och de konsekvenser modellen sannolikt leder till. Värden och konsekvenser ställs sedan mot målen enligt hälso- och sjukvårdslagen och annan relevant lagstiftning. Analysen bör också innehålla en jämförelse mellan olika alternativ, där ett av alternativen är att fortsätta enligt befintlig styrmodell. Modellen kan enligt SMER fungera som ett verktyg för samverkan mellan beslutsfattare, tjänstemän och professionen, där modeller tas fram och anpassas för att stödja både kvalitet, kostnadseffektivitet och mål för hälso- och sjukvården. SMER lyfter också fram behovet av kontinuerlig uppföljning och utvärdering av styrning och styrmodeller på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Enligt SMER finns ingen aktör som vägleder kommuner eller regioner i hur de ska styra sin verksamhet. SMER pekar också på behovet av mer forskning om styrning av offentligt finansierad hälso- och sjukvård och etiska analyser. Även Statens Beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har i en kartläggning av kunskapsläget om värdebaserad vård 2019 pekat på behovet av mer forskning och evidens på området.

Mot denna bakgrund menar utredningen att det är angeläget att utvecklade konsekvensanalyser ingår som underlag vid beslut om

införande av nya styrmodeller och större organisationsförändringar på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Analysen bör omfatta konsekvenser för mål och lagkrav inom hälso- och sjukvården, ekonomiska konsekvenser samt andra relevanta värden för organisationen. I analysen bör företrädare från olika nivåer och professioner i organisationen samt patienter medverka för att säkerställa att olika perspektiv och intressen tillvaratas. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) kan vara en lämplig aktör för att främja kunskapsutbyte och kunskapsuppbyggande om styrning inom hälso- och sjukvården. Därutöver är det angeläget att stärka forskningen om styrning, ledning och organisering av offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

## 9.9 Konsekvenser

Nedan redovisas konsekvenser av utredningens rekommendationer. Utredningen ska i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474) redovisa förslagens konsekvenser och i det sammanhanget särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer inklusive ekonomiska konsekvenser. I synnerhet ska konsekvenser för kvinnor, män, flickor och pojkar, samt berörda myndigheters roll beskrivas.

Utredningen lämnar fyra rekommendationer vars direkta konsekvenser bedöms för var och en nedan. Därefter redovisas samlade bedömningar av konsekvenser för olika områden.

### Förutsättningar för utbildning och forskning

Den första rekommendationen avser säkerställande av förutsättningar för utbildning och forskning i samband med större strukturförändringar i vården. Utredningen rekommenderar regeringen att låta utreda hur förutsättningarna för utbildning och forskning ser ut och kan säkerställas vid fortsatta strukturförändringar. Utredningens bedömning är att de direkta konsekvenserna av rekommendationen är de kostnader som uppkommer vid tillsättande av en utredning. Storleken på dessa kostnader är beroende av hur ett sådant uppdrag avgränsas. Goda förutsättningar för utbildning och forskning är av största vikt för kompetensförsörjningen och den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården.

### Tillsyn av hälso- och sjukvården

Rekommendationen avser att bidra till stärkt patientsäkerhet och arbetsmiljö i hälso- och sjukvården genom utvecklad tillsyn. Regeringen bör utveckla styrningen av tillsynsmyndigheterna i syfte att göra tillsynen på hälso- och sjukvårdsområdet mer förebyggande. Rekommendationen omfattar även att regeringen bör överväga att ge Statens haverikommission förutsättningar att utöka sin utredningsverksamhet på hälso- och sjukvårdsområdet. Utredningens bedömning är att direkta konsekvenser av en utvecklad mer integrerad tillsyn är eventuella anslagsökningar till berörda myndigheter. I vilken utsträckning rekommendationen medför anslagsökningar är beroende på vad en sådan utveckling bedöms medföra och hur ett sådant utvecklat tillsynsarbete kan prioriteras inom ramen för de berörda myndigheternas befintliga uppdrag.

### Styrning och kontroll vid större strukturförändringar och investeringar inom hälso- och sjukvården

Rekommendationen betonar vikten av att i ett tidigt skede lägga fast hur ett förändringsarbete ska organiseras, dokumenteras och följas upp samt att krav på riskanalys, konsekvensanalys och revision bör läggas fast i ett tidigt skede. Utredningens bedömning är att detta ingår i regionernas befintliga verksamhet och följer bland annat av kommunallagens krav på intern styrning och kontroll. Rekommendationen tar fasta på vikten av att besluta om detta i ett tidigt skede och i ett sammanhang vid omfattande förändringar inom hälso- och sjukvården.

### Konsekvensanalys av styrmodeller och organisationsförändringar

Rekommendationen betonar vikten av utvecklade konsekvensanalyser som underlag för beslut om större förändringar inom hälso- och sjukvården. Bland annat har Statens medicinsk-etiska råd (SMER) tagit fram en modell för etisk konsekvensanalys. Utredningens bedömning är att utarbetande av konsekvensanalyser är en del av regionernas befintliga verksamhet och att fortsatt utveckling och kunskapsutbyte är en naturlig del av detta.

### Konsekvenser för övriga perspektiv

Utredningens bedömning är att rekommendationerna inte påverkar den kommunala självstyrelsen.

Utredningens bedömning är att rekommendationerna inte specifikt påverkar jämställdhet, de integrationspolitiska målen eller barn och unga. Utredningen bedömer att rekommendationen som syftar till att främja stärkt patientsäkerhet är positiv för alla patientgrupper oavsett kön, ålder eller ursprung.

Utredningens bedömning är att rekommendationerna inte medför några konsekvenser för sysselsättningen. Rekommendationerna syftar vidare till att främja lärande med syfte att förbättra offentlig service.

Utredningens bedömning är att rekommendationerna inte medför några konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet.

Utredningens bedömning är att rekommendationerna inte medför några konsekvenser för miljön.

Utredningens bedömning är att rekommendationerna inte medför några EU-rättsliga konsekvenser.

# Referenser


Andersson, L. (2008) *Public Private Partnerships (PPP) – Theoretical models and an analysis of Swedish contracts*, Licentiate thesis, Report 81, KTH.

Andersson, L.M. (2010) *Entreprenadformen Offentlig Privat Samverkan (OPS) – Hur fungerar den för svenska kommuner?*, Mårten Andersson Productions AB.

Arbetsmiljölag (1977:1160).

Arbetsmiljöverket (2018/017094) Skyddsombuds begäran om ingripande enligt 6 kap 6 a § arbetsmiljölagen att bristerna i läkarnas arbetsmiljö åtgärdas.

Arbetsmiljöverket (2018/018254) Skyddsombuds begäran om ingripande enligt 6 kap. 6 a § arbetsmiljölagen – Bristande och dysfunktionella lokaler.

Arbetsmiljöverket (2018/019006) Skyddsombuds begäran om ingripande enligt 6 kap. 6 a § arbetsmiljölagen – omklädningsrum.

Blanc-Brude, F. Goldsmith, H. och Välilä, T. (2007) *Public-private partnership in Europe: An update*, Economic and Financial Report 2007/03, European Investment Bank.

Chalmers, Centrum för vårdens arkitektur (2017) *Spri-tiden. Planering av vårdbyggnader i Sverige 1968 till 1989.* Publikation 1/2017.

Dagens Medicin (2019) ”Jag ser ingen förnyelsediskussion kring sjukhusbyggena”, Dagens Medicin 2019-07-02.

Dagens Nyheter (2018) ”Vi i alliansen byter ut styrelsen för Karolinska”, DN Debatt 2018-04-11.

Dagens Nyheter (2018) ”Alliansens omstart inte tillräcklig”, DN Debatt Repliker 2018-04-16.

Dagens Samhälle (2017) ” Värdebaserad vård ställer patienter mot varandra”, Dagens Samhälle 2017-01-23.

Ds 2000:65 *Alternativ finansiering genom partnerskap*.

Ds 2016:28 *Driftsformer för universitetssjukhus.*

Ekonomistyrningsverket (2006) *Effektivare statlig verksamhet med privat samverkan? – om konkurrensutsättning och styrning av offentlig verksamhet i privat regi*, ESV 2006:15.

Eriksson, PE och Hane, J (2014) *Entreprenadupphandlingar. Hur kan byggherrar främja effektivitet och innovation genom lämpliga upphandlingsstrategier?* Konkurrensverket, Uppdragsforskningsrapport 2014:4.

Ernst & Young (2008) *Slutrapport, Utvärdering av OPS som genomförande och finansieringsform för NKS*.

European Court of Auditors (2018). *Public Private Partnership in the EU: Widespread shortcomings and limited benefits*, Special Report 09/2018.

Expertgruppen för Studier i Offentlig ekonomi (2018:6) *Operation digitalisering – en ESO-rapport om hälso- och sjukvården.*

Expertgruppen för Studier i Offentlig ekonomi (2019:8) *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv.*

Förordning (2007:860) med instruktion för Statens haverikommission.

Förordning (2007:913) med instruktion för Arbetsmiljöverket.

Förordning (2007:1117) med instruktion för Konkurrensverket.

Förordning (2010:1385) med instruktion för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Förordning (2015:527) med instruktion för Upphandlingsmyndigheten.

Hallin och Siverbo (2003) *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*.

Hellman, Kastberg och Siverbo (2019) *Lean och processer i hälso- och sjukvården*.

HC Committee of Public Accounts (2003) *Delivering better value for money from the Private Financing Initiative*, HC 764, June 2003.

HC Committee of Public Accounts (2018) *Private finance initiatives*, HC 894, June 2018.

HM Treasury (2003). *The Green Book: Appraisal and Evaluation in Central Government*, (uppdaterad 2011)

HM Treasury (2004). *Value for Money Assessment Guidance*, (uppdaterad 2006).

HM Treasury (2017). *Private Finance Initiative and Private Finance 2 projects: 2017 summary data*, March 2017.

HM Treasury (2018) *Budget 2018*, HC 1629, October 2018.

Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80).

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

KI och SLL (2015) *Avtal*, Karolinska Institutet (KI 5-140/2015), Stockholms läns landsting (LS 1411-1389).

KI (2017) *Återrapportering av rektorsuppdrag att utreda konsekvenserna av Karolinska universitetssjukhusets förändrade verksamhetsinnehåll*, Karolinska Institutet, 2017-05-24, (Dnr 1-375/2017).

KI (2019) *Uppföljning av återrapportering av rektorsuppdrag att utreda konsekvenserna av Karolinska universitetssjukhusets förändrade verksamhetsinnehåll*, Karolinska Institutet, 2019-01-14 (Dnr 1-47/2019).

Karolinska Universitetssjukhuset, *VBV på K*, presentation på K-LG, 7 april 2014.

Karolinska Universitetssjukhuset, *A3-rapport: Karolinskas flödesarbete, metodbeskrivning*, 2014-04-10.

Karolinska Universitetssjukhuset, styrelsen, protokoll 9/2013, 2013-12-05.

Karolinska Universitetssjukhuset, styrelsen, protokoll 1/2014, 2014-02-19.

Karolinska Universitetssjukhuset, styrelsen, protokoll 2/2014, 2014-03-27.

Karolinska Universitetssjukhuset, styrelsen, protokoll 3/2014, 2014-05-21.

Karolinska Universitetssjukhuset, styrelsen, protokoll 8/2014, 2014-12-04, (Dnr K3495-2014).

Karolinska Universitetssjukhuset, styrelsen, protokoll 2/2015, 2015-03-18, (Dnr K0777-2015).

Karolinska Universitetssjukhuset, styrelsen, protokoll 4/2015, 2015-05-19, (Dnr K1351-2015).

Karolinska Universitetssjukhuset, styrelsen, protokoll 5/2015, 2015-06-17, (Dnr K1553-2015).

Karolinska Universitetssjukhuset, styrelsen, protokoll 6/2015, 2015-09-18, (Dnr K2298-2015).

Karolinska Universitetssjukhuset, styrelsen, protokoll 9/2015, 2015-10-29 (Dnr K2797-2015).

Karolinska Universitetssjukhuset, styrelsen, protokoll 10/2015, 2015-12-02, (Dnr K2992-2015).

Karolinska Universitetssjukhuset, styrelsen, protokoll 1/2016, 2016-01-08, (Dnr K0100-2016).

Karolinska Universitetssjukhuset, *Bilaga 1 till protokoll från Sammanträde med sjukhusets samverkansgrupp* 2015-06-03.

Karolinska Universitetssjukhuset (2016) *Ny verksamhetsmodell för Karolinska universitetssjukhuset*. Inriktningsbeslut KLG 2015-11-09. Editerad, version för KLG beslut 2016-01-11.

Karolinska Universitetssjukhuset (2018) *Översyn över processen för inköp av externa konsulter*, (K2017:5710).

Karolinska Universitetssjukhuset (2018) *Årsrapport 2018*. (LS 2018-1077/K 2019-1358)

Karolinska Universitetssjukhuset (2018) *Operationskapacitet för cancer i övre buken sommaren 2017*, Rapport 2018-05-29, K 2018-0986.

Karolinska Universitetssjukhuset (2019) *Vårdutskottets uppföljning av nya verksamhetsmodellen vid K*, K-styrelsens arbetsutskott 2019-01-24, (K2019-1469).

Karolinska Universitetssjukhuset (2019), *Medarbetaruppföljning 2019*, oktober 2019.

Kommunallag (2017:725).

Konkurrensverket (2007) *Konkurrensen i Sverige 2007*.

Konkurrensverket (2008) *OPS Offentlig-privat samverkan*, PM 2008-10-24.

Konkurrensverket (2015) *Stockholms läns landsting – Tilläggsavtal Nya Karolinska* (Dnr 428/2014).

Konkurrensverket (2015) *Förfrågan om uppförande av patienthotell vid nya Karolinska Solna* (Dnr 87/2015).

KPMG Bohlins (2007) *Offentlig Privata Samverkan*. Underlagsrapport till Konkurrensen i Sverige 2007, Konkurrensverket.

Kvalitetsmagasinet (2016) ”Positiva effekter av Lean i sjukvården”, Kvalitetsmagasinet 2016-04-07.

Lag (2016:1145) om offentlig upphandling.

Landstinget i Värmland (2018) *Flerårsplan 2019–2021 och regionplan, med Budget och investeringsplan 2019, samt Ekonomisk flerårsplan 2019–2021.*

Landstingsrevisorerna (2010) *Offentlig Privat Samverkan, Nya Karolinska Solna*, Projekt 10/2010, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2012) *Årsrapport för Landstingsstyrelsen 2011*, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2012) *Byggnationen av Nya Karolinska i Solna*, Projekt 3/2012, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2013) *Årsrapport för Landstingsstyrelsen 2012*, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2013) *Framtidens hälso- och sjukvård – arbetet i projektet 2013*, Projektrapport nr 14/2013, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2014) *Årsrapport för Landstingsstyrelsen 2013*, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2014) *Upphandling av IKT till NKS*, Projekt 1/2014, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2014) *Framtidens hälso- och sjukvård – arbetet i projektet 2014*, Projektrapport nr 15/2014, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2015) *Årsrapport för Landstingsstyrelsen 2014*, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2015) *Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2015*, Projektrapport nr 15/2015, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2016) *Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2016*, Projektrapport nr 12/2016, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2017) *Byggprojekt i vårdens fastigheter*, Projektrapport nr 7/2017, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2017) *Vård- och trafikinvesteringar*, Projektrapport nr 11/2017, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2017) *Framtidens hälso- och sjukvård – planering och genomförande 2017*, Projektrapport nr 12/2017, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2018) *Framtidens hälso- och sjukvård. Genomförande 2018*, Projektrapport nr 14/2018, Stockholms läns landsting.

Landstingsrevisorerna (2019) *Årsrapport för Landstingsstyrelsen 2018*, Stockholms läns landsting.

Leading Health Care (2019) *Värdebaserad vård. En organisationsteoretisk genomlysning av innehåll, ändamålsenlighet och lärdomar för framtiden.* LHC Report Nr 2, 2019.

Läkartidningen (2016) ”Starka incitament för att avbryta införandet av värdebaserad vård”, Läkartidningen 2016-11-30.

National Audit Office (2003) *PFI: Construction Performance.* National Audit Office (2009). *Performance of PFI construction – a Review by the Private Finance Practice*, October 2009.

National Audit Office (2018). *PFI and PF2, Report by the Comptroller and the Auditor General*, HC 718 Session 2017–2018, 18 January 2018

Office for Budget Responsibility (2017) *Fiscal risks report 2017*

OECD (2008) *Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money*

OECD (2011) *How to Attain Value for Money: Comparing PPP and Traditional Infrastructure Public Procurement*, OECD Journal on Budgeting, Volume 2011/1.

OECD (2012). *Recommendation of the Council on Principles for Public Governance of Public-Private Partnerships*, maj 2012.

OECD (2017) *Public-Private Partnerships. Reference Guide*, Version 3.

Patientlag (2014:821).

Patientsäkerhetsförordning (2010:1369).

Patientsäkerhetslag (2010:659).

Porter, M. E. och Olmsted Teisberg, E., (2006) *Redefining health care, creating value-based competition on results*. Harvard Business Review Press.

Prop. 1973:90 *Förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning*.

Prop. 1981/82:97 *Regeringens proposition om hälso- och sjukvårdslag m.m.*

Prop. 1998/99:66 *En stärkt kommunal revision*.

Prop. 2009/10:80 *En reformerad grundlag*.

Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag*.

Prop. 2017/18:40 *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården*.

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

Region Blekinge (2018) *Regionplan 2019–2021 med budget för 2019* (2018/01635).

Region Dalarna (2018) *Ett hälsosamt Dalarna, Regionplan 2019 mot 2021, Budget 2019* (LD18/01623).

Region Gävleborg (2018) *Samhällsbygget fortsätter. Arbete, trygghet och utveckling i hela Gävleborg, Budget 2019 och ekonomisk plan 2020–2021 för region Gävleborg* (RS 2018/635).

Region Halland (2018) *Mål och budget 2019 med ekonomisk plan för 2020–2021* (RS 170512).

Region Jämtland Härjedalen (2018) *Finansplan 2019–2021. Budget och ekonomiska ramar*, (RS/587/2018).

Region Jönköpings län (2018) *Budget med verksamhetsplan 2019. Flerårsplan 2019–2021*.

Region Kalmar Län (2018) *Tillsammans för ett friskare, tryggare och rikare liv. Regionplan 2019–2021*, (180382).

Region Kronoberg (2018) *Budget 2019 med flerårsplan 2020–2021.*

Region Norrbotten (2018) *Finansplan 2019–2021.*

Region Stockholm (2019) *Karolinska Universitetssjukhuset*

*Medarbetaruppföljning 2019.*

Region Stockholm (2019) Sjukhusavtal för de regionägda akutsjukhusen. Tjänsteutlåtande. HSN 2017-0570).

Region Stockholm (2019) Budget 2020 för Region Stockholm (RS 2019-0829).

Region Stockholm (2019) Sjukhusavtal 2020–2023 Karolinska Universitetssjukhuset (2019-0960).

Region Stockholm (2019) Sjukhusavtal 2020–2023 Södersjukhuset AB (2019-0960).

Region Stockholm (2019) Sjukhusavtal 2020–2023 Danderyds Sjukhus AB (2019-0960).

Region Stockholm (2019) Sjukhusavtal 2020–2023 Södertälje sjukhus AB (2019-0960).

Region Stockholm (2019) Sjukhusavtal 2020–2023 S:t Eriks Ögonsjukhus AB (2019-0960).

Region Stockholm (2019) Årsredovisning 2018. (LS2018-1077 och RS 2019-0366).

Region Stockholm (2020) *Vårdplatsrapport vecka 5.* Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (2020-01-29).

Region Skåne (2018) *Regions Skånes verksamhetsplan och budget 2019 med plan för 2020–2021,* (1801143).

Region Sörmland (2018) *Mål och budget, planperioden 2019–2021.*

Region Uppsala (2018) *Regionplan och budget 2019–2021.*

Region Västerbotten (2018) *Regionplan 2019.*

Region Västernorrland (2018) *Budget för 2019 samt ekonomisk plan för 2020–2021.*

Region Västmanland (2018) *Regionplan och budget 2019–2021.*

Region Örebro län (2018) *Tillsammans skapar vi ett bättre liv. Verksamhetsplan med budget 2019, och planeringsförutsättningar för 2020–2021.*

Region Östergötland (2018) *Strategisk plan med treårsbudget 2019–2021. Region Östergötland – drivkraft för hållbar utveckling och livskvalitet. Attraktivitet, Handlingskraft, Goda livsvillkor.*

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (2017) *Värdebaserad vård vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset* (Dnr SU 2017-03971).

SBU (2018) *Värdebaserad vård. Kartläggning av kunskapsläget.* Rapport 285/2018.

SCB (2017) I*nstruktioner Räkenskapssammandrag 2017*, Statistiska centralbyrån.

SKL (2008) *På den säkra sidan. Om intern kontroll för förtroendevalda i kommuner och landsting.* Sveriges kommuner och landsting.

SKL (2009) *Riskhantering vid Offentlig Privat Samverkan, OPS*, Sveriges kommuner och landsting.

SKL (2013) *Patientsäkerhet och arbetsmiljö. En vägledning för hög patientsäkerhet och god arbetsmiljö*.

SKL (2013) *Vårdval i specialistvården, utveckling och utmaningar*, Sveriges Kommuner och Landsting.

SKL (2015) *Verksamhetsindelning VI 2000*, Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner, Sveriges kommuner och landsting.

SKL (2017) *Framtidens vårdbyggnader, Framtidens vårdbyggnader bjuder in patienten att vara medskapare i sin egen vård.* FOU-fonden för fastighetsfrågor, Sveriges kommuner och landsting.

SKL (2018) *Personcentrerad vård i Sverige.* Sveriges kommuner och landsting.

SKL (2018a) *Ekonomirapporten, december 2018. Om kommunernas och landstingens ekonomi.* Sveriges kommuner och landsting.

SKL (2018b), *Intern kontroll för förtroende, trygghet och utveckling*. Sveriges kommuner och landsting.

SKL (2019a) *Ekonomirapporten, oktober 2019. Om kommunernas och landstingens ekonomi.* Sveriges kommuner och landsting.

SKL (2019b) *Hälso- och sjukvårdsrapporten 2019. Öppna jämförelser.* Sveriges kommuner och landsting.

SLL (2001) *Nytt universitetssjukhus*. (LS 0111-0650).

SLL (2002) *Rapport från utredningen om ett nytt universitetssjukhus (SNUS)*, Stockholms läns landsting (LS 0201-0049).

SLL (2004) *Utredning om Stockholms läns sjukhusstruktur, 3S*, Stockholms läns landsting (LS 0409-1729).

SLL (2005) *Inriktningsbeslut om ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms läns landsting* (LS 0409-1729).

SLL (2005) *Protokoll Landstingsfullmäktige 2005-05-10, §136*.

SLL (2005) *Arkitekttävlan avseende nytt universitetssjukhus i Solna*, Stockholms läns landsting (LS 0502-0309).

SLL (2005) *Förslag om ny struktur för universitetssjukvården i Stockholms län*, Stockholms läns landsting (LS 0505-0775).

SLL (2006) *Utredning om Stockholm akademiska sjukvårdssystem (SASS-utredningen) med inriktning mot utbildning*, Stockholms läns landsting (LS 0505-0775).

SLL (2006) *Inriktning av det fortsatta arbetet avseende nytt universitetssjukhus i Solna*, Stockholms läns landsting (LS 0608-1486).

SLL (2007) *Nya Karolinska Solna, Projektprogram*, Stockholms läns landsting, november 2007.

SLL (2008) *Byggnation av nytt universitetssjukhus i Solna*, Stockholms läns landsting (LS 0710-1039).

SLL (2008) *Finansiering och val av upphandlingsform för det nya universitetssjukhuset i Solna*, Stockholms läns landsting (LS 0804-0429).

SLL (2009) *Inriktningsbeslut avseende övergripande verksamhetsinnehåll vid Nya Karolinska Solna*. Tjänsteutlåtande 2009-12-08, Stockholms läns landsting (LS 0906-0489).

SLL (2009) *Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2009-12-14* (HSN 0910-1366).

SLL (2009) *OPS-upphandling, Förfrågningsunderlag*, Stockholms läns landsting, Nya Karolinska Solna, 2009-03-31.

SLL (2010) *Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus – beslut om övergripande verksamhetsinnehåll samt förslag till tilldelningsbeslut avseende funktionsupphandling i offentlig privat samverkan (OPS)*, Stockholms läns landsting (LS 1003-0255).

SLL (2010) *Information avseende undertecknande av projektavtal inklusive finansiellt avslut av OPS-upphandlingen av Nya Karolinska Solna*, Stockholms läns landsting (LS 1008-0623).

SLL (2010) Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Tjänsteutlåtande 2010-01-18, Stockholms läns landsting (HSN 1001-0069).

SLL (2010) Utdrag ur minnesanteckningar vid CSG-möte 2010-04-07, Landstingsstyrelsens förvaltning, Stockholms läns landsting (LS 1003-0255).

SLL (2010) *Yttrande över tjänsteutlåtande LS 1003-0255, 2010-03-20, SACO och Stockholms läkarförening*.

SLL (2010) *Landstingsdirektören, Arbetsgivarens kommentarer med anledning av de fackliga organisationernas synpunkter och frågor CSG den 7 april 2010*, (LS 1003-0255).

SLL 2010) *Genomförande av funktionsupphandling i offentlig-privat samverkan av Nya Karolinska Solna universitetssjukhus*, Tjänsteutlåtande Del B 2010-040-08 (LS 1003-0255).

SLL (2011) *Framtidsplan för hälso- och sjukvården*, Stockholms läns landsting (LS 1104-0624).

SLL (2011) *NKS – mål och verksamhetsinriktning*, Stockholms läns landsting (LS 1103-0541).

SLL (2011), Landstingsfullmäktige, Protokoll 2011-06-14-15.

SLL (2012) *Framtidsplan för hälso- och sjukvården – första steget i genomförandet*, Stockholms läns landsting (LS 1109-1229).

SLL (2012) *Tilläggsavtal till projektavtalet för Nya Karolinska Solna (NKS)*, Stockholms läns landsting (LS 1202-0263).

SLL (2013) *Tilläggsavtal till projektavtalet för Nya Karolinska Solna (NKS)*, Stockholms läns landsting (LS 1302-0194).

SLL (2013) *Framtidsplanen andra steget – konkretisering av det fortsatta arbetet*, Stockholms läns landsting (LS 1304-0527).

SLL (2013) Tjänsteutlåtande 2013-04-15, Stockholms läns landsting (LS 1304-0528).

SLL (2013) *Kostnads- och investeringsanalys. Rapport till finanslandstingsrådet avseende bedömningar 2012 med blick framåt kring kostnader och investeringar som görs inom Stockholms läns landsting.* Landstingsdirektören februari 2013.

SLL (2014) *Framtidsplanen. Tredje steget i genomförandet*, Stockholms läns landsting (LS 1409-1068).

SLL 2015) Regionalt ALF-avtal (LS 1411-1389), (KI 5-140/2015).

SLL (2015) Omställningsavtal 2016–2019 Danderyds sjukhus, Stockholms läns landsting (HSN 1506-0813).

SLL (2015) Omställningsavtal 2016–2019 Sankt Eriks Ögonsjukhus, Stockholms läns landsting (HSN 1506-0814).

SLL (2015) Omställningsavtal 2016–2019 Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholms läns landsting (HSN 1506-0815).

SLL (2015) Omställningsavtal 2016–2019 Södersjukhuset, Stockholms läns landsting (HSN 1506-0816).

SLL (2015) Omställningsavtal 2016–2019 Södertälje sjukhus, Stockholms läns landsting (HSN 1506-0817).

SLL (2017) Tjänsteutlåtande, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2017-03-08, Stockholms läns landsting (HSN 2016-4792).

SLL (2017) Landstingsstyrelsen Förslag 2017:92, Stockholms läns landsting (LS 2017-0677).

SLL (2017) Skrivelse 2017-05-17, Stockholms läns landsting (LS 2016-1186).

SLL (2017) *Mål och budget 2018*, Stockholms läns landsting (LS 2017-0452).

SLL (2018) *Budget 2019 för Region Stockholm*, Stockholms läns landsting (LS 2017-1455).

SLL (2018) *Refinansiering av Nya Karolinska Solna*, Stockholms läns landsting (LS 2018-0105).

Statens medicinsk-etiska råd (2019) *Styrmodeller i hälso- och sjukvården – förslag till modell för etisk analys.* Smer rapport 2019:2.

Socialdepartementet och SKL (2019) *God och nära vård. En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019.* (S2019/02858/FS).

Socialdepartementet och SKR (2020) *God och nära vård 2020. En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården.* (S2020/00440/FS).

Socialstyrelsen (2020) *Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024*.

Socialstyrelsen (2018) *Utvärdering av universitetssjukvård. Strukturer och processer.*

SOU 1979:78, *Mål och medel för hälso- och sjukvården Förslag till hälso- och sjukvårdslag*.

SOU 2008:125 *En reformerad grundlag, betänkande av Grundlagsutredningen*.

SOU 2015:98 *Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa.*

SOU 2016:2 *Effektiv vård.*

SOU 2017:13 *Finansiering av infrastruktur med privat kapital?*

SOU 2018:39 *God och nära vård. En primärvårdsreform.*

SOU 2019:42 *Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet.*

Statens Haverikommission (2019) *Budgetunderlag 2020–2022*.

Statskontoret (1998) *Privatfinansiering genom partnerskap* (1998:12)

Statskontoret (2005) *Konkurrens i gränslandet mellan det offentliga och privata.*

Stockholms universitet (2018), *Framtidens universitetssjukhus – Beslut om Nya Karolinska Solna*, Delrapport 2018-02-23.

Stockholms universitet (2019), *Framtidens universitetssjukhus – Beslut om Nya Karolinska Solna*, Delrapport 2, 2019-03-15.

Stockholms universitet (2020), *Tilläggsavtal och anpassning. Det institutionella (efter)arbetet för att upprätthålla OPS-avtalets legitimitet inom Stockholms läns landsting 2012–2018*, LS 2016-1186.

Strandberg, U, *Kommunal självstyrelse*. I: Mattson, I & Petersson, O (red), svensk författningspolitik, 3:e uppl, SNS förlag 2011.

Timbro (2013) *Skandalen Nya Karolinska*, Anders Lundberg, Februari 2013.

UFOS (2009) *Investera med flera. När passar offentlig-privat samverkan vid fastighetsinvesteringar?*

UNECE (2008). *Guidebook on Promoting Good Governance in Public-Private Partnerships*, United Nations Economic Commission for Europe, Geneva

VTI (2007a) *En svensk modell för offentlig-privat samverkan vid infrastrukturinvesteringar*, Rapport framtagen av en för Banverket, VTI och Vägverket gemensam arbetsgrupp, VTI Rapport 588.

VTI (2007b) *Offentlig-privat samverkan kring infrastruktur. En forskningsöversikt*, VTI Rapport 601.

Västra Götalandsregionen (2018) *Budget 2019, Samt plan för ekonomin åren 2020–2021 för Västra Götalandsregionen.*

Winch, G., Onishi, M. och Schmidt, S. (2012) *Taking Stock of PPP Around the World*. London Association of Chartered Certified Accountants.

Öhrlings PricewaterhouseCoopers (2007) *Utvärdering av alternativa lösningar för finansiering och drift av Nya Karolinska Solna*, 19 oktober 2007.

Öhrming, J. (2017) *Allt görs liksom baklänges – verksamheten vid Nya Karolinska Solna*, Södertörn Academic Studies.

# Kommittédirektiv 2018:9

## Offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll

Beslut vid regeringssammanträde den 22 februari 2018

### Sammanfattning

En särskild utredare ges i uppdrag att utreda former och ändamålsenlighet för besluts- och genomförandeprocesser i samband med upphandlingar och investeringar, i hälso- och sjukvården inom landsting och i samband med olika lösningar för avtalsreglerade samarbeten mellan den offentliga förvaltningen och enskilda företag och organisationer. I uppdraget ingår också att kartlägga användandet av process- och organisationsstöd i detta sammanhang.

Utredaren ska bland annat göra följande:

– Kartlägga hur relevanta kontrollmekanismer har tillämpats vid beslut och genomförande av upphandlingar, investeringar och större organisationsförändringar i samband med avtalsreglerade samarbeten mellan det offentliga och det privata (så kallade OPS-lösningar) inom hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår också att kartlägga användandet av process- och organisationsstöd.
– Identifiera risker för att offentliga medel inklusive riktade statliga medel inte används på ett effektivt och ändamålsenligt sätt.
– Lämna förslag på lämpliga åtgärder för att motverka eventuella identifierade brister eller risker för brister.
– Vid behov lämna förslag på författningsändringar.
– Redovisa förslagens konsekvenser.

## Bakgrund

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet vara behovsanpassad och organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Dessutom ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls, bland annat ska den tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Landstingen ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård och för att planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av landstingets ansvar.

I regeringens nationella upphandlingsstrategi framhålls att det offentliga behöver ta ett större ansvar för att upphandla mer strategiskt och ansvara för att skattemedel används på bästa sätt. Det offentliga kan, genom att aktivt arbeta för att motverka korruption och genom att planera inköp för att undvika att exempelvis hamna i tidspress, minska risken för bland annat otillåtna direktupphandlingar. Regeringens målsättning är att alla upphandlande myndigheter, därmed även landstingen, ska ha interna riktlinjer för hur myndigheten motverkar förekomsten av oegentligheter. Genom att samtliga upphandlande myndigheter aktivt arbetar för att förebygga korruption och jäv i sina organisationer kan målet om en rättssäker och förtroendeingivande upphandling uppnås.

Offentlig-privat samverkan, så kallad OPS, är ett samlingsbegrepp för olika typer av avtalsreglerade samarbeten mellan det allmänna och enskilda företag och organisationer i syfte att tillgodose ett samhälleligt behov. Gemensamt för OPS-lösningarna är att privat kapital involveras i finansieringen av statlig verksamhet. Det finns inte en fast finansieringsmekanism utan finansieringen avtalas mellan parterna, beroende på innehåll och uppdrag. Nya Karolinska Solna (NKS) är det första större exemplet på en OPS-lösning inom hälso- och sjukvård i Sverige.

En av hälso- och sjukvårdens centrala delar är den verksamhet som i det så kallade ALF-avtalet (Avtal mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården, U2014/07551/F) betecknas universitetssjukvård. Tillsammans med hälso- och sjukvård utgör klinisk forskning och utbildning liksom kunskapstillämpning och kunskapsspridning för hälso- och sjukvårdens utveckling kärnverksamhet vid sjukhus som bedriver universitetssjukvård. Det finns

därför ett nationellt intresse av att vården vid dessa sjukhus bedrivs på ett evidens- och kunskapsbaserat samt patientsäkert sätt.

NKS är ett av Sveriges största universitetssjukhus och ansvarar för utbildning av personal, för att bedriva utveckling av svensk hälso- och sjukvård och för klinisk forskning. Nya Karolinska Solna har dessutom ett antal rikssjukvårdsuppdrag med ansvar gentemot resten av landet.

Det har rapporterats att totalkostnaderna för NKS kommer att bli långt högre än beräknat. De ekonomiska och organisatoriska utmaningar som NKS står inför riskerar att drabba inte bara sjukhuset utan såväl hälso- och sjukvården i stort som forskning och utbildning på hälso- och sjukvårdens område.

## Behov av en utredning

En grund i välfärdssystemet är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. Hälso- och sjukvården ska också vara jämlik, jämställd och tillgänglig.

Patienter behöver få vård oavsett sjukhusorganisationernas utmaningar. Vid stora förändringar är det därför viktigt att ta hänsyn till vårdprofessionernas erfarenhet och verksamhetsnära kunskap, för att ta tillvara på de medicinska aspekterna. Det är också viktigt att bibehålla förutsättningarna för forskning och utveckling i hälso- och sjukvården när nya organisationsformer introduceras.

Kostnaderna för hälso- och sjukvård utgör cirka 90 procent av landstingens totala kostnader. Statens bidrag till vården genom generella och riktade statsbidrag står för cirka 20 procent av landstingens intäkter. Skattemedel ska användas på ett effektivt sätt, annars riskeras tilltron till välfärdssystemen.

Regeringen ser därför behov av att belysa vikten av effektiv resursanvändning och hur kontrollmekanismer används för ändamålet och tillsätter en utredning.

## Uppdraget

En särskild utredare ges i uppdrag att utreda former och ändamålsenlighet för besluts- och genomförandeprocesser i samband med upphandlingar och investeringar, i landsting inom hälso- och sjuk-

vården, i samband med olika lösningar för avtalsreglerade samarbeten mellan den offentliga förvaltningen och enskilda företag och organisationer. I uppdraget ingår också att kartlägga användandet av process- och organisationsstöd i detta sammanhang.

Utredaren ska bland annat göra följande:

- Kartlägga hur relevanta kontrollmekanismer används i praktiken och har tillämpats vid beslut och genomförande av upphandlingar, investeringar och större organisationsförändringar i samband med avtalsreglerade samarbeten mellan det offentliga och det privata (så kallade OPS-lösningar) inom hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår också att kartlägga användandet av process- och organisationsstöd.
- Identifiera risker för att offentliga medel inklusive riktade statliga medel inte används på ett effektivt och ändamålsenligt sätt.
- Lämna förslag på lämpliga åtgärder för att motverka eventuella identifierade brister eller risker för brister.
- Vid behov lämna förslag på författningsändringar.
- Redovisa förslagens konsekvenser.

I uppdraget ingår också att analysera konsekvenserna för patientsäkerheten samt vårdprofessionernas förutsättningar att säkerställa densamma.

## Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagens konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474) och i det sammanhanget särskilt redogöra för konsekvenserna för berörda aktörer inklusive ekonomiska konsekvenser. I synnerhet ska konsekvenserna för kvinnor, män, flickor och pojkar, samt hälso- och sjukvårdens och berörda myndigheters roll beskrivas.

Utredaren ska i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen beakta proportionalitetsprincipen beträffande eventuella inskränkningar av den kommunala självstyrelsen i sina redogörelser, analyser och förslag.

### Dialog med berörda aktörer

En viktig del av uppdraget består i att ha dialog med företrädare för landstingen, myndigheter och professionerna, patienter och andra berörda aktörer och myndigheter.

### Genomförande och redovisning av uppdraget

Uppdraget redovisas senast den 1 mars 2019.

Utredaren ska fortlöpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) om arbetet.

(Socialdepartementet)

# Kommittédirektiv 2018:36

## Tilläggsdirektiv till Utredningen om offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll (S 2018:01)

Beslut vid regeringssammanträde den 9 maj 2018

### Förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 22 februari 2018 kommittédirektiv Offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll (Dir 2018:9).

Enligt direktiven skulle utredaren slutredovisa uppdraget senast den 1 mars 2019.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 15 december 2019.

(Socialdepartementet)

# Kommittédirektiv 2019:87

## Tilläggsdirektiv till Utredningen om offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll (S 2018:01)

Beslut vid regeringssammanträde den 21 november 2019

### Förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 22 februari 2018 kommittédirektiv om offentlig-privat samverkan, styrning och kontroll (dir. 2018:9). Enligt utredningens direktiv skulle uppdraget redovisas senast den 1 mars 2019. Utredningstiden förlängdes den 9 maj 2018 till den 15 december 2019 (dir. 2018:36).

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 14 februari 2020.

(Socialdepartementet)

# Statens offentliga utredningar 2020

## Kronologisk förteckning

1. Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. S.
2. Skärpta regler om utländska månggiften. Ju.
3. Hållbar slamhantering. M.
4. Vägen till en klimatpositiv framtid. M.
5. Fler ruttjänster och höjt tak för rutavdraget. Fi.
6. En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. S.
7. Brott mot djur – Skärpta straff och ett mer effektivt sanktionssystem. N.
8. Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget. Fi.
9. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2020. Steg för steg. Var står vi? Vart går vi? M.
10. Stärkt lokalt åtgärdsarbete – att nå målet Ingen övergödning. M.
11. Kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om utländska direktinvesteringar. Ju.
12. Nya kapitaltäckningsregler för värdepappersbolag. Fi.
13. Att kriminalisera överträdelser av EU-förordningar. N.
14. Framtidens teknik i omsorgens tjänst. S.
15. Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS. S.

# Statens offentliga utredningar 2020

## Systematisk förteckning


**Finansdepartementet**

Fler ruttjänster och höjt tak för rutavdraget. [5]

Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget. [8]

Nya kapitaltäckningsregler för värdepappersbolag. [12]

**Justitiedepartementet**

Skärpta regler om utländska månggiften. [2]

Kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om utländska direktinvesteringar. [11]

**Miljödepartementet**

Hållbar slamhantering. [3]

Vägen till en klimatpositiv framtid. [4]

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2020. Steg för steg. Var står vi? Vart går vi? [9]

Stärkt lokalt åtgärdsarbete – att nå målet Ingen övergödning. [10]

**Näringsdepartementet**

Brott mot djur – Skärpta straff och ett mer effektivt sanktionssystem. [7]

Att kriminalisera överträdelser av EU-förordningar. [13]

**Socialdepartementet**

Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. [1]

En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. [6]

Framtidens teknik i omsorgens tjänst. [14]

Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS. [15]

Regeringskansliet

Remiss

2020-05-11
S2020/03569/FS

Socialdepartementet

# Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS (SOU 2020:15)

## Remissinstanser

Akademikerförbundet SSR

Akademiska sjukhuset

Arbetsmiljöverket

Arvika kommun

Berg kommun

Bjurholms kommun

Bjuv kommun

Botkyrka kommun

Cancerfonden

Chalmers tekniska högskola AB

Datainspektionen

Distriktssköterskeföreningen

E-hälsomyndigheten

Ekonomistyrningsverket

Enköpings kommun

Falköping kommun

FAMNA

Folkhälsomyndigheten

Forshaga kommun

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd

Funktionsrätt Sverige

Fysioterapeuterna

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Göteborg kommun

Göteborgs universitet

Handelshögskolan i Stockholm

Hjo kommun

Härryda kommun

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Justitiekanslern (JK)

Karlskoga kommun

Karolinska institutet

Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge och Solna

Karolinska universitetssjukhusets läkarförening

Knivsta kommun

Kommunal

Konkurrensverket

Kristianstad kommun

Kristinehamn kommun

Kramfors kommun

Kungsbacka kommun

Leading Health Care

Ledarna

LIF - de forskande läkemedelsföretagen

Lunds kommun

Läkarsekreterares och sjukvårdsadministratörers Förbund (LSF)

Malmö universitet

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Mälardalens högskola

Neuroförbundet

Norrlands universitetssjukhus

Nässjö kommun

Orsa kommun

Oxelösund kommun

Region Blekinge

Region Dalarna

Region Gotland

Region Gävleborg

Region Halland

Region Jämtland Härjedalen

Region Jönköpings län

Region Kalmar län

Region Kronoberg

Region Norrbotten

Region Skåne

Region Stockholm

Region Sörmland

Region Uppsala

Region Värmland

Region Västerbotten

Region Västernorrland

Region Västmanland

Region Örebro

Region Östergötland

Riksförbundet för hjälp åt läkemedels- och narkotikabrukare (RFHL)

Ronneby kommun

Sahlgrenska universitetssjukhuset

Sandviken kommun

Sjukhusläkarna

Skurups kommun

Skånes universitetssjukhus

Socialstyrelsen

Sollentuna kommun

SPF Seniorerna

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

Statens haverikommission

Statens medicinsk-etiska råd (Smer)

Statskontoret

Stockholms universitet

Swedish Medtech

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)

Svenska Distriktsläkarföreningen

Svenska Logopedförbundet

Svenska Läkaresällskapet

Svenska Psykiatriska Föreningen

Sveriges Farmaceuter

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

Sveriges läkarförbund

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)

Tierp kommun

Tjörn kommun

Täby kommun

Umeå universitet

Universitetskanslersämbetet (UKÄ)

Universitetssjukhuset i Linköping

Universitetssjukhuset Örebro

Upphandlingsmyndigheten

Uppsala universitet

Verket för innovationssystem (Vinnova)

Vetenskapsrådet

VISION

Vårdförbundet

Vårdföretagarna

Västra Götalandsregionen

Åtvidaberg kommun

Älvkarleby kommun

Örebro universitet

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 11 september 2020.** Svaren bör lämnas i bearbetningsbar form (t.ex. Wordformat) per e-post till **s.remissvar@regeringskansliet.se** och med kopia till **s.fs@regeringskansliet.se.** Ange diarienummer **S2020/03569/FS** och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Remissinstansen namn ska även anges i dokumentnamnet.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

**Myndigheter under regeringen** är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Torkel Nyman
Departementsråd

Kopia till
Norstedts Juridik, kundservice, 106 47 Stockholm

# Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 98-116

**Tid:** 2020-09-01 kl. 08:30

**Plats:** Sal A, Regionens hus

## § 107

## Remiss - Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

Diarienummer: RJL 2020/1283

### Beslut

Presidiet

- Avvaktar med beslut till nämndsammanträdet.

### Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat betänkande Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, SOU 2020:24.

I betänkandet föreslås bland annat ett förbättrat stöd för återgång i arbete efter sjukdom och en bättre väg genom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

### Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2020-06-30
- Förslag till yttrande daterat 2020-09-15
- Remiss: Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, SOU 2020:24

### Yrkanden/förslag till beslut på sammanträde

Presidiet avvaktar med beslut till nämndsammanträdet.

### Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

### Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

# Remiss - Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, SOU 2020:24

## Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Godkänner föreliggande yttrande som svar till Socialdepartementet.

## Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat betänkande Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, SOU 2020:24.

I betänkandet föreslås bland annat ett förbättrat stöd för återgång i arbete efter sjukdom och en bättre väg genom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

## Information i ärendet

Regeringen tillsatte i april 2018 en nationell samordnare för att främja samverkan i sjukskrivningsprocessen. Målet med samordnarens uppdrag var att bidra till att motverka de problem som kan uppstå till följd av det uppdelade ansvaret mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen.

Utifrån kommittédirektivet har uppdraget tolkats i två punkter:
• Att identifiera, och bidra till att täppa till luckorna i sjukskrivningsprocessen för att skapa förutsättningar för en sammanhängande process där ingen faller mellan stolarna.
• Att bidra till enkelhet och begriplighet för individen genom att tydliggöra sjukskrivningsprocessen.

## Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2020-06-30
- Förslag till yttrande daterat 2020-09-15
- Remiss: Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, SOU 2020:24

## Beslut skickas till

Socialdepartementet

Regionledningskontoret - Folkhälsa och sjukvård

REGIONLEDNINGSKONTORET

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Jonas Almgren
Sektionschef Primärvård och rehabilitering

Socialdepartementet

# Remiss - Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, SOU 2020:24

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerade Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, SOU 2020:24.

## Sammanfattning

Region Jönköpings län ställer sig bakom delar av betänkandet men anser att vissa delar behöver förtydligas och utredas vidare. Region Jönköpings län anser att några av förslagen inte kommer att få avsedd effekt på individnivå.

## Synpunkter på förslaget

Region Jönköpings län lämnar synpunkter främst utifrån de rekommendationer som föreslås i kapitel 8.

### 8.1 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte

Region Jönköpings län instämmer men det finns en otydlighet var sjukskrivningsprocessen börjar. Är det när arbetsförmågans nedsättning uppstår innan själva sjukfrånvaron? Arbetsförmågan kan ju vara nedsatt men individen är ändå kvar i arbete. Ett förtydligande krävs i den frågan.

### 8.2 Uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

Region Jönköpings län anser att en samverkan på denna övergripande nivå inte kommer att leda till förväntade effekter på individnivå. På den övergripande nivån har man inte tillräcklig kännedom om de konsekvenser som blir på verksamhetsnivå.
Försäkringskassan föreslås samordna den här samverkan men har redan idag ett samordningsansvar som de inte har möjlighet att prioritera. Inom Försäkringskassan har man också olika uppfattning om vad samordningsuppdraget innebär. Region Jönköpings län är tveksam till om Försäkringskassan har förutsättningar att klara detta uppdrag.

Regionledningskontoret
Box 1024
551 11 Jönköping

Telefon: 010-241 00 00
E-post: regionen@rjl.se
Hemsida: www.rjl.se

Organisationsuppgifter
Bankgiro: 5216-2849
Orgnr: 232100-0057

Hälso- och sjukvårdens roll i den här samverkan är otydlig. SKRs roll är att stödja och bidra till utveckling av regionernas verksamhet och kan inte bestämma över hälso- och sjukvårdens samverkansfrågor.

**8.3 En gemensam digital yta för planering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen**
Ett förslag till en samverkansyta finns redan framtagen men där finns det juridiska problem som behöver lösas. Det kan nu finnas enklare tekniska lösningar som kan fungera bättre. Det som är det viktigaste här är att individen blir delaktig i och kan se sin sjukskrivnings- och rehabiliteringsplan. Region Jönköpings län anser att frågan ytterligare behöver utredas om vilka tekniska lösningar som kan vara möjliga att genomföras.

**8.4 Bättre stöd till individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen oavsett behov av att få rehabiliterande insatser samordnade**
Region Jönköpings län välkomnar förslaget till ett bättre stöd till individen. Individen behöver ett bättre stöd i hela processen som även innefattar stöd vid överklagan av beslut om indragning/avslag av ersättning. Som det fungerar nu vid överklagan hänvisar Försäkringskassan enbart till sin webbplats. Individen vänder sig då till hälso- och sjukvården för att få praktisk hjälp med sin överklagan. Denna uppgift belastar hälso- och sjukvården och ingår inte i uppdraget.

Region Jönköpings län är tveksamma till att Försäkringskassan ska ges uppdraget att bättre stödja individen. Försäkringskassan har redan ett samordningsuppdrag som man inom myndigheten ser mycket olika på. Ett konkret förtydligande krävs om vad Försäkringskassans samordningsuppdrag innebär.
Försäkringskassan har oftast inte möjlighet att prioritera samordningsuppdraget eftersom fokus är att bedöma rätten till ersättning. Att då ge ett utökat uppdrag torde inte leda till någon förbättring för individen. Dessutom kommer Försäkringskassan oftast in sent i sjukskrivningsärendet. En ytterligare aspekt är att Försäkringskassan inte alltid medverkar till eller stödjer individens rehabiliteringsplan som ska leda till en hållbar återgång till arbetslivet. Region Jönköpings läns erfarenhet är att hälso- och sjukvårdens rehabiliteringsplanering, som oftast görs i dialog med arbetsgivare, många gånger rivs upp då Försäkringskassan fattar ett motverkande beslut utan att samverka eller samordna med berörda parter. Om Försäkringskassan ska ges ett utökat uppdrag för att stödja individen anser Region Jönköpings län att en utveckling av Försäkringskassans arbete behövs.

**8.5 Stärka drivkrafter för arbetsgivare**
Region Jönköpings län ställer sig tveksamma till vad just redovisning av kostnader för ohälsa och sjukdom kan ge. Det är redan känt av arbetsgivare att detta är en stor kostnad och ger en stor påverkan på produktion.

**8.6 Konsultation av expert vid bedömning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete**
Det finns redan idag ett bidrag ”arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd” som arbetsgivare får ansöka om via Försäkringskassan. Detta bidrag borde kanske utvecklas istället? Region Jönköpings län ställer sig tveksam till vad ytterligare ett nytt bidrag kan ge för effekt. Region Jönköpings län vill framhålla vikten av hälso- och sjukvårdens dialog med arbetsgivare. I dialogen får sjukskrivande läkaren bättre kunskap om arbetsmiljön och arbetsgivaren får bättre insikt i den anställdes hälsa och hur den påverkar förmågan att arbeta, vilket är särskilt viktigt vid psykisk ohälsa. Ett bättre alternativ är att arbetsgivare erhåller bidrag för att nyttja företagshälsovård med ansvaret för individens sjukskrivning när den bedöms vara arbetsrelaterad. Då blir per automatik expertresurs inkopplad och planeringen kan göras arbetsplatsnära.

**8.7 En förvaltning av kunskapsområdet arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete**
Region Jönköpings län ställer sig positiv till att myndigheten för arbetsmiljökunskap ges uppdrag att förvalta kunskapsområdet.

**8.8 Ett utvecklat samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för att möta individers behov av stöd**
Region Jönköpings län välkomnar ett utvecklat samarbete enligt ovan. Det brister ofta i samverkan när individen fått sin sjukpenning indragen och ska skriva in sig på Arbetsförmedlingen. Individen behöver här stöd i övergången men också stöd för att förstå och skydda sin sjukpenninggrundande inkomst.

Många individer klarar inte kraven som ställs för att ingå i det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, att klara arbetsträning på 10 timmar per vecka. Det är därför viktigt att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen också, inom det förstärkta samarbetet, ges uppdraget att ansvara för gemensamma förberedande insatser.

**8.9 Ett förbättrat stöd till individer som har medicinska begränsningar, som saknar sjukpenninggrundande inkomst och som uppbär försörjningsstöd**
Region Jönköpings län lämnar inga synpunkter på förslaget.

**8.10 Utbyte av medicinska uppgifter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen bör utredas**
Region Jönköpings län anser att det är helt nödvändigt att det utreds hur hälso-sjukvårdens lämnande av medicinska uppgifter underlättas. Någon form av differentiering som föreslås välkomnas. Det bör även utredas vilka andra professioner utöver läkare som ska kunna lämna medicinska uppgifter.
Region Jönköpings län vill också påtala att det inte är ovanligt förekommande att läkare får undervisa Försäkringskassans handläggare om medicinska uppgifter och det är en onödig belastning på sjukvården. Här ska istället Försäkringskassans försäkringsmedicinska rådgivare stödja handläggarna.

Försäkringskassan bör i första hand ta in information från individen och andra berörda parter såsom arbetsgivare/Arbetsförmedlingen m fl. De ska i sista hand och enbart vid behov kontakta hälso- och sjukvården. Under nuvarande covid-19 situation har Försäkringskassan utrett ärenden på detta sätt och det har visat sig fungera bra.
Region Jönköpings län anser att man behöver prioritera det här förslaget i utredningen och ta ett större grepp för att kunna komma tillrätta med problemet.

**Ekonomiska konsekvenser**
I betänkandet föreslås att Försäkringskassan tillförs ytterligare medel för sitt utökade uppdrag. Medel föreslår man används från den överenskommelsen om sjukskrivningsprocessen som tecknats mellan staten och SKR och som beräknas avlutas efter 2020. Region Jönköpings län anser att det finns ett behov av att överenskommelsen tecknas även för 2021 med anledning av den covid-19 situation vi haft under 2020.
Om hälso- och sjukvården arbetar med förbättringar av sjukskrivningsprocessen är det Försäkringskassan som får den ekonomiska vinsten. Det bör därför tas fram en ekonomisk modell som gynnar hälso- och sjukvården långsiktigt.

REGION JÖNKÖPINGS LÄN

Rachel De Basso
Ordförande nämnd för folkhälsa och sjukvård

Mats Bojestig
Hälso- sjukvårdsdirektör

**From:** Peter Wollberg
**Sent:** Mon, 18 May 2020 08:20:05 +0000
**To:** Bijelic Eriksson Nathalie;S Remissvar
**Subject:** Sv: S2020/03728/SF Begäran om anstånd, Region Jönköpings län

Hej,
Anstånd beviljas till den 15 september 2020.

Med vänlig hälsning

**Peter Wollberg**
Ämnesråd
Socialdepartementet
Socialförsäkringsenheten
103 33 Stockholm
Tel. 08-405 40 68
Mobil 070-641 40 68
peter.wollberg@regeringskansliet.se
www.regeringen.se

Regeringskansliet

---

**Från:** Bijelic Eriksson Nathalie <nathalie.bijelic.eriksson@rjl.se>
**Skickat:** den 15 maj 2020 16:19
**Till:** S Remissvar <s.remissvar@regeringskansliet.se>
**Kopia:** Peter Wollberg <peter.wollberg@regeringskansliet.se>
**Ämne:** S2020/03728/SF Begäran om anstånd, Region Jönköpings län
**Prioritet:** Hög

Hej,

Region Jönköpings län har mottagit ovanstående remiss och önskar inlämna svar. På grund av fastställda mötesdatum för ansvarig beslutsinstans nämnd för folkhälsa och sjukvård önskar vi begära anstånd att få inkomma med vårt svar till **den 15 september 2020**.

Tacksam för återkoppling.

Med Vänliga Hälsningar

**Nathalie Bijelic Eriksson**
Nämndsekreterare
010-242 40 32
nathalie.bijelic.eriksson@rjl.se

Område Kansli
Regionledningskontoret

Region Jönköpings län
www.rjl.se

Information och e-tjänster för
din hälsa och vård
www.1177.se/Jonkopings-lan



# Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

*Betänkande av Utredningen*
*Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess*

*Stockholm 2020*



STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

**SOU 2020:24**

SOU och Ds kan köpas från Norstedts Juridiks kundservice.
Beställningsadress: Norstedts Juridik, Kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@nj.se
Webbadress: www.nj.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Norstedts Juridik AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.
*Svara på remiss – hur och varför*
*Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).*
En kort handledning för dem som ska svara på remiss.
Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2020

ISBN 978-91-38-25047-1
ISSN 0375-250X

# Till statsrådet Ardalan Shekarabi

Regeringen beslutade den 12 april 2018 att tillkalla en särskild utredare – en nationell samordnare – med uppdrag att främja samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen.

Som särskild utredare förordnades från och med den 5 maj 2018 med. dr. och leg. psykolog Mandus Frykman.

Som sakkunniga i utredningen förordnades den 5 september 2018 departementssekreterare Sara Bivebäck (Finansdepartementet), kanslirådet Klara Granat (Socialdepartementet), departementssekreterare Abukar Omarsson, (Arbetsmarknadsdepartementet) och ämnesrådet Peter Wollberg (Socialdepartementet). Från och med den 2 juni 2019 entledigades Klara Granat och från och med den 3 juni 2019 förordnades kanslirådet Sara Johansson (Socialdepartementet) som sakkunnig i utredningen. Från och med den 15 september 2019 entledigades Sara Johansson och från och med den 16 september 2019 förordnades departementssekreterare Anne Wisten (Socialdepartementet) som sakkunnig i utredningen. Från och med den 16 mars 2020 entledigades Anne Wisten.

Som sekreterare i utredningen förordnades från och med den 6 augusti 2018 utredaren Sofie Östling och från och med den 20 augusti 2018 jur. kand. Marie Jakobsson Randers. Från och med den 13 januari 2019 entledigades Marie Jakobsson Randers och från och med 1 december 2018 förordnades med. dr. Nina Karnehed som sekreterare i utredningen.

Betänkandet är skrivet i vi-form och med detta avses utredaren och utredningssekretariatet. Jag som utredare är dock ensamt ansvarig för utredningens rekommendationer. Utredningen, som har haft namnet *Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess*, överlämnar härmed sitt betänkande *Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess* (SOU 2020:24). Utredningens uppdrag är därmed slutfört.

Stockholm i april 2020

Mandus Frykman

/Nina Karnehed
Sofie Östling

# Innehåll

**Sammanfattning ..... 17**

**1 Uppdraget och dess genomförande ..... 27**

1.1 Uppdraget ..... 27
1.1.1 En process i förändring ..... 28
1.1.2 Utredningens kommentarer till uppdraget ..... 29

1.2 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ..... 31
1.2.1 Ingen gemensam definition ..... 32
1.2.2 Att närma sig en definition – begreppen sjukskrivning, rehabilitering och process ..... 33
1.2.3 Processens början och slut ..... 34
1.2.4 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte ..... 35
1.2.5 Begreppen sjukdom och arbetsförmåga i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ..... 38
1.2.6 Ekonomisk trygghet och stöd till återgång ..... 38

1.3 Samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ..... 38

1.4 Metod ..... 39
1.4.1 Utredningens utåtriktade arbete ..... 40
1.4.2 Referensgruppernas arbete ..... 41
1.4.3 Kvalitativ information ..... 42
1.4.4 Kvantitativ information ..... 45
1.4.5 Analys av nuvarande förhållanden när det gäller samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ..... 46

1.4.6 Översyn av det förebyggande arbetet och stödet för återgång i arbete ... 46

1.5 Disposition av betänkandet ... 48

**2 Aktörernas ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ... 49**

2.1 Individen ... 49
2.1.1 Ersättning vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom ... 49
2.1.2 Individens rehabilitering ... 51

2.2 Arbetsgivaren ... 52
2.2.1 Arbetsgivarens ansvar och skyldigheter enligt arbetsmiljölagen ... 52
2.2.2 Arbetsgivares plan för återgång i arbete ... 53
2.2.3 Förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete ... 53
2.2.4 Arbetsgivaren ska lämna upplysningar till Försäkringskassan och vidta åtgärder för rehabilitering ... 54
2.2.5 Saklig grund för uppsägning när arbetsgivaren har fullgjort sitt rehabiliteringsansvar ... 54
2.2.6 Arbetsdomstolen prövar arbetsgivarens rehabiliteringsansvar ... 55
2.2.7 Företagshälsovård ... 56

2.3 Hälso- och sjukvården ... 57
2.3.1 Hälso- och sjukvårdens ansvar att tillhandahålla god hälsa och en vård på lika villkor ... 57
2.3.2 Hälso- och sjukvården intygar nedsatt arbetsförmåga ... 58
2.3.3 Samverkan ... 59

2.4 Försäkringskassan ... 60
2.4.1 Samordna och utöva tillsyn över rehabiliteringsverksamheten ... 61

2.5 Kommunen ... 62

2.6 Arbetsförmedlingen ... 63

2.7 Andra aktörer ... 64
2.7.1 Myndigheten för arbetsmiljökunskap ... 64
2.7.2 Arbetsmiljöverket ... 65
2.7.3 Socialstyrelsen ... 65
2.7.4 Sveriges kommuner och regioner (SKR) ... 67
2.7.5 Samordningsförbunden ... 67

**3 Individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ... 71**

3.1 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inkluderar nästan alla individer i arbetsför ålder varje år ... 71
3.1.1 Anställda med sjuklön ... 72
3.1.2 Individer med ersättning från Försäkringskassan ... 73
3.1.3 Individer som blir arbetsoförmögna under tid i arbetsmarknadspolitiskt program hos Arbetsförmedlingen ... 76
3.1.4 Studenter ... 76
3.1.5 Individer utan sjukpenninggrundande inkomst ... 77
3.1.6 Individer som får stöd via samordningsförbunden ... 79

3.2 Individens upplevelse ... 79
3.2.1 Intervjuer med sjukskrivna ... 80
3.2.2 Individsynpunkter från andra källor ... 91
3.2.3 Information från patient- och brukarorganisationer ... 92

3.3 Utredningens slutsatser ... 93
3.3.1 För de flesta fungerar sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen väl ... 94
3.3.2 Individer uttrycker missnöje över lagstiftningen ... 95
3.3.3 Individen efterfrågar en mer förutsägbar process ... 95

3.3.4 De individer som behöver mer stöd efterfrågar ett stöd som ingen aktör har ett uttalat ansvar att ge ... 99
3.3.5 Individer som nekats ersättning från sjukförsäkringen vill ha mer stöd ... 99

**4 Samverkan i teori och form ... 101**

4.1 Samverkan ... 101
4.1.1 Behovet av samverkan – sektorisering av offentlig verksamhet ... 102
4.1.2 Strukturell och operativ samverkan ... 104

4.2 Teoretiska perspektiv på samverkan ... 104
4.2.1 Olika former av samverkan ... 105
4.2.2 Hinder och framgångsfaktorer för samverkan ... 107
4.2.3 Styrning och samverkan ... 110

4.3 Former för samverkan inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ... 112
4.3.1 Samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras på olika sätt ... 112
4.3.2 Nationella samverkansgrupper inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ... 117
4.3.3 Försäkringskassans inriktning för samverkan ... 121
4.3.4 Överenskommelser som medel för samverkan mellan Försäkringskassan och övriga aktörer på regional och lokal nivå ... 123
4.3.5 Regioners strukturella samverkan med aktörer i processen – några exempel ... 126
4.3.6 Kontaktvägar är en förutsättning för samverkan ... 129
4.3.7 Utredningens slutsatser gällande former för samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ... 137

**5 Analys av nuvarande förhållanden för samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ... 143**

5.1 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens paradox ... 144
5.1.1 Utredningens slutsatser ... 146

5.2 Regler som berör sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen finns i flera olika lagar ... 147
5.2.1 Arbetsgivarens ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras i flera lagrum ... 148
5.2.2 Omplacering har en betydelse i arbetsrätten och en annan betydelse i socialförsäkringsbalken ... 149
5.2.3 Flera aktörer utformar planer för återgång i arbete för individen ... 152
5.2.4 Utredningens slutsatser ... 153

5.3 Medicinska uppgifter ... 155
5.3.1 Hälso- och sjukvårdens möjligheter att lämna medicinska uppgifter ... 155
5.3.2 Individens behov av medicinska uppgifter ... 158
5.3.3 Arbetsgivarens behov av medicinska uppgifter ... 159
5.3.4 Försäkringskassans behov av medicinska uppgifter ... 162
5.3.5 Arbetsförmedlingens behov av medicinska uppgifter ... 164
5.3.6 Socialtjänstens behov av medicinska uppgifter ... 165
5.3.7 Utredningens slutsatser ... 166

5.4 Begreppet rehabilitering fylls med olika innebörd av olika aktörer ... 168
5.4.1 Användning av begreppet rehabilitering vid uppdateringen av Arbetsmiljöverkets föreskrift ... 170
5.4.2 Användning av begreppet rehabilitering när Försäkringskassan beviljar rehabiliteringspenning ... 172
5.4.3 Utredningens slutsatser ... 174

5.5 Individen tycker att den egna arbetsförmågan bedöms olika av olika aktörer i processen ... 175
5.5.1 Individer tycker att det är svårt att förstå att Försäkringskassan kan göra en annan bedömning av arbetsförmågan än den behandlande läkaren ... 175

5.5.2 Individen upplever att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen bedömer arbetsförmåga olika och myndigheternas olika uppdrag kan leda till konsekvenser för individen ..... 177
5.5.3 Utredningens slutsatser ..... 181

5.6 Att det finns olika förväntningar på Försäkringskassans samordningsansvar skapar problem i samverkan ..... 183
5.6.1 Myndigheternas serviceskyldighet ..... 184
5.6.2 Försäkringskassans utredningsskyldighet ..... 185
5.6.3 Försäkringskassans samordningsansvar ..... 186
5.6.4 Utredningens slutsatser ..... 190

5.7 Aktörerna vill utveckla metoder som hjälper dem att hitta de individer som har behov av stöd ..... 190

5.8 Aktörsspecifika förutsättningar som påverkar samverkan i processen ..... 194
5.8.1 Flera aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen önskar mer kunskap, mer tid och mer stöd i sitt arbete ..... 194
5.8.2 Försäkringskassans personalomsättning är en utmaning för samverkan ..... 198
5.8.3 Reformeringen av Arbetsförmedlingen påverkar samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ..... 199
5.8.4 Utredningens slutsatser ..... 200

5.9 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är komplex och dynamisk ..... 201
5.9.1 Aktörerna utgör förutsättningar för varandras arbete ..... 201
5.9.2 Exempel på förändringar och oönskade konsekvenser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ..... 202
5.9.3 Oönskade konsekvenser identifieras i efterhand ..... 204
5.9.4 Komplexitet påverkar förekomst av oönskade konsekvenser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ..... 205
5.9.5 Utredningens slutsatser ..... 206

5.10 Utredningens slutsatser om nuvarande förhållanden som påverkar samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ..... 207

**6 Översyn av utvecklingen av förebyggande och stöd för återgång för anställda ..... 209**

6.1 Utvecklingen inom kunskapsområdet stöd för återgång i arbete ..... 210
6.1.1 Nationella och internationella kunskapsöversikter om återgång i arbete ..... 210
6.1.2 ADA – en metod för återgång i arbete ..... 212
6.1.3 Utredningens slutsatser om kunskapsutvecklingen inom området stöd för återgång i arbete ..... 214

6.2 Aktuella initiativ för att stärka förebyggande arbete och stöd för återgång för anställda ..... 215
6.2.1 Parternas avsiktsförklaringar ..... 216
6.2.2 Myndigheten för arbetsmiljökunskap ..... 229
6.2.3 Försäkringskassans och Arbetsmiljöverkets gemensamma arbete för att främja arbetsgivarnas ansvarstagande ..... 231
6.2.4 Ny lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter kan leda till att fler individer får stöd att återgå i arbete ..... 235
6.2.5 Arbetsgivarens plan för återgång i arbete och det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet ..... 237

6.3 Arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete ..... 247
6.3.1 Arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete ..... 248
6.3.2 Otydlighet i roller och ansvar för arbetsplatsinriktat stöd för återgång ..... 254
6.3.3 Företagshälsovården ..... 261

6.4 Andra aspekter av förebyggande och stöd för återgång ..... 266
6.4.1 Den sjukpenninggrundande inkomsten skyddas inte under tid med ersättning från en av de kollektivavtalade sjukförsäkringen ..... 266

6.4.2 Försäkringskassans tillämpning av hur arbetstid ska förläggas är stelbent vid deltidssjukskrivning och arbetsträning ..... 267
6.4.3 Stöd till företagare ..... 268

**7 Översyn av stöd för återgång i arbete för de som är arbetslösa ..... 271**

7.1 Stöd för återgång i arbete genom det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ..... 272
7.1.1 Rehabiliteringssamverkan – gemensam kartläggning och aktiva insatser ..... 274
7.1.2 Övergången från sjukförsäkringen till arbetsmarknaden – kontakmöten och omställningsmöten ..... 275
7.1.3 Resultat av det förstärkta samarbetet ..... 276
7.1.4 Regelkonflikter som försvårar det förstärkta samarbetet ..... 278
7.1.5 Från Arbetsförmedlingen till Försäkringskassan ..... 279
7.1.6 Utredningens slutsatser ..... 281

7.2 Stöd för återgång i arbete för individer som uppbär försörjningsstöd ..... 286
7.2.1 Viljeinriktning om samverkan kring individer som saknar SGI ..... 287
7.2.2 Den nya funktionen för koordinering kan leda till att fler individer som saknar SGI får sitt behov av rehabilitering utrett av Försäkringskassan ..... 288
7.2.3 Utredningens slutsatser ..... 288

7.3 Stöd för återgång i arbete genom samordningsförbund .... 291
7.3.1 Utredningens slutsatser ..... 296

7.4 Europeiska socialfonden (ESF) finansierar projekt som stödjer individer åter till arbete ..... 297

**8 Rekommendationer och överväganden ..... 299**

8.1 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte ..... 299

8.2 Uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess ..... 300
8.2.1 Aktörerna behöver samverka på strukturell nivå ..... 303
8.2.2 Är ett förtydligande i myndigheternas respektive instruktioner tillräckligt för att alla aktörer ska medverka i samverkan? ..... 304
8.2.3 Företrädare för verksamheter ska samverka ..... 304
8.2.4 Varför ska Försäkringskassan samordna samverkan? ..... 305
8.2.5 Former för samverkan för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess ..... 306

8.3 En gemensam digital yta för planering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ..... 312
8.3.1 Mer förutsägbarhet skulle underlätta individens process ..... 313
8.3.2 Individen behöver hjälp att bära information genom sjukskrivnings- och rehabiliterings-processen ..... 314
8.3.3 En gemensam digital planeringsyta kan även underlätta för aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ..... 315
8.3.4 De juridiska förutsättningarna för en gemensam digital planeringsyta behöver utredas ..... 315

8.4 Bättre stöd till individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen oavsett behov av att få rehabiliterande insatser samordnade ..... 318
8.4.1 Individer har behov av avlastning vad gäller förmedling av information ..... 318
8.4.2 Ingen aktör har i dag uppdraget att bistå individen genom hela sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ..... 319
8.4.3 En ny lagstadgad uppgift för Försäkringskassan ..... 320

8.4.4 Individens egen bedömning av behov av stöd bör vara vägledande ... 321
8.4.5 Övervägande om hela samordningsuppdraget behöver förtydligas ... 323

8.5 Stärkta drivkrafter för arbetsgivare ... 323
8.5.1 Frågan om drivkrafter bör utredas vidare ... 325
8.5.2 Drivkrafter genom redovisningsskyldighet av kostnader för ohälsa och sjukfrånvaro ... 326
8.5.3 Arbetsgivarföreträdarnas kritik till ökade ekonomiska drivkrafter ... 328

8.6 Konsultation av expert vid bedömning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete ... 329
8.6.1 Att arbetsgivare själva bedömer behovet av expertstöd har både för- och nackdelar ... 330
8.6.2 En precisering av utredningens rekommendation ... 331
8.6.3 Risk att frågan om arbetsplatsinriktat stöd blir för komplicerad ... 333
8.6.4 Rekommendation om expertstöd i relation till 2018 års reformer för stärkt stöd för återgång i arbete ... 334
8.6.5 En principiell fråga om kvalitetssäkring ... 335

8.7 En förvaltning av kunskapsområdet arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete ... 335
8.7.1 Ansvaret ges till Myndigheten för arbetsmiljökunskap ... 336

8.8 Ett utvecklat samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för att möta individers behov av stöd ... 338
8.8.1 Individen väljer själv om hen vill ha stöd i övergången mellan myndigheterna ... 339
8.8.2 Försäkringskassan behöver göra mer för att fler individer ska ges stöd genom myndigheternas rehabiliteringssamverkan ... 339
8.8.3 Ett utvecklat stöd till individer som har nedsatt hälsa men som av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga ... 340

8.8.4 Mer behöver göras för att säkerställa att individer inte förlorar sin sjukpenninggrundande inkomst i övergången från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen ..... 342
8.8.5 Övergången från Arbetsförmedlingen till Försäkringskassan ..... 344

8.9 Ett förbättrat stöd till individer som har medicinska begränsningar, som saknar sjukpenninggrundande inkomst och som uppbär försörjningsstöd ..... 346
8.9.1 En utredning bör tillsättas om hur socialtjänsten kan ges ett utökat ansvar ..... 347
8.9.2 Socialtjänsten behöver få förutsättningar att bedöma medicinska begränsningar ..... 348
8.9.3 Socialtjänsten bör ha det samordnade ansvaret ... 349
8.9.4 Överväganden om att socialtjänsten ges uppdraget ..... 350

8.10 Utbyte av medicinska uppgifter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen bör utredas ..... 352
8.10.1 Aktörernas behov av medicinska uppgifter för att kunna utföra sitt arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen behöver klargöras ..... 354
8.10.2 Hälso- och sjukvårdens förutsättningar för att kunna lämna de medicinska uppgifter som efterfrågas måste klargöras ..... 355
8.10.3 Former för medicinskt uppgiftslämnande ..... 356
8.10.4 Förvaltning av former för utbyte av medicinska uppgifter ..... 358

**9 Konsekvenser av rekommendationerna ..... 359**

9.1 Rekommenderar fyra utredningar ..... 359

9.2 Konsekvenser för samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ..... 359

9.3 Ekonomiska konsekvenser ... 361
9.3.1 Konsekvenser för statens budget ... 361
9.3.2 Ekonomiska konsekvenser för arbetsgivare ... 364
9.3.3 Ekonomiska konsekvenser för individer och samhället ... 364
9.4 Konsekvenser för individen ... 365
9.5 Konsekvenser för Försäkringskassan ... 366
9.6 Konsekvenser för hälso- och sjukvården ... 367
9.7 Konsekvenser för arbetsgivare ... 368
9.8 Konsekvenser för Arbetsförmedlingen ... 369
9.9 Konsekvenser för Myndigheten för arbetsmiljökunskap ... 370
9.10 Konsekvenser för övriga myndigheter och aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ... 370
9.11 Konsekvenser för jämställdhet ... 371
9.12 Övriga konsekvenser ... 371

**Källor och litteratur ... 373**

**Bilagor**

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2018:27 ... 387
Bilaga 2 Utredningen Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess vill ta del av era synpunkter ... 395
Bilaga 3 Undersökning bland sjukskrivna ... 399
Bilaga 4 Inbjudan till, och svar från, landstingskommunala sektorn ... 407
Bilaga 5 Inbjudan till, och svar från, privata sektorn ... 409
Bilaga 6 Inbjudan till, och svar från, statliga sektorn ... 413

# Sammanfattning

Regeringen beslutade den 12 april 2018 att tillkalla en särskild utredare – en nationell samordnare – med uppdrag att främja samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen.

Enligt direktiven ska samordnaren analysera nuvarande förhållanden när det gäller samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen, följa upp nuvarande samverkan mellan aktörerna med fokus på konsekvenser för individen, se över hur det förebyggande arbetet och stödet för återgång i arbete utvecklas hos olika aktörer, se över om regelverket är ändamålsenligt för att stödja individens återgång till hälsa och arbete, främja dialog för att skapa en smidigare process för individen så att individen så tidigt som möjligt kan återfå hälsa och återgå i arbete, samt lämna författningsförslag om utredaren bedömer att det är nödvändigt.

Målet med samordnarens uppdrag är att bidra till att motverka de problem som kan uppstå till följd av det uppdelade ansvaret mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen.

## Uppdragets genomförande

Arbetet har utförts i nära samarbete med aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Vi har genomfört ett hundratal möten och dialoger med aktörer runt om i landet. Utredningens två referensgrupper har bestått av representanter från Arbetsförmedlingen, Arbetsgivarverket, Arbetsmiljöverket, Försäkringskassan, LO, Region Jönköping, Region Västerbotten, Saco, SKR, Socialstyrelsen, Svenskt Näringsliv, Sveriges Läkarförbund, TCO, och Västra Götalandsregionen. Inom ramen för utredningens arbete har vi genomfört en aktgranskning, en enkätstudie, intervjuer och inhämtat underlag från statistikförande myndigheter. Individsynpunkter har inhämtats direkt i intervjuer med individer och indirekt genom patient- och

brukarorganisationer, arbetstagarorganisationer och andra aktörer och myndigheter.

Beaktat uppdragets omfattning har vi prioriterat en bred genomlysning av de områden som omfattas av direktiven. Inom de områden där vi bedömt att författningsförslag är en möjlig väg framåt, har vi strävat efter att utreda dessa så långt som varit praktiskt möjligt.

## Individens upplevelse av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Bland de individer som passerar sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen finns personer med olika diagnoser, i olika åldrar, med olika sjukskrivningshistorik och med olika förankring på arbetsmarknaden. Individerna har olika förutsättningar att ta till sig information och att föra sin talan. Många individer upplever att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen fungerar väl, vilket bland annat framgår av de intervjuer vi låtit göra. Det finns också individer som inte tycker att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen fungerar bra. Detta kommer till uttryck i så väl intervjuer som i den stora mängd individberättelser vi tagit del av. Vår bedömning är att det finns flera områden som är angelägna att utveckla för att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska bli mer välfungerande.

## Samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Samverkan förs ofta fram som en lösning på de utmaningar som offentlig förvaltning står inför när allt mer komplexa välfärdstjänster ska tillhandahållas av myndigheter och andra aktörer i ett sektoriserat landskap. Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är ett sådant sammanhang och aktörernas uppdelade ansvar ställer stora krav på dialog och samverkan.

Vår bedömning är att många av de hinder för samverkan som vi identifierat kan vara svåra att lösa genom lagstiftning. Hinder som kommer av att ansvarsområden överlappar, att begrepp definieras och används olika samt att aktörerna ibland har begränsad förståelse för varandras perspektiv och förutsättningar är sådant som behöver hanteras av aktörerna gemensamt i samverkan. Utredningen lämnar därför rekommendationer som syftar till att stärka den strukturella

samverkan och därmed möjligheterna för aktörerna att själva skapa goda förutsättningar för sitt gemensamma arbete.

## Bättre stöd för återgång i arbete

Vi ser flera områden där stödet för återgång i arbete kan stärkas och där vi ger rekommendationer om förbättringar. Utredningen visar att individer inte får del av tillräckligt arbetsplatsinriktat stöd, att arbetsgivares kunskap om återgång i arbete har brister och att företagshälsovård, eller annan expertresurs, används i alltför begränsad utsträckning. Vår bedömning är därför att arbetsgivare behöver ges bättre förutsättningar att ge sina anställda stöd för återgång i arbete. Därutöver behöver Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ytterligare stärka sitt samarbete för att ge individer som går mellan myndigheterna bättre stöd. Vi ser också att stödet till de individer som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, och som uppbär försörjningsstöd, behöver utvecklas.

## Våra rekommendationer

Utredningen ger tio rekommendationer som redovisas nedan och som syftar till att stärka stödet till individen och förbättra förutsättningarna för samverkan mellan sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer. Fyra av dessa rekommendationer avser nya utredningar inom områden som vi identifierat som viktiga, men som till följd av sin komplexitet och omfattning inte varit möjliga att hantera inom ramen för denna utredning.

### *Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte*

Det saknas i dag såväl en aktörsgemensam definition av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som en gemensam syn på vad processen syftar till. Vår bedömning är att samsyn kring vad som avses med processen och vad den ska leda till ger bättre förutsättningar för dialog och samverkan mellan aktörerna i processen.

Vi rekommenderar därför att det med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska avses den process som börjar då individens

arbetsförmåga blir nedsatt på grund av sjukdom och pågår till dess att individen återfått arbetsförmåga och därmed kan återgå i, eller kan söka, arbete eller då det konstateras att arbetsförmåga inte kan återfås. Vi rekommenderar vidare att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte ska vara *att individen ska återfå arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller kunna söka, arbete.*

### *Uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*

Vår bedömning är att nuvarande lagar, förordningar och de uppdrag som ges myndigheterna i regleringsbrev och i regeringsuppdrag inte är tillräckliga för att myndigheterna på eget initiativ ska samverka för att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska stödja individen åter till arbetsförmåga och arbete.

Vi rekommenderar därför att Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Socialstyrelsen, Arbetsmiljöverket och Myndigheten för arbetsmiljökunskap ges i uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess i syfte att stödja individen att återfå arbetsförmåga så att hen kan återgå i, eller söka, arbete.

Vi rekommenderar att Försäkringskassan ges i uppdrag att samordna samverkan mellan aktörerna för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Med aktörer avses här Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket, Myndigheten för arbetsmiljökunskap, Socialstyrelsen, SKR som företrädare för hälso-och sjukvård och för socialtjänsten, Arbetsgivarverket, SKR, och Svenskt Näringsliv som företrädare för arbetsgivarna, samt företrädare för Nationella rådet för finansiell samordning. Även fackförbunden LO, TCO och Saco ska medverka i samverkan.

Vi rekommenderar också att aktörerna utvecklar former för samverkan på strukturell nivå som konkretiserar uppdraget att samverka och ger förutsättningar att hantera sådana brister i samverkan som utredningen identifierat och redogör för i betänkandet. Vi menar att aktörerna bör teckna en överenskommelse som tydliggör hur de ska samverka, skapa en styrgrupp för en sådan överenskommelse, dela information om processpåverkande förändringar med varandra på ett strukturerat sätt och gemensamt ta fram samhällsinformation om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

*En gemensam digital yta för planering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen*

Vår bedömning är att många individer och aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen skulle ha nytta av bättre möjligheter till överblick över de olika aktörernas planering för individen. Hinder för en digital planeringsyta är juridiska snarare än tekniska. De juridiska frågorna är komplexa och kräver helhetsperspektiv.

Vi rekommenderar därför att de juridiska förutsättningarna för att dela den planering, de åtgärder och de beslut som rör en individs sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, digitalt mellan aktörerna i processen utreds vidare.

*Bättre stöd till individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen oavsett behov av att få rehabiliterande insatser samordnade*

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ställer krav på individen att själv administrera sin process. Individen ska bland annat lämna relevant information, samt efter bästa förmåga medverka i åtgärder som underlättar återgång i arbete. Individen behöver, för att processen ska fungera, förmedla information mellan aktörer muntligt eller skriftligt, samt ansöka om förmåner i rätt tid och på rätt sätt.

De individer som får rehabiliterande insatser samordnade av Försäkringskassan får stöd av Försäkringskassan att överföra information mellan de aktörer som ansvarar för de samordnade insatserna. För de individer som inte har behov av att rehabiliterande insatser samordnas saknas sådant stöd. Konsekvenserna av att göra fel vid administration av sin sjukskrivning kan vara stora för dessa individer. Vår bedömning är att stöd att förmedla information och att ansöka om förmåner i rätt tid och på rätt sätt ska ges till den individ som behöver det oavsett om de har behov av att rehabiliteringsinsatser samordnas eller inte.

Vi rekommenderar därför att Försäkringskassan ges i uppgift att, inom ramen för sitt ansvar i 30 kap. SFB, bistå försäkrade som är i behov av stöd i kontakter med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

*Ökade drivkrafter och ökat stöd för arbetsgivares förebyggande insatser och arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete*

Tillgänglig kunskap gör gällande att ökade ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare kan bidra till högre aktivitet i arbetsgivares förebyggande arbete och stödjande insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Regeringens tidigare förslag om ökade drivkrafter, den så kallade *hälsoväxlingen*, drogs tillbaka i samband med att arbetsmarknadens parter i avsiktsförklaringar kom överens om åtgärder för en bättre arbetsmiljö och minskad sjukfrånvaro. Parternas avsiktsförklaringar innehåller åtgärder som kan bidra till bättre arbetsmiljö och minska sjukfrånvaro. Avsaknad av utvärderingar gör dock att det inte går att uttala sig om effekter av parternas åtgärder. Avsiktsförklaringarna innehåller inte några åtgärder som påverkat arbetsgivares ekonomiska drivkrafter. Det har inte heller genomförts andra förändringar under senare år som väsentligen påverkat arbetsgivares drivkrafter för förebyggande arbete eller återgång i arbete. Utredningens bedömning är därför att arbetsgivares drivkrafter för förebyggande arbete och stöd för återgång i arbete bör stärkas.

Vi rekommenderar att regeringens tidigare förslag om ekonomiska drivkrafter genom utökat kostnadsansvar för arbetsgivare (*Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna*) bör övervägas på nytt och kompletteras med en utredning om redovisningsskyldighet av ekonomiska kostnader för ohälsa och sjukfrånvaro. Utredningen ska ge svar på hur sådan redovisningsskyldighet kan utformas och om redovisningsskyldighet kan komplettera (eller ersätta) regeringens tidigare förslag om hälsoväxling.

*Konsultation av expert vid bedömning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete*

Vår bedömning är att det arbetsplatsinriktade stödet för återgång i arbete behöver stärkas. Mellan 16 och 35 procent av sjukskrivna individer med en anställning bedöms få otillräckligt arbetsplatsinriktat stöd. Arbetsgivare har ansvaret för sådana insatser och ska ta hjälp av företagshälsovård eller annan expertresurs i de fall den egna kompetensen inte räcker till. Arbetsgivare konstateras ha låg kompetens inom området och uppskattas ta hjälp av företagshälsovård i 10–15 procent av fallen. Internationella och nationella kunskapsöversikter

betonar betydelsen av arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete och kortare sjukfrånvaro.

Vi rekommenderar därför att arbetsgivaren, när en plan för återgång i arbete tas fram, ska konsultera en expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering som stöd i en kvalificerad bedömning om vilka insatser som behöver genomföras på arbetsplatsen för att ge individen stöd att återgå i arbete. Arbetsgivarens skyldighet att konsultera en expertresurs bör regleras i 30 kap. 6 § SFB. Genom ökade krav på konsultation av expert förväntas fler stödjande insatser utformas med utgångspunkt i kunskap och erfarenhet.

### *En förvaltning av kunskapsområdet arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete*

Kunskapsområdet *arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete* har stor betydelse för utformning av arbetsplatsinriktat stöd till individen. Vi konstaterar att det i dag inte finns någon aktör med ansvar att samla in, sammanställa och sprida kunskap inom området. Vår bedömning är att en aktör med sådant ansvar skulle öka möjligheterna för aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen att använda sig av vetenskapligt förankrad kunskap om återgång i arbete. Därmed skulle stödet till individen stärkas.

Vi rekommenderar därför att Myndigheten för arbetsmiljökunskap ges i uppdrag att samla in, sammanställa och sprida kunskap om arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete.

### *Ett utvecklat samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för att möta individers behov av stöd*

Vi bedömer att nuvarande samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen inte i tillräckligt hög utsträckning tillgodoser de behov individer har av stöd för att kunna ta tillvara sin arbetsförmåga när de går från sjukförsäkringen till arbetsmarknaden.

Vi rekommenderar därför att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen vidareutvecklar sin samverkan. För det första behöver fler individer få stöd genom rehabiliteringssamverkan. För det andra behöver de individer som har nedsatt hälsa, men som av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga och därmed inte längre har rätt till

ersättning från sjukförsäkringen, få ett bättre stöd för att kunna tillvarata sin arbetsförmåga. För det tredje behöver alla individer som kommer från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen, få information om vilka krav de behöver uppfylla för att deras sjukpenninggrundande inkomst ska vara fortsatt skyddad. För det fjärde behöver aktuell information hos Arbetsförmedlingen om en individs arbetsförmåga, vägas in i Försäkringskassans bedömning om arbetsförmågans nedsättning när individen ansöker om sjukpenning.

### *Ett förbättrat stöd till individer som har medicinska begränsningar, som saknar sjukpenninggrundande inkomst och som uppbär försörjningsstöd*

Vi bedömer att det finns en betydande risk för att individer som har arbetsoförmåga på grund av sjukdom, och som uppbär försörjningsstöd, inte får det stöd de behöver för att kunna återgå i arbete. Stödet till dessa individer behöver stärkas. Nuvarande ansvarsfördelning mellan socialtjänsten och Försäkringskassan gör att det finns risk för att dessa individers behov av stöd att kunna återgå i, eller få, ett arbete inte identifieras. Ett stärkt stöd behöver tillse att individen får en bedömning av sin förmåga att delta i aktivitet eller att kunna söka arbete samt att insatser, vid behov, samordnas. Vår bedömning är att socialtjänsten ska ges detta ansvar.

Vi rekommenderar att en utredning ges i uppdrag att se över hur ett utökat ansvar ska kunna åläggas socialtjänsten gällande de individer som har medicinska begränsningar, saknar sjukpenninggrundande inkomst och uppbär försörjningsstöd.

### *Utbyte av medicinska uppgifter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen bör utredas*

Rehabiliteringsansvariga aktörer är beroende av medicinska uppgifter om individen för sitt arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Att förse aktörerna med medicinska uppgifter tar stora resurser i anspråk från hälso- och sjukvården. Utbyte av medicinsk information är viktigt i individärenden, men också en fråga som ställer stora krav på samverkan och i vissa fall skapar problem i samverkan mellan aktörerna. Att lämna medicinska uppgifter kräver

samverkan både för själva överföringen och för att komma överens om vilka uppgifter som ska lämnas.

Vi rekommenderar därför att det bör utredas hur hälso- och sjukvårdens lämnande av medicinska uppgifter inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan underlättas.

## Konsekvenser av rekommendationerna

Våra rekommendationer förväntas bidra till tydlighet i aktörernas gemensamma ansvar för processen och därmed främja samverkan.

För individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen förväntas rekommendationerna leda till både generella förbättringar som når stora grupper och mer specifika förbättringar som stärker stödet till individer med särskilt behov av stöd. I huvudsak är vår bedömning att processen kommer att bli lättare att förstå och att individen får ett bättre och mer sammanhållet stöd tack vare bättre samverkan. Risken att falla mellan myndigheternas ansvar minskar. Vi menar också att våra rekommendationer kommer att beröra fler kvinnor än män och att kunskapen om arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete i kvinnodominerade yrken kommer att öka.

Rekommendation om konsultation av expert vid bedömning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete leder till kostnader som bör finansieras av staten och arbetsgivare gemensamt. Staten bedöms kunna ge bidrag till arbetsgivare genom det befintliga *arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet* utan att ytterligare anslag behöver ges. Arbetsgivare kommer att beröras ekonomiskt av rekommendationen med totala kostnader om 52 miljoner kronor.

Rekommendationerna bedöms leda till ökade kostnader för Försäkringskassan om 15,3 miljoner. Finansiering föreslås genom omfördelning av medel inom statens budget.

# 1 Uppdraget och dess genomförande

## 1.1 Uppdraget

Regeringen beslutade den 12 april 2018 att tillkalla en särskild utredare – en nationell samordnare – för att med individens och samhällets bästa i fokus främja samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen.[1] Utredningens arbete ska ske i nära dialog med berörda myndigheter, Sveriges Kommuner och Regioner, företrädare för hälso- och sjukvårdens huvudmän och för de som arbetar inom hälso- och sjukvården, relevanta rehabiliteringsaktörer såsom företagshälsovård, liksom företrädare för arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer samt patient- och brukarorganisationer.

Det är flera aktörer som har ett ansvar att ge individen stöd i sjukskrivningsprocessen. För att individen ska få ett bra stöd behöver respektive aktör ta sitt ansvar, men det behöver också finnas en dialog och samverkan mellan aktörerna. Samverkan kan ske i det enskilda fallet där stödet kan vara avgörande för individens möjligheter till återgång i arbete och det kan ske på strukturell nivå där överenskommelser och gemensamma uppdrag är viktiga för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess.

Strukturerna för ansvarsfördelning och samverkan kan vara komplicerade och svåröverskådliga. När samverkan brister finns risk att individen inte ges tillräckligt stöd med konsekvenser för individ såväl som för samhället.

Samordnaren ska därför

- analysera nuvarande förhållanden när det gäller samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen,

[1] Dir. 2018:27. *Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess*.

- följa upp nuvarande samverkan mellan aktörerna med fokus på konsekvenser för individen,
- se över hur det förebyggande arbetet och stödet för återgång i arbete utvecklas hos olika aktörer, t.ex. inom ramen för arbetsmarknadens parters avsiktsförklaringar,
- se över om regelverket är ändamålsenligt för att stödja individens återgång till hälsa och arbete,
- främja dialog för att skapa en smidigare process för individen från dag ett i ett sjukfall så att individen så tidigt som möjligt kan återfå hälsan och återgå i arbete,
- lämna författningsförslag om utredaren bedömer att det är nödvändigt.

Målet med samordnarens uppdrag är att bidra till att motverka de problem som kan uppstå till följd av det uppdelade ansvaret. Utredningen lämnade en delrapportering den 7 maj 2019 och uppdraget ska slutredovisas senast den 30 april 2020.[2]

### 1.1.1 En process i förändring

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen[3] är omfattande. År 2018 blev drygt 640 000 individer sjukskrivna med sjukpenning[4] och statens försäkringsutgifter uppgick till 36 325 miljoner kronor.[5] Därtill betalade arbetsgivare 23 703 miljoner kronor i sjuklön.[6]

Flera samverkansproblem i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har varit kända en längre tid. Samtidigt med vårt arbete har det genomförts och genomförs flera regeringsuppdrag och förändringar i lagstiftning eller i överenskommelser som på olika sätt syftat till att komma tillrätta med kända hinder för samverkan mellan

[2] Dir. 2018:27. *Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess.*
[3] Som del av vårt uppdrag har vi definierat sjukskrivningsprocessen och övergått till att benämna processen *sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen*, vilket är det begrepp som vi använder i betänkandet. Våra resonemang om processens benämning, definition och syfte utvecklas i avsnitt 1.2.
[4] I det statistikuttag som utredningen fått av Försäkringskassan juni 2019.
[5] Försäkringskassan (2019), *Årsredovisning 2018*, s. 24.
[6] www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/sjuklonekostnader. Hämtad 2020-03-19.

aktörerna.[7] Det har också pågått och pågår andra statliga utredningar som angränsar denna utredning.[8] Att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, och samverkan i densamma, kontinuerligt utvecklas gör att förutsättningarna för analys och översyn förändrats under utredningens arbete vilket vi har haft att förhålla oss till. Förändringstakten i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan också ses som ett tecken på processens komplexitet och utmaningen att skapa ett välfungerande system som spänner över flera politikområden, aktörer och lagrum. I avsnitt 5.9 utvecklar vi resonemang om processens komplexitet.

Vi har haft kontakt med de arbetsgrupper på myndigheterna som arbetat med nämnda regeringsuppdrag samt med de statliga utredningar som angränsar utredningens arbete.

### 1.1.2 Utredningens kommentarer till uppdraget

Uppdraget att analysera samverkan mellan aktörerna i processen har konkretiserats som att; identifiera problem i samverkan, att utreda orsaker till problem samt att utreda konsekvenser som följd av problem i samverkan. Konsekvenser av bristande samverkan ska, enligt direktiven, särskilt belysa, men begränsas inte till, konsekvenser för individen.

En utgångspunkt för vår analys av samverkan har varit att faktorer som påverkar samverkan i vissa fall kan härledas till regelverkets utformning, men att samverkan också behöver förstås genom analys av organisatoriska och mellanmänskliga mekanismer. Orsakssambanden kan vara komplicerade och tidigt i utredningens arbete gjorde vi därför en sammanställning av samverkansforskning som varit vägledande för vår analys. Sammanställningen presenteras i avsnitt 4.2.

Utöver analys av samverkan har utredningen sett över nuvarande utveckling av det förebyggande arbetet och stöd för återgång i arbete. Arbetsmarknadens parters avsiktsförklaringar lyfts fram i direktiven och ges särskilt fokus i vår översyn, avsnitt 6.2.1.

[7] Översyn av sådana uppdrag och förändringar är en del av uppdraget och redovisas löpande i betänkandet.

[8] Dir. 2015:138, *Utredningen om nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa* (S 2015:09); Dir. 2017:97, *Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård* (S 2017:01); Dir. 2017:39, *Utredningen Framtidens socialtjänst* (S 2017:03); Dir. 2017:44, *Utredningen om finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring* (S 2017:04); Dir. 2018:26, *Utredningen om en trygg sjukförsäkring med människan i centrum* (S 2018:05).

Översyn av regelverkets ändamålsenlighet ses som att, med individen i fokus, identifiera brister i regelverket som leder till att individen inte får det stöd hen behöver för att komma åter i arbete. Översyn av regelverket har integrerats i vår analys av samverkan samt i översyn av förebyggande insatser och stödet för återgång. Identifierade brister som gäller sjukförsäkringens utformning har vidarebefordrats till utredningen *En trygg sjukförsäkring med människan i centrum* (S 2018:05).

Uppdraget gör tydligt att vi ska utgå från ett individperspektiv. Vi har strävat efter att identifiera problem ur individens perspektiv och sökt lösningar på de problem som individen har. I utredningen har vi arbetat med att dels identifiera moment i processen som kan leda till att individen faller mellan system dels moment där individen inte får tillräckligt stöd för att återgå i arbete.

Utöver uppdragen att analysera och se över, vilka har en utredande karaktär, har vi också haft ett främjande uppdrag. Vi har främjat på framför allt två sätt. Dels genom att samla aktörerna till dialog eller på andra sätt bidra till ett konstruktivt samtal mellan aktörerna dels genom detta betänkandes rekommendationer som syftar till att bidra till mer gynnsamma förutsättningar för samverkan mellan aktörerna.

Utredningen har enligt direktiven möjlighet att lämna författningsförslag om utredaren bedömer det nödvändigt. Beaktat uppdragets omfattning har vi prioriterat en bred genomlysning av de områden som omfattas av direktiven och, inom de områden där författningsförslag är en möjlig väg framåt, strävat efter att utreda dessa så långt som varit praktiskt möjligt.

## Avgränsningar

*Förebyggande arbete* handlar om att identifiera och sätta in åtgärder för att motverka eller hantera risker för ohälsa och sjukskrivning. I arbetslivet ska det förebyggande arbetet bidra till en god arbetsmiljö där risken att skadas eller på annat sätt utveckla ohälsa och sjukskrivning är låg. Det förebyggande arbetsmiljöarbetets regelverk är omfattande och inkluderar ledningssystemet systematiskt arbetsmiljöarbete[9] samt, exempelvis, reglering för organisatorisk och social

[9] Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete.

arbetsmiljö[10] samt branschspecifika regelverk kring fysisk eller social arbetsmiljö. Av praktiska skäl har vi avgränsat vår översyn av det förebyggande arbetet till sådana förebyggande insatser som kan göras i nära anslutning till sjukskrivning, det vill säga där individen uppvisar tecken på sjukdom och risk för nedsättning av arbetsförmåga och där de förebyggande insatserna i huvudsak regleras genom arbetsgivarens ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering.[11]

Företagares förutsättningar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har utretts parallellt i en annan utredning och redovisats i betänkandet *Företagare i de sociala trygghetssystemen*.[12] Vi har därför inte särskilt undersökt utvecklingen av förebyggande och stödet för återgång för företagare. Däremot gör vi en sammanfattning och kommentar till sådana frågor om företagares villkor som tas upp i betänkandet *Företagare i de sociala trygghetssystemen* och som är relevant för denna utrednings uppdrag, se avsnitt 6.4.3.

## 1.2 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

**Bedömning:** En gemensam definition av vad som menas med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och vad processen syftar till kan bidra till tydlighet i aktörernas gemensamma uppdrag att stödja individen i nämnda process.

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte bör definieras som *att individen ska återfå arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller kunna söka, arbete.*

I följande stycken redogör vi för vår syn på sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och de utgångspunkter som ligger till grund för detta synsätt. I arbetet att definiera processen har vi efter samråd med processens aktörer gjort bedömningen att *sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen* är ett bättre begrepp som fler aktörer kan samlas kring. Det är därför det begrepp som vi, med undantag av sammanfattning av vårt uppdrag i avsnitt 1.1, använder i betänkandet. Båda begreppen sjukskrivningsprocess och sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess har sedan tidigare använts av myndigheter och andra

[10] Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2015:4) om organisatorisk och social arbetsmiljö.
[11] Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering.
[12] SOU 2019:41. *Företagare i de sociala trygghetssystemen*.

aktörer för att beskriva processen och vår bedömning är att begreppen i allt väsentligt används synonymt.

### 1.2.1 Ingen gemensam definition

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen förekommer ofta som begrepp i myndighetsvärlden, i forskning och i olika aktörers språkbruk och kommunikation. I vissa fall ges en beskrivning av vad som avses med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, men ofta lämnas den utan beskrivning och utredningen har inte identifierat någon formell definition. I allmänhet används begreppet sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess för att beskriva olika aktörers aktiviteter för individer som är, eller riskerar att bli, sjukskrivna. Det finns dock skillnader i aktörernas beskrivning av processen och det kan inte tas för givet att det råder samsyn kring vad som avses med begreppet.[13]

Aktörernas ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras i lag och processens definition har i sig ingen formellt reglerande betydelse för aktörernas agerande. Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen bör snarare ses som en beskrivning av hur de olika aktörernas lagstadgade och uppdelade ansvar hänger ihop och bildar en helhet. Det är också i beskrivning av en helhet som sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen blir relevant, inte minst för individen då det är helheten som rimligtvis har betydelse för de individer som får stöd i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Helhetsperspektivet speglar så att säga individens behov av, och förväntan på, en sammanhållen process och ett sammanhållet stöd.

Processens helhetsperspektiv belyser också utmaningar som inte är tydliga när fokus ligger på de olika delarna. Det är med andra ord inte tillräckligt att aktörernas uppdelade ansvar för processens delar är väl kända och ändamålsenligt utformade, utan aktörer och aktiviteter måste också fungera väl tillsammans för att processen som helhet ska leda till resultat. Dialog och samverkan mellan aktörerna kan därmed förväntas vara en förutsättning för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

[13] I våra dialoger med aktörerna har frågor om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte lett till mycket diskussion som speglat aktörerna delvis olika syn på processen.

Aktörerna har större eller mindre ansvar i processen och vilka av aktörerna som är involverade i processen, och i vilken utsträckning, beror på individens behov.[14] Om det finns en arbetsgivare spelar den ofta en viktig roll. I andra fall kan det vara Försäkringskassan eller hälso- och sjukvården som är viktiga för individens stöd. Arbetsförmedlingen eller socialtjänsten kan också finnas som centrala aktörer för de individer som inte har en arbetsgivare eller som har behov av särskilt stöd. Ofta är flera aktörer involverade samtidigt och förhållandena är sådana att respektive aktörs uppdrag samspelar och överlappar. De olika aktörernas ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen beskrivs i kapitel 2.

### 1.2.2 Att närma sig en definition – begreppen sjukskrivning, rehabilitering och process

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är en sammanslagning av begreppen sjukskrivning, rehabilitering och process. Sjukskrivning är en åtgärd som blir aktuell när en individ är helt eller delvis oförmögen att arbeta till följd av sjukdom eller skada.[15] Rehabilitering är insatser som syftar till att återställa förlorad funktion, i sammanhanget sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen sådan förlorad funktion som uppkommit till följd av sjukdom eller skada.[16] Begreppet process kan ha olika betydelse beroende på sammanhang, men används ofta för att beskriva en serie aktiviteter som har en början och ett slut och som producerar ett visst resultat. Till exempel en skrivprocess, en beslutsprocess eller en produktionsprocess. En generell definition av process är *förlopp som innebär att något förändras eller utvecklas.*[17]

Att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen handlar om individer som har nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom betraktas som givet. Med vägledning av ovanstående bör en definition av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen rimligtvis också ha en början, ett slut och en beskrivning av sitt syfte, det vill säga vad processen ska

[14] I kapitel 2 ger vi en fördjupad beskrivning av respektive aktörs ansvar.
[15] *Nationalencyklopedin*, sjukskrivning. /uppslagsverk/encyklopedi/lång/sjukskrivning. Hämtad 2020-03-19.
[16] *Nationalencyklopedin*, rehabilitering. /uppslagsverk/encyklopedi/lång/rehabilitering. Hämtad 2020-03-19.
[17] Svensk ordbok (2009) definierar process som *förlopp som innebär att ngt förändras eller utvecklas*.

leda till. Att benämna någonting som process är förpliktigande och ställer krav på konkretisering av vad som avses.

### 1.2.3 Processens början och slut

Utredningens synsätt är att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen börjar då individens arbetsförmåga riskerar att bli nedsatt på grund av sjukdom och pågår till dess att individen återfått arbetsförmåga och därmed kan återgå i, eller söka, arbete, eller då det konstateras att arbetsförmåga inte kan återfås. En sådan definition innebär att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i de flesta fall är synonym med att vara sjukskriven från arbete eller annan sysselsättning, eller från att vara arbetssökande. Det finns dock sådant som kan diskuteras och förtydligas avseende när sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen börjar.

Individer som har en sjukdom eller förhöjd sjukdomsrisk som kan påverka hens arbetsförmåga har i dag möjlighet att få sjukpenning i förebyggande syfte. Det innebär att individen kan få sjukpenning när hen får medicinsk behandling eller rehabilitering med syfte att förebygga eller förkorta sjukdomstid eller förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmåga.[18] Individer i risk för sjukskrivning kan också få stöd från sin arbetsgivare. Arbetsgivare har skyldighet att anpassa arbetsplatsen utifrån arbetstagarnas förutsättningar.[19] Bland annat ska arbetsgivaren uppmärksamma arbetstagare som har behov av anpassning, till exempel vid funktionsnedsättning till följd av sjukdom, med eller utan sjukskrivning. Arbetsgivare ska också uppmärksamma mönster i korttidssjukfrånvaro som kan vara tecken på behov av anpassning av arbetssituationen.[20] Sjukpenning i förebyggande syfte och arbetsgivarens ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering kan alltså riktas mot individer som är i risk för, eller som redan har utvecklat, sjukdom och nedsatt arbetsförmåga, men som inte nödvändigtvis är sjukskrivna. Vi menar att dessa individer bör omfattas av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och att processen därför ska börja då individen uppvisar tecken på sjukdom och ned-

[18] 27 kap. 6 § SFB.
[19] 2 kap. 1 § AML.
[20] 4–6 §§ Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering, inklusive 4–6 §§ Arbetarskyddsstyrelsens allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna om arbetsanpassning och rehabilitering.

satt arbetsförmåga. Med ett sådant synsätt betonas betydelsen av viktiga tidiga insatser för att undvika längre sjukskrivning. Ett alternativt synsätt är att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen börjar då individen sjukskriver sig själv eller då individen blir ordinerad sjukskrivning av hälso- och sjukvården. Utredningen anser dock att ett sådant sätt att definiera processens början riskerar att bli alltför snävt då det utesluter aktörernas viktiga tidiga och förebyggande insatser.

### 1.2.4 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte

Ett syfte är en beskrivning av vad någonting ska leda till. En intention eller en följd av ett handlande. I ett sammanhang där flera aktörer ska samverka och agera gemensamt kan samförstånd kring vad som ska uppnås sägas vara särskilt viktigt för att insatser ska kunna samordnas och leda i samma riktning. Syftet med ett syfte kan således sägas vara att hitta riktning och kraft i ett gemensamt agerande.

Utredningen har inte identifierat någon formell definition av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte. Däremot beskrivs det i utredningens direktiv som att *stödja individen åter till hälsa och arbete*. I utredningens dialoger med aktörerna i processen framgår att det finns olika uppfattning om processens syfte och hur ett sådant syfte relaterar till aktörens ansvar i processen. Att aktörernas syn på syftet med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen skiljer sig åt är intressant i sig och kan antas spegla att aktörerna delvis har olika utgångspunkter för sitt arbete i processen. Våra dialoger med aktörerna om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte har visat på stort engagemang och intresse.

#### Att stödja individen åter till hälsa och arbete

Med utgångspunkt i utredningens dialoger med aktörerna och med fokus på direktivens skrivelse om att *stödja individen åter till hälsa och arbete* konstateras att *återgång i arbete* delvis ifrågasätts som ett syfte i processen. Ifrågasättandet handlar om att *arbete* uppfattas ha ett snävt fokus som riskerar att exkludera de som återgår till att söka arbete, till studier eller de som inte kan återfå arbetsförmåga och som behöver livslångt ekonomiskt stöd. Ett inkluderande förhållnings-

sätt som omfattar alla som är sjuka med nedsatt arbetsförmåga, oaktat om de har arbete eller inte, anses bättre spegla alla de individer som kan ingå i sjukskrivnings-och rehabiliteringsprocessen.

Att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska syfta till att individen ska *återfå hälsa* ifrågasätts regelmässigt i utredningens dialogarbete. Utredningen kommenterar därför här i korthet begreppet hälsa och de komplikationer användandet av hälsa som ett syfte med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan innebära. Hälsa är ett subjektivt och svårfångat begrepp. En vanligt förekommande definition är Världshälsoorganisationens: *ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning*.[21] Att begreppet är subjektivt gör det svårt att utvärdera och därmed svårt att svara på i vilken utsträckning processen leder till att hälsa uppnås. Begreppets breda definition riskerar också att göra det allmängiltigt i relation till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Det är så att säga svårt att se hur en process som handlar om att stödja en individ, vars arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom, åter till arbete eller annan sysselsättning, inte skulle handla om hälsa. Däremot är det oklart på vilket sätt begreppet *hälsa*, i kombination med *återgång i arbete*, bidrar till tydlighet om vad sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska syfta till. Snarare finns en risk att begreppet hälsa bidrar med osäkerhet och otydlighet för de många aktörer som ska förhålla sig till syftet och tolka det utifrån sitt ansvar i processen. Flera av aktörerna stärker individens hälsa inom ramen för sitt lagstadgade ansvar, och i vissa fall gör de det i nära anknytning till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Det innebär dock inte att det är vad sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen primärt syftar till. Vi menar därför att *hälsa* som en del av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte inte bidrar väsentligt till att tydliggöra vad som ska åstadkommas i processen utan snarare riskerar att leda till otydlighet för de aktörer som i samverkan ska ge stöd till individen.

Vid sidan av *åter till hälsa och arbete* är begreppet *arbetsförmåga* ofta förekommande i samband med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Till exempel anges syftet med Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans så kallade förstärkta samarbete som

[21] Världshälsoorganisationens konstitution. Antogs vid International Health Conference i New York 19 juni–22 juli 1946 och trädde i kraft den 7 april 1948.

att individen ska *utveckla eller återfå arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller få, arbete*.[22]

I utredningens dialoger har aktörerna uttryckt en positiv syn på *återfå arbetsförmåga* som ett syfte med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Ett centralt argument är att arbetsförmåga är någonting som alla aktörerna i processen kan påverka i jämförelse med att *återgå i arbete*. Att återgå i arbete är förvisso en direkt följd av att ha återfått arbetsförmåga för de som har en anställning, men inte för de som inte hade ett arbete när de blev sjuka eller de som inte kan återgå i sitt tidigare arbete. Arbetsförmåga anses därmed inkludera fler individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Att återfå arbetsförmåga anses också vara en beskrivning av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte som ger individen mer realistiska förväntningar på vad processen ska leda till, det vill säga att individen kan förvänta sig att hen inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska få hjälp att återfå arbetsförmåga, men inte ett arbete. Det kan också ses som vägledande att gällande lagstiftning beskriver syftet med de rehabiliteringsåtgärder som regleras i Socialförsäkringsbalken som att *den som drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga*.[23] En farhåga gällande begreppet arbetsförmåga som lyfts i utredningens dialoger är att arbetsförmåga är ett komplicerat begrepp som inte används på ett entydigt sätt av aktörerna. Att enkom hänvisa till arbetsförmåga som processens syfte skulle därmed kunna bidra med begreppsförvirring och otydlighet.

## Utredningens syn på sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte

Utredningens bedömning är att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte bör definieras som *att individen ska återfå arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller kunna söka, arbete*. Skälen till bedömningen är att arbetsförmåga betraktas spegla vad aktörerna själva anser sig kunna påverka och att fokus på arbetsförmåga inkluderar alla individer, även de som inte har ett arbete. Tillägget om att återgå i, eller kunna söka, ett arbete görs för att tydliggöra att arbete är det som processen i förlängningen syftar till.

[22] Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Försäkringskassan och Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Arbetsförmedlingen.
[23] 29 kap. 2 § SFB.

### 1.2.5 Begreppen sjukdom och arbetsförmåga i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

För många är en avslutad sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess synonymt med att bli återställd från sin sjukdom, återfå sin arbetsförmåga och återgå till det arbete man är sjukskriven ifrån. Men det är också många som aldrig blir återställda från sjukdom utan hittar sätt att ta tillvara sin arbetsförmåga trots sjukdom genom olika former av anpassningar och hjälpmedel, eller som hittar ett nytt arbete där sjukdomens konsekvenser inte utgör hinder för arbete och där arbetsförmågan därmed kan tas tillvara. Sjukdom eller skada är således en förutsättning för inträde i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, men frånvaro av sjukdom eller skada är inte ett kriterium för att lämna den. Det är sjukdomens påverkan på individens arbetsförmåga som är central i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

### 1.2.6 Ekonomisk trygghet och stöd till återgång

Det stöd som individen ges inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen består i huvudsak av ekonomisk trygghet under en period av nedsatt arbetsförmåga till följd av sjukdom, och stödjande insatser för att arbetsförmåga ska kunna återfås. Många individer som blir sjuka med nedsatt arbetsförmåga har främst behov av rätt att vara frånvarande från arbetet och ekonomisk trygghet under frånvaron. De återfår arbetsförmåga och kan återgå i arbete efter en kortare tids sjukfrånvaro och med marginella eller inga stödjande insatser. I andra fall finns behov av olika, och ibland omfattande, stödjande medicinska eller arbetsplats- eller arbetslivsinriktade insatser. Det är i allmänhet i sådana mer komplicerade fall, som aktörerna behöver samverka för att individen ska få ett ändamålsenligt stöd och kunna återgå i arbete och försörja sig själv så snart som möjligt.

## 1.3 Samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Samverkan är ett vanligt förekommande begrepp i det politiska samtalet och centralt i myndighetsspråket. Samverkan har under lång tid uppmärksammats som en möjlig lösning på många av samhällets

utmaningar där olika aktörer gemensamt ska erbjuda kvalitativa och kostnadseffektiva samhällstjänster till medborgare.[24] Samtidigt med höga förhoppningar på samverkan som en lösning beskrivs påfallande stora utmaningar att omsätta samverkan i praktiken.[25] Utredningen introducerar här sin syn på samverkan och fördjupar begreppet och teoretiska perspektiv på samverkan i kapitel 4.

Enligt myndighetsförordningen ska myndigheter verka för att genom samarbete med myndigheter och andra ta tillvara de fördelar som kan vinnas för enskilda samt för staten som helhet.[26] Samverkan kan därmed betraktas som integrerat i myndighetsuppdraget, och i det komplexa sammanhang som många myndigheter verkar i är samverkan ofta en nödvändighet för att uppfylla krav på effektivitet och hushållning med statliga medel.

I utredningen används begreppet samverkan för att beskriva *en gränsöverskridande aktivitet där minst två aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen agerar gemensamt med ett visst syfte*. Det handlar om strukturell samverkan med syfte att nå samsyn om vad som ska uppnås i samverkan och hur samverkan ska organiseras. Till exempel genom överenskommelser mellan aktörerna i processen. Strukturell samverkan skapar förutsättningar för de medarbetare som arbetar nära individer, att i samverkan stödja individer att återfå arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller kunna söka, arbete.

## 1.4 Metod

I detta avsnitt redogör vi för datakällor, metoder för insamling av data och hur vi tagit oss an utredningsuppdraget. En inledande kommentar är att utredningen i sitt arbete strävat mot att hitta en balans mellan ett utåtriktat och främjande arbete, och konventionellt utredningsarbete i de frågor som omfattar utredningens uppdrag. Vad gäller det utredande arbetet, det vill säga analys av samverkan, översyn av förebyggande och stöd för återgång samt översyn av regelverkets ändamålsenlighet har utredningens ambition varit att prioritera en bred och övergripande beskrivning av dessa områden, snarare än att för-

[24] Danermark, B. och Kullberg, C. (1999), *Samverkan: Välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.
[25] Se till exempel Statskontoret (2005), *Sektorisering inom offentlig förvaltning*. eller Andersson, J, et al. (2010), *Samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering*, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.
[26] 6 § myndighetsförordning (2007:515).

djupa i enskilda problemområden. Att hålla sig på en övergripande nivå har varit viktigt för att omfatta alla de områden som ingår i uppdraget.

### 1.4.1 Utredningens utåtriktade arbete

Utredningen har haft ett utåtriktat arbetssätt där en stor del av uppdraget genomförts i nära dialog med aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Dialog har förts med aktörer på lokal, regional och nationell nivå och har dels handlat om att inhämta information för utredningens arbete dels om att dela iakttagelser och diskutera utvecklingen inom utredningens områden. Totalt har ett hundratal sådana möten och dialoger förts. Utöver möten med aktörerna har utredningen träffat, eller på andra sätt inhämtat kunskap från, forskare, processens professioner, representanter för patient- och brukarorganisationer, privata aktörer och andra individer och grupper med kunskap inom relevanta områden.

Utredningens utåtriktade arbete har haft flera syften. Ett sådant har varit att bidra till en transparent dialog där aktörerna kan föra samtal om de utmaningar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen där lösningen kan ligga i samverkan. Utredningen har till exempel samlat aktörerna kring frågor som vi identifierat som viktiga att komma vidare med. Ett annat syfte har varit att göra aktörerna delaktiga i utredningens arbete, för att få ta del av aktörernas expertis om utredningens frågor, och för att skapa legitimitet kring utredningens bedömningar och rekommendationer. Här har utredningens referensgrupper spelat en viktig roll. Ett tredje syfte har varit att sprida kunskap om, och perspektiv på, samverkan. Det har till exempel handlat om att föra samtal med aktörerna som utgår från den forskning som finns om kända hinder och framgångsfaktorer för samverkan. Vi har sett som en del av vårt uppdrag att påtala behovet av att se samverkan som en kompetens i sig, där alla som är involverade i samverkan behöver ha en förståelse för vad som skapar grogrund för en välfungerande samverkan.

En del av utredningens utåtriktade arbete har förts genom utredningens hemsida[27] där vi beskrivit det arbete vi gör och kommenterat

[27] www.sjukskrivningsprocessen.se.

aktuella händelser. Vi har diskuterat aktuella frågor i flertalet artiklar och intervjuer i media.

### 1.4.2 Referensgruppernas arbete

Utredningen har till sin hjälp två referensgrupper, som utredningen själv satt samman. Den stora referensgruppen har bestått av representanter från Arbetsförmedlingen, Arbetsgivarverket, Arbetsmiljöverket, Försäkringskassan, Region Jönköping, Region Västerbotten, Socialstyrelsen, Svenskt Näringsliv, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Sveriges Läkarförbund, och Västra Götalandsregionen. Referensgruppen har varit utredningen behjälplig med att identifiera och analysera problem och lösningar. Syftet med referensgruppen har varit att dels främja samverkan mellan aktörerna, dels att få del av aktörernas expertis i utredningen. Referensgruppen har varit mycket viktig i detta arbete då det är ett sammanhang där många olika aktörer är representerade samtidigt och frågor kan diskuteras ur flera perspektiv. Processen för referensgruppens möten har delats upp i fyra steg:

1. att identifiera brister i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen
2. att prioritera brister med utgångspunkt i individen
3. att identifiera lösningar
4. att prioritera och förfina lösningar med konsekvensanalys.

Arbetet i referensgruppen har varit praktiskt och deltagarna har bidragit själva vid träffar och förberett utifrån behov och möjlighet tillsammans med andra i den egna organisationen. Referensgruppen har träffats vid sex tillfällen.

Utredningen har också haft en mindre referensgrupp med representanter för arbetstagarorganisationerna LO, TCO och Saco. Denna grupp har bidragit med flera viktiga perspektiv, bland annat ur ett individ och medarbetarperspektiv. Gruppen har träffats vid tre tillfällen.

Båda referensgrupperna har i flera stadier av arbetet läst och kommenterat samtliga texter som utgör betänkandet. Referensgrupperna medverkan har väsentligt bidragit till utredningens arbete.

### 1.4.3 Kvalitativ information

Utredningen har genomfört flera kvalitativa undersökningar i syfte att få information om individens upplevelse av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen:

- enkätstudie med brukarorganisationer. 67 organisationer fick enkäten och 17 organisationer svarade,
- aktgranskning av individärenden (40 individärenden) där Försäkringskassans akt innehöll arbetsgivares *Plan för återgång i arbete*,
- intervjustudie med 250 anställda sjukskrivna individer,
- studie av individsynpunkter
  - individsynpunkter avseende sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (281 publicerade berättelser) som inkom till SVT mellan den 27 februari och den 2 mars 2018,
  - muntlig sammanställning av individers synpunkter som inkommit till Försäkringskassan under sista halvåret 2018,
  - individsynpunkter avseende sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (114 unika individsynpunkter) som inkommit till Inspektionen för socialförsäkringen under sista halvåret 2018.

Resultaten från respektive undersökning finns beskrivna i betänkandet. I detta metodavsnitt finns endast en beskrivning av hur resultaten tagits om hand.

I följande kapitel citeras ibland individsynpunkter. Citaten används för att konkretisera ett generellt tema som identifierats i den studie citatet hämtats ifrån.

#### Enkät till brukarorganisationerna

Enkäten till brukarorganisationerna togs fram av utredningen. Enkäten bifogades vår delrapportering som lämnades till regeringen i maj 2019.[28] Enkäten finns också i bilaga 2.

[28] Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess (2019), *Delrapportering Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess S2018:06*. Komm2018/00656-206.

Svaren från brukarorganisationerna tematiserades i kategorier som definierades efter läsning av alla svar. Följande kategorier var återkommande i svaren:

- brist i dialog och samsyn mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården,
- villkoren i sjukförsäkringen är inte tillräckligt flexibla,
- olika arbetsförmågebedömningar,
- betydelse av arbetsgivarens engagemang och behov av företagshälsovård,
- avsaknad av riktlinjer för sjukskrivning eller synpunkter på försäkringsmedicinskt beslutsstöd,
- ekonomiska konsekvenser,
- negativa upplevelser av att befinna sig i processen som tagit sig uttryck i oro, stress och en känsla av att vara misstänkliggjord,
- brist på samverkan generellt,
- brist på kunskap hos vården eller långa väntetider i vården,
- individen får driva sitt eget ärende i en komplex process.

Svaren sammanställdes både efter tema och per fråga i enkäten.

### Aktgranskning av individärenden

Syftet med aktgranskningen var att undersöka arbetsgivares *Plan för återgång i arbete.* Försäkringskassan gjorde urvalet till aktgranskningen. Individakter där plan för återgång i arbete fanns registrerad lämnades i sin helhet till utredningen. Utredningen fick samtliga ärenden som var kopplade till det sjukfall där plan för återgång i arbete fanns. Detta var viktigt för att kunna följa ärendets gång och förstå bakgrunden till att plan för återgång kom ifråga.

Ett aktgranskningsformulär togs fram av utredningen och granskningen gjordes av en av utredningssekreterarna. Resultaten kvalitetssäkrades av en av de andra utredningssekreterarna. Aktgranskningen redovisas i avsnitt 6.2.5.

## Intervjustudie

Syftet med undersökningen var att analysera nuvarande förhållanden när det gäller samverkan mellan aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, och med utgångspunkt i den analysen bedöma om det finns behov av stöd och vägledning genom särskilda moment eller om processen på annat sätt kan göras enklare för individen. Fokus låg på individens kontakter med arbetsgivaren då kunskapen om hur det arbetsplatsinriktade stödet fungerar är relativt låg i relation till andra kunskapsområden i sjukskrivnings-och rehabiliteringsprocessen.

Urvalet till intervjustudien togs fram av Försäkringskassan. Urvalsramen var individer som varit sjukskrivna 60–220 dagar i augusti 2019. Försäkringskassan tog fram 2 000 individer ut denna urvalsram. Försäkringskassan vidarebefordrade urvalsfil till analys- och undersökningsföretaget Novus som upphandlats som genomförare. När Novus genomfört undersökningen raderade de urvalsfilen. Ingen nyckel mellan individ och svar finns kvar.

Det formulär som användes vid intervjuerna av sjukskrivna individer togs fram i samarbete med Försäkringskassans avdelning för Analys och prognos och med Novus. Intervjuformuläret finns i bilaga 3.

Fritextsvaren har lästs och tematiserats efter läsning. Intervjustudien redovisas i avsnitt 3.2.1.

## Individsynpunkter på sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Syftet med vår studie av individsynpunkter var att identifiera brister och utvecklingsområden ur ett individperspektiv.

Individsynpunkter inhämtades från tre källor. SVT, Inspektionen för socialförsäkringen och Försäkringskassan. Individsynpunkterna har analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Två av utredarna har läst respektive material självständigt och identifierat teman i materialet. Identifierade teman har därefter stämts av utredarna emellan. Endast teman identifierade av bägge utredare redovisas i detta betänkande.

### Sammanlagd analys av alla kvalitativa textmaterial

Vissa teman är återkommande i alla utredningens textmaterial. Dessa har getts särskilt fokus i resultatsammanställningen.

## 1.4.4 Kvantitativ information

Vi har inhämtat statistik från ett flertal statistikförande myndigheter:

- Försäkringskassan
  - Tid till första kontakt i ärendet.
  - Andel ärenden som avslutas utan kontakt.
  - Antal och andel pågående fall efter antal dagar i försäkringen.
  - Antal fall som haft ett pågående sjukfall som får SGI=0 inom 180 dagar.
  - Antal individer som saknar SGI och efter ansökan beviljas eller nekas samordnad rehabilitering.
- Socialstyrelsen
  - Antal individer som fått försörjningsstöd med anledning av att de är sjukskrivna med läkarintyg och saknar rätt till sjukpenning, har otillräcklig sjukpenning eller väntar på sjukpenning.
- CSN
  - Antal sjukskrivna studenter.
- SCB
  - Antal personer i befolkningen.
  - Antal sysselsatta.
  - Antal anställda.
  - Antal sjuklönedagar per person och sektor.
  - Antal sjuklönefall.

Den statistik som inhämtats har till syfte att ge en nulägesbild av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen flöden. Den kvantitativa informationen presenteras i kapitel 3.

### 1.4.5 Analys av nuvarande förhållanden när det gäller samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Utredningens analys har gjorts stegvis och involverat aktörerna i processen, men analysen bygger också på individsynpunkter och tidigare publicerat material om samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. All analys är gjord med hänsyn tagen till det teoretiska rastret om samverkan som presenteras i avsnitt 4.2. Stegen i analysen handlade om att först skapa en bruttolista över alla problem som vi identifierat. Denna bruttolista analyserades och förfinades stegvis genom att gruppera och konkretisera problemen. Alla steg i analysen diskuterades med referensgrupperna och med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer.

### 1.4.6 Översyn av det förebyggande arbetet och stödet för återgång i arbete

#### Experter inom området fick bedöma utvecklingen inom området

Vi har genomfört ett rundabordssamtal med forskare inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet i syfte att få deras hjälp att bedöma utvecklingen av det förebyggande arbetet och stöd för återgång i arbete. Inför samtalet sammanställde vi en bruttolista i form av senaste års förändringar i lagstiftning, riktlinjer och metodik. Bruttolistan diskuterades och utvecklades i samtalet. Experternas värdering har varit en del i det bakgrundsmaterial som legat till grund för de bedömningar vi gör inom området och som i huvudsak presenteras i kapitel 6.

## Utredningens arbete med parternas avsiktsförklaringar

Utredningen bjöd in parterna sektorsvis till möten som genomfördes i maj och september 2019 i syfte att få en fördjupad förståelse för hur parterna arbetar med implementering och uppföljning av de insatser som genomförs inom ramen för avsiktsförklaringarna. På detta sätt ville utredningen samla information om hur avsiktsförklaringarna bidrar till en konkret utveckling av det förebyggande arbetet och stöd för återgång i arbete. Inför mötet ombads parterna att skriftligen besvara följande frågor:

1. Hur arbetar ni med implementering av insatser?
2. Hur arbetar ni med process - och effektutvärdering?
3. Vilka effekter förväntar ni er av insatserna och vilka effekter ser ni i nuläget?
4. Hur ser ni på era förutsättningar (i rollen som parter) att verka för friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro?
5. Vilka sektorsspecifika utmaningar ser ni för ert arbete?
6. Hur resonerar ni kring kunskapsutveckling om förebyggande arbete och arbete för återgång och de drivkrafter som finns för arbetsgivare att använda sådan kunskap?
7. Hur arbetar ni för att säkerställa att arbetet med friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro fortsätter vara ett område som prioriteras över tid?

De frågor som gick ut till parterna och de svar som inkom finns i bilaga 4–6.

## Information om stöd för återgång för de som saknar SGI

Utredningen har haft en workshop med deltagare ifrån SKR, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i syfte att diskutera stödet till de individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som inte är anställda och som saknar sjukpenninggrundande inkomst.

### Information om arbetet inom samordningsförbunden

Utredningen har haft ett tio-tal möten med olika samordningsförbund i syfte att få information om vad samordningsförbunden har för insatser. Vi har även haft kontakt med Inspektionen för socialförsäkringen eftersom de har pågående utvärderingar av samordningsförbunden.

## 1.5 Disposition av betänkandet

Vi inleder betänkandet med en kort exposé över sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörers ansvar (kapitel 2). Därefter beskriver vi individen i processen, hur flödena i processen ser ut och hur individer upplever sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (kapitel 3). I kapitel 4 ges en beskrivning av teori kring samverkan i processen och en genomgång av former för samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Därefter ges en beskrivning av de förhållanden som kan skapa problem i samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (kapitel 5). I kapitel 6 och 7 ges en översikt av utvecklingen av det förebyggande och stöd för återgång i arbete. I kapitel 3–7 finns avsnitt med utredningens slutsatser löpande genom kapitlen. Bedömningsrutor finns i kapitel 3–7 när vi särskilt vill belysa en bedömning utredningen gjort. Bedömningsrutan inleder då det avsnitt som bedömningen grundar sig på. Våra rekommendationer redovisas i kapitel 8 och betänkandet avslutas med konsekvensanalys i kapitel 9.

# 2 Aktörernas ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

I kapitel 1 beskriver vi sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. I processen finns flera aktörer som har olika roller och ansvar. Huvudaktörer är de aktörer som har direktkontakt med individen. De utgörs av arbetsgivare inklusive företagshälsovården eller annan oberoende expertresurs, hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, socialtjänsten och Arbetsförmedlingen. De andra aktörerna är de som på olika sätt stödjer huvudaktörernas arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, exempelvis Arbetsmiljöverket, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Socialstyrelsen. Därtill beskrivs samordningsförbundens roll.

## 2.1 Individen

Individen är den centrala aktören i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Individen kan ha rätt till ekonomisk ersättning men har också ansvar att bidra till sin egen rehabilitering.

### 2.1.1 Ersättning vid nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom

När en individ får sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom kan hen ha rätt till ersättning. En individ som är anställd kan få sjuklön från sin arbetsgivare under de första 14 dagarna i sjukperioden eller ersättning från sjukförsäkringen. När en anställd inte kan arbeta på grund av sjukdom ska han eller hon lämna en ansökan om att han

eller hon inte kan arbeta på grund av sjukdom. Från den åttonde dagen måste ett läkarintyg lämnas till arbetsgivaren. En arbetsgivare kan begära att en anställd lämnar läkarintyg från första dagen.[1]

En individ utan en anställning eller som inte har kvalificerat sig för sjuklön vänder sig direkt till Försäkringskassan första dagen i sjukperioden. Om sjukfallet är längre än sju dagar, ska arbetsförmågans nedsättning på grund av sjukdom styrkas med läkarintyg.[2]

För att Försäkringskassan ska kunna pröva rätten till sjukpenning måste det finnas en sjukanmälan.[3] Beroende på hur stor del av arbetsförmågan som är nedsatt lämnas sjukpenning som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels förmån.[4]

Rätt till sjukpenning bedöms för anställda enligt rehabiliteringskedjan.[5] En person lämnar en skriftlig försäkran i början av sjukperioden. Försäkran ska bland annat innehålla information om arbetsuppgifter och hur sjukdomen påverkar möjligheterna att arbeta. Vilka arbetsuppgifter som trots sjukdomen kan utföras och vilka som inte kan utföras.

Rehabiliteringskedjan innebär att bedömningen av rätten till sjukpenning prövas gentemot olika arbetsuppgifter, beroende av hur länge arbetsförmågan har varit nedsatt. För de första 90 dagarna i rehabiliteringskedjan bedöms arbetsförmågan i förhållande till ordinarie arbetsuppgifter eller annat lämpligt arbete, som arbetsgivaren tillfälligt erbjuder den försäkrade. Efter dag 90 bedöms arbetsförmågan även i förhållande till annat arbete hos arbetsgivaren, vilket den försäkrade efter en omplacering skulle kunna försörja sig på. Efter dag 180 bedöms arbetsförmågan i förhållande till normalt förekommande arbete eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för den försäkrade, om det inte finns särskilda skäl mot det eller det kan anses oskäligt.[6]

Arbetslösa omfattas inte av rehabiliteringskedjan utan arbetsförmågan bedöms redan vid inträde i relation till normalt förekommande arbete. Egenföretagares arbetsförmåga bedöms i förhållande

[1] Lag (1991:1047) om sjuklön.
[2] 27 kap. 25 § SFB.
[3] 110 kap. 4 § SFB.
[4] 27 kap. 4 § SFB.
[5] 27 kap. 46–49 §§ SFB.
[6] 27 kap. 46–48 §§ SFB.

till ordinarie arbetsuppgifter fram till och med dag 180. Därefter görs bedömningen i förhållande till hela arbetsmarknaden.[7]

För att kunna få ersättning från sjukförsäkringen måste individen ha en sjukpenninggrundande inkomst (SGI).[8] SGI är den årliga inkomst i pengar som individen kan antas komma att få genom arbete.[9] Eftersom SGI handlar om ersättning vid inkomstbortfall påverkas den direkt om personen slutar arbeta, arbetar mer eller mindre eller får en annan lön. Den som inte arbetar eller inte uppfyller kraven för skydd av SGI får sin SGI satt till noll. Dock finns olika skyddsregler som gör att en individ kan behålla sin tidigare SGI trots ändrade förutsättningar.[10]

### 2.1.2 Individens rehabilitering

Av socialförsäkringsbalken (SFB) framgår att en person har ett ansvar att medverka i utredningen av behovet av rehabilitering och medverka i att lämna uppgifter.[11] Den enskilde individen har enligt SFB också ansvar att delta i rehabiliteringen. Dessutom finns en regel i 110 kap. 14 § SFB som innebär att Försäkringskassan kan begära att den försäkrade deltar i ett avstämningsmöte som syftar till att bedöma hans eller hennes behov av och möjligheter till rehabilitering. Om en försäkrad, utan giltig anledning, inte lämnar information för att klarlägga behovet eller inte medverkar i rehabiliteringen kan Försäkringskassan dra in eller minska ersättningen.[12]

En individ som är anställd har särskilda skyldigheter. Arbetstagarens ansvar regleras i arbetsmiljölagen (1977:1160) (AML). Där står det att arbetstagaren ska medverka i det systematiska arbetsmiljöarbetet och delta i genomförandet av de åtgärder som behövs för att åstadkomma en god arbetsmiljö. Arbetstagaren ska följa givna föreskrifter och använda de skyddsanordningar som finns. Arbetstagaren ska även iaktta den försiktighet i övrigt som behövs för att förebygga ohälsa och olycksfall.[13] Föreskrifterna gör också gällande

[7] Prop. 2007/08:136, s. 59.
[8] 25 kap. SFB.
[9] 25 kap. 2 § SFB.
[10] 26 kap. SFB.
[11] 30 kap. 7 § SFB.
[12] 110 kap. 53 § SFB.
[13] 3 kap. 4 § AML.

att arbetsanpassnings- och rehabiliteringsarbetet ska organiseras på ett sätt som gör att det kan ske i samarbete med dem som berörs av åtgärderna och med deras företrädare i arbetsmiljöfrågor.[14]

Om arbetstagaren vägrar att medverka i rehabiliteringen kan det få arbetsrättsliga konsekvenser. Att vägra medverka kan vara en grund för saklig uppsägning om det bedöms att arbetsgivaren har fullgjort sitt rehabiliteringsansvar.

En individ som uppbär försörjningsstöd ska stå till arbetsmarknadens förfogande och söka lämpliga arbeten, delta i av Arbetsförmedlingen anvisade program och ta lämpliga anvisade arbete. Utöver det kan socialnämnden anvisa den enskilde till kompetenshöjande aktivitet.[15]

## 2.2 Arbetsgivaren

Arbetsgivaren har en central roll för arbetstagares arbetsmiljö och rehabilitering vid sjukdom. Grundläggande bestämmelser om arbetsmiljöns utformning och arbetsgivarens arbetsanpassnings- och rehabiliteringsverksamhet finns i AML. Bestämmelser om arbetsgivarens ansvar för rehabilitering finns i SFB.

### 2.2.1 Arbetsgivarens ansvar och skyldigheter enligt arbetsmiljölagen

AML föreskriver att arbetsgivaren ska vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall. Bestämmelserna i AML, som är en ramlag,[16] kompletteras av arbetsmiljöförordningen (1977:1166) samt de mer detaljerade föreskrifterna som Arbetsmiljöverket utformar. Föreskrifter anger *vad* som ska göras, med undantag för föreskriften om systematiskt arbetsmiljöarbete som redogör för *hur* det ska göras.[17]

Av 1 kap. 1 § AML framgår att lagens övergripande syfte är att trygga en god och säker arbetsmiljö. Det innebär att arbetsmiljöarbetet i första hand ska gå ut på att förebygga ohälsa och olycksfall. AML:s ändamål är också att i övrigt uppnå en god arbetsmiljö. AML

[14] 7 § AFS 1994:1.
[15] 4 kap. 4 § SoL.
[16] Prop. 1976/77:149 s. 219.
[17] SOU 2017:24, *Ett arbetsliv i förändring – hur påverkas ansvaret för arbetsmiljön?* s. 68.

gäller för arbetstagare och andra som arbetar under anställningsliknande förhållanden.

### 2.2.2 Arbetsgivares plan för återgång i arbete

Sedan juli 2018 är det en skyldighet för arbetsgivaren att upprätta en plan för återgång i arbete inom 30 dagar för en anställd som kan antas ha helt eller delvis nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom under minst 60 dagar. En plan för återgång i arbete behöver inte upprättas om det med hänsyn till den försäkrades hälsotillstånd klart framgår att den försäkrade inte kan återgå i arbete. En plan behöver heller inte upprättas i de fall arbetstagaren kan återgå helt i arbete utan några särskilda insatser. Planen ska i den utsträckning som det är möjligt upprättas i samråd med den försäkrade. Arbetsgivaren ska fortlöpande se till att planen för återgång i arbete följs och att det vid behov görs ändringar i den. Planens främsta uppgift är att vara ett stöd i det arbete som genomförs på arbetsplatsen för att göra det möjligt för arbetstagaren att återgå i arbete. Innehållet i Plan för återgång i arbete beskrivs i större detalj i avsnitt 6.2.5 *Arbetsgivarens plan för återgång i arbete och det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet*.

### 2.2.3 Förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete

Arbetsgivare kan få bidrag för att anlita expertstöd för att utreda, planera, initiera, genomföra och följa upp arbetsplatsinriktade åtgärder. Åtgärderna ska vara arbetsplatsinriktade för att förebygga sjukfall eller underlätta för en medarbetare att vara kvar i arbete eller komma tillbaka i arbete. Bidraget kan också utgöra stöd för att ta fram en plan för återgång för en medarbetare som är sjukskriven.

### 2.2.4 Arbetsgivaren ska lämna upplysningar till Försäkringskassan och vidta åtgärder för rehabilitering

Arbetsgivaren är skyldig att lämna Försäkringskassan de uppgifter som behövs för utredning av rätt till ersättning.[18]

Arbetsgivaren är enligt 30 kap. 6 § a första stycket SFB skyldig att efter samråd med den försäkrade lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast ska kunna klarläggas och även i övrigt medverka till det. Det innebär att arbetsgivaren ska svara för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Exempel på sådana åtgärder är anpassning av arbetsplatsen, arbetstid eller arbetsuppgifter. Inriktningen bör således vara att den anställde ska beredas fortsatt arbete hos arbetsgivaren. Det är individen som står i centrum för rehabiliteringsåtgärderna. Dessa ska därför planeras i samråd med den försäkrade och utgå från hans eller hennes individuella förutsättningar och behov.[19]

### 2.2.5 Saklig grund för uppsägning när arbetsgivaren har fullgjort sitt rehabiliteringsansvar

En arbetsgivare har rehabiliteringsansvar för en arbetstagare och under den tiden har arbetstagaren ett förstärkt skydd mot uppsägning på grund av omständigheter som orsakats av sjukdom. Rehabiliteringsansvaret tar sin utgångspunkt i SFB, AML samt lagen om anställningsskydd (LAS) och Arbetsdomstolens praxis. Sjukdom i sig utgör inte en saklig grund för uppsägning. Men om nedsättningen medför att arbetstagaren inte längre kan utföra något arbete av betydelse hos arbetsgivaren kan uppsägning bli aktuell.

Arbetsgivaren måste uppfylla de krav på rehabiliteringsåtgärder som ställs i AML och SFB för att saklig grund för uppsägning ska föreligga.[20] Det krävs att arbetsgivaren har fullgjort sitt rehabiliteringsansvar och genomfört omplaceringsutredning (7 § LAS). Omplaceringsskyldigheten är en viktig del av sakliggrundbegreppet. Det föreligger enligt 7 § andra stycket LAS inte saklig grund för uppsägning om det är skäligt att kräva att arbetsgivaren bereder arbets-

[18] 110 kap. §§ 14 och 31 SFB.
[19] 30 kap. 3 § SFB. Se även prop. 1990/91:141 s. 47 och 88.
[20] Prop. 1990/91:140, s. 52.

tagaren ett annat arbete hos sig. Omplaceringsutredningen ska omfatta hela arbetsgivarens verksamhet. Den syftar till att utreda om det finns lediga arbeten som arbetstagaren är kompetent för, eller om arbetstagaren uppfyller minimikraven för tjänsten.

### 2.2.6 Arbetsdomstolen prövar arbetsgivarens rehabiliteringsansvar

Saklig grund vid uppsägning på grund av sjukdom har ett nära samband med frågan om arbetsgivaren fullgjort sitt rehabiliteringsansvar. Var gränserna går för arbetsgivarens rehabiliteringsansvar har prövats av Arbetsdomstolen i flera mål. Frågan aktualiseras oftast i samband med att en arbetsgivare sagt upp en anställd och frågan är om saklig grund på grund av personliga skäl föreligger.

Arbetsdomstolen har bland annat uttalat att en arbetsgivare inte har fullgjort sitt rehabiliteringsansvar när det är oklart vilka anpassningsåtgärder som hade kunnat vidtas för att en anställd med nedsatt arbetsförmåga skulle kunna arbeta. Om arbetsgivaren hävdar att rehabiliteringsansvaret är uppfyllt är det också arbetsgivaren som har bevisbördan för påståendet. Ett av Arbetsdomstolens avgöranden gäller en svetsare som hade drabbats av förslitningsskador i axlarna.[21] Arbetsdomstolen uttalade att arbetsgivare ska göra en noggrann utredning av möjligheterna till rehabiliterings- och anpassningsåtgärder och att de har en skyldighet att vidta alla de åtgärder som skäligen kan krävas för att en anställning ska bestå. I detta fall fanns det inte några beaktansvärda hinder mot att utreda svetsarens arbetsförmåga och behov av hjälpmedel på det sätt som hans fackliga organisation hade föreslagit arbetsgivaren. I och med att arbetsgivaren inte hade gjort en sådan utredning, var det enligt Arbetsdomstolen oklart om svetsaren skulle ha kunnat komma tillbaka till arbete hos bolaget. Arbetsgivaren hade alltså inte fullgjort sitt rehabiliteringsansvar.

När det gäller den generella frågan om arbetsanpassning i form av omfördelning av arbetsuppgifter framgår av praxis att en arbetsgivare kan vara skyldig att åstadkomma även denna typ av lösningar inom ramen för sin rehabiliteringsskyldighet.[22] Av rättspraxis framgår å andra sidan också att det inte är skäligt att kräva att arbets-

[21] AD 2006 nr 90.
[22] Se till exempel AD 1999 nr 10 och 2001 nr 92.

givaren gör en sådan omfördelning av arbetsuppgifter som medför ökad risk för till exempel förslitnings- och belastningsskador hos de övriga arbetstagarna.[23]

### 2.2.7 Företagshälsovård

AML 3 kap. 2 c § beskriver företagshälsovård som:

> […] en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården ska särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa.

Företagshälsovård eller annan oberoende expertresurs är inte obligatorisk, men arbetsgivare är skyldig att tillse att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå.[24] Tillgång till företagshälsovård betonas i föreskrifterna om systematiskt arbetsmiljöarbete:

> När kompetensen inom den egna verksamheten inte räcker för det systematiska arbetsmiljöarbetet eller för arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering, skall arbetsgivaren anlita företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp utifrån.[25]

Företagshälsovården i Sverige består av cirka 130 företag i varierande storlek och organisationsform. Cirka 65 procent av alla anställda har i dag tillgång till företagshälsovård genom sin arbetsgivare.[26]

Det behövs inget tillstånd för att kalla sig, eller för att bedriva, företagshälsovård. Branschorganisationen Sveriges företagshälsor ställer dock krav för medlemskap vilket i någon mån kan anses utgöra en standard för företagshälsovården. Medlemmar ska ha:

> [...] tillgång till kompetens inom områdena arbetsorganisation, beteendevetenskap, ergonomi, medicin, rehabilitering och teknik.[27]

---

[23] Se till exempel AD 1993 nr 42 och 2006 nr 57.
[24] 3 kap. 2 c § AML.
[25] 12 § AFS 2001:1.
[26] Sveriges företagshälsor. https://www.foretagshalsor.se/foretagshalsovard. Hämtad 2018-10-18.
[27] Krav för medlemskap i Sveriges företagshälsor. https://www.foretagshalsor.se/sites/default/files/fsf/Filer/krav_for_medlemskap_20170101.pdf. Hämtad 2020-03-27.

Branschorganisationen Sveriges företagshälsor definierar särskilda utbildnings- och kompetenskrav för professioner inom respektive kompetensområde som tas upp i citatet ovan.

I sammanhang där företagshälsovård diskuteras beskrivs ofta *företagshälsovård eller motsvarande sakkunnig hjälp*[28], *företagshälsovård eller annan liknande expertresurs*[29] eller *relevanta rehabiliteringsaktörer såsom företagshälsovård*[30]. Betoningen ligger alltså på kompetens inom expertområdena arbetsmiljö och rehabilitering, och inte på benämningen *företagshälsovård*.

## 2.3 Hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvården är inte enbart ett stöd för individens rehabilitering och tillfrisknande utan har också en roll vad gäller att bedöma behov av sjukskrivning och att intyga att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. Läkaren ska, utifrån sin medicinska kompetens, ta ställning till om patienten inte kan arbeta på grund av sin sjukdom eller om det finns risk för att patientens tillstånd förvärras om patienten arbetar eller står till arbetsmarknadens förfogande.

### 2.3.1 Hälso- och sjukvårdens ansvar att tillhandahålla god hälsa och en vård på lika villkor

Hälso- och sjukvården regleras genom hälso- och sjukvårdslagen (HSL). I 3 kap. 1 § HSL anges det övergripande målet för all verksamhet inom hälso- och sjukvård. Det 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. Hälso- och sjukvården ska även arbeta för att förebygga ohälsa.[31]

Regionernas vårdansvar enligt 8 kap. 2 § andra stycket är åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Begreppet hälso- och sjukvård omfattar alltså såväl de sjuk-

[28] AFS 2001:1.
[29] SOU 2006:107. *Fokus på åtgärder – En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet*.
[30] Dir. 2018:27. *Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess.*
[31] 3 kap.2 § HSL.

domsförebyggande åtgärderna som den egentliga sjukvården. Av 8 kap. 7 § första stycket HSL framgår att regionen ska erbjuda bland annat rehabilitering till den som omfattas av regionens ansvar. För kommunen gäller att den enligt 12 kap. 5 § första stycket HSL ska erbjuda rehabilitering i samband med hälso- och sjukvård till den som omfattas av kommunens hälso- och sjukvårdsansvar. Enligt 8 kap. 7 § andra stycket samma lag innebär rehabiliteringsansvaret inte någon inskränkning i de skyldigheter som arbetsgivare eller andra kan ha enligt annan lag. Härigenom klargörs att hälso- och sjukvårdens ansvar för rehabilitering inte på något sätt undantar arbetsgivare eller Försäkringskassan från sitt ansvar för rehabilitering.[32]

Regionen ska enligt 8 kap. 7 § sista stycket HSL i samverkan med patienten upprätta en individuell plan för planerade och beslutade rehabiliteringsinsatser. Även vid kommunal rehabilitering ska en individuell plan upprättas.[33] Enligt 16 kap. 4 § HSL finns en skyldighet för kommuner och regioner att gemensamt upprätta en individuell plan för en enskild som har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten.[34]

Den enskildes samtycke är en förutsättning för att en plan ska upprättas. Kravet att insatser från andra aktörer ska redovisas i planen innebär att huvudmännen och den enskilde tillsammans ska identifiera vilka åtgärder från andra aktörer som kan ha betydelse för den enskildes behov. Det kan exempelvis handla om insatser från Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan.

### 2.3.2 Hälso- och sjukvården intygar nedsatt arbetsförmåga

Det finns ingen lagstadgad skyldighet för läkare att intyga att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom trots att rätt till sjuklön och sjukpenning kräver att individen kan tillhandahålla ett sådant intyg.

Hälso- och sjukvården har dock en lagstadgad skyldighet att lämna intyg om vården vad gäller behandling till en individ som efterfrågar ett sådant.[35] Enligt 3 kap. 16 § patientdatalagen (2008:355), ska den som är skyldig att föra patientjournal på begäran av patienten

[32] Prop. 1992/93:159 s. 202.
[33] 12 kap. 5 § andra stycket HSL.
[34] Motsvarande bestämmelse finns i 2 kap. 7 § SoL.
[35] 10 kap. 3 § patientlag (2014:821).

utfärda intyg om vården. Ytterligare krav för intyg, utlåtanden och andra handlingar om någons hälsotillstånd, behov, förmåga eller annat förhållande orsakat av hälsotillståndet finns i Socialstyrelsens intygsföreskrift[36], som reglerar läkarnas arbete med intyg.

### 2.3.3 Samverkan

Regioner får enligt 7 kap. 9 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30; HSL) träffa överenskommelser med kommuner, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att inom ramen för regionernas uppgifter enligt HSL (inklusive rehabilitering) samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Regionen får också enligt samma paragraf delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Från och med 1 januari 2019 är regionerna enligt lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar skyldiga att tillhandahålla försäkringsmedicinska utredningar på begäran av Försäkringskassan.

I februari 2020 infördes en skyldighet för regionerna att erbjuda koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter som har ett särskilt behov av individuellt stöd för att kunna återgå till eller inträda i arbetslivet. Insatserna ska ges inom hälso- och sjukvården och bestå av personligt stöd, intern samordning och samverkan med andra aktörer.[37] Rehabiliteringskoordinatorn ska samordna insatserna runt patienten och samverka med vårdenheter och övriga verksamheter i hälso- och sjukvården. Den externa samverkan bygger på att patienten ger sitt samtycke. Rehabiliteringskoordinatorn kan då kontakta arbetsgivare eller arbetsförmedling för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter eller arbetslivsinriktad rehabilitering. Syftet är att underlätta för patienten att inträda, återgå eller vara kvar i arbete. Andra viktiga samarbetspartners är Försäkringskassan och kommunens socialtjänst.[38] Regionens ansvar ska inte

[36] Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. Socialstyrelsens föreskrifter om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården; HSLF-FS 2018:54.
[37] Lagrådsremiss. *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter.* Stockholm den 30 augusti 2018.
[38] skr.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/funktionforkoordinering.1033.html. Hämtad 2020-01-07.

omfatta insatser som andra aktörer ansvarar för enligt andra föreskrifter. Regionen ska också, om patienten samtycker till det, informera Försäkringskassan om en sjukskriven patient kan antas behöva rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. SFB.[39]

Sedan 2006 har staten och SKR ingått överenskommelser för att stimulera regionerna till att ge sjukskrivningsfrågan högre prioritet i hälso- och sjukvården och för att utveckla sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Syftet med överenskommelserna har varit att ge regionerna ekonomiska drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan för att åstadkomma en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess och bidra till en stabil sjukfrånvaro.[40]

Utöver detta bereds i skrivande stund, mars 2020, förslaget om finansiell samordning mellan hälso- och sjukvården och sjukförsäkringen i Regeringskansliet (Samspel för hälsa, SOU 2018:80). Om dessa förslag omsätts i praktiken kan hälso- och sjukvårdens ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen förstärkas ytterligare.

## 2.4 Försäkringskassan

Försäkringskassans roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är att bedöma och besluta om rätten till ersättning, betala ut ersättning samt samordna och utöva tillsyn över rehabiliteringsinsatser. Sjukförsäkringen ska ge ekonomisk trygghet vid sjukdom och ett effektivt stöd för att individen ska återfå arbetsförmågan och återgå i arbete.[41] Försäkringskassan administrerar också andra förmåner inom sjukförsäkringen som exempelvis förebyggande sjukpenning, rehabiliteringsersättning och sjuk- och aktivitetsersättning. Försäkringskassan ansvarar även för att utforma olika blanketter och underlag som andra aktörer ska använda i sjukförsäkringsprocessen, exempelvis ansökan om sjukpenning och läkarintyg.

Försäkringskassan ska också, liksom alla myndigheter enligt förvaltningslagens så kallade *serviceskyldighet,* lämna den enskilde sådan

[39] Lagrådsremiss. *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*. Stockholm den 30 augusti 2018.
[40] Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges kommuner och regioner, SKR (2019), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och regioner 2020.*
[41] Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Försäkringskassan.

hjälp att han eller hon kan ta till vara sina intressen. Hjälpen ska ges i den utsträckning som är lämplig med hänsyn till frågans art, den enskildes behov av hjälp och myndighetens verksamhet. Den ska ges utan onödigt dröjsmål.[42] I lagens förarbeten skrivs att servicenivån måste anpassas till förutsättningarna i det enskilda fallet.[43] Utöver detta ska Försäkringskassan se till att ett ärende blir utrett i den omfattning som dess beskaffenhet kräver, den så kallade *utredningsskyldigheten* som regleras i förvaltningslagen[44] och i SFB[45].

### 2.4.1 Samordna och utöva tillsyn över rehabiliteringsverksamheten

Försäkringskassan har ett övergripande samordningsansvar för rehabiliteringsverksamheten.[46] Av 30 kap. 9 § SFB framgår att Försäkringskassan i samråd med den försäkrade ska se till att den försäkrades behov av rehabilitering snarast klarläggs, och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. Försäkringskassan har också skyldighet att se till att rehabiliteringsåtgärder påbörjas så snart det är möjligt av medicinska och andra skäl.[47] Av förarbetena framgår att det innebär att Försäkringskassan kontinuerligt följer rehabiliteringsärendena för att undvika att någon hamnar utanför och att ingenting görs.[48]

Försäkringskassan ska enligt 30 kap. 12 § SFB upprätta en rehabiliteringsplan när den enskilde får sådana åtgärder som kan ge rätt till rehabiliteringsersättning. Om det är möjligt ska det göras i samråd med den försäkrade. Det är en plan för att Försäkringskassan ska kunna bevaka att arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder genomförs i det enskilda fallet. Det är dessutom ett underlag för att Försäkringskassan ska kunna fatta beslut om rehabiliteringsersättning.

Om den försäkrade medger det ska Försäkringskassan i arbetet med rehabiliteringen samverka med olika aktörer. I 30 kap. 10 § första stycket SFB föreskrivs att Försäkringskassan ska samverka med den försäkrades arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och

[42] 6 § förvaltningslag (2017:900).
[43] Prop. 2016/17:180, s. 291.
[44] 23 § förvaltningslag (2017:900).
[45] 110 kap. 13 §. SFB.
[46] 30 kap. 8 § SFB.
[47] 30 kap. 11 § SFB.
[48] Prop. 1990/91:141, s. 91.

sjukvården samt med vissa myndigheter. Försäkringskassan ska verka för att de organisationer och myndigheter som anges, var och en inom sitt verksamhetsområde, vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. Försäkringskassan ska alltså försöka förmå den eller dem som svarar för själva åtgärden eller åtgärderna att snarast genomföra dem.

Försäkringskassan har tillsynsansvar över den del av rehabiliteringsverksamhet som regleras i SFB. Försäkringskassan ska således följa upp och utvärdera rehabiliteringsverksamheten.[49] Det finns dock inga sanktionsmöjligheter i SFB i de fall en arbetsgivare inte fullgör sitt rehabiliteringsansvar. När bestämmelserna om rehabilitering infördes uttalades i förarbeten att om en arbetsgivare försummar sitt ansvar för rehabilitering i enskilda fall kan det vara lämpligt att väcka frågan om arbetsgivarens organisation för anpassning och rehabilitering fungerar.[50] I praktiken innebär detta att Försäkringskassan ansvarar för att anmäla fall som dessa till Arbetsmiljöverket.

## 2.5 Kommunen

En kommun har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver.[51] Det är kommunens socialtjänst som betalar ut försörjningsstöd och ansvarar för behandling av missbruksproblem, familjerådgivning med mera. Principen om kommunens yttersta ansvar avser inte att förändra det som andra huvudmän eller aktörer har. Med det yttersta ansvaret följer emellertid uppgiften för kommunen att vidta åtgärder i väntan på att andra huvudmän kan ge den enskilde det stöd som behövs.

Individer som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom och som saknar SGI kan uppbära ekonomiskt bistånd från kommunen.[52] Av 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (SoL) framgår att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Syftet med bestämmelsen är att tillförsäkra den enskilde en rätt till stöd och hjälp från

[49] Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 60.
[50] Prop. 1990/91:141, s. 50.
[51] 2 kap. 1 § SoL.
[52] Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Sveriges kommuner och landsting (2016), *Viljeinriktning. Samverkan kring personer som saknar sjukpenninggrundande inkomst och har sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom.*

samhällets sida, när han på grund av bristande arbetsförmåga, funktionshinder, ålder eller av annan liknande omständighet befinner sig i en situation som gör insatser från samhällets sida nödvändiga.

En samordnad individuell plan, så kallad SIP, ska tas fram när en individ behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården och när insatserna behöver samordnas. Socialtjänsten och hälso- och sjukvården är skyldiga att ta initiativ till en SIP när de ser att det behövs samordning för att en person ska få rätt stöd, men arbetet kan också starta med att individen själv ber om att få en SIP. Av den samordnade individuella planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilken aktör som ansvarar för vilken insats, och vilken aktör som har det övergripande ansvaret för planen. En SIP kan bara upprättas med individens samtycke.[53]

En individ kan genom kommunens försorg få ett personligt ombud. Verksamheten personligt ombud riktar sig till personer som är 18 år eller äldre, som har en psykisk funktionsnedsättning och betydande och väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på olika livsområden. Ett personligt ombud arbetar på uppdrag av klienten och ska tillsammans med klienten identifiera och formulera behovet av vård, stöd, service, rehabilitering och sysselsättning samt ha behov av långvariga kontakter med socialtjänsten, primärvården och psykiatrin och andra myndigheter.[54]

## 2.6 Arbetsförmedlingen

Arbetsförmedlingen har i uppdrag att bedriva arbetslivsinriktad rehabilitering i form av vägledande, utredande, rehabiliterande eller arbetsförberedande insatser. Målgruppen för arbetslivsinriktad rehabilitering är arbetssökande som har nedsatt arbetsförmåga på grund av funktionsnedsättning eller ohälsa. Dessa personer ska ha tillgång till Arbetsförmedlingens samlade utbud av tjänster, metoder och arbetsmarknadspolitiska program.[55] Arbetsförmedlingen ansvarar för kartläggning och arbetslivsinriktad rehabilitering av arbetssökande sjuk-

[53] http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/samordnadindividuellplan-sip. Hämtad 2018-10-15.
[54] 1–5 §§ förordning (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud.
[55] 5 § punkten 5, 11 och 12 §§ förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten.

skrivna hos Arbetsförmedlingen som inte kan söka arbete på grund av sjukdom.[56]

Arbetsförmedlingen har till uppgift att se till att personer med funktionsnedsättning prioriteras inom de arbetsmarknadspolitiska programmen. Det kan bland annat handla om anställningsstöd till personer med svag position på arbetsmarknaden, utvecklingsanställning som ger en person möjlighet att genom arbete i kombination med andra insatser, öka sin förmåga och anställbarhet. De olika formerna av lönebidrag är anställningsstöd som kan beviljas för att en person ska få eller behålla en anställning och där arbetet organiseras med hänsyn till nedsättningen.

Arbetsförmedlingen ska samverka med de andra aktörerna. I myndighetsinstruktionen 14 § anges att Arbetsförmedlingen särskilt ska samverka med Försäkringskassan, Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet. Arbetsförmedlingen ska i samma syfte samverka med Försäkringskassan, kommun och landsting enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

## 2.7 Andra aktörer

### 2.7.1 Myndigheten för arbetsmiljökunskap

Myndigheten för arbetsmiljökunskap har till uppgift att arbeta med kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning för frågor om arbetsmiljö. Myndigheten för arbetsmiljökunskap ska även arbeta med utvärdering och analys inom dessa områden. Syftet är att kunskapen ska komma till användning i praktiken.[57] Myndighetens arbete ska ske i samverkan med arbetsmarknadens parter.[58] Utredningen har betraktat Myndigheten för arbetsmiljökunskap som en del av utvecklingen inom förebyggande arbete och stöd för återgång och myndigheten ges därför en mer ingående beskrivning i avsnitt 6.2.2.

[56] 11 § förordning (2007:1030) med instruktion för Arbetsförmedlingen.
[57] Förordning (2018:254) med instruktion för Myndigheten för arbetsmiljökunskap.
[58] Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Myndigheten för arbetsmiljökunskap.

### 2.7.2 Arbetsmiljöverket

Arbetsmiljöverket har till uppgift att ha tillsyn över att arbetsmiljö- och arbetstidslagstiftningen följs och planerar tillsynen främst med utgångspunkt i analyser av arbetsmiljörisk och risk för att aktörer medvetet bryter mot regelverket.[59]

Arbetsmiljöverket är enligt 7 kap. 1 § AML ansvarig över att AML och föreskrifter som meddelats med stöd av lagen följs. De föreskrifter som främst är viktiga för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är AFS 2001:1 om systematiskt arbetsmiljöarbete och AFS 1994:1 om arbetsanpassning och rehabilitering. I föreskrifterna finns även allmänna råd och kommentarer till enskilda paragrafer.

Arbetsmiljöverkets tillsyn syftar till att stärka arbetsplatsens egen förmåga att förebygga risker samtidigt som arbetsgivaren får besked om vad som behöver göras för att förbättra arbetsmiljön. Om arbetsgivaren inte uppfyller kraven i AML, arbetsmiljöförordningen och föreskrifterna kan arbetsmiljöverkets inspektör kräva att arbetsgivarens rättar till bristerna (föreläggande) eller förbjuda viss hantering eller viss verksamhet (förbud). Om föreläggandet eller förbudet inte följs kan Arbetsmiljöverket sätta ut ett vite. Vitet kan överklagas till Förvaltningsdomstol.[60] Sedan den 1 juli 2014 är delar av regelverket kombinerat med sanktionsavgift. Det innebär att Arbetsmiljöverket vid inspektion där det identifieras brister i bestämmelse som är förenad med sanktionsavgift, kan utfärda sådan sanktion.

Arbetsmiljöverket har också i uppdrag att samverka med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Socialstyrelsen i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet.[61]

### 2.7.3 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet, tandvård, socialtjänst, stöd och service till vissa funktionshindrade samt frågor om alkohol och missbruksmedel.[62]

[59] 2 § förordning (2007:913) med instruktion för Arbetsmiljöverket.
[60] 9 kap. 2 § AML.
[61] 7 § förordning (2007:913) med instruktion för Arbetsmiljöverket.
[62] 1 § förordning (2015:284) om instruktion för Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens uppdrag i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen handlar till stor del om att utveckla och förvalta det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Det försäkringsmedicinska beslutsstödet består av två delar. Den ena delen utgörs av övergripande principer för sjukskrivning och den andra delen utgörs av rekommendationer om bedömning av arbetsförmåga för olika diagnoser. Ambitionen med beslutsstödet är att det ska användas av både Försäkringskassans handläggare och av läkare i hälso-och sjukvården.[63] I regleringsbrev för 2020 fick Socialstyrelsen i uppdrag att redovisa hur arbetet med det försäkringsmedicinska beslutsstödet bidrar till en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet.[64]

Socialstyrelsen ska samverka med relevanta aktörer inom sitt verksamhetsområde för att uppnå målen med verksamheten. Myndighetens arbete att styra med kunskap ska planeras och utföras i samverkan med andra berörda myndigheter så att den statliga styrningen med kunskap avseende av hälso- och sjukvård och socialtjänst är samordnad. Bestämmelser om samverkan med vissa andra myndigheter finns i förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen ska särskilt samverka med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Arbetsmiljöverket i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet.[65]

Socialstyrelsen ingår också som en part i överenskommelsen om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess mellan staten och SKR, vilket framgår av myndighetens regleringsbrev.

Därutöver har Socialstyrelsen regelbundet fått i uppdrag att i samverkan med andra arbeta i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, exempelvis fick Socialstyrelsen och Försäkringskassan år 2018 i uppdrag av regeringen att verka för att samarbetet och dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården förbättras.[66]

[63] https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/om-forsakringsmedicinskt-beslutsstod/sa-ska-beslutsstodet-anvandas. Hämtad 2020-01-08.
[64] Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Socialstyrelsen.
[65] 11–12 §§ förordning (2015:284) om instruktion för Socialstyrelsen.
[66] Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*.

### 2.7.4 Sveriges kommuner och regioner (SKR)

SKR är en arbetsgivar- och intresseorganisation och medlemsorganisation för kommuner och regioner.

SKR:s uppgift är att stödja och bidra till att utveckla kommuner och regioners verksamhet och fungerar som ett nätverk för kunskapsutbyte och samordning.[67] SKR har stor betydelse för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen eftersom organisationen är Sveriges största arbetsgivarorganisation[68] med stort inflytande över arbetsmiljöarbetet i kommuner och regioner. SKR är också kunskapsstöd för kommuner och regioner i arbetet med sjukskrivningar.

För arbetet med sjukskrivningar i regionerna har SKR under många år spelat en central roll eftersom det är med SKR som staten tecknat överenskommelser om en effektiv och kvalitetssäker sjuk- och rehabiliteringsprocess. SKR har som undertecknande part haft stort inflytande över innehållet och utformningen av villkoren i överenskommelsen. SKR har inom ramen för arbetet med överenskommelsen utgjort ett kunskaps- och implementeringsstöd för regionerna. SKR bedriver många av sina uppdrag tillsammans med Inera, ett företag som utvecklar digitala tjänster och som ägs av SKR, regioner och kommuner.

### 2.7.5 Samordningsförbunden

Finansiell samordning får enligt 1 § lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser bedrivas mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommuner och landsting för att uppnå en effektiv resursanvändning. Lagen gör det möjligt att samverka finansiellt inom välfärds- och rehabiliteringsområdet. Tillsammans bildar de fyra parterna ett samordningsförbund.[69]

Enligt 5 § i lagen om finansiell samordning ska Försäkringskassan bidra med 50 procent av medlen, regionen med 25 procent och den kommun som deltar ska också bidra med 25 procent av medlen. I lagen regleras inte nivån på hur mycket medel som parterna kan

[67] https://skr.se/tjanster/omskr.409.html. Hämtad 2020-03-19.
[68] https://skr.se/arbetsgivarekollektivavtal.hsida.html. Hämtad 2020-03-19.
[69] 4 § lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

sätta in i samordningsförbundet. Från statens sida bestäms detta i regeringens budgetproposition.

Målet med verksamheten är att individer i behov av samordnande rehabiliterande insatser ska kunna återfå eller förbättra sin arbetsförmåga.[70]

Samordningsförbundet är ett för parterna gemensamt men självständigt samordningsorgan som fattar beslut i eget namn. Samordningsförbundet kan bland annat besluta om övergripande mål och riktlinjer för den finansiella samordningen. Samordningsförbundet har gemensamma resurser och fattar beslut om resursernas fördelning utifrån individers behov. Medlen ska användas så att det är förenligt med syftet, det vill säga att finansiera rehabiliteringsinsatser som riktar sig till målgruppen för att de ska närma sig arbetsmarknaden eller återfå sin arbetsförmåga. Samordningsförbundet får inte täcka kostnader för individens försörjning. Det anges i lagen att ett samordningsförbundet inte får fatta beslut i frågor om förmåner eller rättigheter för enskilda. Förbunden får heller inte vidta åtgärder i övrigt som innefattar myndighetsutövning eller som avser tillhandahållande av tjänster avsedda för enskilda. Detta innebär att det fortfarande är Försäkringskassan som beslutar om sjukpenning och att socialnämnden, eller annan behörig nämnd, beviljar bistånd enligt SoL. Det är fortfarande sjukvårdshuvudmännen som tillhandahåller sjukvård.[71]

Samordningsförbundet ska svara för uppföljning och utvärdering av den finansiella samordningen.[72] Samordningsförbundet ska också stödja samarbetet mellan de samverkande parterna.[73]

Nationella rådet för finansiell samordning bildades 2008 av Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialstyrelsen. Syftet med rådet är att ge finansiell samverkan den legitimitet och förankring som är nödvändig. Rådet bidrar till utveckling, ökad professionalitet och kunskap inom den finansiella samordningen och rådet utgör även ett forum för gemensamma

[70] 2 § lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.
[71] 7 § lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Se även prop. 2002/03:132, s. 109.
[72] Prop. 2002/03:132, s. 109.
[73] 7 § lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

ställningstaganden i strategiska frågor vad gäller finansiell samordning.[74]

Regeringen har gett Inspektionen för socialförsäkringen i uppdrag utvärdera samordningsförbundens verksamhet. Uppdraget har delredovisats våren 2019 och ska slutredovisas i december 2021.[75]

[74] www.finsam.se/nationellaradet. Hämtad 2018-10-26.
[75] Prop. 2019/20:1, utgiftsområde 10, s. 33.

# 3 Individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Detta kapitel beskriver de individer som befinner sig i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och deras upplevelse av processen. Kapitlet är uppdelat i tre delar. Första delen beskriver hur många individer som befinner sig i processens olika delar och vilka dessa individer är. Uppgifterna är hämtade från de statistikförande myndigheterna och sammanställningen är gjord för att skapa förståelse för numerärerna i processen. Andra delen beskriver individernas upplevelse av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Denna del är baserad på undersökningar som utredningen genomfört. Kapitlet avslutas med utredningens slutsatser.

## 3.1 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inkluderar nästan alla individer i arbetsför ålder varje år

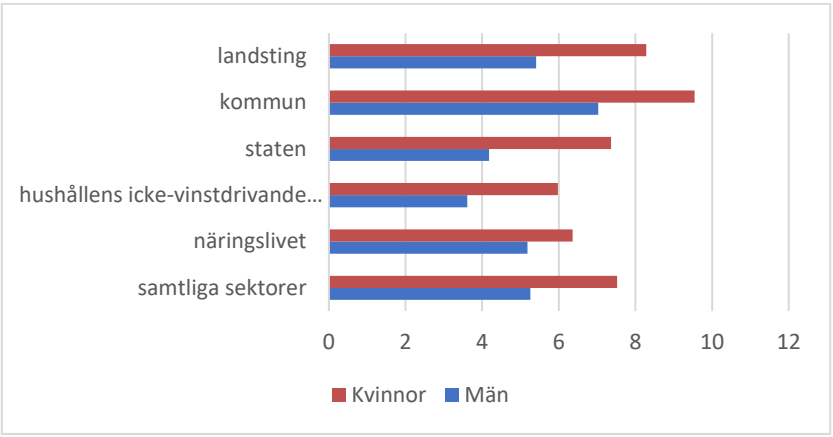
Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen berör många individer. År 2018 fanns 10 miljoner invånare i Sverige, 5,1 miljoner var i sysselsättning, 4,6 miljoner av dessa hade en anställning och 0,48 miljoner studerade.[1] I detta avsnitt beskrivs först hur stor andel av de anställda som uppbär sjuklön. Därefter finns en beskrivning av de som får ersättning från Försäkringskassan (anställda[2] och arbetslösa). Till sist ges en beskrivning av studenter, de som inte har någon sjukpenninggrundande inkomst (SGI) och därför inte är berättigade till ersättning från Försäkringskassan, samt de som får stöd via samordningsförbunden.

[1] SCB och Centrala studiestödsnämnden (CSN) (2019), *Studiestödet 2018*. Rapport 2019:2.
[2] Egenföretagare räknas till de anställda i denna statistik.

### 3.1.1 Anställda med sjuklön

År 2018 kunde en anställd som blev sjuk, efter en karensdag, ha rätt till sjuklön från arbetsgivaren de första 14 dagarna i sjukperioden.[3] Totalt sett hade män i genomsnitt 5,26 sjuklönedagar och kvinnor 7,52 sjuklönedagar per anställd under år 2018.

**Figur 3.1 Antal sjuklönedagar per person per sektor år 2018**




*Källa*: SCB.[4]

Kvinnor hade i genomsnitt fler sjuklönedagar per person än vad män hade. Antalet sjuklönedagar per person skiljer mellan sektorerna.

I antal startade sjuklönefall per person räknat startade män 1,35 fall per år i genomsnitt år 2018 och kvinnor 1,86 fall per år i snitt.[5]

Arbetsgivare betalade 2018 totalt ut 23,7 miljarder i sjuklön till de anställda.[6]

[3] Lag (1991:1047) om sjuklön. Karensdagen är sedan 1 januari 2019 ersatt med ett karensavdrag (6 § Lag (1991:1047) om sjuklön).
[4] Exempel på hushållens icke-vinstdrivande organisationer är idrottsföreningar, fackföreningar och religiösa samfund.
[5] www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__AM__AM0209__AM0209A/SjukloneperiodSektor/table/tableViewLayout2/?loadedQueryId=72332&timeType=from&timeValue=2018K1. Hämtad 2020-03-28.
[6] www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/sjuklonekostnader. Hämtad 2019-03-20.

### 3.1.2 Individer med ersättning från Försäkringskassan

År 2018 ansökte individer drygt 640 000 gånger om sjukpenning hos Försäkringskassan.[7] Enligt Försäkringskassans årsredovisning nekades 3 procent av de som ansökte om sjukpenning ersättning från sjukförsäkringen (16 683 individer).[8] Av de individer som under 2018 beviljades sjukpenning hade 20 procent av individerna sjukfall som blev längre än 90 dagar och 9 procent längre än 180 dagar.[9]

Under pågående sjukfall fick 5,5 procent av individerna avslag på ansökan om sjukpenning (23 998 individer).[10] Totalt betalade Försäkringskassan ut 36 325 miljoner kronor i sjukpenning under 2018.[11]

I detta avsnitt redovisas också hur långa fallen bland de individer som får ersättning av Försäkringskassan vanligtvis blir. När man undersöker sjukfall i försäkringen är det viktigt att skilja på hur långa fallen *är* vid en viss tidpunkt och hur långa fallen *blir* om man utgår från samma tidpunkt. Man måste alltså skilja på om man menar fall som startar eller om man menar pågående fall. Om man mäter längden på fall som startar en given dag kommer andelen korta fall vara stor och andelen långa fall vara liten. Om man däremot mäter längden på alla pågående fall en given dag så kommer andelen korta fall vara mindre och andelen långa fall vara större relativt sätt, eftersom de långa sjukfallen ackumuleras över tid. I statistiken som vi redovisar från Försäkringskassan redovisas antal fall bland anställda respektive arbetssökande. Eftersom varje individ kan vara sjukskriven flera gånger, och därmed utgöra flera sjukfall per år, överstiger antalet fall antalet individer.

#### Kontakter med Försäkringskassan

Under 2018 avslutades 650 536 sjukfall hos Försäkringskassan. Av dessa avslutades 77 procent innan Försäkringskassan tagit kontakt.[12] Enligt Försäkringskassans årsredovisning är den genomsnittliga

[7] Statistik gällande år 2018 till utredningen från Försäkringskassan.
[8] Försäkringskassan (2019), *Årsredovisning 2018*, s. 104. Denna statistik avser januari till oktober 2018 vilket innebär att andelen avslag underskattas något.
[9] I det statistikuttag som utredningen fått av Försäkringskassan juni 2019.
[10] Försäkringskassan (2019), *Årsredovisning 2018*, s. 104. Denna statistik avser januari till oktober 2018 vilket innebär att andelen avslag underskattas något.
[11] Försäkringskassan (2019), *Årsredovisning 2018*, s. 24.
[12] Statistik till utredningen från Försäkringskassan.

tiden till den första kontakten 44 dagar.[13] Spridningen i tid till kontakt är dock avsevärd och den tiondel som blir kontaktad fortast blir det efter redan 23 dagar.

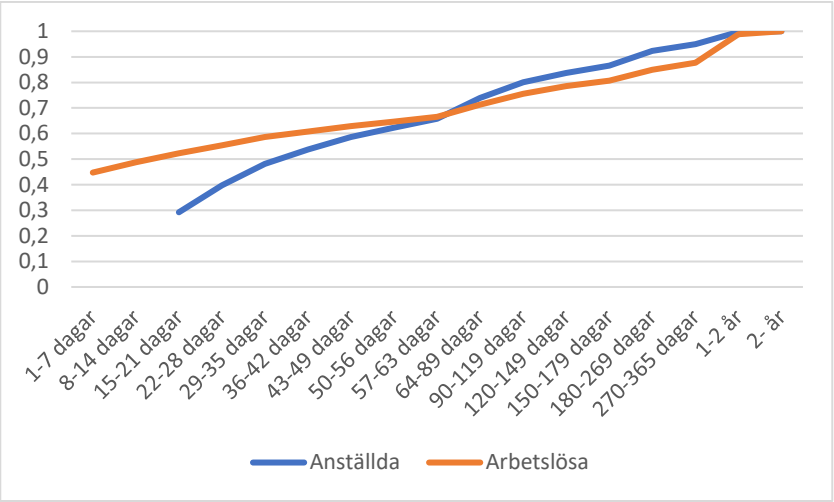
## Individer med sjukpenning

Under 2018 blev cirka 575 000 anställda och cirka 69 000 arbetssökande arbetsoförmögna på grund av sjukdom och beviljades sjukpenning. Bland anställda hade hälften av individerna avslutat sin tid med sjukpenning efter 36–42 dagar. I Figur 3.2 går att utläsa hur liten andel av alla anställda med sjukpenning vars sjukfall blir långa fall – en majoritet av fallen (87 procent) har avslutats innan de har hunnit att bli 180 dagar långa.

Arbetssökande ingår inte i rehabiliteringskedjan och bedöms från dag 1 i sjukperioden mot *normalt förekommande arbete*.[14] Eftersom arbetssökandes arbetsförmåga bedöms mot bedömningsgrunden *normalt förekommande arbete*, betyder det att dessa individer, om de bedöms ha rätt till sjukpenning, i regel har omfattande medicinska begränsningar. Det i sin tur kan också leda till att deras sjukfall blir långa. I jämförelse med att anställda till 92 procent avslutat sina sjukfall under perioden 180–269 dagar så hade 85 procent av de arbetssökande avslutat sina fall under samma period (jämför i figur 3.2). Detta får till konsekvens att andelen sjukskrivna arbetssökande ökar med tid i försäkringen.

[13] Försäkringskassan (2019), *Årsredovisning 2018*, s. 43.
[14] Prop. 2007/08:136. *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete*, s. 59.

**Figur 3.2 Andel av alla sjukfall startade 2018 som avslutas efter viss tid**




*Källa*: Försäkringskassan.

Av de anställda som blev arbetsoförmögna på grund av sjukdom och beviljades sjukpenning hade 25 procent en psykiatrisk huvuddiagnos, 21 procent en huvuddiagnos inom diagnoskapitlet för muskuloskeletala sjukdomar, 6 procent saknar diagnos i datalagren[15] och resten tillhörde övriga diagnoskapitel. Arbetssökande skiljer sig från anställda också vad gäller vilka diagnoser de får sjukpenning för. Bland arbetssökande har 29 procent en psykiatrisk diagnos när sjukfallet startar, 12 procent en muskuloskeletal diagnos, 24 procent av fallen har ingen diagnos i datalagren och 36 procent tillhör övriga diagnoskapitel. Bland arbetssökande är det således färre fall som startar med en muskuloskeletal diagnos och betydligt fler fall som saknar en diagnos i datalagren[16] jämfört med anställda.

[15] Försäkringskassans register innehåller inte fullständig information om diagnos för alla individer som startar ett sjukfall, detta beror delvis på att alla läkarintyg inte är elektroniska utan kräver manuell registrering av uppgifterna.
[16] Försäkringskassans register innehåller inte fullständig information om diagnos för alla individer som startar ett sjukfall, detta beror delvis på att alla läkarintyg inte är elektroniska utan kräver manuell registrering av uppgifterna. För arbetslösa är andelen som saknar diagnos högre eftersom sjukfall kortare än 7 dagar oftast inte kräver läkarintyg.

### Individer som går in i det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har i sina regleringsbrev likalydande uppdrag om ett förstärkt samarbete som syftar till att säkerställa att individen ges ett bra stöd för övergången från sjukförsäkringen till arbetsmarknaden. Det förstärkta samarbetet beskrivs i större detalj i avsnitt 7.1. Målgruppen är individer i behov av insatser för att återfå arbetsförmåga och komma i arbete.

I myndigheternas gemensamma återrapportering anges att det under år 2018 genomfördes 8 306 gemensamma kartläggningar. Av dessa hade 70 procent av de sjukskrivna en psykiatrisk diagnos. Antalet nya personer i aktiva insatser var 8 092. Insatserna ledde för 57 procent av deltagarna till att de lämnade sjukförsäkringen efter arbetslivsinriktade insatser. Drygt en tredjedel av deltagarna (38 procent[17]) kom åter till Försäkringskassan efter insats och för resterande deltagare saknas uppgifter.[18]

## 3.1.3 Individer som blir arbetsoförmögna under tid i arbetsmarknadspolitiskt program hos Arbetsförmedlingen

Det finns ingen statistik från 2018 hos Arbetsförmedlingen om hur många individer som blir sjuka under tid i arbetsmarknadspolitiskt program. Sådan statistik finns för 2019 och det handlar då om cirka 9 000–14 000 individer per månad.

## 3.1.4 Studenter

Studenter som blir sjuka kan få behålla sitt studiestöd om de kan uppvisa ett läkarintyg. Försäkringskassan har samordningsansvar även för studenter. CSN redovisar i en rapport att 6 300 studerande hade godkända frånvarodagar på grund av sjukdom år 2018. Det motsvarar 1,3 procent av samtliga studiemedelstagare. Av dem hade 5 400 studerande en godkänd sjukperiod som var minst en vecka lång

[17] I den refererade rapporten i Tabell 1 anges 33 procent, men det är 38 procent om man räknar på de antal som anges.
[18] Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2019), *Förstärkt stöd för personer som är sjukskrivna och för unga med aktivitetsersättning. Återrapportering enligt regleringsbreven för 2018*.

och därmed räknades bort från det maximala antalet studiemedelsveckor. Tillsammans fick dessa personer 29 300 studiemedelsveckor borträknade på grund av sjukdom, vilket innebär att varje person i genomsnitt fick 5 veckor borträknade under året.[19]

### 3.1.5 Individer utan sjukpenninggrundande inkomst

Sjukförsäkringen är en inkomstbortfallsförsäkring, vilket innebär att individen måste ha en inkomst att försäkra för att vara berättigad till sjukpenning.[20] Om individen inte har en SGI är hen hänvisad till socialtjänsten i sin hemkommun och kan där beviljas försörjningsstöd förutsatt att hen inte har något annat sätt att försörja sig på. Det exakta antalet personer som både saknar SGI och har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom är svårt att uppskatta. Det beror på att det inte finns ett lika-förhållande mellan antal som saknar SGI och antal som får försörjningsstöd. Individer som saknar SGI kan få sin försörjning genom familj, vänner, besparingar eller via försörjningsstöd. Dessutom kan individen (helt korrekt) fått sin SGI satt till noll kronor trots inkomst, om den försäkrade inte lämnat inkomstuppgifter till Försäkringskassan.[21] Därutöver finns inte alltid anledning för sjuka individer som saknar rätt till sjukpenning att efterfråga läkarintyg från behandlande läkare.

År 2018 fick 27 101 individer försörjningsstöd med anledning av att de saknade arbetsförmåga på grund av sjukdom enligt ett läkarintyg och saknade rätt till sjukpenning (eller väntade på beslut om sjukpenning eller hade otillräcklig sjukpenning).[22] Av dessa var 57 procent kvinnor. Antalet är, enligt resonemanget ovan, sannolikt en underskattning. Enligt en skrivelse från SKR, som tillfrågat ett antal kommuner, så skulle antalet individer som får försörjningsstöd och

[19] Centrala studiestödsnämnden (CSN) (2019), *Studiestödet 2018.* Rapport 2019:2.
[20] Reglerna om SGI nämns i kapitel 2. Om en individ haft en SGI, men inte har en inkomst av förvärvsarbete för tillfället, kan den gamla SGI:n ändå vara skyddad under vissa omständigheter till exempel om individen studerar, är föräldraledig, har sjukpenning eller är aktivt arbetssökande.
[21] Inspektionen för socialförsäkringen (2016), *Sjukpenninggrundande inkomst (SGI).* ISF rapport 2016:10.
[22] Socialstyrelsen (2019), *Försörjningshinder och ändamål med ekonomiskt bistånd 2018*. Art.nr: 2019-10-6405.

som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom kunna vara upp till dubbelt så många.[23]

Individer som saknar SGI och därmed saknar rätt till sjukpenning kan ändå ha rätt till hjälp med samordnad rehabilitering från Försäkringskassan.[24] Under år 2018 ansökte 2 533 personer, som inte hade någon SGI, om samordnad rehabilitering. Av dessa beviljades 1 314 personer (52 procent) minst en dags samordning. Av dessa hade 480 individer (37 procent) sin försörjning via ett arbetsmarknadspolitiskt program och 536 individer (41 procent) sin försörjning via försörjningsstöd från kommun, 34 individer (3 procent) var studerande och övriga 264 individer (20 procent) hade sin försörjning antingen från socialförsäkring i ett annat land eller så saknas information om vilken försörjning individen hade.

Av de 1 219 individer vars ansökan avslogs hade 954 individer (78 procent) sin försörjning via ett arbetsmarknadspolitiskt program, 245 individer (20 procent) sin försörjning via försörjningsstöd från kommun och för övriga 20 individer (2 procent) saknades information om försörjning.

## Individer som har haft sjukpenninggrundande inkomst men förlorat den

Med anledning av betydelsen av att ha en SGI i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har vi bett Försäkringskassan att beräkna hur många individer som förlorar sin SGI efter det att de haft ett sjukfall med sjukpenning (och därmed också haft en SGI).

Under år 2015–2018 så fick drygt 3 000 individer per år (vilket motsvarar cirka 0,5 procent av alla avslutade fall) sin SGI fastställd till noll kronor under en tidsperiod om 180 dagar efter det att sjukpenning hade avslutats.[25]

Försäkringskassan fastställer SGI till noll kronor om individen i perioden mellan tid med sjukpenning och ny ansökan om förmån från Försäkringskassan inte har en inkomst och inte heller uppfyller kraven för skydd av SGI. Av vilken anledning just dessa individer fått sin SGI satt till noll, eller vilka konsekvenser detta fått för dessa

[23] SKR (2019), *Inspel om nollplacerade till nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess.* Sveriges Kommuner och Landsting. 2019-07-01.
[24] 30 kap. 8–11 §§ SFB.
[25] Individer som fick SGI=0 på grund av att de fick sjukersättning eller på grund av att de fick ålderspension är exkluderade från denna siffra.

individer, har vi inte kunnat studera. Det kan dock med bakgrund i de data vi fått konstateras att individerna fått ersättning från socialförsäkringen nekad på grund av att de saknar SGI.

### 3.1.6 Individer som får stöd via samordningsförbunden

År 2018 fick 32 715 individer stöd genom samordningsförbunden. Av de 9 500 individer som under 2018 avslutade en insats gick 32 procent till arbete eller studier.[26]

Totalt hade 32 procent av deltagarna försörjningsstöd och 32 procent hade ersättning från Försäkringskassan, i form av antingen sjukpenning, rehabiliteringspenning, sjukersättning eller aktivitetsersättning.[27]

## 3.2 Individens upplevelse

Bland de individer som passerar sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen finns personer med olika diagnoser, i olika åldrar, med olika typ av sjukskrivningshistorik och med olika förankring på arbetsmarknaden. Individerna har olika förutsättningar att ta till sig information och kunna föra sin talan. I ett internationellt perspektiv utmärker sig det system som finns i Sverige på det sätt att alla individer, oavsett om de har arbete eller förankring på arbetsmarknaden, befinner sig i samma system. Det svenska systemet innebär att aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, och då framför allt hälso- och sjukvården och Försäkringskassan, behöver ha kompetens att ge alla individer (med stora skillnader i förutsättningar) stöd att återfå sin arbetsförmåga för att de ska kunna återgå till, eller kunna söka, arbete. I det här avsnittet redogör vi för våra undersökningar av hur individer upplever sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och vilka förbättringsområden de ser.

[26] Försäkringskassan (2019), *Svar på regeringsuppdrag. Rapport – Redovisning av målgrupper och resultat av de insatser som finansieras av samordningsförbund 2018*.
[27] Försäkringskassan (2019), *Svar på regeringsuppdrag. Rapport – Redovisning av målgrupper och resultat av de insatser som finansieras av samordningsförbund 2018*, s. 16.

### 3.2.1 Intervjuer med sjukskrivna

Utredningen har med hjälp av analys- och undersökningsföretaget Novus intervjuat 250 individer med anställning som fått sjukpenning 60–220 dagar vid tidpunkten för undersökningen. Försäkringskassan tog fram urvalet. Detta tidsintervall valdes för att aktiviteten beträffande stöd för återgång i arbete borde vara hög.[28] Vad gör aktörerna omkring dem och hur nöjda är individerna? Vi bad individerna uttala sig både generellt om vad de tyckte om aktörerna i processen och mer specifikt. Fokus låg på deras kontakter med sin arbetsgivare med anledning av att vi tidigt i utredningens arbete uppmärksammade att det finns få undersökningar om vilka åtgärder som vidtas av arbetsgivare för att individ ska kunna komma tillbaka till arbete.

#### Om studien och deltagarna

Under oktober 2019 intervjuades 250 sjukskrivna personer om sina upplevelser av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och sina kontakter med aktörerna i processen. Från urvalet om 2 000 sjukskrivna individer gjordes försök att kontakta 1 057 individer, 190 hade telefonsvarare, 438 anträffades inte trots 8–10 kontaktförsök, 172 avböjde deltagande i studien och 6 personer valde att avbryta påbörjad intervju. Av de som Novus fick kontakt med per telefon var således svarsfrekvensen 58 procent[29] och bland alla som Novus försökt få tag i var svarsfrekvensen 24 procent[30]. Som jämförelse kan anges att Novus väljarbarometer i september 2018 hade en svarsfrekvens om 49 procent.[31]

Studien genomfördes 23 september till 8 oktober. Frågeformuläret finns i bilaga 3.

Vid tidpunkten för studien var 37 procent av deltagarna heltidssjukskrivna, 36 procent sjukskrivna på deltid och 27 procent hade avslutat sin sjukskrivning.[32] Under tiden med sjukskrivning hade

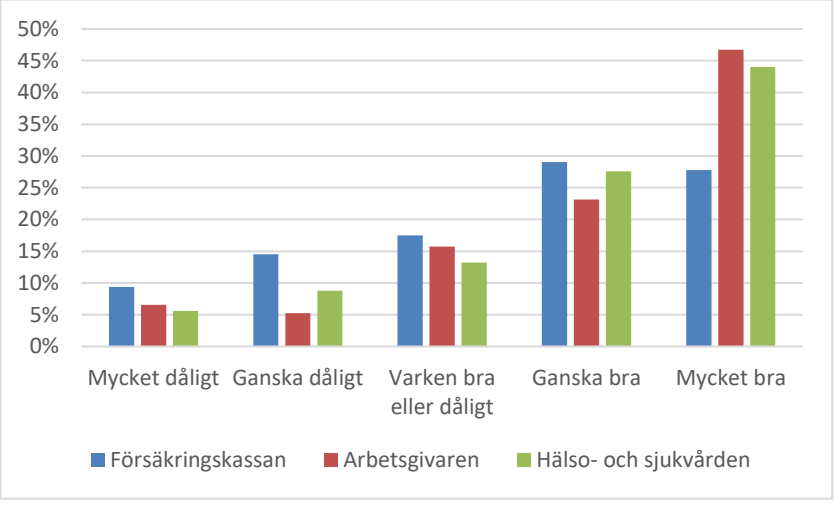
[28] Under intervallet ska plan för återgång i arbete vara genomförd och bedömningsgrunderna för rätten till sjukpenning ändras vid dag 90 och vid dag 180.
[29] 250/(250+172+6) = 0,58.
[30] 250/1 057 = 0,24.
[31] https://novus.se/valjarbarometer-arkiv/novus-svt-7-sept-sd-gar-fram-och-m-tappar/. Hämtad 2020-03-19.
[32] Att så pass många hunnit avsluta sin sjukskrivning är rimligt då sannolikheten att avsluta sitt fall fortfarande är tämligen hög när sjukskrivningen pågått i 60 dagar.

94 procent av individerna haft kontakt med Försäkringskassan, 92 procent med sin arbetsgivare, 28 procent med företagshälsovården och 41 procent med en rehabiliteringskoordinator.

## Individerna är både nöjda och mindre nöjda med aktörerna i processen

Individerna fick frågan om vilket sammanfattande omdöme de skulle ge respektive aktör i processen. Fem svarsalternativ löpte från mycket bra till mycket dåligt. Individerna var generellt sett nöjda med aktörerna i processen, 57 procent var ganska eller mycket nöjda med Försäkringskassan, 70 procent med sin arbetsgivare och 70 procent med hälso- och sjukvården (figur 3.3). Det fanns inget samband mellan andel som var missnöjda och om individen fortfarande var sjukskriven eller hade avslutat sin sjukskrivning.

**Figur 3.3** Sjukskrivna individers omdöme om aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen




*Källa*: Utredningens studie av sjukskrivna.

Individerna tillfrågades om av vilka skäl de var nöjda respektive missnöjda med respektive aktör.

Genomgående var att bemötande beskrevs som viktigt för individen, ett gott bemötande nämndes som något positivt och ett dåligt bemötande som något negativt. En positivt inställd individ svarade:

> Mycket vänligt bemötande och min handläggare var så hjälpsam.

En negativt inställd individ svarade:

> De är nonchalanta och lyssnar inte på vad man säger. […] De har dåligt bemötande.

Det kan tyckas självklart men det var påfallande ofta som bemötande nämndes som viktigt. Ytterligare teman var att det var viktigt för individerna att känna att de blev lyssnade till och att de blev trodda. Utöver dessa teman fanns också aktörspecifika teman.

Vad gäller Försäkringskassan var individerna nöjda när de fått sin ersättning i tid och utan problem. Att det är lätt att komma i kontakt med myndigheten nämns också som något positivt. Några individer uttrycker det så här:

> De svarade fort och var uppmärksamma, de hjälpte mig med min sjukskrivning.

> Fått hjälp snabbt och har inte behövt vänta på pengar, det har varit smidigt.

> Smidigt, behövde bara lämna uppgifter på min senaste årsinkomst, sen räknade de ut min ersättning. Jag behövde inte göra något, vilket var bra för jag hade inte ork till det.

Några individer nämner också hur Försäkringskassan arbetar med sitt samordningsuppdrag:

> Jag fick en personlig handläggare. Hon har verkligen jobbat för att jag ska komma tillbaka i arbete igen. Hon har funnits där och ställt upp hela tiden. Man har kunnat ringa och prata med henne också.

> De har kontaktat mig, de har kontaktat min arbetsgivare, de har lyssnat, och fattat beslut som stämmer överens både med min och min läkares bedömning.

När individerna är missnöjda med Försäkringskassan handlar det ofta om att Försäkringskassan gör en annan bedömning än vad behandlande läkare gör:

> De förstår inte riktig vad läkarna skriver och tar det inte på allvar. De är oförstående. De tror de vet bättre än läkaren och tycker jag ska börja jobba när jag är sjuk. De granskar och ifrågasätter vad läkarna säger och skriver. De får en att känna sig liten, och får en att må ännu sämre, vilket försämrar mitt sjuktillstånd. De ifrågasätter min sjukpenning och hotar med en ekonomisk kris.

> De vill att man avbryter sjukskrivningen och börjar jobba. De tror inte på läkaren.

En del av individerna berättar också om hur rehabiliteringskedjans gränser känns som ett hot:

> De bråkar om 180 dagarna och de tror att de kan bestämma grejer utan att ha träffat mig eller läkaren.

> De är hotfulla med de där 180 dagarna. Om du inte går in i arbete inom 180 dagar kan de placera en vart som helst, och det är jag inte beredd på. Det är ett hot för att få in folk i arbete, och det är jättejobbigt. De ringer ofta och säger till mig att går jag inte in i arbete snart så kan de placera mig vart de vill. De har godkänt min sjukskrivning, och ändå ligger de på mig!

Och likväl som det är positivt att få ett snabbt beslut är långa handläggningstider något som upplevs negativt:

> Det är en stressande process. Jag kan inte lita på att jag kan vara sjukskriven som min läkare säger jag ska vara utan det kan nekas i ett annat skede av Försäkringskassan. Speciellt när de ligger lite efter i processen så man kan få besked 3 månader efter man varit sjuk att man nekats.

Individerna som intervjuats är nöjda med sina arbetsgivare när de känner att arbetsgivaren vill att de ska komma åter till arbetet och därför anpassar arbetet:

> Anpassat och hjälpt till massvis för att göra det så bra som möjligt för mig.

> Att jag har fått anpassa mitt arbete efter min situation.

> Att jag har kunnat styra hur mycket jag velat jobba själv.

> De har hållit kontakten med mig, och jag ska återgå till jobbet och känner mig välkommen tillbaka. Det har fungerat bra.

> De har ställt upp till 100 procent och ordnat andra arbetsuppgifter.

Flera individer nämner också att det känts bra när arbetsgivaren visat omsorg:

> De ringde och kollade hur jag mådde och frågade allt möjligt, skickade blommor hem med.

> De ringer och frågar hur jag mår och bryr sig om mig.

När individer inte är nöjda med sina arbetsgivare handlar det ofta om motsatsen till ovan:

> De tog inte hänsyn till varningstecken innan sjukskrivningen, ingen uppföljning och ingen företagshälsovård.

> De vill bli av med mig. Inget engagemang.

> Det handlar troligen om brist på kunskap bland cheferna. De var ovilliga att anpassa arbetsuppgifter till exempel.

> Ingen kontakt från arbetsgivaren, inget stöd alls.

Individerna är nöjda med den behandling de får inom hälso- och sjukvården:

> Behandlingen och ingreppet gick bra.

Två individer använder till och med ordet världsklass om vården de får:

> Jag anser jag får vård i världsklass gällande min sjukdom. Det är verkligen i topp.

I något enstaka fall nämner också individer att de är nöjda med vården då de hjälpt till med kontakter med såväl Försäkringskassan som med arbetsgivaren. Individer är också nöjda då det finns en tydlig plan:

> Läkaren har en klar och tydlig process och en plan för rehabilitering med återgång till arbetet. Det var redan klart vid tiden jag sjukskrev mig hur de nästa 6 månaderna skulle vara med rehabilitering.

Missnöje med vården handlar om väntetider, att inte få den hjälp man anser att man behöver och brist på kontinuitet:

> Jag har haft olika läkare, det har skiftat för mycket mot min vilja.

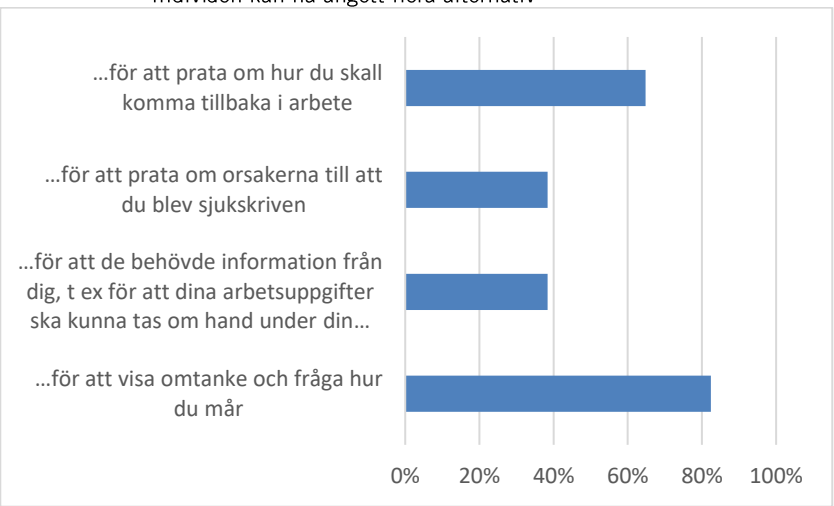
Svårt att komma fram och svårt att få tid. Ingen kontinuitet för de har ej fasta läkare.

## Kontakter med individerna i processen

Vad gäller arbetsgivarens kontakter under tiden individen var sjukskriven visste en fjärdedel av individerna med sig att deras arbetsgivare hade varit i kontakt med hälso- och sjukvården avseende deras fall. 83 procent av individerna hade blivit kontaktade av sin arbetsgivare under tiden med sjukskrivning.

**Figur 3.4 Orsaker för arbetsgivarens kontakt enligt individen**

Individen kan ha angett flera alternativ




*Källa*: Utredningens studie av sjukskrivna.

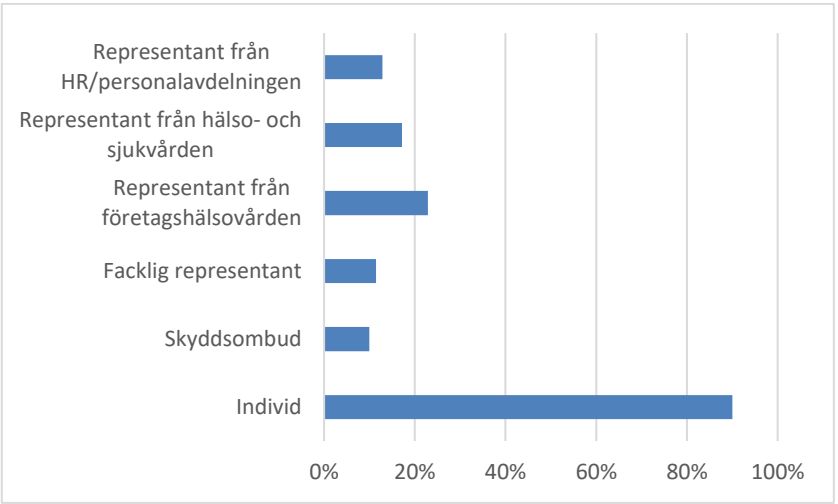
En majoritet av kontakterna gällde helt eller delvis att arbetsgivaren tog kontakt för att visa omtanke eller fråga hur individen mådde.

## Plan för återgång i arbete

Drygt hälften av individerna (65 procent) angav att de haft kontakt med sin arbetsgivare för att prata om hur individen skulle kunna komma tillbaka i arbete. En tredjedel av individerna (30 procent)

kände till att arbetsgivaren hade tagit fram en plan för återgång i arbete för dem.

**Figur 3.5 Aktörer som, utöver arbetsgivaren, deltog vid framtagande av plan för återgång i arbete**

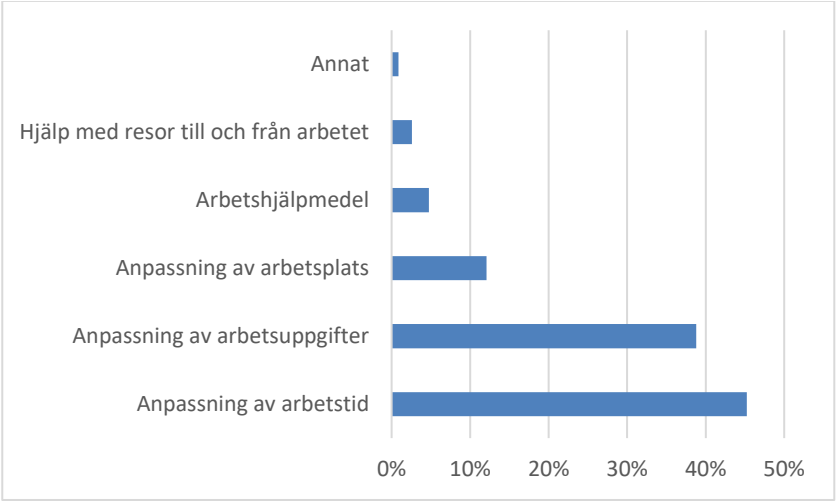



*Källa*: Utredningens studie av sjukskrivna.

Nästan alla individer (63 av 70 individer som kände till att plan för återgång tagits fram) deltog själva i framtagandet av plan för återgång i arbete. I ett mindre antal ärenden deltog även andra aktörer såsom representanter från HR, hälso- och sjukvården, företagshälsovården eller en facklig representant.

Andelen individer som de facto hade en plan för återgång i arbete var dock sannolikt högre eftersom andelen individer som fått någon typ av stöd för att komma åter i arbete var 60 procent.

**Figur 3.6 Andel av individer som fått stöd till återgång i arbete av sin arbetsgivare**




*Källa*: Utredningens studie av sjukskrivna.

Det stöd som var vanligast att få var anpassning av arbetstiden. Av de individer som var sjukskrivna på heltid hade en tredjedel fått stöd som inkluderade anpassning av arbetstid, av de som var sjukskrivna på deltid hade två tredjedelar fått stöd som inkluderade anpassning av arbetstid och av dem som redan var åter i arbete var andelen en femtedel.

Av de tillfrågade individerna ansåg cirka 69 procent att de fått det stöd de behöver för att komma åter i arbete och 16 procent ansåg att de inte fått de stöd som de behöver för att komma åter i arbete. Det stöd som efterfrågades ytterligare passade till del in i de kategorier som angetts ovan men individerna fick även själva ange vilket stöd de behövt med egna ord. De angav då att de behövt mer omtanke från så väl arbetsgivare som Försäkringskassan, hjälp med att förmedla information samt administrativ hjälp i processen. En individ uttrycker sig så här:

> Önskar bara att allt hade gått lite fortare och att man hade fått mer hjälp, då det känns som att man fick göra så mycket själv fastän att man egentligen inte hade orken.

En fjärdedel av individerna trodde att deras sjukskrivning helt var orsakad av deras arbete och ytterligare en fjärdedel av individerna

trodde att deras sjukskrivning delvis var orsakad av deras arbete. Denna siffra kan jämföras med att arbetsgivare i en undersökning av Svenskt Näringsliv ansåg att arbetslivet är främsta anledningen till sjukskrivning i 2 procent vid psykisk ohälsa och 15 procent vid fysisk ohälsa.[33] Denna uppfattning speglar hur arbetslivet kan vara en av många orsaker till att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. Svenskt Näringsliv efterfrågade i sin undersökning även i vilken utsträckning privatlivet eller en kombination av privatliv och arbetsliv är orsaken vilket vi inte gjort, varvid ytterligare jämförelser mellan undersökningarna inte kan göras.

**Tabell 3.1 Möjlighet att återgå till ordinarie arbetsuppgifter samvarierar med sjukskrivningsgrad**

Hel- och deltidssjukskrivnas egen uppskattning av möjlighet att återgå i arbete

| | Sjukskriven på heltid | Sjukskriven på deltid |
|---|---|---|
| Ja, jag tror att jag kommer att återgå till mina tidigare arbetsuppgifter | 49 % | 66 % |
| Kanske | 19 % | 19 % |
| Nej, jag tror inte att jag kommer att återgå till mina tidigare arbetsuppgifter | 32 % | 15 % |

*Källa*: Utredningens studie av sjukskrivna.

Alla individer trodde inte heller att de skulle kunna återgå i arbete efter sin period av sjukskrivning. Av de sjukskrivna som givit sin arbetsgivare ett gott omdöme trodde hälften att de skulle kunna komma tillbaka och av de som givit sin arbetsgivare ett dåligt omdöme var det färre som trodde att de skulle kunna komma tillbaka.

[33] Svenskt Näringsliv (2019), *Vägar tillbaka till arbete – företagens erfarenheter av sjukfrånvaron och den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen*, s. 24–25.

**Tabell 3.2 Möjlighet att återgå till ordinarie arbetsuppgifter samvarierar med omdöme om arbetsgivaren**

Egen uppskattning av möjlighet att återgå i arbete efter vilket omdöme som gavs till den egna arbetsgivaren

| | Ja, jag tror att jag kommer att återgå till mina tidigare arbetsuppgifter | Kanske | Nej, jag tror inte att jag kommer att återgå till mina tidigare arbets-uppgifter |
|---|---|---|---|
| Mycket dåligt | 7 % | 27 % | 27 % |
| Ganska dåligt | 25 % | 17 % | 25 % |
| Varken bra eller dåligt | 31 % | 11 % | 22 % |
| Ganska bra | 51 % | 11 % | 15 % |
| Mycket bra | 49 % | 15 % | 14 % |

*Källa*: Utredningens studie av sjukskrivna.

## Kontakter med Försäkringskassan för att få information

Vad gäller kontakter med Försäkringskassan hade 72 procent av individerna blivit kontaktade av Försäkringskassan och 58 procent hade själva tagit kontakt med Försäkringskassan. Individerna uppfattade att främsta syftet för Försäkringskassans kontakt var att ge information (59 procent). Hälften av de individer som blivit kontaktade uppfattade att Försäkringskassan tagit kontakt för att utreda rätt till sjukpenning och hälften uppfattade att Försäkringskassan tagit kontakt för att utreda möjlighet att återgå i arbete. Individerna tog själva kontakt för att:

- få information om utbetalning av ersättning i 50 procent av fallen,
- få information om vad som händer i sjukskrivningsärendet i 58 procent av fallen.

Flera individer uppgav också att man tog kontakt med Försäkringskassan för att dubbelkolla att uppgifter blivit rätt och att allt var i sin ordning. Tre individer uttrycker det så här:

> Jag skulle fylla i en sjukanmälan och ville ha hjälp hur man fyllde i sig deltidsjuk under vissa perioder för att få det rätt.

> Jag trodde att det saknades en del personuppgifter. Men de hade all information de behövde redan.

> Jag var tvungen att kontakta dem för att se att jag hade fyllt in min sjukskrivningsansökan rätt.

Det finns således ett stort behov hos individerna av att få just *information* av Försäkringskassan.

Intervjun avslutades med en fråga om det var något annat som individerna ville skicka med utredningen avseende sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Några individer föreslog att sjukvården skulle ges mer ansvar för den initiala arbetsförmågebedömningen. Flera individer efterfrågade mer och bättre samarbete:

- mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården,
- mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen,
- inom Försäkringskassan,
- inom hälso- och sjukvården.

Flera individer påpekade också att processen för individen borde göras enklare:

> Man brukar skämta om att man måste vara frisk för att vara sjuk, det är mycket man måste ha koll på. Vilka intyg man måste ha och vart de ska skickas och till vem, vilka man måste kontakta var och sen kontakta nästa, blir ju många telefonsamtal. Ser det nästan som en omöjlighet för någon som gått in i väggen eller har någon sorts av huvudskada att kunna klara av det. Behövs göras enklare eller mer smidigt.

> Man måste vara frisk för att vara sjuk. Det är jobbigt med alla samtal och papper, man känner sig som en kontorist. Det är mycket lagar och regler man inte vet om. Det blir man inte friskare av, man blir bara stressad och kan inte koppla av. Man kan inte lägga sig ner och vila som man hade behövt då man är sjuk.

> Önskar att det helt enkelt var en lättare process, var mycket att tänka på och mycket som skulle fyllas i. Behöver lite mer fokus från läkare också, kändes som att de inte la ner all energi som de kunde gjort på sjukskrivningen.

Individerna i processen har således önskemål om förbättringar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen på flera nivåer, alltifrån information om processen, till samverkan mellan aktörerna i processen till lagstiftningen i olika delar av processen.

### 3.2.2 Individsynpunkter från andra källor

Utredningen har tagit del av individsynpunkter avseende sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen från Inspektionen för socialförsäkringen, Försäkringskassan och Sveriges television.

Från Inspektionen för socialförsäkringen har utredningen tagit del av 114 unika individsynpunkter som inkommit till myndigheten under sista halvåret 2018. Inspektionen för socialförsäkringen uppmuntrar individer att skicka in synpunkter avseende socialförsäkringen.[34] Inspektionen för socialförsäkringen samlar dessa synpunkter och använder dem i sitt tillsynsarbete.

Försäkringskassan har gett utredningen en muntlig sammanfattning av de synpunkter som inkommit till dem. Enligt Försäkringskassan handlar många av de synpunkter de får in om vilken medicinsk kompetens handläggarna har och därmed också om hur Försäkringskassan kan ifrågasätta läkarens bedömning. De får också synpunkter på hur regelverket fungerar i stort.

I månadsskiftet februari/mars 2018 publicerade SVT Nyheter Norrbotten ett antal artiklar och inslag om hur det är att vara sjukskriven. I samband med artikelserien efterfrågades individers erfarenheter av att vara sjukskriven. Vi har tagit del av dessa 281 publicerade individberättelserna som inkom till SVT mellan den 27 februari och den 2 mars 2018.

I sammanfattning pekar individsynpunkterna på återkommande brister på förutsägbarhet i processen och brist på förutsägbarhet vad gäller rätt till ersättning. Många vittnar om hur de farit illa i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Det finns individberättelser om att inte få tillräcklig information för att på korrekt sätt skydda sin SGI, om hur det är svårt att förstå att olika aktörer (läkaren, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen) kan göra olika bedömningar av arbetsförmåga och om frustrationen i att bli ifrågasatt.

[34] www.inspsf.se/om-isf/om-isf/kontakta-oss/synpunkter-pa-socialforsakringen. Hämtad 2020-03-19.

Detta urval av synpunkter från individer är mer negativt inställda till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen än individerna i den undersökning som genomfördes av utredningen. Det bedömer vi beror på att människor som är missnöjda hör av sig till aktörerna ovan i större utsträckning är de som är nöjda med processen. Synpunkterna ger dock utredningen viktiga indikationer om vilka moment i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som kan vara svåra för individer i processen.

### 3.2.3 Information från patient- och brukarorganisationer

I början av oktober år 2018 gick utredningen ut med en enkät till 67 patient- och brukarorganisationer som bedömdes att på något sätt beröras av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (se också utredningens Delrapportering). 17 patient- och brukarorganisationer svarade på enkäten.

I enkätsvaren kan utläsas att det finns brister i tilliten till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och att det i viss utsträckning finns förväntningar på processen som aktörerna har svårt att möta utifrån nuvarande förutsättningar. Brister som lyfts är exempelvis köer inom vården, att kompetensen inom hälso- och sjukvården gällande diagnostik och behandling lämnar mer att önska, att tillgången till adekvat vård och behandling är ojämnt fördelad över landet, att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen gör olika bedömningar av arbetsförmåga, att Försäkringskassan har för dålig kunskap om de sjukdomar som organisationernas medlemmar har och att det finns brister i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd. Konsekvenserna av bristerna är flera, men den konsekvens som nämns oftast är oro för hur försörjningen ska lösas. Det finns i svaren inga uppskattningar av hur vanligt förekommande oro för hur försörjningen ska lösas är, men majoriteten av svarande organisationer vittnar om att den förekommer.

Organisationerna beskriver också hur det är ett problem för individen att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer inte har samsyn om roller och ansvar eller samma mål. En av organisationerna skriver:

> Den stora risken är här om olika aktörer ger olika beslut och har olika synsätt. Detta leder till maktlöshet och extra arbete för individen, i en redan besvärlig situation.

Organisationerna ser samverkansbrister mellan hälso- och sjukvård och Försäkringskassan och mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Organisationerna tecknar en önskad process där arbetsgivarna arbetar förebyggande tillsammans med en fungerande företagshälsovård, där individen får snabb vård och rätt diagnos, där det finns möjligheter att trots medicinska hinder kunna stanna kvar hos ordinarie arbetsgivare, där Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen gör samma bedömning av arbetsförmåga och där individen får hjälp i övergången från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen – och tillbaka till Försäkringskassan igen om Arbetsförmedlingen bedömer att arbetsförmågan inte är tillräcklig. Organisationerna önskar också en ökad flexibilitet vad gäller nivåer för sjukpenning och förläggning av arbetstid vid deltidssjukskrivning.

Vid tolkningen av enkätsvaren bör noteras att vi huvudsakligen efterfrågat just brister i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

## 3.3 Utredningens slutsatser

**Bedömning:** Med anledning av de synpunkter individer har på sjukskrivning- och rehabiliteringsprocessen finns områden som vi bedömer som särskilt angelägna att prioritera om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska bli mer välfungerande:

- att öka förutsägbarheten i processen för individen, till exempel genom att minska oförutsägbarhet vad gäller rätt till ersättning och att minska risken för motstridiga besked,
- att öka begripligheten kring ansvarsfördelning och stödjande insatser i processen,
- att möta individers behov av ett gott bemötande,
- att möta individers behov av stöd vad gäller att överföra information mellan aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen,
- att möta individers behov av stöd när sjukpenning nekas.

Av de synpunkter utredningen tagit del av framgår det att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen rymmer både individer som är nöjda med det stöd de fått och individer som inte är nöjda med det stöd de fått genom processen. Det finns en stor samstämmighet i synpunkterna från individer i processen oavsett källa. Att individsynpunkterna inhämtats från olika källor stärker utredningens slutsatser. Individernas upplevelser av det som fungerar mindre bra i processen bekräftas också i utredningens dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer.

### 3.3.1 För de flesta fungerar sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen väl

För de flesta individer fungerar sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen väl. I den intervjuundersökning vi lät göra framgår att en stor andel av de tillfrågade är nöjda med det stöd de får i processen. Nästan 70 procent var nöjda med det stöd för återgång i arbete de fått av arbetsgivaren. Många individer får också stöd av sin arbetsgivare för återgång i arbete. Arbetsgivaren hade gett någon typ av stöd för återgång i arbete till 60 procent av individerna i vår undersökning.

I den statistik vi fått från Försäkringskassan kan konstateras att hälften av alla individer som fick sjukpenning år 2018 hade avslutat sitt sjukfall inom 1–2 månader. Många individer, 70 procent, avslutar också sin sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess utan särskild åtgärd från Försäkringskassan.

I processen finns också individer som inte får det stöd de anser sig behöva för att komma åter i arbete. I vår intervjuundersökning ansåg 16 procent att de inte fått de stöd de ansåg sig behöva. Vi kan också konstatera att det är en liten andel av de individer som har långa sjukfall som går in i det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen (läs mer om det i avsnitt 7.1.6). Nedan utvecklar vi vad de individer som vill ha mer stöd i processen anser sig behöva.

### 3.3.2 Individer uttrycker missnöje över lagstiftningen

Många individsynpunkter som kommit utredningen tillhanda handlar om missnöje över sjukförsäkringens konstruktion. Individer beskriver, på olika sätt, att de har svårt att acceptera att deras arbetsförmåga inte längre bedöms i relation till deras ordinarie arbete efter dag 180 i rehabiliteringskedjan utan att de då ska bedömas i relation till *normalt förekommande arbete*. Vi kan konstatera att denna gräns i rehabiliteringskedjan upplevs som ett ”hot”.

Individer uttrycker också att det är svårt att förstå att Försäkringskassan kan göra en annan bedömning av arbetsförmågans nedsättning än vad deras behandlande läkare gör. Mot bakgrund av de individsynpunkter vi tagit del av kan vi konstatera att denna diskrepans skapar frustration bland många individer i processen.

Mycket av missnöjet avseende lagstiftningens konstruktion är kopplat till oro gällande rätt till ersättning. Individen vill att tillräcklig tid för rehabilitering ska ges inom ramen för tid med rätt till sjukpenning. Många av de individsynpunkter som avser sjukförsäkringens konstruktion tas om hand inom ramen för utredningen *En trygg sjukförsäkring med människan i centrum*. Utredningen har till uppgift att analysera tillämpningen av begreppet normalt förekommande arbete vid bedömningen av rätten till sjukpenning och kartlägga om det nuvarande regelverket ger ett tillräckligt utrymme för att försäkrades arbetsförmåga ska kunna tas till vara fullt ut. *En trygg sjukförsäkring med människan i centrum* kommer med sitt slutbetänkande senast den 30 april 2020.[35]

### 3.3.3 Individen efterfrågar en mer förutsägbar process

Baserat på samstämmiga beskrivningar från olika källor är utredningens ställningstagande att upplevelsen av oförutsägbarhet i processen är så pass allvarlig att problemet behöver tas om hand. I vår analys av individens upplevelse är bristande förutsägbarhet det mest tydliga fyndet. Individer beskriver brist på förutsägbarhet som kontraproduktivt för deras rehabilitering tillbaka till arbete. Brist på förutsägbarhet beskrivs handla om flera olika saker. Det handlar om en oro för försörjningen per se men också oro kring vilken aktör som

[35] Dir. 2019:105. *Tilläggsdirektiv till Utredningen om en trygg sjukförsäkring med människan i centrum (S 2018:05)*.

ansvarar för vilka moment i processen samt om tillräcklig tid för rehabilitering kommer att ges inom ramen för tid med sjukpenning.

Utredningen har tagit del av åtskilliga individberättelser om oförutsägbarhet i processen. Även i utredningens dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer framkommer att individen upplever oförutsägbarhet. Vi har inte explicit ställt frågan om processen är förutsägbar eller inte till individer eller brukarorganisationer, utan denna synpunkt dyker upp som bifynd.

## Individen behöver större förutsägbarhet gällande ersättning och sin försörjning

Att individer oroar sig för sin försörjning är vanligt förekommande i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och handlar i huvudsak om oro för att man inte ska få sjukpenning. Det finns flera skäl till att det upplevs som oförutsägbart huruvida man kommer att få ersättning från sjukförsäkringen eller inte. Ett skäl kan vara att det saknas förståelse för att försäkringen inte ger ersättning till dess att man är frisk utan ger ersättning till dess man bedöms ha återfått arbetsförmåga trots sina besvär på grund av sjukdom. Detta får som konsekvens att förväntningarna på försäkringen i vissa fall inte kan uppfyllas.

Ett annat skäl till att försäkringen upplevs som oförutsägbar är att sjukpenning bara kan beviljas i efterhand för de dagar då arbetsförmågan varit nedsatt på grund av sjukdom. I praktiken kan det dock vara så att individen när hen söker sjukpenning första gången, i väntan på ett beslut, har avstått från att arbeta de dagar hen varit sjukskriven vilket kan innebära att ersättning helt uteblir i de fall där sjukpenning nekas. Detta problem kan förvärras av att det i genomsnitt tar 30 dagar för Försäkringskassan att handlägga sjukpenningärenden.[36] I synpunkterna som lämnats av individerna syns också ett missnöje med långa handläggningstider. Under den tiden som det tar för Försäkringskassan att handlägga ärendet så har individen oftast stannat hemma från sitt arbete. Om Försäkringskassan kommer fram till att rätt till sjukpenning inte finns får inte individen ersättning för den tid som passerat. Det är därför viktigt att handläggningen är så skyndsam som möjligt och att Försäkringskassan

[36] Försäkringskassan (2019), *Försäkringskassans årsredovisning 2018*, s. 41.

och hälso- och sjukvården i så stor utsträckning som möjligt har samsyn. Då det gäller sjukfall som pågår så kan dock Försäkringskassan bevilja sjukpenning under utredningstid, vilket gör att individen inte nekas sjukpenning retroaktivt i ett pågående sjukfall.[37]

### Individen behöver få möjlighet att förutse vad som kommer att hända i processen

Individer beskriver oförutsägbarhet som har med förståelse för processen att göra. Det handlar om information om vilken aktör som ska göra vad vid vilken tidpunkt. Det handlar om att förstå vad som kommer hända – att processen är begriplig. Enligt vår undersökning vänder sig individen ofta till Försäkringskassan för att få information. Drygt hälften av individerna i vår intervjuundersökning hade själva tagit kontakt med Försäkringskassan för att få mer information om sitt ärende. En tydlig planering är, enligt individen, något som underlättar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Enligt utredningens dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer så förväntar sig ibland också exempelvis arbetsgivare och behandlande läkare information om processen från Försäkringskassan. Vi kan konstatera att denna uppgift tar resurser i anspråk hos Försäkringskassan.

Individer nämner också kontinuitet i kontakter som viktigt. Även kontinuitet har med förutsägbarhet att göra. Att ha samma läkarkontakt eller samma handläggare hos Försäkringskassan över tid skapar trygghet hos individen. I avsnitt 5.8.2 beskriver vi hur en hög personalomsättning också kan vara ett problem i samverkan mellan aktörerna.

### Motstridiga besked ges till individen

Utredningen bedömer att oklarheter vad gäller aktörernas roller och ansvar leder till osäkerhet hos individen. I de synpunkter utredningen fått från individer går att utläsa att individen har svårt att förutsäga vad som ska komma att hända i processen när hen får olika besked om vad som kommer att ske från olika aktörer. Ett exempel är ansvaret för arbetsplatsinriktad rehabilitering. Eftersom arbets-

[37] 110 kap. 13 a § SFB.

givaren har ett långtgående rehabiliteringsansvar på arbetsplatsen kan de andra aktörerna hänvisa individen till arbetsgivaren för att åtgärder ska vidtas. Individen kan också bli hänvisad till Försäkringskassan, eftersom de har samordningsansvaret för de olika rehabiliterande insatserna. Individen, som inte kan förväntas förstå alla aspekter av det uppdelade ansvaret får av naturliga skäl svårt att förstå vilken aktör som har ansvar att hjälpa dem.

Ytterligare en motstridighet som ofta nämns i de individsynpunkter som kommit utredningen tillhanda är att individen upplever att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen gör olika bedömningar av arbetsförmåga. Arbetsförmedlingen har inte i uppdrag att göra en bedömning av individens arbetsförmåga, något vi diskuterar i avsnitt 5.5.2, men detta är svårt för individerna att förstå, varvid osäkerhet i processen skapas.

Besked som upplevs som motstridiga gör processen svår att förstå för individen.

Det finns, som beskrivet ovan, också ett tydligt missnöje med att Försäkringskassan kan göra en annan bedömning av individens arbetsförmåga än den bedömning den behandlande läkaren gör. Det är svårt för individen att förstå att bedömningarna kan skilja. Ur individens perspektiv är det läkarens bedömning som borde vara gällande med anledning av att det är läkaren som träffat och undersökt individen. Att bedömningarna skiljer med anledning av att Försäkringskassans och hälso- och sjukvårdens uppdrag är olika kan naturligtvis vara svårt för individen att förstå.

Också i de fall där aktörerna har överlappande ansvar finns det risk att det skapas oförutsägbarhet. I avsnitt 5.2.3 finns beskrivet hur aktörernas planer för återgång i arbete kan skapa osäkerhet för individen.

Individerna efterfrågar i enlighet med ovanstående också, på frågan om det fanns något annat att tillägga, bättre samarbete och bättre samstämmighet mellan sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer.

### 3.3.4 De individer som behöver mer stöd efterfrågar ett stöd som ingen aktör har ett uttalat ansvar att ge

I utredningens intervjuundersökning ställde vi frågor om vilket stöd individen skulle behöva för återgång i arbete (avsnitt 3.2.1). Svaren på frågan handlar till del om att få hjälp med att administrera olika moment i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, exempelvis intygshanteringen. Individerna beskriver hur de har svårt att förstå och orka med den administration som behövs inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen under den tid då deras sjukdom påverkar ork och förmåga. Utredningen har fått ta del av berättelser där individer med anledning av att de, inte till fullo förstår vad som behöver göras inom ramen för processen, förlorar sin rätt till ersättning eller sin SGI. Det har exempelvis handlat om individer som, på grund av psykisk sjukdom, inte skickar in läkarintyg så att rätt till sjukpenning kan ges eller som inte ansöker om rätt förmåner.

Många individer beskriver också hur ett gott bemötande, i form av visad omtanke, från arbetsgivare, hälso- och sjukvård och Försäkringskassans handläggare har en positiv effekt. Många individer beskriver också det motsatta, att brist på omtanke är något negativt. Detta visar på betydelsen av ett gott bemötande. Det handlar inte om att bedömningar och beslut ska falla ut på ett sätt som individen önskar, det handlar om att bli bemött med respekt, att känna att man blir trodd på och att man blir lyssnad till.

### 3.3.5 Individer som nekats ersättning från sjukförsäkringen vill ha mer stöd

Individer signalerar tre olika typer av problem när sjukpenning nekas. För det första handlar det, som ovan beskrivet, om ett missnöje när förväntningarna på vad sjukförsäkringen omfattar inte överensstämmer med nuvarande lagstiftning. För det andra handlar det om att individer inte upplever processen som välfungerande vid överlämningen mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Det handlar både om arbetsförmågebegreppet och om risken att förlora sin SGI i övergången. Denna problematik beskrivs i större detalj i kapitel 5 och 7.

För det tredje upplever individer som nekats sjukpenning, enligt vår analys, att det är svårt att få nekade beslut ändrade vid ompröv-

ning eller överklagande till förvaltningsdomstol. Individer som får nekad sjukpenning har möjlighet att ansöka om att få sin ansökan omprövad. Försäkringskassan ska då göra en ny och förutsättningslös prövning av rätten till sjukpenning. Andelen ärenden som ändras vid omprövning har legat mellan 5 och 13 procent under åren 2015 till 2018.[38] Får individen ingen sjukpenning efter omprövning så kan individen överklaga Försäkringskassans beslut till förvaltningsrätterna. Andelen ärenden som ändras i domstol har legat kring 15 procent under samma tidsperiod.[39]

Även om såväl Försäkringskassan[40] som domstolarna[41] har en skyldighet att hjälpa individen att driva sitt eget fall så upplever många individer, enligt de synpunkter vi fått ta del av, sig utlämnade i denna process. Individer upplever en inbyggd maktobalans där Försäkringskassan har jurister och den enskilde står sig liten mot staten.

Det finns redan i dag möjlighet att ansöka om rättshjälp vid tvist i förvaltningsrätten om rätt till sjukpenning. När rättshjälp har beviljats enligt rättshjälpslagen (1996:1619), betalar staten kostnaderna för rättshjälpsbiträde. Det finns dock villkor som måste vara uppfyllda för att rättshjälp ska kunna beviljas.[42] Behovet av biträde ska bedömas utifrån den rättssökandes möjligheter att själv ta tillvara sina intressen. Ärendets svårighetsgrad ska vägas mot den rättssökandes personliga kvalifikationer. Den rättssökandes fysiska och psykiska tillstånd är därmed av betydelse. Hos Rättshjälpsmyndigheten har under perioden 2017 till 2018 fattats 30 beslut att inte bevilja rättshjälp i angelägenheten sjukförsäkring och två har beviljats.[43] Det är således få som ansöker om rättshjälp och ytterst få som beviljas rättshjälp.

[38] Försäkringskassan (2019), *Svar på regeringsuppdrag. Rapport – Uppdrag att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess.*
[39] Försäkringskassan (2019), *Svar på regeringsuppdrag. Rapport – Uppdrag att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess*.
[40] Förvaltningslag (2017:900) 6 §.
[41] Se t.ex. prop. 1971:30 Del 2 s. 278 f, jfr t.ex. prop. 1994/95:27 s. 141 och prop. 1995/96:22 s. 79. och se t.ex. RÅ 2002 ref. 29 om anteckningar på ett delgivningskvitto.
[42] Rättshjälp får beviljas i rättslig angelägenhet om den rättssökande behöver juridiskt biträde utöver rådgivning och detta behov inte kan tillgodoses på annat sätt. Vidare får rättshjälp beviljas endast om det med hänsyn till angelägenhetens art och betydelse, tvisteföremålets värde och omständigheterna i övrigt är rimligt att staten bidrar till kostnaderna (6–8 §§). Rättshjälp får beviljas en fysisk person endast om personens ekonomiska underlag inte överstiger 260 000 kronor (38 §).
[43] Inkommen uppgift från Chefsjurist Rättshjälpsmyndigheten. E-post 10 december 2018.

# 4 Samverkan i teori och form

I kapitlet utvecklar vi vår syn på, och förståelse för, samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Vi ger en översiktlig beskrivning av sektorisering av offentlig verksamhet som en utgångspunkt för samverkan. Därefter redogör vi för teoretiska perspektiv av samverkan, bland annat med en genomgång av kända hinder och framgångsfaktorer för samverkan. Det teoretiska avsnittet avslutas med en sammanfattning av hur principer för styrning inom statsförvaltningen påverkar samverkan och sådana rekommendationer som lagts fram under senare år i syfte att utveckla en styrning som stödjer samverkan.

Den andra halvan av kapitlet är en genomgång av de faktiska former för samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som vi identifierat i vårt arbete. Vi beskriver nationella samverkansgrupper och överenskommelser, men också strukturer för regionala överenskommelser mellan aktörerna. Med utgångspunkt i befintliga samverkansstrukturer redogör vi för överenskommelser som ett medel för samverkan och betydelsen av upparbetade kontaktvägar mellan aktörerna. Med utgångspunkt i materialet drar vi slutsatser om både sådant som fungerar bra och utvecklingsområden för samverkan.

## 4.1 Samverkan

I avsnitt 1.3 presenterade vi vår syn på samverkan som *en gränsöverskridande aktivitet där minst två aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen agerar gemensamt med ett visst syfte.* Vi uppfattar det som en konventionell definition som går i linje med hur begreppet i

allmänhet definieras.[1] Genom att betona samverkan som en gränsöverskridande aktivitet vill vi tydliggöra att samverkan sker mellan aktörer med olika uppdrag och expertis som möts över någon form av organisatorisk gräns för att komplettera varandras perspektiv och resurser. Samverkan gör det därmed möjligt för aktörer att gemensamt nå ett mål som inte är inom räckhåll för den enskilda aktören.

I samverkanslitteraturen särskiljs ibland samverkan från samordning.[2] Samordning beskrivs framför allt ske horisontellt, mellan aktörer, och med tyngdpunkt på att tydliggöra var den ena aktörens ansvar slutar och den andres tar vid. Samordning kan i vissa fall ses som en enklare form av samverkan, där samverkan ställer högre krav på integrering, i betydelsen att aktörerna konkret arbetar tillsammans med syfte att nå ett gemensamt mål.[3] Litteraturen är dock ej entydig i sin syn på begreppen och de teoretiska distinktionerna har i många fall marginell praktisk betydelse.[4] I flera sammanhang används därför begreppet samverkan på det sätt som vi har valt att använda det i utredningen, som ett samlande begrepp för olika gränsöverskridande aktiviteter som kan omfatta samordnande inslag.

### 4.1.1 Behovet av samverkan - sektorisering av offentlig verksamhet

Den offentliga förvaltningen är sektoriserad med betydelsen att den är organiserad i specialiserade funktioner med kompetens inom avgränsade områden.[5] Den medborgare som behöver hjälp att hitta rätt på arbetsmarknaden vänder sig till Arbetsförmedlingen, den som har frågor om sin deklaration till Skatteverket och den som vill anmäla ett brott till Polisen. Att offentliga aktörer är sektorsindelade ses troligen som en självklarhet av de allra flesta och det finns också

[1] Svensk ordbok (2009) definierar samverkan som *ett gemensamt handlande för visst syfte.* Se även Axelsson, R. och Axelsson B, S. (2013) Samverkan som samhällsfenomen – några centrala frågeställningar. i Axelsson, R. och Axelsson B, S. (red.) *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd.* Lund: Studentlitteratur, s. 18 f.
[2] Axelsson, R., & Axelsson S. B., (2008): ”Samverkan och folkhälsa – begrepp, teorier och praktisk tillämpning” i Axelsson, R. och Axelsson S. B., (red.): *Folkhälsa i samverkan: mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*, Lund: Studentlitteratur.
[3] Westrin, C.-G., (1986), *Social och medicinsk samverkan – begrepp och betingelser.* Socialmedicinsk tidskrift 63(7-8): 280–285.
[4] Feltenius, D., (2019), *Fortfarande mellan stolarna? Om samverkan mellan statliga myndigheter inom sjukförsäkringen*, Statsvetenskapliga institutionens skriftserie 2019:3, Umeå universitet.
[5] Statskontoret (2005), *Sektorisering inom offentlig förvaltning*, s. 19 f.

många fördelar med sektorisering. Att samla specialister med ett avgränsat uppdrag i en organisation bekräftar och stärker specialistens roll och ökar organisationens förmåga att effektivt lösa sina sektorsspecifika uppgifter.[6] Det bidrar därmed också till utvecklingen av professioner med en gemensam kunskapsbas, förhållningssätt, värderingar och regler.

Sektorsindelning har många fördelar som organisatorisk princip för offentlig förvaltning, men det finns också nackdelar. Med hög specialistkunskap tappar sektoriserade organisationer en del av sin förmåga till helhetssyn.[7] Ett stort antal specialiserade aktörer ökar också risken för överlappande ansvar eller glapp i ansvaret med följd att individer ”faller mellan stolar”.[8] Sektorsövergripande dialog blir lidande till följd av svårigheter att förstå varandras utgångspunkter och perspektiv.

Sammanfattningsvis tenderar sektorsindelade myndigheter att bli duktiga på sin egen verksamhet, men riskerar samtidigt att förlora förmågan att se helheten och bedriva sektorsövergripande arbete.

Som en följd av ökad sektorisering ökar behovet av samverkan och samarbete mellan myndigheter. Det uppdelade ansvaret kräver att aktörerna agerar gemensamt och inhämtar varandras kunskap och expertis. Många av de utmaningar som samhället och enskilda myndigheter har att hantera kräver helt enkelt att flera aktörer samverkar och hjälps åt. Även om sektorisering inte är att betrakta som ett generellt problem, utgör sektoriseringen en förutsättning för aktörer och samhället att hantera i ett sammanhang där behovet av helhetssyn växer.[9]

[6] Fransson, M., el al., (2019), *Politisk handlingskraft i en regeringsnära utvecklingsmiljö*, Nordstedts Juridik, Stockholm, s. 19.
[7] Fransson, M., et al., (2019), *Politisk handlingskraft i en regeringsnära utvecklingsmiljö*, Nordstedts Juridik, Stockholm, s. 21.
[8] Statskontoret (2005), *Sektorisering inom offentlig förvaltning*, s. 25 ff.
[9] Statskontoret (2005), *Sektorisering inom offentlig förvaltning*, s. 33 ff.

### 4.1.2 Strukturell och operativ samverkan

Samverkan kan delas upp i strukturell och operativ samverkan.[10] Strukturell samverkan fokuserar på frågor om hur samverkan styrs och organiseras. Det handlar om att genom klarlägga vad som ska uppnås, vilka prioriteringar som ska göras, vilka roller och ansvarsområden som olika aktörer har i samverkan och på vilket sätt samverkan ska gå till. Andra syften med strukturell samverkan är att ta fram strategier för hur problem i samverkan ska hanteras och i de fall där problemen inte kan hanteras av den som identifierat dem, hur de ska eskaleras till rätt nivå. Strukturell samverkan kan också bidra till att forma en kultur som underlättar operativ samverkan genom att stärka normer, värderingar och agerande som prioriterar samverkan. Operativ samverkan är samverkan i det praktiska utförandet av arbetsuppgifter och är i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen individnära och ofta med syfte att direkt stödja individen. Samverkan kan ske både inom och mellan organisationer.

## 4.2 Teoretiska perspektiv på samverkan[11]

I det här avsnittet presenteras utredningens sammanställning av kunskap om samverkan. Ekonomistyrningsverket (ESV) beskriver betydelsen av samverkan mellan myndigheter och samverkan mellan myndigheter och andra aktörer som ett medel för en effektivare statsförvaltning. Utifrån de fall som ESV granskat dras slutsatsen att ett vanligt hinder för samverkan är att inblandad myndighet måste gå utanför sitt vanliga ansvarsområde och ta ett vidare ansvar för individen och/eller samhället. Framgångsfaktorer handlar om att låta samhällsnyttan, snarare än myndighetens eget uppdrag, vara vägledande. När detta kan åstadkommas och myndigheterna kan föra en diskussion om problem och lösningar ur ett målgruppsperspektiv konstaterar ESV att det finns stora möjligheter till effektivisering.[12]

[10] Se till exempel Andersson, J., et al., (2010), *Samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering*, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap eller Axelsson, R., och Axelsson, B. S., (2013) Samverkan som samhällsfenomen – några centrala frågeställningar. I Axelsson, R. och Axelsson B, S. (red.) *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd.* Lund: Studentlitteratur, s. 23 ff.
[11] En kortare version av detta kapitel är tidigare publicerad i utredningens delrapport, *Delrapportering Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess* S 2018:06.
[12] www.esv.se/statlig-styrning/effektivisering/tillvagagangssatt/samverkan/.
Hämtad 2020-03-19.

Utredningens syfte med att se över och sammanställa vetenskaplig kunskap inom området har varit att skapa en teoretisk utgångspunkt för analys av samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. I praktiken har det gett oss en modell för att på ett informerat sätt kunna identifiera och förstå de underliggande mekanismer som kan förklara varför samverkan brister.

Som en del av utredningens utåtriktade arbete har vi vid flertalet tillfällen presenterat och diskuterat den kunskapssammanställning som vi beskriver nedan. Vår uppfattning är att det har varit uppskattat och att det finns en efterfrågan på denna typ av vetenskapligt förankrad kunskap om samverkan. I huvudsak har vi fått bekräftat att sammanställningen väl beskriver de utmaningar som aktörerna upplever i samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. En reflektion är att sammanställningen uppfattas ha bidragit till bra och sakliga diskussioner. Det är möjligt att en gemensam kunskapsbaserad syn på samverkan kan underlätta dialogen mellan aktörerna.

### 4.2.1 Olika former av samverkan

Samverkan kan yttra sig och organiseras på många olika sätt. Den kan vara resultatet av frivilliga initiativ från myndigheter eller ett utfall av styrning genom regeringsuppdrag eller lagstiftning. Frivillig samverkan är vanligt och motiveras ofta av att samverkan ökar myndighetens möjlighet att lösa sitt uppdrag effektivt, att skapa fördelar för staten som helhet eller att sänka kostnader.[13]

I texten nedan redogörs för sju former av samverkan som identifierats i en internationell kunskapsöversikt av samverkan i arbetslivsinriktad rehabilitering[14]. Tanken är att på detta sätt redogöra för hur olika former av samverkan kan sorteras och beskrivas ur ett teoretiskt perspektiv. Utredningen återkommer senare i detta kapitel, i avsnitt 4.3, till en redogörelse för samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i dag.

Samverkan sorteras här utifrån grad av krav på sammanslagning av samverkande organisationer. Beskrivningen inleds med den form av samverkan som ställer minst krav på sammanslagning – informell kontakt mellan professionella – och avslutas med den form av sam-

[13] Statskontoret (2017), *Frivillig samverkan mellan myndigheter*, s. 237 ff.
[14] Andersson, J., et al., (2010), *Samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering*, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

verkan som går längst mot sammanslagning – finansiell samordning av medel. I praktiken sker samverkan mellan aktörerna ofta genom flera av formerna parallellt.

1. Den enklaste och vanligaste formen för samverkan är den informella kontakten mellan professionella. Att kontakta varandra för att ta del av varandras expertis eller för att utbyta relevant information.
2. Case managers som används för att stödja och samordna insatser kring en individ.
3. Olika former av flerpartsmöten som kan syfta till att planera gemensamma aktiviteter eller etablera samsyn mellan aktörerna.
4. Gränsöverskridande team eller arbetsgrupper med deltagare från olika aktörer som stödjer varandra eller tar sig an gemensamma aktiviteter.
5. Partnerskap mellan aktörer kännetecknas av formell överenskommelse, exempelvis genom kontrakt, där aktörernas roller och åtaganden framgår.
6. Samlokalisering av aktörer där exempelvis myndigheter samlokaliserar sina verksamheter.
7. Finansiell samordning som handlar om att gemensamt finansiera verksamhet.

De sju formerna för samverkan kan grovt sorteras i strukturella och operativa. Strukturella former är sådana som syftar till att skapa struktur för samverkan; case managers, partnerskap, samlokalisering och finansiell samordning. Operativa former för samverkan sker mellan professioner och yrkesgrupper, genom informell kontakt, flerpartsmöten och gränsöverskridande team.[15]

[15] Axelsson, R., och Axelsson, B. S., (2013) Samverkan som samhällsfenomen – några centrala frågeställningar. I Axelsson, R. och Axelsson B, S. (red.) *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd.* Lund: Studentlitteratur, s. 23 ff.

### 4.2.2 Hinder och framgångsfaktorer för samverkan

I litteraturen identifieras flera hinder och framgångsfaktorer för samverkan.[16] Kunskapsläget medger ingen analys som viktar framgångsfaktorernas eller hindrens relativa påverkan på samverkan. Snarare kan det antas att hur viktig en viss faktor är beror på kontexten för samverkan. Det kan dock noteras att kulturella skillnader betraktas som särskilt svåra att motverka.[17]

#### Faktorer som hindrar samverkan

*Bristande stöd*

Skulle också kunna kallas bristande resurser då kategorin beskriver ansvariga handläggares och specialisters upplevelse av bristande tid för samverkansaktiviteter, bristande ekonomiska resurser eller bristande intresse för samverkan inom den egna organisationen. De brister som beskrivs här relateras till brister i samsyn mellan handläggare och specialister å ena sidan och ledning å andra sidan. Det kan i sin tur handla om att ledningsfunktioner underskattar de resurser som krävs för fungerande samverkan. Det kan också handla om att andra frågor än samverkan har högre prioritet.

*Bristande kontinuitet*

Avsaknad av kontinuitet i arbetet kan bottna i hög personalomsättning eller att individen har flera olika behandlare involverade i rehabiliteringen vilket kan ha en negativ påverkan på kontinuitet i rehabiliteringen. Fysiskt avstånd mellan samverkande aktörer kan också leda till brist i kontinuitet.

[16] Andersson, J., et al., (2010), *Samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering*, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.
[17] Andersson, J., et al., *Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation – an international literature review*. International Journal of Integrated Care 2011 (11).

*Bristande incitament*

Ur organisatoriskt perspektiv är risk för ekonomiskt ofördelaktiga utfall, såsom risk för kostnadsöverföringar mellan organisationer, ett negativt incitament som kan utgöra allvarligt hinder för samverkan.

*Strukturella skillnader*

Skillnader handlar i detta sammanhang om att aktörer som arbetar med arbetslivsinriktad rehabilitering har olika uppdrag, olika roller och ansvarsområden och agerar under olika regelverk. Dessutom förändras aktörernas strukturer löpande, vilket kan bidra till oförutsägbarhet och ha en negativ påverkan på långvarigt engagemang i samverkan.

*Kulturella skillnader*

Kulturella skillnader utgör ett hinder på så sätt att samverkan sker mellan organisationer och professioner som utvecklat egna synsätt, språkmönster, attityder och beteendemönster som utgår från det egna uppdraget. Kulturella skillnader kan också ligga till grund för skillnader i aktörernas status i samverkansprocessen. Kulturella skillnader kan hanteras genom att samverkande aktörer etablerar en gemensam kultur och gemensamma mål inom ramen för samverkan.

*Bristande kunskap och förtroende*

Bristande kunskap om andra aktörer, deras kompetens och uppdrag, kan utgöra hinder för samverkan. Det kan också finnas förutfattade meningar om en central profession eller organisation. Brister i kunskap relaterar till brister i förtroende, vilket är ett hinder som beskrivs i flera studier och kan skapa stora svårigheter i samverkan. Att etablera kunskap och förtroende mellan aktörerna i samverkan kan ta stora resurser och tid i anspråk.

*Bristande kommunikation*

Bristande kommunikation kan hänga samman med oklarhet i roller och ansvar i samverkan eller med ovan beskrivna brister i kunskap om och förståelse för andra aktörer. I praktiken kan detta innebära att enskilda handläggare eller specialister tolkar riktlinjer för samverkan på olika sätt eller att det finns olika uppfattning om vad målet med samverkan är.

*Revirtänkande*

Revirtänkande uppstår då aktörerna prioriterar den egna organisationens eller professionens mål och intressen till nackdel för andra aktörer och professioner. I sådana fall finns risk för intressekonflikter för målgruppen.

*Ledarskap*

Ledarskap kan utgöra ett hinder för samverkan om det inte är anpassat till den arbetsprocess som samverkan utgörs av och om ledarskapet inte klarar att respektera och balansera de ingående aktörernas och professionernas roller.

## Faktorer som främjar samverkan

Kunskapsöversikten identifierar ett flertal faktorer som främjar samverkan vilka här presenteras översiktligt i punktform:[18]

- att aktörerna klart definierat vilken målgrupp som ska omfattas av samverkan,
- att relevanta aktörer (med utgångspunkt i individens behov) involveras i samverkan,
- att samverkan har en stark förankring och ett starkt stöd på samtliga organisatoriska nivåer hos samverkande aktörer,
- tillräckliga resurser och tid för samverkan,

[18] Andersson, J, et al., (2010), *Samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering*, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

- möjligheter till samlokalisering eller annan fysisk närhet,
- tydliga incitament för medverkande aktörer där aktören ser att samverkan skapar ett tydligt mervärde snarare än att samverkan är ett självändamål,
- en gemensam utgångspunkt för samverkan i form av förtroende mellan aktörerna, samsyn kring målgruppens behov av stöd, gemensamt mål och syfte samt gemensam terminologi och syn på samverkan,
- att samverkan formaliseras och att det etableras ett gemensamt arbetssätt och systematik kring samverkan. Exempelvis genom att tydliggöra roller i samverkan. Detta kan göras genom formella överenskommelser eller genom gemensam planering,
- ett ledarskap som ger stöd till de som engagerar sig i samverkan och som inte motverkar samverkan genom att bevaka revir,
- gemensamma utbildningsinsatser vilket ger förutsättningar att skapa samsyn om roller och uppdrag.

### 4.2.3 Styrning och samverkan

Samverkan är en horisontell process. Definitionsmässigt skapas värdet av samverkan i de sammanhang där aktörers ansvarsområdens möts och yrkesgrupper med olika expertis agerar gemensamt för att uppnå sådant som de var och en för sig inte har förmåga att uppnå. Som vi redogör för ovan är frågor om ömsesidigt förtroende, samsyn kring hur samverkan ska gå till och ett engagemang och vilja att se till det gemensamma, snarare än det egna stupröret, viktiga aspekter för välfungerande samverkan.

Även om samverkan ofta påtalas som viktigt för myndigheternas, och andra aktörers, uppdrag, finns det kritik mot hur styrning av offentliga aktörer skapar förutsättningar för (eller stjälper förutsättningar för) samverkan. Statskontoret redogör för mekanismer i mål- och resultatstyrning som kan bidra till att förstärka sektoriseringsproblem och aktörernas fokus på det egna stupröret.[19] Det handlar om (1) bristande samstämmighet i samverkande aktörers mål, (2) rubricering av samverkansmål på ett sätt som signalerar att de är

[19] Statskontoret (2006), *Effektiv styrning? Om resultatstyrning och sektoriseringsproblem*, s. 9 f.

mindre viktiga, (3) för vaga och för många mål, (4) att myndigheternas konkretisering av mål gör att samverkan prioriteras bort och (5) att återrapporteringskrav leder till prioritering som inte gynnar samverkan. En gemensam nämnare för flera av mekanismerna är att samverkan är svårt att mäta och därmed svårt att redovisa effekter av. Resultatstyrning riskerar då att rikta fokus mot sådana mål som kan mätas. För myndigheter och andra offentliga aktörer som ofta agerar i komplexa sammanhang och behöver balansera delvis motstridiga mål riskerar samverkan att ”konkurreras ut” av sådana mål som är lättare att mäta.[20] Med en liknande utgångspunkt resonerar författarna till en forskningsrapport från Tillitsdelegationen att samverkan kan vara förenat med risk för uteblivna resultat (eller åtminstone svårigheter att kunna visa på resultat). Därmed kan det vara rationellt för aktörer med ett utpräglat resultatansvar att undvika komplexa och ”osäkra” uppgifter som omfattar samverkan, och fokusera på mätbara aktiviteter som kan kontrolleras inom ramen för den egna organisationen.[21]

Samverkan ställer mycket höga krav på styrning och ledning. Risken är att samverkan påtalas som viktigt, men att det som påtalas inte motsvaras i styrningen. Här spelar regeringskansliet en viktig roll som regeringens verktyg att skapa förutsättningar för myndigheter att genomföra regeringens politik. Statskontoret betonar i en rapport från 2014 behovet av att regeringen utvecklar en mer sammanhållen styrning som tar utgångspunkt i system snarare än enskilda myndigheter.[22] Behovet kan tillgodoses av gemensamma uppdrag, samordning av mål och av gemensamma dialoger mellan de departement och myndigheter som ingår i systemet.[23] Några år senare, 2016, föreslog statskontoret att regeringen ser över hur en utveckling av sammanhållen styrning inom regeringskansliets kan främjas.[24]

[20] Statskontoret (2006), *Effektiv styrning? Om resultatstyrning och sektoriseringsproblem*, s. 10.
[21] Fransson, M., et al., (2019), *Politisk handlingskraft i en regeringsnära utvecklingsmiljö*, Nordstedts Juridik, Stockholm, s. 26.
[22] Med system avses här ett område, till exempel en värdeskapande process, där flera olika delar (aktörer eller aktörers uppdrag) funktionellt binds samman till en helhet.
[23] Statskontoret (2014), *Att effektivisera system. Om förutsättningar och möjligheter att använda systemperspektivet för att effektivisera statlig kärnverksamhet*, s. 79 f.
[24] Statskontoret (2016), *Utvecklad styrning – om sammanhållning och tillit i förvaltningen*, s. 8.

## 4.3 Former för samverkan inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

**Bedömning:** Överenskommelser och samverkansgrupper bidrar till bättre förutsättningar och struktur för samverkan. Samverkan på nationell nivå riktas mot avgränsade områden i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och omfattar oftast bara två aktörer. Det finns i dag inget uppdrag till aktörerna att samverka med varandra för att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som helhet ska fungera.

Avsnittet beskriver former för samverkan mellan aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Flera av de former som tas upp i den teoretiska genomgången om samverkan ovan återfinns också inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, exempelvis överenskommelser och finansiell samordning. Här beskrivs också en del av de befintliga kontaktvägarna mellan aktörerna och vikten av att de fungerar.

### 4.3.1 Samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras på olika sätt

En del samverkan inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras i lag, i förordningar, i förskrifter, i regleringsbrev och i regeringsuppdrag. Av förvaltningslagen framgår att en myndighet inom sitt verksamhetsområde ska samverka med andra myndigheter.[25] Myndigheters skyldighet att samverka styrs också genom myndighetsförordningen, av vilken det framgår att:

> Myndigheten skall verka för att genom samarbete med myndigheter och andra ta till vara de fördelar som kan vinnas för enskilda samt för staten som helhet.[26]

[25] 8 § förvaltningslag (2017:900).
[26] 6 § andra stycket myndighetsförordning (2007:515).

I instruktionerna för Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Arbetsförmedlingen och Arbetsmiljöverket framgår att myndigheterna:

> ska samverka med varandra i syfte att uppnå en effektiv användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet.[27]

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ska med samma syfte:

> träffa överenskommelse med kommun, landsting eller Arbetsförmedlingen samt bedriva finansiell samordning enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Förordning (2016:11).[28]

Försäkringskassan ska också samverka med:

> berörda myndigheter, kommuner och landsting samt andra berörda parter för att bedriva en effektiv och rättssäker verksamhet och därvid särskilt verka för att felaktiga utbetalningar inte görs.[29]

Enligt 8 § AFS 1994:1 *Arbetsanpassning och rehabilitering* ska arbetsgivares verksamhet med arbetsanpassning och rehabilitering organiseras så att den kan bedrivas i samarbete med Försäkringskassan och myndigheter som är berörda.[30]

När det gäller samverkan i individärenden ska Försäkringskassan enligt socialförsäkringsbalken (SFB), om individen medger det, i arbetet med rehabilitering samverka med den försäkrades arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvården, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen, och andra myndigheter som berörs av rehabiliteringen av den försäkrade.[31] Regionerna har i och med den nya lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter som trädde i kraft den 1 februari 2020, en skyldighet att samverka med andra aktörer när det gäller sjukskrivna patienter som erbjuds koordineringsinsatser för att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet.[32]

Utifrån lagen om finansiell samordning kan kommuner, regioner, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan sedan 2004 samverka finansiellt inom rehabiliteringsområdet och de fyra parterna kan

[27] 14 § förordning (2007:1030) med instruktion för Arbetsförmedlingen, 7 § förordning (2007:913) med instruktion för Arbetsmiljöverket, 3 § tredje stycket förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan och 12 § förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[28] 5 § tredje stycket förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan och 14 § förordning (2007:1030) med instruktion för Arbetsförmedlingen.
[29] 5 § förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan.
[30] Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering.
[31] 30 kap. 10 § SFB.
[32] Lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

bilda samordningsförbund. Syftet med lagen är att uppnå effektiv användning av resurser inom rehabiliteringsområdet. Insatserna inom den finansiella samordningen ska enligt lagen avse individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser och ska syfta till att dessa individer ska uppnå eller förbättra sin förmåga att utföra förvärvsarbete. I dag finns 83 samordningsförbund i Sverige och dessa inkluderar 260 av Sveriges kommuner.[33] För kommuner och regioner är det frivilligt att samverka genom samordningsförbund. Av Finsamlagen framgår att verksamheten med finansiell samordning ska bedrivas av ett samordningsförbund i vilket de samverkande parterna är medlemmar. Ett samordningsförbund har i uppgift att:

- besluta om mål och riktlinjer för den finansiella samordningen,
- stödja samverkan mellan samverkansparterna,
- finansiera sådana insatser som avses i 2 § och som ligger inom de samverkande parternas samlade ansvarsområde,
- besluta på vilket sätt de medel som står till förfogande för finansiell samordning skall användas,
- svara för uppföljning och utvärdering av rehabiliteringsinsatserna,
- upprätta budget och årsredovisning för den finansiella samordningen.[34]

Myndigheterna ges också regeringsuppdrag och uppdrag i regleringsbrev i vilka samverkan ingår. Ett exempel på aktuella sådana uppdrag, är det så kallade dialoguppdraget som har syftat till att skapa en bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården och det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.[35,]

[33] Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Samordningsförbundens organisering och verksamhet. En granskning av förbund för finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.* s. 14.
[34] Lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.
[35] Regeringsbeslut 2018-01-25. *Uppdrag angående bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.* S2018/00530/SF S2018/00530/SF (delvis) och Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens regleringsbrev från 2012 och framåt.

## Överenskommelsen om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

För att stimulera regionerna att ge arbetet med sjukskrivningar högre prioritet, och för att utveckla sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, har staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) sedan 2006 ingått överenskommelser om den så kallade sjukskrivningsmiljarden.[36] Det är svårt att uttala sig om effekterna av insatserna inom ramen för överenskommelserna, med anledning av det generellt inte ingått krav på att insatserna ska utvärderas. I SOU 2018:80 *Samspel för hälsa* konstateras dock att:

> Det finns å andra sidan en hel del som talar för att den här typen av stimulans riktad mot att utveckla strukturer och kompetens samt att stimulera utveckling av metoder har haft, och har, ett betydande värde. Det finns skäl att anta att det finns en kompetens, kunskapsbyggnad och medvetenhet kring de utmaningar som sjukskrivningsrelaterad ohälsa innebär, som inte funnits utan arbetet med överenskommelserna inom ”sjukskrivningsmiljarden”.[37]

Det får förmodas att överenskommelserna har haft betydelse för utvecklingen av regionernas arbete inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inom olika områden, bland annat gällande försäkringsmedicinsk kompetensutveckling inom hälso- och sjukvården och gällande utveckling av elektronisk informationsöverföring mellan aktörerna i processen. Även Försäkringskassan och Socialstyrelsen är genom de delar i överenskommelsen som handlar om elektronisk informationsöverföring del av det arbete som bedrivits och bedrivs inom ramen för överenskommelserna.[38] Att utveckla hälso- och sjukvårdens samverkan med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har varit ett av de områden överenskommelserna syftat till att stimulera. I överenskommelsen för 2013 handlade villkor 3 om tidig samverkan mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Av överenskommelsen framgår att regeringen och SKR anser att hälso- och sjukvården kan skapa möjligheter att vid behov tidigt samverka kring

[36] SOU 2018:80 *Samspel för hälsa. Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring*, s. 74.
[37] SOU 2018:80 *Samspel för hälsa. Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring,* s. 110.
[38] Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges kommuner och regioner, SKR (2020*), En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020*. s. 10–13.

individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Detta genom att hitta former för samverkan med andra aktörer till exempel Försäkringskassan, arbetsgivare, Arbetsförmedlingen och kommun, och att det kan ske genom att hälso- och sjukvården har en funktion för samverkan. Som en sådan funktion nämns funktion för koordinering, som flera landsting redan 2013 hade infört.[39] Villkor 3 i överenskommelsen för 2014–2015 handlade om att landstingen skulle vidareutveckla en organisatorisk struktur för samverkan på regional och lokal nivå och arbeta utifrån en sådan struktur. Av överenskommelsen framgår också att landstingen 2015 skulle ha en funktion för koordinering på plats.[40] Från och med överenskommelsen 2016 har hälso- och sjukvårdens samverkan med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i överenskommelserna handlat om att vidmakthålla och vidareutveckla funktion för koordinering. I överenskommelsen 2016 anges också att funktion för koordinering, om patienten gett sitt medgivande, ska ta direktkontakt med arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen för att möjliggöra eventuell anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter och/eller arbetslivsinriktad rehabilitering.[41] Även i överenskommelsen för åren 2017 och 2018 betonades att det var särskilt viktigt att kontakterna mellan funktion för koordinering och arbetsgivare utvecklades.[42]

Den 1 februari 2020 trädde den nya lagen om funktion för koordinering i kraft och genom den nya lagstiftningen har hälso- och sjukvårdens samverkan i individärenden med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen permanentats.

[39] Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges kommuner och landsting, SKL (2013), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges* Kommuner *och Landstin*g *2013*, s. 8.
[40] Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges kommuner och landsting, SKL (2013), *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess 2014–2015*, s. 11–12.
[41] Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges kommuner och landsting, SKL (2015), *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016,* s. 14.
[42] Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges kommuner och Landsting, SKL (2016), *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017–2018.* s. 10.

### 4.3.2 Nationella samverkansgrupper inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Det finns ett flertal samverkansgrupper på nationell nivå vars uppdrag syftar till att skapa förutsättningar att hantera områden inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen där flera aktörer möts. En del av dessa grupper har satts samman för att hantera gemensamma regeringsuppdrag och andra grupper har satts samman av aktörerna på eget initiativ. Nedan presenteras ett antal av grupperna och syftet med dem. Försäkringskassan är den aktör som finns representerad i samtliga grupper.

#### Samverkansgrupper som bildats med anledning av regeringsuppdrag

*Nationella samverkansgruppen*

Den Nationella samverkansgruppen (NSG) utgör stöd till myndigheternas respektive ledning och styrning av Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans förstärkta samarbete. NSG består av chefer i respektive myndigheter. NSG ansvarar för att fastställa konkreta mål för samarbetet. Gruppen ansvarar också för att upprätta årlig nationell överenskommelse för det förstärkta samarbetet. Överenskommelsen ger i sin tur de övergripande förutsättningarna och ramarna för samverkan på regional och lokal nivå i det förstärkta samarbetet. Gruppen fastställer hur anslagna medel ska användas och fördelas, samt utvecklar samarbetet på strategisk nivå. NSG ansvarar också för de gemensamma återrapporteringar som ska lämnas till regeringen. Vidare ger NSG verksamhetsuppdrag som handlar om att utveckla samarbetet genom metoder och arbetssätt och samordnar intern och extern kommunikation i frågor om förstärkt samarbete i de båda myndigheterna. Frågor som behandlas i NSG bereds av en arbetsgrupp och NSG sammanträder cirka fyra gånger per år.[43]

[43] Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2019), *Nationell överenskommelse för det förstärkta samarbetet och uppdraget om övergångar mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan 2019*. Dnr Af-2019/0000 2419, Dnr FK-019941-2018. Version 1.0.

*Nationell styrgrupp för samverkan mellan Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan*

Till Arbetsmiljöverket och Försäkringskassans överenskommelse om samverkan åren 2017-2020[44], som utgår från myndigheternas uppdrag i *Åtgärdsprogrammet för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro*[45] och *En arbetsmiljöstrategi för det moderna arbetslivet*[46], är en nationell styrgrupp kopplad. Överenskommelsen utgår också från skrivningen i respektive myndighets instruktion om att myndigheterna ska samverka med varandra i syfte att uppnå en effektiv användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet.

Den nationella styrgruppen beslutar om inriktningen på myndigheternas samverkan och följer även upp samverkansarbetet. Styrgruppen består av chefsrepresentanter från respektive myndighet nationellt och regionalt och träffas minst två gånger per år. Varje år upprättas en myndighetsgemensam handlingsplan, *plan för aktiv samverkan* och utifrån den beslutar styrgruppen inriktningen för myndigheternas samverkan. En nationell samverkansgrupp tar fram förslag om inriktning på samverkan, skapar förutsättningar för samverkan och följer upp arbetet.[47] Utöver regionala insatser så genomförs varje år en nationell myndighetsgemensam insats på strukturell nivå. Av bilagan till överenskommelsen mellan myndigheterna framgår kommunikationsvägar mellan myndigheterna och vilka forum som finns i samverkan. Av bilagan framgår också att det finns regionala samverkansforum/nätverksträffar för samverkan mellan myndigheterna och att samverkansforum/nätverksträffar organiseras med utgångspunkt från Försäkringskassans fem verksamhetsområden. Syftet med de regionala träffarna är att skapa en arena för att planera insatser regionalt/lokalt, följa upp dessa, samt utbyta erfarenheter och aktuell information.[48]

[44] Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan (2017), *Överenskommelse om samverkan mellan Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan*. Dnr Av - 2017/015577. Dnr FK - 021404 - 2017.
[45] Socialdepartementet ((2015) *Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro* Diarienummer: S2012/00963/SF, S2012/01809/SF, S2014/07998/SF, S2015/06106/SF.
[46] Regeringens skrivelse 2015/16:80 En arbetsmiljöstrategi för det moderna arbetslivet 2016–2020.
[47] Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan (2017), *Överenskommelse om samverkan mellan Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan.* Dnr Av - 2017/015577. Dnr FK - 021404 - 2017.
[48] Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan (2017), *Bilaga till överenskommelse om samverkan mellan Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan.* Dnr Av - 2017/015577. FK Dnr - 021404 - 2017.

*Nationella rådet för finansiell samordning*

Nationella rådet för finansiell samordning bildades 2008 mot bakgrund av att Statskontoret i en rapport 2007 identifierade ett behov av ett formaliserat nationellt stöd till samordningsförbunden.[49] I rapporten skrev Statskontoret att regeringen borde ge myndigheterna ett utökat och tydligt uppdrag att stödja utvecklingen av finansiell samordning. Regeringen skrev i budgetpropositionen för 2008 att myndigheterna själva skulle avgöra om det krävdes ett mer formaliserat samarbete, och utifrån detta bildades Nationella rådet.[50] I rådet ingår tjänstemän från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Socialstyrelsen och SKR. Försäkringskassan är ordförande i rådet. Nationella rådet är en samverkansgrupp vars syfte är att skapa samsyn i strategiska frågor vad gäller finansiell samordning, vara ett nationellt stöd i övergripande förbundsgemensamma frågor, erbjuda stöd för kunskap, kompetens och utveckling, och stärka den finansiella samordningen.[51]

## Samverkansgrupper som bildats på initiativ av aktörerna

*Strategiska samverkansgruppen mellan Försäkringskassan, Sveriges kommuner och regioner, Socialstyrelsen och Arbetsförmedlingen*

Företrädare för Försäkringskassan, SKR, Inera, Socialstyrelsen och Arbetsförmedlingen medverkar i dag i gruppen. Sjukskrivnings- och rehabiliteringsfrågor diskuteras, framför allt utifrån överenskommelsen mellan regeringen och SKR om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, men gruppen bildades redan innan den första överenskommelsen och bestod då av Försäkringskassan och dåvarande Landstingsförbundet. Gruppen består av chefer och medarbetare hos medverkande aktörer och gruppen kan vid behov lyfta frågor till högre ledningsnivåer hos de medverkande aktörerna.[52]

[49] Statskontoret (2008), *Uppdrag att följa upp och utvärdera finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet. Fyra år med Finsam.* Rapport 2008:7.
[50] Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Samordningsförbundens organisering och verksamhet. En granskning av förbund för finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.* ISF Rapport 2019:1, s. 14.
[51] www.finsam.se/nationellaradet. Hämtad 2019-11-12.
[52] Försäkringskassan (2019), *Stöd för strukturell samverkan*, s. 12.

*Nationellt försäkringsmedicinskt forum (NFF)*

NFF är ett nätverk som består av personer från myndigheter och organisationer verksamma inom det försäkringsmedicinska området. I dag ingår företrädare för SKR, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Arbetsförmedlingen, Sveriges Läkaresällskap, Sveriges läkarförbund, SBU och en representant från akademien, i dagsläget från Karolinska institutet. Forumets syfte är att samla aktörerna kring försäkringsmedicin för dialog, kunskapsutbyte och samarbete för att bidra till en högre kunskapsnivå hos samtliga inblandade aktörer och nå ökad samsyn. Forumet har bland annat bidragit till tillkomsten av försäkringsmedicinskt beslutsstöd och överenskommelsen mellan regeringen och SKR om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.[53]

*Nationella nätverket för samordningsförbund (NNS)*

NNS bildades 2009 och blev formellt en förening 2012. I dag är 75 av 83 samordningsförbund medlemmar i nätverket. NNS syfte är att vara:

> språkrör för samt, i nätverksform, stödja och bidra till utveckling av samordningsförbunden.[54]

NNS vill också ge en samlad bild av förbundens verksamhet, resultat och betydelse. De förbund som är medlemmar kan genom föreningen kommunicera med Nationella rådet och med andra aktörer.[55]

*Partnerrådet och Fackligt nätverk*

Försäkringskassan och arbetsmarknadens parter träffas regelbundet för informationsutbyte om sådant som är aktuellt inom sjukförsäkringen. Det så kallade Partnerrådet består av företrädare för Svenskt Näringsliv, Arbetsgivarverket, SKR, Företagarna och Små-

[53] Nationellt försäkringsmedicinskt forum (2017), *Inriktningsdokument.*
[54] www.nnsfinsam.se. Hämtad 2019-11-14.
[55] Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Samordningsförbundens organisering och verksamhet. En granskning av förbund för finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.* ISF Rapport 2019:1, s. 54.

företagarnas Riksförbund. Det fackliga nätverket består av företrädare för LO, Saco och TCO.[56]

### 4.3.3 Försäkringskassans inriktning för samverkan

I mars 2019 beslutade Försäkringskassan om en inriktning för samverkan inom sjukförsäkringen som, enligt uppgift från Försäkringskassan, togs fram med anledning av att man såg behov av en uttalad och samlad strategi för myndighetens samverkan med aktörerna inom sjukförsäkringen. Inriktningen beskriver grunden för Försäkringskassans samverkansuppdrag inom sjukförsäkringen och hur Försäkringskassan vill agera i samverkan. I inriktningen anges att Försäkringskassan har som uppdrag att administrera sjukförsäkringen med god kvalitet och ge rätt ersättning till rätt person, samt ett effektivt stöd för att individen ska få eller återfå arbetsförmåga och inträda eller återgå i arbete eller studier. I det uppdraget är Försäkringskassan beroende av andra aktörer som hälso- och sjukvård, arbetsgivare, Arbetsförmedling, kommuner, Arbetsmiljöverket med flera. Här anges vidare att Försäkringskassans samordningsuppdrag enligt SFB har två perspektiv; utöver att samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten för de som har nedsatt arbetsoförmåga på grund av sjukdom ska Försäkringskassan också skapa förutsättningar för effektiv samverkan mellan flera aktörer för att arbetet på individnivå ska fungera smidigt. Syftet med Försäkringskassans samverkan med andra aktörer anges vara att:

> åstadkomma en välfungerande hantering av sjukförsäkringen och att i samverkan med andra bidra till en låg och stabil sjukfrånvaro.[57]

I inriktningen anges elva utgångspunkter för samverkan inom sjukförsäkringen, bland annat att en väl fungerande samverkan är nödvändig för att skapa rätt förväntningar på sjukförsäkringen hos aktör och individ och att samverkan handlar både om att skapa goda förutsättningar och gemensamt ansvarstagande för att rätt ersättning ska ges till rätt person. Vidare anges att samverkan är viktig för att processen för inträde eller återgång i arbete, eller studier, ska vara effektiv. Här framgår också att det är hälso- och sjukvården, arbetsgivarna, kommunen och Arbetsförmedlingen som är Försäkrings-

[56] Försäkringskassan (2019). *Stöd för strukturell samverkan.*
[57] Försäkringskassan (2019) *Inriktning för samverkan inom sjukförsäkringen.* Dnr 004146-2019.

kassans huvudsakliga samverkanspartners. Av inriktningen framgår även vad som är Försäkringskassans *övergripande tillvägagångssätt* när samverkan inom ramen för sjukförsäkringen är aktuell. De övergripande tillvägagångssätten inkluderar bland annat att Försäkringskassan ska bygga relationer och vid behov upprätta överenskommelser med de aktörer som krävs för att Försäkringskassan ska kunna åstadkomma goda förutsättningar för en välfungerande sjukförsäkring, att Försäkringskassan systematiskt ska följa upp och värdera effekter och värdet av genomförd samverkan, och att Försäkringskassan tillsammans med de andra aktörerna ska identifiera sådant som kan utvecklas för att möjliggöra en mer välfungerande hantering av sjukförsäkringen.

### Försäkringskassans stöd för strukturell samverkan

Kopplat till inriktningen om samverkan har Försäkringskassan tagit fram ett praktiskt verksamhetsstöd för strukturell samverkan. Av stödet framgår att Försäkringskassans samverkan ska vara behovsanpassad och att det behöver göras systematiska kartläggningar och behovsanalyser för att bedömningar av samverkansbehov ska kunna göras. I stödet finns en beskrivning av hur analys av samverkansbehov ska gå till och här anges syftet med de överenskommelser som Försäkringskassan kan träffa med andra aktörer. Försäkringskassan ser att överenskommelser skapar förutsättningar för att de undertecknande aktörerna ska vara överens om syfte och mål med samverkan och kan fungera som ett verktyg att för att tydliggöra ansvar och roller. Överenskommelserna som träffas ska vara tidsbegränsade för att möjliggöra kontinuerliga ställningstaganden om det finns ett behov av att fortsätta samverkan utifrån överenskommelser. Överenskommelser ska enligt stödet undertecknas av ansvariga chefer med mandat på motsvarande organisatorisk nivå. I stödet finns också exempel på hur samverkan kan följas upp med kvantitativa mätetal och kvalitativa indikatorer.[58]

[58] Försäkringskassan (2019). *Stöd för strukturell samverkan.*

### 4.3.4 Överenskommelser som medel för samverkan mellan Försäkringskassan och övriga aktörer på regional och lokal nivå

För att få en uppfattning om hur Försäkringskassan arbetar med överenskommelser med aktörer inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen på regional och lokal nivå har utredningen ställt frågor till regionalt samverkansansvariga vid Försäkringskassan. Försäkringskassans avdelning för sjukförsäkring består av fem geografiska verksamhetsområden.[59] Varje verksamhetsområde har en regionalt samverkansansvarig och det finns också lokalt samverkansansvariga inom verksamhetsområdena som är knutna till kontoren. Regionalt samverkanansvariga har försett utredningen med exempel på överenskommelser som tecknats i deras region.

På regional och lokal nivå tecknar Försäkringskassan överenskommelser med hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen och med arbetsgivare. En samverkansansvarig poängterade att det många gånger är arbetet med att ta fram överenskommelserna som är det verkliga värdet med överenskommelser, eftersom ett sådant arbete innebär att aktörerna behöver ha en dialog och komma överens, något som har stor betydelse för fungerande samverkan. Vi redovisar nedan översiktligt hur överenskommelserna mellan olika aktörer ser ut och varför de tecknats.

#### Överenskommelser mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen

Utifrån den årliga nationella överenskommelsen för det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen tecknas överenskommelser mellan myndigheterna på regional och lokal nivå. De lokala och regionala överenskommelserna ska utgå från målen för samarbetet, de prioriteringar som finns i den nationella överenskommelsen och ska också utgå från de lokala behov och förutsättningar som finns.[60]

[59] Utöver de nationella verksamhetsområdena finns ytterligare två verksamhetsområden inom avdelningen för sjukförsäkring: verksamhetsområde Försäkring och samverkan och verksamhetsområde Process och utveckling.
[60] Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2019), *Nationell överenskommelse för det förstärkta samarbetet och uppdraget om övergångar mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan 2019.* Dnr Af-2019/0000 2419. Dnr FK-019941-2018. Version 1.0.

I intervjuerna med regionalt samverkansansvariga på Försäkringskassan framgår att de tycker att det är bra att samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen är tydligt styrd, med anledning av att samverkan mellan myndigheterna finansieras med särskilda medel och att samarbetet för att uppnå de gemensamma målen därför tydligt måste kunna följas och redovisas. Enligt samverkansansvariga leder överenskommelserna till att samarbetsklimatet och dialogen mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan blir bättre. Arbetsförmedlingen var vid tidpunkten för intervjuerna inne i ett omfattande reformarbete och samverkansansvariga framför att överenskommelserna är särskilt bra att ha när det sker omfattande förändringar i Arbetsförmedlingens verksamhet eftersom överenskommelserna ger en struktur för samverkan som kan fungera även när det inträffar förändringar i verksamhet och organisation.

### Överenskommelser mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården

Överenskommelser mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan tecknas mellan regioner och Försäkringskassan eller mellan enskilda vårdgivare och Försäkringskassan. Enligt uppgift från Försäkringskassan har myndigheten överenskommelser på regionnivå med 11 av 21 regioner.[61] Där det finns överenskommelser anger de regionalt samverkansansvariga att dessa underlättar samarbetet med hälso- och sjukvården. Överenskommelserna är inte standardiserade utan har det innehåll man regionalt kommer överens om. Av de exempel på överenskommelser utredningen tagit del av kan dock konstateras att de ofta är på övergripande nivå. De samverkansansvariga uppger att regeringens överenskommelser med SKR om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess påverkat förutsättningarna att ta fram överenskommelser positivt. Framgångsfaktorer för lyckad samverkan mellan regioner och Försäkringskassan är enligt samverkansansvariga att personer med mandat att fatta beslut är involverade i samverkan.

Överenskommelserna mellan Försäkringskassan och enskilda vårdgivare tecknas ofta för att komma tillrätta med specifika problem, och överenskommelserna är ett sätt att hantera dessa. Initiativet till

[61] Inkommen uppgift från Försäkringskassan. E-post 11 mars 2020.

överenskommelserna tas, enligt samverkansansvariga, oftast av Försäkringskassan men det händer också att enskilda vårdgivare tar initiativ. Överenskommelser kan exempelvis tecknas med anledning av att vårdgivaren upplever att Försäkringskassan begär kompletteringar för ofta, att vårdgivarens sjukskrivningsmönster avviker negativt från jämförbara vårdgivare eller att samarbetsklimatet i allmänhet bedöms vara dåligt. Överenskommelser på denna nivå är ofta mer konkreta i vilka mål som ska uppnås och vilka åtgärder som ska vidtas än de överenskommelser som tecknas på regional nivå.

De samverkansansvariga poängterar att Försäkringskassan har fungerande samverkan med flera av de regioner som myndigheten inte har upprättade överenskommelser med, som innefattar fasta, etablerade och regelbundna samarbetsstrukturer på flera olika nivåer.

### Överenskommelser mellan Försäkringskassan och arbetsgivare

Samhall är den enda arbetsgivare med vilken Försäkringskassan har en nationell överenskommelse. Då det gäller andra arbetsgivare så tecknar Försäkringskassan tidsbegränsade överenskommelser när Försäkringskassan bedömer att arbetsgivaren behöver extra stöd för att i sin tur kunna ge individer stöd i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Överenskommelserna är tidsbegränsade för att insatserna man kommit överens om ska kunna utvärderas och för att ställningstagande om nödvändighet av fortsatt överenskommelse ska kunna göras. Alla arbetsgivare kan dock inte, med anledning av den stora mängden arbetsgivare, ha en egen överenskommelse med Försäkringskassan. Försäkringskassan prioriterar därför stora arbetsgivare med hög sjukfrånvaro eller med avvikande sjukskrivningsmönster. Den största delen överenskommelser tecknas med offentliga arbetsgivare såsom kommuner och regioner.

I överenskommelserna finns ofta konkreta åtaganden för arbetsgivaren och Försäkringskassan specificerade. Det är dock sällan som åtagandena sträcker sig utöver deras lagstadgade ansvar. Flera av de samverkansansvariga poängterar att ett mål med samverkan är att hjälpa arbetsgivaren att skapa en bättre intern process för att hantera sjukskrivningar.

### Överenskommelser mellan Försäkringskassan och kommuner

Överenskommelser mellan Försäkringskassan och kommuner är sällan förekommande.

I viljeinriktningen för samverkan kring personer som saknar sjukpenninggrundande inkomst (SGI) som undertecknats av Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och SKR angavs att aktörerna ställde sig positiva till ett arbetssätt som inbegriper tecknande av överenskommelser lokalt.[62] Överenskommelser om målgruppen förekommer dock bara mellan Försäkringskassan och en enda kommun. Enligt samverkansansvariga finns dock överenskommelser för målgruppen i samordningsförbundens regi.

### Överenskommelser mellan fler aktörer

Det är sällan förekommande att överenskommelser tecknas mellan flera aktörer samtidigt. I de fall sådana överenskommelser tecknats uppfattar samverkansansvariga det som mycket positivt. Exempelvis anser samverkansansvariga, att samverkan underlättas när överenskommelser tecknats på regional nivå mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och regionen. Samverkansansvariga uppger att respektive roller och ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen förtydligas när aktörerna arbetar fram en gemensam överenskommelse.

## 4.3.5 Regioners strukturella samverkan med aktörer i processen – några exempel

För att få en uppfattning om hur regioners samverkan på strukturell nivå med aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan se ut, ställde vi frågor om strukturell samverkan till Västra Götalandsregionen, till Region Jönköping och till Region Västerbotten. Vi ville veta med vilka aktörer regionerna har samverkan på strukturell nivå och vad som är syftet med sådan samverkan.

[62] Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Sveriges kommuner och Landsting (2016), *Viljeinriktning. Samverkan kring personer som saknar sjukpenninggrundande inkomst och har sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom.*

### Regionernas samverkan med Försäkringskassan

Alla tre regioner har som vårdgivare överenskommelser om samverkan med Försäkringskassan. Region Jönköping har ett pågående samverkansarbete med Försäkringskassan *Helhetsgrepp kring sjukskrivningar inom primärvård* som handlar om ett förbättringsarbete inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen hos vårdcentralerna i regionen och som en del i detta arbete ska det finnas representanter från Försäkringskassan ute på vårdcentralerna.[63] Överenskommelsen mellan regionen och Försäkringskassan är på detaljerad nivå och innehåller uppgifter om syfte, mål, förutsättningar för deltagande , genomförandeplan samt uppgifter om hur uppföljning och utvärdering ska genomföras. Arbetet i *Helhetsgrepp kring sjukskrivningar inom primärvård,* följs också upp i *Försäkringsmedicinsk arbetsgrupp,* en samverkansgrupp som består av regionens processledare, Försäkringskassans samverkansansvariga samt ibland representanter för Arbetsförmedlingen. De vårdenheter inom region Jönköping som har en rehabiliteringskoordinator har också en kontaktperson hos Försäkringskassan.

I Region Västerbotten sker samverkan med Försäkringskassan genom regelbundna träffar kring frågor som bland annat handlar om vad som är aktuellt inom respektive organisation, aktuell statistik, avvikelser som identifierats inom respektive organisation samt om samverkan och samordning i relation till olika arbetsgivare. Regionen har också en överenskommelse med Försäkringskassan angående Försäkringskassans medverkan i regionens försäkringsmedicinska utbildningar.

Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan har haft överenskommelser sedan 1999 och överenskommelserna omfattar sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen samt området funktionsnedsättning. I 2020 års överenskommelse lyfts områden som bedömts som prioriterade att samverka kring under året. Överenskommelsen innefattar bland annat mål, beskrivning av mötesarenor, övergripande beskrivning av lokal samverkan samt hur uppföljning av överenskommelsen ska göras. Regionala chefsmöten genomförs fyra gånger per år.[64] Av svaren från regionerna om hur strukturell sam-

[63] Region Jönköpings län och Försäkringskassan (2018), *Helhetsgrepp kring sjukskrivningar inom primärvård.*
[64] Försäkringskassan och Västra Götalandsregionen (2019) *Överenskommelse om samverkan inom området försäkringsmedicin mellan Försäkringskassan och Västra Götalandsregionen*.

verkan fungerar med Försäkringskassan framkommer från Region Västerbottens och från Region Jönköping att det finns samverkanssvårigheter i individärenden trots god samverkan mellan Försäkringskassan och regionerna på strukturell nivå. Av svaren framkommer vidare att samverkan på strukturell nivå i högre utsträckning än i dag bör handla om att tydliggöra vad som ska gälla i samverkan i individärenden.

### Regionernas samverkan med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Region Jönköping deltar med processledare och rehabiliteringskoordinatorer i ett halvdagsmöte som Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan arrangerar en gång per termin och som handlar om det förstärkta samarbetet mellan myndigheterna. Av svaret från regionen framgår också att man ibland har träffar med arbetsgivarorganisationerna vid vilka man utbyter information och nyheter. Av svaret framgår också att regionen, Försäkringskassan och länets tretton kommuner har arbetat fram en processbeskrivning kring arbetet med individer som saknar SGI. I syfte att underlätta kommunikationen mellan socialtjänsten och sjukvården har ett arbetssätt och blankett tagits fram för denna målgrupp.

Region Västerbotten har de senaste åren haft en löst sammansatt samverkan med regionen som arbetsgivare i syfte att förstå varandras roller och för att underlätta när kontakter ska tas i rehabiliteringsärenden. I denna samverkan deltar representanter för HR-avdelning, processledare från regionen som vårdgivare och ibland medverkar regionens inbyggda företagshälsovård. Regionens rehabiliteringskoordinatorer har också på lokal nivå löst sammansatt samverkan med HR-ledning i länets kommuner. För att öka kunskapen hos vården om vilken information arbetsgivare behöver för att kunna ta sitt rehabiliteringsansvar, har regionen som vårdgivare vid enstaka tillfällen bjudit in arbetsgivarorganisationer till utbildningstillfällen för vårdpersonal. Regionen och Arbetsförmedlingen har dialog om frågor som handlar om intyg, informationsöverföring och utbildning och det finns också en överenskommelse om att Arbetsförmedlingen ska medverka i regionens försäkringsmedicinska utbildningar. Regionen samverkar också tillsammans med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och socialtjänsten i en organisationsstruktur för

rehabiliteringssamverkan i individärenden som kallas NAFS (närsjukvård, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och socialtjänst).

Västra Götalandsregionen har tillsammans med Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket, Försäkringskassan och kommunerna i länet bildat en samverkansgrupp som samverkar om rehabilitering och åtgärder för att förebygga ohälsa och utestängning från arbetsmarknaden. Samverkansgruppen har tagit fram ett så kallat *ambitionsdokument* av vilket det framgår att gruppen bland annat ska verka för strategisk samverkan mellan myndigheterna/organisationerna, diskutera och föreslå insatser på systemnivå, underlätta operativt arbete och verka för ett effektivt kommunikationsflöde mellan myndigheterna/organisationerna. Gruppen består av regionala chefer samt adjungerande representanter för samordningsförbund. Till gruppen finns en beredningsgrupp knuten som ska aktualisera samverkansfrågor samt genomföra uppdrag på initiativ av chefer i samverkansgruppen.[65]

Av svaren från Region Jönköping och från Region Västerbotten framgår att den pågående reformeringen av Arbetsförmedlingen har påverkan på samverkan med Arbetsförmedlingen på regional och lokal nivå.

### 4.3.6 Kontaktvägar är en förutsättning för samverkan

Det finns många olika kanaler för aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen att komma i kontakt med varandra. Exempelvis finns olika typer av digitala kanaler, såsom det digitala läkarintyget, 1177 eller Mina sidor, därutöver finns personliga möten, telefonkontakter och kontakter via post eller e-post. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har under 2019 också möjliggjort att möten med individen och de båda myndigheterna kan mötas på distans. Trots att det finns ett flertal kanaler vittnar aktörerna om att de har svårt att få kontakt med varandra i individärenden i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Problemen gäller:

- svårigheter få kontakt per telefon,
- svårigheter att få till möten.

[65] Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket, Försäkringskassan, Västra Götalandsregionen, VästKom (2019), *Ambitionsdokument Västra Götalands samverkansgrupp.*

Utöver dessa praktiska problem med nåbarhet finns, enligt utredningens dialoger med SKR och Försäkringskassan, även problem som handlar utveckling och förvaltning av struktur för kanaler såsom att:

- det finns ännu ingen färdig modell för förvaltning av plattformen av det digitala läkarintyget,
- det finns ännu ingen färdig modell för vidareutveckling av plattformen för det digitala intyget,
- individen har ingen möjlighet att via plattformen för det digitala intyget vidarebefordra informationen i intyget till exempelvis sin arbetsgivare utan måste göra det elektroniskt som till exempel en pdf-fil eller i pappersformat.

### Telefon, brev och personliga möten

Kontakt per telefon kan behövas för att snabbt reda ut oklarheter i mer eller mindre komplicerade individärenden. Eftersom de som har ansvar för individens ärende hos olika aktörer ofta har olika telefontider och olika arbetstider uppstår problem. Enligt information från såväl aktörer som individer i processen har Försäkringskassans handläggare och hälso- och sjukvårdens läkare svårt att nå varandra, Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens handläggare har svårt att nå varandra samt arbetsgivare har svårt att nå hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. I en kvalitativ studie av Socialstyrelsens roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen utryckte sig författarna så här:

> Från de sjukskrivna individernas perspektiv upplevs det som krångligt, osäkert och omodernt att anmälan om sjukskrivning till Försäkringskassan ska skickas in per brev. Brev kommer bort och mycket information måste samlas in och anmälas gång på gång vid upprepad sjukskrivning. Också Försäkringskassan och läkare efterlyser ett säkert sätt att kommunicera digitalt med de sjukskrivna. Gärna i ett system där också arbetsgivaren kan integreras digitalt; det kan ta två veckor att få svar på ett brev.[66]

[66] Inrikta (2018), *Socialstyrelsens roll inom sjukskrivning. En kvalitativ undersökning av behov i målgruppen för myndighetens styrning och stöd.*

Vid ett av utredningens möten med Försäkringskassan 2018 sammanfattade en grupp regionala funktioner problemen med samverkan på individnivå i fyra punkter varav kontaktvägarna var en:

> Hinder för en effektiv samordning på individnivå: Olika mål och agendor på respektive myndighet. Inte samma vokabulär och syfte med en sjukskrivning. Svåra och tidskrävande kontaktvägar där vi tenderar att skriva brev till varandra istället för att prata. Behöver underlätta kontaktvägarna.[67]

I en studie från 2018 anger aktörerna att det vore bra om kontaktuppgifter vore mer lättillgängliga.[68] I de dialoger utredningen haft med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer specificeras att det inte endast handlar om att tillgängligheten ska vara *lätt* utan om att överhuvudtaget ha tillgång till kontaktuppgifter.

Konsekvensen av att aktörerna har svårt att nå varandra är att processen för individen tar längre tid och det kan inte uteslutas att stöd till återgång i arbete försenas till en del individer. Även om kopplingen till konsekvenser för individen är indirekt så vittnar aktörerna om att detta problem är ett irritationsmoment i samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Antalet personliga möten i Försäkringskassans regi har minskat de senaste åren. Försäkringskassan drog ner på antalet personliga möten i samband med förändringen av fokus från förtroende till rättssäkerhet.[69] Antalet avstämningsmöten minskade med 23 procent, från 61 216 år 2016 till 47 029 år 2017.[70] Flera företrädare för arbetsgivarna har signalerat att man ansåg detta problematiskt.[71] Arbetsgivare upplevde att Försäkringskassan inte tog den samordnande roll och det ansvar de tidigare tagit.[72] Också hälso- och sjukvården ansåg detta problematiskt.[73] Både arbetsgivare och hälso- och sjukvård

[67] Konklusion från grupparbete med regionala försäkringssamordnare på Försäkringskassan 2018-12-11.
[68] Inera (2018) *Slutrapport Samverkansytan 2017–2018 Delprojekt i Intygstjänster 2017–2018*, s. 31.
[69] Inspektionen för socialförsäkringen (2018), *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan. En analys av hur regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar påverkar handläggningen av sjukpenning.* Rapport 2018:16.
[70] Försäkringskassan (2019), *Årsredovisning 2018*, s. 44.
[71] Svenskt Näringsliv (2017), *Skrivelse till Socialdepartementet. Insatser och samverkan för att underlätta återgång i arbete.* och utredningens möten med enskilda arbetsgivare; Karolinska sjukhuset.
[72] Inrikta (2018). *Socialstyrelsens roll inom sjukskrivning. En kvalitativ undersökning av behov i målgruppen för myndighetens styrning och stöd.*
[73] Utredningens möten med företrädare för SKR samt Regionerna.

ansåg att Försäkringskassan genom att minska sitt deltagande i möten försvårade för de andra aktörerna att vidta åtgärder för individen, eftersom en del arbetsplatsinriktat stöd för återgång kräver Försäkringskassans medverkan om till exempel sjukpenning ska bytas ut mot rehabiliteringspenning.

Det finns även incitamentsstrukturer som gör att Försäkringskassan ofta efterfrågas i möten. När Försäkringskassan bjuder in till möte så kan vårdens representant arvoderas vilket ger vården större incitament att delta.[74] Eftersom arbetsgivare, som redan nämnt ovan, har svårt att komma i kontakt med vården är detta ett av skälen till att de vill att Försäkringskassans ska kalla till möten och delta. Försäkringskassan vill dock inte (och bör inte heller) delta i möten där myndighetens närvaro inte är nödvändig.

Om möten för planering av arbetsåtergång inte kommer till stånd riskerar stödet för återgång i arbete för individen att inte bli så bra som det hade kunnat bli. Det kan också konstateras att när det inte råder samsyn mellan aktörerna vad gäller när personligt möte om, och med, individen krävs så skapas irritation och frustration mellan aktörerna.

Vi har också gjorts uppmärksamma på att den omstrukturering av Arbetsförmedlingen som pågår har fått negativa konsekvenser för Arbetsförmedlingens möjligheter att delta i personliga möten.

## De digitala ytorna

Sedan 2018 är Försäkringskassans läkarintyg elektroniskt och en elektronisk infrastruktur har byggts upp som bland annat möjliggör för hälso- och vården att skicka intygen digitalt till Försäkringskassan. Infrastrukturen innehåller också en lösning för dialog mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Digitaliseringsprojektet har pågått sedan 2011 och genomfördes i samarbete mellan SKR och Försäkringskassan. Projektet bedrevs som en del av överenskommelsen mellan SKR och staten om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. SKR:s del i detta arbete utfördes av Inera AB, som ägs av SKR, kommuner och regioner,

[74] Det är dock endast då läkare deltar i avstämningsmötet som Försäkringskassan kan betala 750 SEK för den första timmen och 375 SEK per följande halvtimme. Denna ersättning har inte höjts sedan 2002.

genom projektet *Intygstjänster.* Alla regioner är anslutna till de elektroniska tjänsterna. År 2019 var 18 av 21 regioner anslutna till den nationella intygstjänsten *Webcert*.[75]

I praktiken innebär intygstjänsten att läkarintygen kan utfärdas digitalt inom hälso- och sjukvården och även kan skickas digitalt till Försäkringskassan. Därutöver finns också en fråga-svarfunktion där vården och Försäkringskassan kan kommunicera med varandra i intygsärenden. I *Mina intyg* kan individen själv se och hantera sina intyg. Inom ramen för Intygstjänster finns även tjänsterna *Intygsstatistik* och *Rehabstöd*, som möjliggör uppföljning av sjukvårdens arbete med sjukskrivningar och som också kan användas av vårdens rehabiliteringskoordinatorer.[76] I *Rehabstöd* finns även stöd för sammanhållen journalföring vilket betyder att det går att se en individs alla intyg oavsett vilken vårdgivare som utfärdat dem (förutsatt att individen gett sitt samtycke).

I 2020 års överenskommelse mellan staten och SKR har utvecklingsarbetet fortsatt, och av överenskommelsen framgår att målet för 2020 är:

> att slutföra, kvalitetssäkra och vidareutveckla de digitala tjänster som hittills har utvecklats inom överenskommelsen.[77]

Av överenskommelsen framgår vidare att följande vidareutveckling av de digitala tjänsterna som har bäring på kommunikation och kontaktvägar ska genomföras. Inom området E-hälsotjänster och självbetjäning i syfte att skapa en effektivare kommunikation mellan olika aktörer ska kvalitetssäkring och viss vidareutveckling av *Intygstjänsten* och *Mina intyg* genomföras liksom en analys av användandet av *Mina intyg* och gemensamt kommunikationsarbete. Inom området Elektronisk ärendekommunikation mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan utifrån lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter ska SKR och Försäkringskassan utarbeta ett tekniskt lösningsförslag för elektronisk ärendekommunikation mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan avseende informa-

[75] Inera (2019), *Intygstjänster 2019*, s. 30.
[76] rehabstod.intygstjanster.se/#/app/index. Hämtad 2019-10-16.
[77] Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges kommuner och regioner, SKR (2020), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020*, s. 11 ff.

tionsöverföring enligt lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter. Det anges också att:

> SKR och Försäkringskassan ska, i dialog med regionerna, Myndigheten för digital förvaltning och övriga intressenter, under 2020 utarbeta ett gemensamt förslag på en samverkansmodell för nyutveckling, förvaltning och finansiering av tjänster för elektronisk informationsöverföring mellan regioner och Försäkringskassan.[78]

Att de tekniska plattformarna är byggda möjliggör en mer effektiv samverkan kring informationsutbyte. En avgörande fråga handlar om plattformarnas finansiering och förvaltning, och det förslag på samverkansmodell som inom ramen för överenskommelsen ska tas fram under 2020 kommer att få stor betydelse för områdets utveckling. Nyutveckling, förvaltning och finansiering är avgörande för den fortsatta funktionaliteten av detta elektroniska informationsutbytessystem.

Den svårighet det innebär för individen att läkarintyget är en journalhandling kvarstår. Individen har ingen möjlighet att via plattformen direkt vidarebefordra informationen i intyget till exempelvis sin arbetsgivare utan måste hämta hem intyget och därefter skicka det (per post eller som pdf). Detta beror på att intyget som utfärdas till patienten är en journalhandling i vården.

### Försök att skapa en digital samverkansyta

Inera har inom ramen för statens och SKR:s överenskommelse *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess* utvecklat *Samverkansytan* som är en tänkt digital yta för samverkan mellan aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Syftet med ytan är att:

> möjliggöra dialog och informationsutbyte mellan aktörerna på en digital yta som präglas av transparens.[79]

Projektet Samverkansytan har skapat en prototyp, utvärderat nyttan med Samverkansytan och utrett de juridiska förutsättningarna för

[78] Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges kommuner och regioner, SKR (2020), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020*, s. 12.
[79] Inera (2018), *Slutrapport Samverkansytan 2017–2018. Delprojekt i Intygstjänster 2017–2018*, s. 1.

ytan. Inera konstaterar i sin slutrapport att det inte identifierats några tekniska hinder som skulle göra utvecklingen komplicerad.[80] Inera konstaterar vidare att utvärderingen visar på stor nytta av Samverkansytan samt att juridiska hinder försvårar implementeringen.[81]

### *Upplevd nytta med Samverka*nsytan

Inom ramen för utvecklingen av Samverkansytan genomfördes en mindre utvärdering av prototypen.[82] I utvärderingen uppgav alla grupper att Samverkansytan skulle kunna underlätta sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Individen slapp vara bärare av information mellan aktörerna och trodde därmed att de inte skulle behöva känna sig så ”utsatta och utfrågade” vid möten. Individens mest uppskattade funktioner i prototypen var att alla kontaktuppgifter fanns samlade, att det fanns möjlighet att dela dokument och att det fanns en tidslinje över deras process. Arbetsgivarna uppskattade tillgång till läkarintygen och meddelandefunktionen.[83]

### *Identifierade risker med Samverkansytan*

En risk som återkommande förts fram av framför allt arbetsgivare är att individen inte ska vilja dela med sig av all information som kan behövas. En annan risk är de juridiska förutsättningarna. Dels handlar det om vilken information som sparas dels om vilken information som delas. De juridiska försättningarna har utretts av Inera. Slutsatsen är att nytt lagstöd behövs för att dela informationen (de personuppgiftsbehandlingar som en digital yta kräver). För att författa en sådan ny lag måste det bestämmas vilken aktör som ska driva tjänsten.[84] Det finns också juridiska utmaningar med hur länge informationen kan sparas. Om informationen på ytan sparas för länge så

[80] Inera (2018), *Slutrapport Samverkansytan 2017–2018. Delprojekt i Intygstjänster 2017–2018.*
[81] Inera (2018), *Slutrapport Samverkansytan 2017–2018. Delprojekt i Intygstjänster 2017–2018.*
[82] Utvärderingen gjordes med grupper av invånare (17 personer), arbetsgivare (16 personer) och rehabkoordinatorer (14 personer). Invånarna rekryterades via annonser i dagspress. Annonsen utformades för att rekrytera individer med psykiatriska diagnoser eller med sjukdomar inom rörelseorganen. Arbetsgivare och rehabiliteringskoordinatorer valdes av projektet.
[83] Inera (2018), *Utvärdering av Samverkansytan. Upplevd nytta av en digital yta för samverkan vid sjukskrivning och rehabilitering.*
[84] Inera (2018), *Utvärdering av Samverkansytan. Upplevd nytta av en digital yta för samverkan vid sjukskrivning och rehabilitering.* Bilaga 2. *Juridisk utredning av Samverkansytan.*

finns ett integritetsproblem och om den sparas för kort tid så blir det ett effektivitetsproblem. Ett återinsjuknande inom tre månader räknas som samma fall[85] vilket talar för att informationen behöver sparas åtminstone så länge.[86]

*Synpunkter på Samverkansytan*

Försäkringskassan och företrädare för arbetsgivarna har haft synpunkter på utvecklingen av Samverkansytan. Försäkringskassan har bistått projektet med juridisk kompetens och har deltagit i projektets referensgrupp men avböjde att vara en aktiv part i utvecklingen av tre skäl som handlade om att Försäkringskassan innan ett engagemang i utvecklingsarbetet skulle behöva göra en egen fördjupad studie av behovet av ytterligare en kanal hos Försäkringskassan för individen[87], de osäkerheter som framkom i förstudiens slutsatser samt oklarheter i de juridiska delarna. Av Försäkringskassans ställningstagande avseende myndighetens fortsatta engagemang i arbetet med Samverkansytan framgår dock att Försäkringskassans uppfattning är att ett ökat och effektiviserat utbyte i av information mellan individen och andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är ett viktigt arbete.[88]

Företrädare för arbetsgivare har i dialog med utredningen lyft bristerna i de juridiska förutsättningarna och uttryckt en oro för att administrationen för arbetsgivare skulle bli alltför omfattande om Samverkansytan skulle utformas så som det var tänkt.

[85] 27 kap. 51 § SFB.
[86] Inera (2018), *Utvärdering av Samverkansytan. Upplevd nytta av en digital yta för samverkan vid sjukskrivning och rehabilitering.*
[87] Försäkringskassan har dels *Arbetsgivartjänsten* som är en kanal för arbetsgivare dels *Mina sidor* för individer som har ett ärende hos Försäkringskassan.
[88] Försäkringskassan (2017), *Slutrapport av Försäkringskassans utvecklingsarbete inom elektroniskt informationsutbyte med hälso- och sjukvården. Svar på regeringsuppdrag.* Bilaga 3.

### 4.3.7 Utredningens slutsatser gällande former för samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

#### Överenskommelser och samverkansgrupper skapar förutsättningar för samverkan

Samverkan mellan aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är som ovan beskrivet reglerat i lag, i förordningar, i föreskrifter, eller genom regleringsbrev och regeringsuppdrag. En del av formerna för samverkan mellan aktörerna tas fram i överenskommelser, och arbetet inom ramen för överenskommelserna styrs genom styr- eller samverkansgrupper. Överenskommelsen om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess har sedan 2006 också utgjort en viktig grund för samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Sammanställningen av samverkansgrupper inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ovan, visar att NSG och den nationella styrgruppen för samverkan mellan Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan har hög formell status, i termer av att de överenskommelser som samverkansgrupperna arbetar utifrån har undertecknats av höga chefer i respektive myndighet. Dessa överenskommelser innehåller övergripande mål och plan för uppföljning. Överenskommelserna innehåller också en tydlig beskrivning för hur samverkan mellan myndigheterna ska bedrivas på regional och lokal nivå. I dessa två fall har en tydlig struktur och form för samverkan etablerats och i de samtal vi haft med företrädare för myndigheterna fungerar samverkan bra. Att samverkan fungerar bra i meningen att form, struktur och gemensamma arbetssätt finns på plats och fungerar, behöver nödvändigtvis inte betyda att det som aktörerna har för avsikt att uppnå med samverkan verkligen uppnås. Samverkan mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan är ett sådant exempel, där antalet individer som får stöd i det förstärkta samarbetet har minskat de senaste åren, något som vi beskriver närmare i avsnitt 7.1.

Samverkan mellan aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kompliceras av att det är aktörer med olika juridiska förutsättningar och olika organisatoriska förutsättningar som ska samverka. Vi uppfattar att det är särskilt utmanande att hitta former för samverkan som ska bedrivas mellan myndigheter och regioner och den samverkan som ska bedrivas mellan myndigheter och kommuner. SKR representerar ofta regioner och kommuner i samverkan på

nationell nivå, men på regional nivå och på kommunal nivå ska myndigheterna samverka med respektive region och kommun. Överenskommelsen om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess har lett fram till lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, som reglerar att hälso- och sjukvården ska samverka med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen på individnivå, men överenskommelsen har inte lett till former för strukturell samverkan mellan samtliga regioner och Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och det finns heller inga formaliserade strukturer för samverkan mellan kommunerna och Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen.

Det finns dock överenskommelser mellan Försäkringskassan och en del regioner och det framgår av Försäkringskassans stöd för strukturell samverkan att myndigheten ska sträva efter samverkan med regionerna på regionledningsnivå. I redovisningen av uppdraget *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*, framgår också att ett av utvecklingsområdena är att förbättra samverkans- och samarbetsformerna mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.[89] Det finns också överenskommelser mellan kommuner, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för de individer som saknar SGI, men de är få, trots att SKR, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen undertecknat en viljeinriktning i vilken överenskommelse mellan aktörerna på lokal nivå förordas, som ett led i att säkerställa att denna målgrupp får ändamålsenligt stöd.

### Det finns ingen samverkan mellan aktörerna som syftar till att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som helhet ska fungera

Det finns stöd för aktörerna att samverka på strukturell nivå, men det finns inga krav på att aktörerna ska samverka för att främja en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Dagens strukturella samverkan på nationell nivå sker vanligen mellan två aktörer och är riktad mot specifika delar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och syftar därmed inte till att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som helhet ska fungera.

[89] Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*, s. 36.

Att Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket ska samverka med varandra i syfte att uppnå en effektiv användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet kan inte förstås som att myndigheterna ska samverka för att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som helhet ska fungera, något som företrädare för myndigheterna under utredningens gång bekräftat. Det finns heller ingen överenskommelse på nationell nivå som omfattar samtliga aktörer som omfattar uppdrag inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. De uppdrag som ges myndigheterna i regleringsbrev eller i regeringsuppdrag riktas mot specifika delar av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, och omfattar inte heller processen som helhet. Vi menar att ovan nämnda exempel på överenskommelser mellan flera aktörer på regional nivå, visar att det är möjligt att skapa formaliserade strukturer för samverkan mellan olika aktörer på olika nivåer.

Vår bedömning är att vare sig lag eller förordningar i dag leder till att myndigheterna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen samverkar med varandra eller med de andra aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen med syfte att processen som helhet ska fungera. Inspektionen för socialförsäkringen uppmärksammar också i sin granskning av samordningsförbundens organisering och verksamhet att det finns skäl att se över hur uppdraget att samverka är formulerat i myndigheternas instruktioner och att det av instruktionerna borde framgå att myndigheterna ska verka för en god och stabil samverkan över tid.[90] Med ett tydligare uppdrag till myndigheterna om samverkan för att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som helhet ska fungera, är vår bedömning att myndigheterna i högre utsträckning genom samverkan skulle kunna initiera aktiviteter för att lösa problem som uppstår inom ramen sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, än vad som i dag är fallet.

[90] Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Samordningsförbundens organisering och verksamhet*. ISF Rapport 2019:1, s. 173.

### Samordningsförbundens uppdrag är att stödja samverkan inom ramen för finansiell samordning, inte i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som helhet

Samordningsförbunden är en samverkansform för Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, regioner och kommuner. I samordningsförbundens uppdrag ingår att stödja samverkan mellan aktörerna som gör att den finansiella samordningen, och de insatser som förbunden finansierar, fungerar. Vår bedömning är att frågor som löpande måste hanteras genom samverkan mellan aktörerna inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inte är samverkansfrågor som samordningsförbunden har i uppdrag att stödja. Exempel på löpande och övergripande samverkansfrågor inom processen är utveckling av former för informationsöverföring mellan aktörerna, utveckling av medicinska underlag och utveckling av gemensamma arbetssätt och metoder mellan två eller flera aktörer och som inte har koppling till insatser som finansieras av förbunden. På regional och lokal nivå kan exempel på löpande samverkansfrågor vara att aktörer behöver medverka i varandras interna utbildningar, att aktörerna lokalt behöver implementera beslutade arbetssätt i samverkan eller att en ansträngd relation mellan två lokala aktörer behöver hanteras. Utredningens bedömning är därför att det är viktigt att aktörerna på regional och lokal nivå skiljer mellan samverkan kring sådant som löpande måste hanteras av aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen från samverkan i frågor som handlar om att den finansiella samordningen, och insatser inom ramen för den, ska fungera.

### De digitala ytorna är nödvändiga för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens effektivitet, och fortsatt utveckling, förvaltning och finansiering av dessa måste säkerställas

Välfungerande kontaktvägar är en förutsättning för en fungerande samverkan. Att frågor om förvaltning, finansiering och utveckling av digitala plattformar för informationsöverföring och dialog mellan aktörerna löses ut är av yttersta vikt. Utredningen kan konstatera att mycket gjorts för att bygga ytor för samverkan på individnivå. Aktörerna har dock fortfarande svårt att nå varandra och individer vittnar om att det är problematiskt för dem att fungera som informationsbärare (se avsnitt 3.3.4 om individens upplevelse). Mycket talar för

att det skulle medföra fördelar att skapa en digital planeringsyta. Det finns dock ännu ingen fastställd form för förvaltning, utveckling eller finansiering av de plattformar som utvecklats inom ramen för överenskommelserna mellan staten och SKR om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Då det gäller finansiering av plattformarna är det viktigt att ha i åtanke att det redan nu finns, och på sikt kan komma att finnas, andra aktörer än regioner och Försäkringskassan som kan komma att kunna och vilja ansluta sig till plattformarna, och att det behövs en finansieringsmodell som medger att även mindre aktörer, kan ansluta sig utan att kostnaderna blir för höga. Utveckling av nya digitala lösningar måste prioriteras och att de lösningar som redan finns omhändertas är av yttersta vikt för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens effektivitet.

# 5 Analys av nuvarande förhållanden för samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

I detta kapitel redovisar vi förhållanden som försvårar samverkan i processen. Utredningen ska, enligt direktivet, analysera nuvarande förhållanden när det gäller samverkan mellan aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Flera av förhållandena har inslag av sådant som generellt gör samverkan svårt. Exempel är otydlighet i roller och ansvar, att samma begrepp har olika betydelse för olika aktörer och att det finns brist på tillit och förtroende mellan aktörerna. Samtidigt är de förhållanden för samverkan som vi redogör för i detta kapitel specifika för just sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Svårigheter som uppstår i samverkan beror på att aktörerna har ett uppdelat ansvar i processen och verkar inom olika sektorer. I Statskontorets rapport *Sektorisering inom offentlig förvaltning* konstateras att:

> Eftersom det knappast finns några generella sektoriseringsproblem så finns det heller inga generella åtgärder för att lösa problemen. I stället måste problemen kartläggas och analyseras i varje enskilt fall och lösningar formas som tar sikte på de brister som upplevs som allvarliga.[1]

Informationen om problem i samverkan kommer från aktörerna och från de individberättelser utredningen inhämtat. Vår analys är ett försök att ge en övergripande bild av de samverkansutmaningar som finns i processen. Vår bild av vad det är som försvårar samverkan i processen överensstämmer därmed inte alltid med den bild de olika aktörerna i processen har. En anledning till det kan vara att aktörernas upp-

[1] Statskontoret (2005), *Sektorisering inom offentlig förvaltning*, s. 8.

fattning om problem i samverkan utgår från deras respektive uppdrag och perspektiv.

Vägledande för utredningens värdering av problem i samverkan har varit att källorna varit samstämmiga och att problemen medför konsekvenser för individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Konsekvenser för individen kan antingen vara stora för ett fåtal (att individen exempelvis riskerar att förlora sin sjukpenninggrundande inkomst) eller beröra många individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (direkt eller indirekt) så att samhälleliga resurser kan antas bli påverkade.

Sist i kapitlet redovisar vi våra slutsatser om nuvarande förhållanden för samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

## 5.1 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens paradox

**Bedömning:** Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens paradox består i att rätten till ersättning från sjukförsäkringen bygger på oförmåga samtidigt som ett primärt syfte med processen är att den ska leda till att en individs arbetsförmåga ska kunna tas tillvara. Paradoxen kan leda till att tillit och förtroende mellan aktörerna påverkas negativt.

Det kan ses som en paradox att individens rätt till ersättning från sjukförsäkringen bygger på hens oförmåga att arbeta samtidigt som ett syfte med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är att ta tillvara hens arbetsförmåga. Om individen visar förmåga kan den ekonomiska ersättningen riskeras. Risken med att visa på förmåga kan därför bidra till att individen och andra runt individen, medvetet eller omedvetet, förstärker oförmåga i syfte att trygga försörjning.

> Det är en paradox att en person hela tiden måste visa att hon är sjuk medan hon ska rehabiliteras och bli frisk. Samma institution agerar både myndighet och stöd.[2]

Paradoxen har, som citatet visar, varit känd länge. I Inspektionen för socialförsäkringens rapport *Effekter av tidiga insatser för sjukskrivna*

[2] Socialstyrelsen (2001), *Utvärdering av frivillig samverkan FRISAM*, s. 201.

från 2011, lyfts Försäkringskassans dubbla roll, att fungera både som ett stöd för individen i att komma åter i arbete och som en kontrollfunktion i försäkringen, som en faktor som försvårar arbetet avsevärt.[3] Paradoxen påverkar inte endast individen i processen utan också de andra aktörerna och blir ett problem i samverkan mellan aktörerna då den riskerar att skapa tillitsproblem.

För hälso- och sjukvården innebär paradoxen att läkaren å ena sidan ska ansvara för behandling av patienten och å andra sidan utfärda intyg för att styrka att patienten har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Intyget har betydelse för patientens rätt till såväl sjuklön som sjukpenning och är därmed viktigt för patientens försörjning. Om läkaren och patienten har olika uppfattning om arbetsförmågans nedsättning och behov av sjukskrivning kan relationen mellan patient och läkare påverkas negativt, och därmed försämra förutsättningarna för patientens fortsatta behandling. Läkaren kan därför ha incitament att ge patienten det intyg patienten vill ha och hänskjuta ett eventuellt negativt beslut till arbetsgivaren eller Försäkringskassan. I en enkätundersökning om läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning uppger drygt en av tio läkare att de sjukskriver längre än nödvändigt någon gång per månad eller oftare för att undvika konflikt med patienten.[4] I Riksrevisionens granskning av bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa konstaterar de att sjukskrivande läkares svårigheter att bedöma arbetsförmåga vid psykiatriska diagnoser försvårar för läkare att förena rollen som patientens behandlande läkare och den som medicinskt sakkunnig. Riksrevisionen menar att det finns en risk att läkarnas ambitioner att tillgodose Försäkringskassans krav på uppgifter i läkarintyget kan leda till suboptimala lösningar där läkaren, med anledning av att Försäkringskassan fäster stor vikt vid särskilda ord eller formuleringar i läkarintygen, skriver av informationsmaterial från Försäkringskassan i läkarintyget. De intervjuade läkarna framhåller att det är oförenligt med läkarrollen att misstro sin patient och att det är viktigt att patienten inte uppfattar det som att läkaren är en motpart.[5]

[3] Inspektionen för socialförsäkringen (2011), *Effekter av tidiga insatser för sjukskrivna*. ISF Rapport 2011:17, s. 45.
[4] Alexanderson, K. et al (2018), *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter. Resultat från en enkät 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004. Huvudrapport 2018*. Karolinska Institutet, s. 77.
[5] Riksrevisionen (2018), *Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar.* Rapport 2018:11, s. 6.

Enligt paradoxen måste också informationen i läkarintyget tillgodose såväl behovet av att bedöma rätt till frånvaro och ersättning som behovet av att förse aktörerna i processen med information om potential för rehabilitering. Denna konflikt förstärks då läkarintyget är ingången till flera typer av stöd i processen. Läkarintygets innehåll kan avgöra om en individ får stöd av en funktion för koordinering i hälso- och sjukvården eller att individen får samordnade insatser från Försäkringskassan (se avsnitt 5.3 Medicinska uppgifter).

Försäkringskassans handläggare ansvarar för bedömningen av rätt till ersättning, samtidigt som de ska bedöma, och om behov föreligger samordna, individens rehabilitering. Den ena uppgiften handlar om att bedöma arbetsoförmåga på grund av sjukdom och den andra arbetsuppgiften handlar om att verka för att eventuell arbetsförmåga kan tas tillvara trots sjukdom. Försäkringskassans handläggare ska alltså samtidigt bedöma om det finns arbetsförmåga att ta tillvara, vilket i så fall kan leda till att rätt till ersättning upphör och verka för att individens arbetsförmåga ska öka. Att bedöma om en individ har arbetsförmåga eller om individen har förmåga att delta i insatser för att återfå sin arbetsförmåga är en svår uppgift för Försäkringskassans handläggare, särskilt om individen, på grund av oro för att förlora sin rätt till sjukpenning, inte vågar visa på förmåga att delta i insatser.

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen paradox kan leda till att läkare inte alltid uttrycker om en individ har rehabiliteringspotential i läkarintyget, med anledning av att det kan finnas en risk för att Försäkringskassan tar rehabiliteringspotential som ett stöd för att individen har arbetsförmåga. När detta händer skadas tilliten mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan.

### 5.1.1 Utredningens slutsatser

Det är en utmaning för aktörerna som ska stödja individen genom processen att hantera sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens paradox. Dels har flera av aktörerna dubbla uppdrag, dels riskerar paradoxen att skapa misstro mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan. Att varje profession kan hantera sina dubbla roller i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är avgörande för att processen ska fungera. För läkare handlar det för det första om att bara ordinera sjukskrivning när läkaren bedömer sjukskrivning vara

nödvändig ur ett medicinskt perspektiv. För det andra handlar det för läkaren om att informera andra aktörer om individens möjligheter att kunna återfå arbetsförmåga. För Försäkringskassans handläggare handlar det om att värdera om individens arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom och samtidigt utreda och bedöma om det finns möjligheter för individen att återfå arbetsförmåga. I samverkan handlar det om att Försäkringskassan ska kunna lita på att läkaren gjort en vederhäftig bedömning utifrån sin roll i processen. Samtidigt ska läkaren, i sin tur, kunna lita på att Försäkringskassan tar emot information om individens potential utan att nödvändigtvis ta informationen om rehabiliteringspotential som intäkt för att arbetsförmåga redan finns.

Hälso- och sjukvården och Försäkringskassan har olika uppdrag i sjukskrivningsprocessen och det är inte meningen att konsensus mellan aktörerna ska föreligga i samtliga fall. För att individen ska uppfatta processen som begriplig behöver det dock finnas hög tillit mellan aktörerna, i meningen att aktörerna har förtroende för att den andra aktören gör rätt utifrån sitt uppdrag.

## 5.2 Regler som berör sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen finns i flera olika lagar

**Bedömning:** Att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras i olika lagrum skapar otydligheter som gör processen svår att förstå och som kan leda till att stöd för återgång i arbete försämras.

De problem som uppstår med anledning av att regler finns i olika lagar kan i många fall lösas genom samverkan.

Arbetsgivares skyldigheter inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras i olika lagrum och kan vara svåra att överblicka. Lagstiftaren och myndigheterna bör ta hänsyn till detta vid framtida förändringar i lagar, förordningar och föreskrifter som påverkar arbetsgivares skyldigheter.

Olika regelverk reglerar olika delar av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen vilket kan göra det svårt för aktörerna att veta vad som gäller, och i förlängningen till att individen får motstridig eller

felaktig information eller fel stöd. Nedan redogör vi för tre exempel på sådana svårigheter.

### 5.2.1 Arbetsgivarens ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras i flera lagrum

Att arbetsgivare vet vilket ansvar man har för individens arbetsanpassning och rehabilitering tillbaka till arbete kan vara avgörande för att rätt stöd ges till individen.

Arbetsgivarens rehabiliteringsansvar följer av arbetsmiljölagen (AML), socialförsäkringsbalken (SFB) samt indirekt genom reglerna om saklig grund för uppsägning i lagen om anställningsskydd (LAS) och Arbetsdomstolens praxis. I AML finns regler om arbetsgivarens skyldighet att organisera och ha rutiner för förebyggande arbetsmiljöarbete, arbetsanpassning och rehabilitering. De föreskrifter som Arbetsmiljöverket tar fram förtydligar de regler som finns i AML och Arbetsmiljöverket utövar endast tillsyn över de regler som finns i AML. I SFB anges att arbetsgivaren:

> ska efter samråd med den försäkrade lämna de upplysningar till Försäkringskassan som behövs för att den försäkrades behov av rehabilitering snarast ska kunna klarläggas och även i övrigt medverka till det. Arbetsgivaren ska också svara för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.[6]

Att lagstiftning avseende arbetsgivares rehabiliteringsansvar finns i olika lagar gör det svårt för arbetsgivare att få överblick av vilka skyldigheter de har inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som helhet.

En annan konsekvens är att individens rättigheter riskerar att inte tillgodoses eftersom Arbetsmiljöverket inte utövar tillsyn över de regler som finns i SFB. I de fall arbetstagare och arbetsgivare inte är överens om vilka rehabiliteringsåtgärder som bör erbjudas av arbetsgivaren kan Försäkringskassan, som har tillsyn över rehabiliteringsverksamhet som regleras i SFB,[7] hjälpa individen genom att kalla till avstämningsmöte, utbyta information i övrigt med arbetsgivaren eller begära in plan för återgång i arbete från arbetsgivaren. Försäkringskassan har dock inga sanktionsmöjligheter gentemot arbets-

[6] 30 kap. 6 a § SFB.
[7] Försäkringskassans ansvar beskrivs i avsnitt 2.4.

givaren om arbetsgivaren inte gör det denne ska. Försäkringskassan kan också uppmärksamma Arbetsmiljöverket på arbetsgivare som inte fullgör sitt ansvar enligt arbetsmiljölagen eller socialförsäkringsbalken.[8] I avsnittet om Försäkringskassans och Arbetsmiljöverkets samverkan (se avsnitt 6.2.3) framgår dock att ytterst få anmälningar görs. Arbetsmiljöverket utövar inte heller tillsyn på individnivå utan på organisatorisk nivå, till exempel över arbetsgivarens skyldigheter att organisera arbetsmiljöarbetet på ett ändamålsenligt sätt utifrån gällande regelverk.

Om en individ inte får det stöd av sin arbetsgivare som de anser sig ha rätt till är det således oklart hur individen ska gå tillväga i de fall dialog med arbetsgivare och Försäkringskassan inte har någon verkan. Arbetsmiljöverket hänvisar, i dialog med utredningen, till individens fackliga företrädare. De fackliga företrädarna är ense med Arbetsmiljöverket om att facket är rätt instans. De fackliga företrädarna kan hjälpa sina medlemmar i dialogen med arbetsgivaren, men för de som inte är medlem i facket saknas denna möjlighet. Vi kan därmed konstatera att det saknas en aktör som har ansvar att tillse att individen får rehabiliterande åtgärder.

### 5.2.2 Omplacering har en betydelse i arbetsrätten och en annan betydelse i socialförsäkringsbalken

Arbetsgivare och Försäkringskassan har olika utgångspunkter för vad *omplacering* betyder. Detta skapar förvirring och problem i dialogen mellan Försäkringskassan och arbetsgivarna och skapar därmed indirekt problem för individerna i processen.

Det framgår av SFB att Försäkringskassan efter dag 90 ska vidga sin prövning av arbetsförmågans nedsättning till att även beakta om den försäkrade kan försörja sig efter en omplacering till annat arbete hos arbetsgivaren.[9] Det innebär att Försäkringskassan ska utreda om arbetsgivaren kan erbjuda ett annat arbete, än det ordinarie, som arbetstagaren klarar av trots nedsättning av arbetsförmågan. Denna bedömning ska göras oavsett om arbetstagaren kan eller inte kan antas återgå till sitt vanliga arbete.[10] Enligt förarbetena framgår att

[8] Försäkringskassan (2019), *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. Vägledning 2015:1, version 12, s. 157.
[9] 27 kap. 47 § SFB.
[10] Prop. 2007/08:136, s. 101.

avsikten med denna regel inte är att vare sig vidga eller minska det rehabiliteringsansvar som en arbetsgivare har:

> Det innebär bl.a. att rena förekomsten av arbetsuppgifter hos arbetsgivaren som den försäkrade skulle kunna utföra inte medför att sjukpenningen ifrågasätts. Den försäkrade måste bl.a. utifrån gällande arbetsrättsliga principer ges möjlighet att utföra dem. Om det finns lediga arbetsuppgifter som den försäkrade kan utföra är dock arbetsgivaren ofta inom ramen för sin rehabiliteringsskyldighet skyldig att erbjuda den försäkrade dessa uppgifter. Om den försäkrade nekar att ta arbete som han eller hon rimligen bör acceptera ska fortsatt sjukpenning inte betalas ut.[11]

Begreppet *omplacering* har i allmänhet en annan betydelse för arbetsgivare och när Försäkringskassan ber en arbetsgivare att utreda om en anställd kan omplaceras så kan det därför hända att arbetsgivaren tror att Försäkringskassan efterfrågar en omplaceringsutredning enligt 7 § andra stycket LAS.[12]

En omplaceringsutredning enligt 7 § andra stycket LAS innebär att arbetsgivaren ska se över samtliga lediga anställningar i dennes verksamhet. En sådan omplaceringsutredning ska göras först efter att möjligheterna till återgång i ordinarie arbete eller annat arbete inom ramen för arbetsskyldigheten är uttömda. 7 § andra stycket LAS syftar till att värna en fortsatt anställning då alternativet är en uppsägning. Detta innebär att det föreligger saklig grund för uppsägning om en arbetstagare, utan godtagbar anledning, avböjer ett sådant omplaceringserbjudande (se också avsnitt 2.2.5). Arbetsgivarföreträdare skriver att:

> Arbetsgivare har mycket sällan skyldighet att redan efter 90 dagars sjukskrivning vidta en omplaceringsutredning enligt 7 § andra stycket LAS. Arbetstagaren har å sin sida lika sällan en skyldighet att vid den tidpunkten ta ställning till ett erbjudande om en helt annan typ av anställning som kanske till om med finns på en annan ort. 7 § andra stycket LAS blir nämligen aktuell först när saklig grund för uppsägning kan föreligga, dvs när rehabiliteringsansvaret är fullgjort och arbetsgivaren konstaterat att arbetsförmågan är stadigvarande nedsatt samt att arbetstagaren inte kan utföra arbete av betydelse. Att komma till den situationen tar vanligtvis mycket längre tid än 90 dagar.[13]

[11] Prop. 2007/08:136, s. 61 f.
[12] Utredningens dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer.
[13] Inkommen uppgift från Arbetsgivarverket. E-post 14 februari 2019.

Försäkringskassans handläggare förstår inte att deras fråga om omplacering uppfattas som den gör, eftersom de inte utgår ifrån samma lagstiftning som arbetsgivaren när frågan om omplaceringsmöjligheter ställs.[14]

För individen kan detta innebära att anställningen äventyras i de fall arbetsgivaren inte har arbetsuppgifter att erbjuda individen. Detta torde inte inträffa ofta men arbetstagarföreträdare berättar i dialog med utredningen om att det händer att individer blir uppsagda. I utredningen har vi gjorts uppmärksamma, av arbetsgivarföreträdare och fackliga företrädare, på att missförstånd avseende begreppet omplacering medför konsekvenser för såväl individer som arbetsgivare. Vi har dock inte kunnat verifiera omfattningen av dessa konsekvenser.

Utredningen har också gjorts uppmärksam på att detta förhållande dessutom kan skapa missförstånd i dialogen mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. I samband med att individer nekas sjukpenning därför att de bedöms ha arbetsförmåga i normalt förekommande arbete kan individer som fortfarande har kvar en anställning komma till Arbetsförmedlingen genom ett omställningsmöte. Arbetsförmedlare kan då i många fall, enligt uppgift från Arbetsförmedlingen, utgå ifrån att Försäkringskassan utrett att det inte finns några möjligheter till andra arbetsuppgifter hos befintlig arbetsgivare, vilket inte behöver vara fallet. Försäkringskassan har oftast utrett de möjligheter till anpassade arbetsuppgifter som finns hos nuvarande arbetsgivare, och inte omplacering i den mening som finns i LAS. Det kan därför visa sig att arbetsgivaren har möjlighet att omplacera individen och att individen då kan gå tillbaka till sin arbetsgivare. För individen blir konsekvensen en onödig (och obegriplig) omväg via Arbetsförmedlingen till sin ordinarie arbetsgivare. Eftersom individen har en arbetsgivare som kan erbjuda en omplacering hade individen aldrig behövt besöka Arbetsförmedlingen.

[14] Utredningens dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer.

### 5.2.3 Flera aktörer utformar planer för återgång i arbete för individen

Utredningen har fått kännedom om att såväl individer i processen som arbetsgivare tycker att det faktum att flera olika aktörer i processen utformar rehabiliteringsplaner för individen riskerar att göra stödet svårt och överskåda och aktörernas ansvar otydligt.[15,] Följande individuella planer för återgång i arbete kan skapas för en individ i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen:

1. Kommunen kan utforma en samordnad individuell plan, så kallad SIP, när en individ behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården och när insatserna behöver samordnas (2 kap. 7 § SoL).
2. Hälso- och sjukvården ska i samverkan med patienten upprätta en individuell plan för planerade och beslutade rehabiliteringsinsatser (8 kap. 7 § sista stycket HSL). Även vid kommunal rehabilitering ska en individuell plan upprättas (12 kap. 5 § andra stycket HSL).
3. Arbetsgivaren ska upprätta en plan för återgång i arbete inom 30 dagar om det kan antas att individens arbetsförmåga kommer att vara nedsatt på grund av sjukdom under minst 60 dagar (30 kap. 6 § SFB). Planen ska i den utsträckning som det är möjligt upprättas i samråd med den försäkrade. Planens främsta uppgift är att vara ett stöd i det arbete som genomförs på arbetsplatsen för att göra det möjligt för arbetstagaren att återgå i arbete.
4. Försäkringskassan ska enligt 30 kap. 12 § SFB upprätta en rehabiliteringsplan. Det är en plan för att Försäkringskassan ska kunna bevaka att arbetslivsinriktade rehabiliteringsåtgärder genomförs i det enskilda fallet. Det är dessutom ett underlag för att Försäkringskassan ska kunna fatta beslut om rehabiliteringsersättning. Vid planering av åtgärder som inte ligger till grund för att bevilja rehabiliteringsersättning kan Försäkringskassan upprätta plan för återgång i arbete i stället för rehabiliteringsplan. Planerna ligger i

[15] Arbetsgivarverket (2017), *Yttrande över promemorian Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete (Ds 2017:9)*. s. 2 och Inspektionen för socialförsäkringen (2017), *Remissvar Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete* (Ds 2017:9).

samma interna mall och handläggaren gör olika val beroende på vilken situation den försäkrade är i.[16]

De individuella planerna syftar till att förbättra individens möjligheter till effektiv rehabilitering. I planerna görs också bedömningar om individens behov av rehabilitering. Planerna har inte exakt samma syfte även om de till del överlappar. För respektive aktör är det tydligt varför en individuell plan ska utformas och hur den hjälper individen. En enskild individ kan dock ha planer hos flera aktörer samtidigt. Innehållet i dessa planer är ofta inte samverkat aktörerna emellan vilket innebär att individen kan få motstridiga besked. Det behöver inte handla om allvarliga motstridigheter utan kan vara så enkla saker som skillnader i tidpunkt för insatser eller olika bedömningar av behovet av en viss insats. Om det finns skillnader i de olika aktörernas planer för individen kan det vara svårt för individen att förstå vilken plan som ska följas och om någon plan är överordnad någon annan.

### 5.2.4 Utredningens slutsatser

Ovanstående tre exempel illustrerar hur lagstiftningens konstruktion kan skapa problem i samverkan. Vår bedömning är att lagstiftningen i sig inte är motstridig. Snarare är det överlappande ansvar och ordval som skapar oklarheter för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer och som i sin tur kan skapa oklarheter för individen.

Utredningen gör bedömningen att lösningen på de problem som kan uppstå enligt ovanstående beskrivningar inte i huvudsak ligger i att förändra den befintliga lagstiftningen. Att ha sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i fokus i lagstiftningsarbetet skulle troligtvis generera konsekvenser för angränsande (minst lika viktiga) processer. Trots att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är en viktig process, är den inte överordnad anställningstrygghet eller rätt till likvärdig vård. Därutöver inkluderar sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ett så stort antal aktörer att den behöver regleras i flera lagrum.

[16] Försäkringskassan (2019), *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. Vägledning 2015:1, version 12, s. 291 f.

Olika lagstiftningar kan då, trots omfattande utredningar och genomgång av lagrådet, innehålla samma ordval eller skapa överlappande ansvar. Utredningens bedömning är att aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har ett ansvar att samverka för att denna typ av problem kan undvikas i så hög utsträckning som möjligt. De problem som beskrivs ovan relaterar till behovet av en gemensam terminologi för att samverkan ska underlättas (avsnitt 4.2.2). Aktörerna i processen måste ta ansvar för att ge de personer som arbetar med individer i processen förutsättningar att förstå varandra över professionsgränser och mellan myndigheter och organisationer.

Vi drar slutsatsen att det med anledning av att arbetsgivares ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras i olika lagrum kan vara svårt för framför allt små och medelstora arbetsgivare att skaffa sig en fullständig bild över vilka skyldigheter arbetsgivaren har i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Detta kan i sin tur medföra konsekvenser för individer. Utredningen anser att det faktum att arbetsgivares skyldigheter inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen regleras i olika lagrum kräver att både lagstiftaren och myndigheterna beaktar hur framtida förändringar i lagar, förordningar och föreskrifter påverkar arbetsgivares skyldigheter i deras arbete inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i sin helhet.

Vad gäller begreppet omplacering har vi i våra dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer förstått att det skapar problem i samverkan. Aktörerna behöver föra en dialog om vad de lägger i begreppet omplacering och, om möjligt, komma överens om vad som behöver göras för att klargöra hur begreppet ska användas för att det inte ska leda till oklarheter i processen.

För individerna i processen är det av betydelse att aktörerna ser till att ensa planer gällande rehabilitering för en enskild individ. Att göra detta kräver goda kontaktvägar och samtycke från individen. Mer om kontaktvägar i avsnitt 4.3.6.

## 5.3 Medicinska uppgifter

**Bedömning:** Att utbyta medicinska uppgifter kräver samverkan både för själva överföringen av uppgifterna och för att komma överens om vilka uppgifter som ska lämnas. Alla aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen behöver medicinska uppgifter om individen. Det finns behov av att ytterligare underlätta hälso- och sjukvårdens uppgiftslämnande i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

För individen är det viktigt att de aktörer som ska ge individen stöd får ändamålsenliga medicinska uppgifter från hälso- och sjukvården. Utbyte av medicinska uppgifter är en samverkansfråga mellan hälso- och sjukvården och de andra aktörerna. Flera aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har behov av medicinska uppgifter om individen. Till exempel utgör sådana uppgifter grund för bedömning av rätt till frånvaro från arbetet och ersättning och är i många fall tungt vägledande för anpassning och utformning av insatser på, eller i relation till, arbetet. Tillgång till, och behov av, medicinska uppgifter är dock inte alltid i balans, vilket riskerar att hindra aktörer från att agera ändamålsenligt. När behov av uppgifter inte tillgodoses riskerar processen att stanna upp med konsekvenser för individen. Samtidigt är hälso- och sjukvårdens sammanställning av medicinska uppgifter för att en annan aktör ska kunna uppfylla sitt uppdrag, och förmedling av sådana uppgifter, resurskrävande för hälso- och sjukvården och uppgifter borde efterfrågas bara när det verkligen är nödvändigt. Nedan ges en översiktlig bild av hälso- och sjukvårdens möjligheter att lämna medicinska uppgifter och vilket behov respektive aktör har av medicinska uppgifter. När det finns diskrepanser i möjligheter att lämna uppgifter och behov av uppgifter blir det problem i samverkan vilket också redogörs för nedan.

### 5.3.1 Hälso- och sjukvårdens möjligheter att lämna medicinska uppgifter

Hälso- och sjukvården lämnar medicinska uppgifter i form av intyg med information till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer. Hälso- och sjukvården har en lagstadgad skyldighet att

lämna intyg om vården till en individ som efterfrågar ett sådant intyg.[17] Det finns däremot ingen lagstadgad skyldighet för läkaren att intyga att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom trots att rätt till sjuklön och sjukpenning kräver ett sådant intyg. I lagstiftningen anges inte explicit att sjukskrivning är en del av vård och behandling. Enligt Socialstyrelsen kan sjukskrivning ändå vara hälso- och sjukvård och utfärdande av intyg har historiskt ansetts utgöra hälso- och sjukvård.[18] Av Socialstyrelsens *Övergripande principer för sjukskrivning* framgår också att:

> Läkares bedömning av funktionsnedsättning med aktivitetsbegränsning och påverkan på arbetsförmåga är ett verktyg vid vård och behandling. Det betyder att bedömningen ska ske med samma medvetenhet, systematik och professionalism som andra åtgärder.[19]

Det finns vissa begränsningar i vad hälso- och sjukvården kan intyga. Av Socialstyrelsens intygsföreskrift, som reglerar läkarnas arbete med intyg, framgår:

> Vid den bedömning som görs i samband med utfärdandet av ett intyg ska intygsutfärdaren endast uttala sig om sådana förhållanden som han eller hon har tillräcklig kännedom om. Intygsutfärdaren ska beakta att ett intyg kan få betydelse i rättsliga sammanhang.[20]

Läkare vittnar om att det är svårt att skriva intygen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. I en enkätundersökning till läkare om arbete med sjukskrivning[21] uppgav knappt hälften (42 procent) att sjukskrivningsärenden var problematiska minst en gång/vecka och denna andel var störst bland vårdcentralsläkare (70 procent). Framför allt ansåg läkarna det problematiskt att bedöma arbetsförmåga, att kombinera att vara behandlande läkare och medicinskt sakkunnig, att prognosticera varaktigheten av arbetsoförmågan samt att handlägga eventuell förlängning av sjukskrivning när en annan läkare skrivit tidigare intyg.

---

[17] 10 kap. 3 § patientlag (2014:821).
[18] Uppgift från Socialstyrelsen 2020-03-05.
[19] roi.socialstyrelsen.se/fmb/om-forsakringsmedicinskt-beslutsstod. Hämtad 2019-07-11.
[20] 6 kap 2 § *Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m*. Socialstyrelsens föreskrifter om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården; HSLF-FS 2018:54.
[21] Alexanderson, K. et al (2018), *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter. Resultat från en enkät 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004. Huvudrapport 2018.* Karolinska Institutet.

I utredningen *Effektiv vård* identifieras brister i hantering av intyg som begärs av hälso- och sjukvården (gäller inte bara de intyg som utfärdas inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen) som en starkt bidragande orsak till ineffektivitet i vården och en stor del av den administrativa bördan som professionerna i hälso- och sjukvården upplever.[22] Som vi redogör för i avsnitt 5.3.4 ökade antalet kompletteringsförfrågningar från Försäkringskassan till hälso- och sjukvården när Försäkringskassan fick i uppdrag att stärka kvaliteten i handläggningen. Detta bidrog till frustration inom hälso- och sjukvården vilket i sin tur ledde fram till Försäkringskassans och Socialstyrelsens gemensamma regeringsuppdrag som handlade om att skapa bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.[23] Uppdraget resulterade bland annat i åtgärder för att öka kvaliteten i och samarbetet gällande, försäkringsmedicinska underlag, förebygga behov av kompletteringar och se till att kompletteringarna i de fall de behövs blir mer träffsäkra.[24] Försäkringskassan, hälso- och sjukvården och Socialstyrelsen har sedan 2011, inom ramen för överenskommelsen mellan staten och SKR om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, utvecklat elektronisk överföring av läkarintyg.[25] Att ta fram former för hur uppgifter ska delas mellan aktörerna i ett individärende förutsätter strukturell samverkan mellan aktörerna.

Som delar av arbetet inom ramen för överenskommelsen 2020 ingår bland annat att vidare utreda och vidareutveckla påbörjad utveckling av ifyllnadsstöd vid intygsutfärdande och att genomföra en förstudie gällande utveckling av försäkringsmedicinsk terminologi, begreppsanvändning och klassifikationer.[26]

[22] SOU 2016:2, *Effektiv vård*.
[23] Socialdepartementet (2018) *Uppdrag angående bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*. S2017/03739/SF.
[24] Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*, s. 27.
[25] Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2019), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020*, s. 10–11.
[26] Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2019), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2020*, s. 10–11.

### 5.3.2 Individens behov av medicinska uppgifter

Individen måste, för rätt till ersättning och frånvaro, styrka sin arbetsförmågenedsättning på grund av sjukdom med ett läkarintyg.[27] Individen kan dock sägas behöva läkarintyg av två skäl. För det första som ordination och del av vård och behandling – individen behöver förstå vad hen ska göra för att bli medicinskt rehabiliterad. För det andra behöver individen ett läkarintyg för att styrka nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom i syfte att:

- styrka rätt till sjuklön efter åttonde dagen i en sjukskrivning, eller tidigare vid särskilda skäl; så kallade förstadagsintyg (gäller anställda),
- styrka rätt att vara frånvarande från arbetet (gäller anställda),
- styrka rätt till sjukpenning,
- ansöka om samordnad rehabilitering,
- få anpassning av insatser från Arbetsförmedlingen,
- kunna få försörjningsstöd (intyga oförmåga till försörjning).

I utredningens dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer skriver Socialstyrelsen att de delar uppfattningen att begreppet sjukskrivning även innefattar en ordination, det vill säga att sjukskrivningen ska ses som rekommendation från läkaren att en patient utifrån ett medicinskt perspektiv inte bör arbeta i en viss omfattning och under en viss tid utifrån sitt hälsotillstånd.[28] SKR poängterar dock att läkarintyget i sig inte är nödvändigt för läkarens ordination.[29] Utredningens bedömning är att läkarintyget i sig inte är nödvändigt för ordination till individen om att avstå från arbete men att intyget kan ha ett pedagogiskt värde som kan jämföras med fysisk aktivitet på recept.[30] Men även om intyget inte är nödvändigt för ordinationen om sjukskrivning, är individen i behov av intyget som innehåller den ordinerade sjukskrivningen för att individen ska styrka rätt till sjuklön, sjukpenning etcetera. De medicinska uppgifterna behöver således kunna förstås av individen samtidigt som upp-

[27] Lag (1991:1047) om sjuklön och 27 kap. 25 § SFB.
[28] Inkommen uppgift från Socialstyrelsen. E-post 28 november 2019.
[29] Inkommen uppgift från SKR. E-post 6 december2019.
[30] www.fyss.se/far/om-fysisk-aktivitet-pa-recept-far/. Hämtad 2020-03-26.

gifterna ska vara vederhäftiga nog för att intyga att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom.

### 5.3.3 Arbetsgivarens behov av medicinska uppgifter

Arbetsgivaren ska bedöma individens rätt till sjuklön och rätt att vara frånvarande från arbetet samt därutöver avgöra vilka insatser som behöver vidtas på arbetsplatsen för att en anställd, om möjligt, ska kunna återgå i arbete. Den medicinska information som når arbetsgivare från hälso- och sjukvården är i dag inte alltid utformad efter arbetsgivares behov. Arbetsgivarorganisationerna uppger att deras medlemmar har svårt att få den information de behöver för att kunna bedöma rätten till frånvaro och sjuklön, samt information om arbetsuppgifter som är medicinskt lämpliga eller olämpliga på arbetsplatsen för en anställd som är sjukskriven att utföra.[31]

I sjuklönelagens förarbeten anges att bestämmelsen om att sjukdomsfallet ska styrkas med ett läkarintyg har betydelse ur kontrollsynpunkt, men att läkarintyget framför allt är viktigt för att avgöra rehabiliteringsbehovet hos den enskilde.[32] Arbetsgivarna behöver därför uppgifter från hälso- och sjukvården om arbetsförmågans nedsättning i förhållande till individens arbetsuppgifter, vilka aktiviteter en individ inte kan göra på grund av sin sjukdom och om det finns medicinska risker för individen att utföra särskilda aktiviteter.

Arbetsgivare får, som vi nämner ovan, dock inte alltid tillräcklig information. En individ kan välja att inte dela information om diagnos i läkarintyget med sin arbetsgivare.[33] Syftet med denna reglering är att värna individens integritet, men kan medföra problem för arbetsgivaren i sin uppgift att försöka rehabilitera den anställde tillbaka till arbete.[34]

Under en period har arbetsgivarens problem med att få tillräcklig medicinsk information bland annat berott på att det har funnits tekniska lösningar inom hälso- och sjukvårdens system för intyg till arbetsgivare som innebar att inte enbart diagnos doldes för arbets-

[31] Exempelvis www.svensktnaringsliv.se/fragor/sjukfranvaro/forenklade-lakarintyg-okar-sjukfranvaron_736701.html. Hämtad 2020-03-26 och information från utredningens möten med arbetsgivare och arbetsgivarorganisationer.
[32] Prop. 1990/91:181, s. 46–47.
[33] 9 § Lag (1991:1047) om sjuklön.
[34] Prop. 1990/91:181, s. 47.

givare. I den tekniska lösning som Inera[35], utvecklade för intyg till arbetsgivare, doldes också de fält i vilka funktionsnedsättning och aktivitetsersättning ska beskrivas av läkaren med anledning av att det bedömdes att det ur dessa fält ibland kunde härledas vilken diagnos den enskilde har. Även om skälet till att fälten doldes var att hindra att känslig information om individen spreds, blev konsekvensen att arbetsgivare, i princip, fick obefintlig medicinsk information från hälso- och sjukvården.

Arbetsgivarorganisationerna och Försäkringskassan har uppmärksammat SKR på att intygen innehöll så lite information att det blev ett problem för arbetsgivarna att kunna bedöma möjligheterna till rehabilitering. Inera tog därför i december 2019 bort möjligheten att dölja information i Försäkringskassans intyg. Utredningen får dock signaler om att problem med dolda fält kan kvarstå trots åtgärder. Skälen till det är, enligt SKR, att det dels är det en pågående process att öka kunskapen hos hälso- och sjukvården kring varför arbetsgivare behöver medicinsk information vid sjukfrånvaro hos medarbetare, dels att det varierar det ute i regionerna hur stora resurser man har för intygsutfärdande och vilka prioriteringar man ser sig tvingade att göra.[36]

I utredningens dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer framkommer att det inte finns en samstämmig bild av problemets omfattning eller om händelseutvecklingen som ledde till att fält i läkarintygen doldes och sedan visades igen. Detta kan i sig vara intressant att notera eftersom det understryker behovet av samverkan och dialog mellan aktörerna i tidiga skeden av arbeten som genomförs av enskilda aktörer, men som förändrar förutsättningarna för andra aktörer i processen.

SKR har år 2019 tagit fram ett nytt intyg till patienten att lämna till arbetsgivaren. Arbetsgivarintyget innehåller samma informationsfält som det intyg som utfärdas till Försäkringskassan, utom avseende diagnos. Informationsmängderna från Försäkringskassans intyg kan automatiskt föras över till arbetsgivarintyget för att spara läkarens tid. Läkaren kan dock redigera informationen och antingen ta bort eller lägga till information i intyget.

[35] Inera ägs av SKR Företag, regioner och kommuner utvecklar och förvaltar nationella tjänster inom e-hälsa och digitalisering.
[36] Utredningens dialoger med SKR.

Arbetsgivarföreträdarna anser att det är av stor betydelse att arbetsgivare och Försäkringskassan får samma information efter sjuklöneperioden och är därför inte nöjda med denna lösning.[37]

SKR har också, i samverkan med arbetsgivarorganisationerna, tagit fram ett läkarintyg för sjuklöneperioden, vilket lanserades i december 2019.

Under utredningens gång har arbetsgivarföreträdare framfört att de ser ett behov av att hälso- och sjukvården lämnar tydligare uppgifter till arbetsgivare om lämpliga anpassningsåtgärder för att öka individens möjligheter till återgång i arbete. Exempelvis framgår denna uppfattning i Arbetsgivarverkets yttrande över SOU 2018:80 i april 2019:

> Det är således viktigt att den utfärdande läkaren har god kunskap om arbetsplatsen och de ordinarie arbetsuppgifter som den anställdes arbetsförmåga ska bedömas mot. Läkarintyget måste även innehålla förslag på anpassning och andra åtgärder som kan förväntas leda till återgång i arbete. För att arbetsgivaren ska kunna bedöma om sjukfallet kan antas pågå längre tid än 60 dagar krävs även att läkaren gör en välgrundad prognos gällande sjukfallets längd.[38]

Vi konstaterar att de uppgifter som når arbetsgivare efter sjuklöneperioden ofta är desamma som lämnas till Försäkringskassan, utformade efter Försäkringskassans behov. Detta är logiskt eftersom arbetsgivare och Försäkringskassan ofta behöver samma typ av uppgifter från hälso- och sjukvården. Arbetsgivarföreträdare har i dialog med utredningen framfört att de gärna skulle se att hälso- och sjukvården även försåg dem med uppgifter om vilka aktiviteter en individ kan göra trots sin sjukdom. Vad individen kan och inte kan göra, kan också förändras i ett sjukfall, vilket betyder att arbetsgivaren behöver kontinuerlig information om hur det medicinska tillståndet utvecklas. Medicinsk behandling kan leda till att insatser på arbetsplatsen som inte var möjliga tidigt i sjukfallet, efterhand blir möjliga.

[37] Utredningens dialoger med SKR och Arbetsgivarverket.
[38] Arbetsgivarverket (2019), *Yttrande över betänkandet Samspel för hälsa, Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring (SOU 2018:80)*.

### 5.3.4 Försäkringskassans behov av medicinska uppgifter

Individen ska enligt lag styrka sin nedsättning av arbetsförmåga på grund av sjukdom med ett läkarintyg. Den medicinska informationen från hälso- och sjukvården till Försäkringskassan förmedlas därmed huvudsakligen via läkarintyget. Försäkringskassan behöver medicinsk information för att kunna ta ställning till om arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom och därutöver för att kunna klarlägga den försäkrades behov av rehabilitering samt bedöma behov av samordnade rehabiliteringsinsatser.

Försäkringskassan tar fram mallar för läkarintyg och utformningen av mallarna har varierat över tid.[39] Också kraven på vilken information som ska ingå i intyget har varierat över tid. Det finns inga formella krav på intyget som sådant för att det ska kunna användas för att styrka rätt till ersättning.

Vad gäller den information som Försäkringskassan behöver för att bedöma rätt till ersättning har läkare under de senaste åren signalerat att det är svårt och tidsödande att fylla i läkarintygen och att de ofta får kompletteringsbegäran från Försäkringskassan.[40] Det blir problem i samverkan när hälso- och sjukvården anser att Försäkringskassan kräver medicinska uppgifter som hälso- och sjukvården bedömer sig inte kunna lämna. Exempelvis uppger läkare att det är svårt att uttrycka tydliga observationer och undersökningsfynd för en del psykiska diagnoser och att det är svårt att ange aktivitetsbegränsningar som de själva observerat.[41] Läkare inom hälso- och sjukvården har beskrivit att Försäkringskassan ifrågasätter deras bedömningar i större utsträckning än tidigare och att det tar tid att hantera Försäkringskassans behov av ytterligare information. Svenska företagsläkarföreningen såg kompletteringarna till Försäkringskassan som ett växande arbetsmiljöproblem[42] och i Karolinska Institutets

[39] I dag har Försäkringskassan två olika mallar för läkarintyg för sjukpenning, Läkarintyg 7804 och Läkarintyg 7263. www.forsakringskassan.se/sjukvard/sjukdom/intyg-for-sjukpenning. Hämtad 2020-03-20.
[40] Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.*
[41] Riksrevisionen (2018), *Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar.* Rapport 2018:11.
[42] Kompletteringsträsket – en rapport från företagsläkarna. slf.se/sflf/app/uploads/2018/04/kompletteringstraxxsket-rapport.pdf. Hämtad 2020-03-26.

läkarenkät från 2017[43] svarade 68 procent av alla läkare att de ansåg att det är ganska eller mycket problematiskt att svara på begäran från Försäkringskassan om komplettering av intyg.

Att Försäkringskassans begäran om medicinska uppgifter har varit svåra att tillgodose framgår också av den delrapportering som Försäkringskassan och Socialstyrelsen gjorde inom ramen för det uppdrag myndigheterna fick i början av 2018 och som handlar om att förbättra dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.

> Försäkringskassan har under våren 2018 utrett begrepp som bidragit till otydlighet och frustration i dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården gällande vilka uppgifter som behövs i läkarintyget. I läkarintyget framgår att läkare ska ange observationer, undersökningsfynd och testresultat. Dialogen kring intyget har dock kommit att präglas av begreppet ”objektiva fynd” som framförallt används av domstolarna. Försäkringskassan har beslutat att de begrepp som finns i intyget ska användas och att ”objektiva fynd” följaktligen inte ska användas.[44]

Uppdraget slutredovisades i juni 2019. I slutredovisningen delar myndigheterna upp områden som bör adresseras i två olika kategorier; områden som bedöms vara ”enklare” och områden som bedöms vara ”mer utmanande”. Som exempel på sådant som bedöms vara enklare att adressera anges:

> definition och användande av DFA – kedjan, ett utvecklingsarbete gällande försäkringsmedicinskt beslutsstöd, högre kvalitet i begäran om komplettering och eliminerandet av ”onödiga kompletteringar”[45]

Som exempel på mer ”utmanande områden” anges hur den efterfrågade informationen uttrycks och hur den tas emot och används. Här anger man att de kliniska förutsättningarna för smärta och psykisk ohälsa, det vill säga den ohälsa som i stor utsträckning driver sjukfrånvaron, skiljer sig från förutsättningarna vid somatiska tillstånd, exempelvis gällande diagnostisering och tydlighet beträffande

[43] Alexanderson, K. et al (2018), *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter. Resultat från en enkät 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004. Huvudrapport 2018.* Karolinska Institutet.
[44] Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2018). *Delredovisning av regeringsuppdraget Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*, s. 3.
[45] Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*, s. 24.

undersökningsfynd.[46] I redovisningen av det så kallade dialoguppdraget konstateras att även om det finns en samsyn mellan Försäkringskassan och Socialstyrelsen att det är viktigt att långtgående och detaljerat förtydliga behovet av vilken försäkringsmedicinsk information Försäkringskassan behöver av hälso- och sjukvården, så kan det:

> dock inte uteslutas att det som faktiskt är möjligt för hälso- och sjukvården att formulera och uttrycka trots detta i vissa fall inte räcker till för att stödja rätt till sjukpenning givet nuvarande rättsliga förutsättningar (inkluderat berörda aktörers tolkning av dessa). [47]

Försäkringskassan och Socialstyrelsen fick i december 2019 i uppdrag att genomföra de åtgärder de specificerat i sin slutrapportering.[48]

### 5.3.5 Arbetsförmedlingens behov av medicinska uppgifter

Arbetsförmedlingen behöver medicinska uppgifter om individer för två syften. För det första behöver en person som deltar i arbetsmarknadspolitiska program och som är sjuk i mer än sju dagar lämna ett läkarintyg till Arbetsförmedlingen för att få behålla sin ersättning under sjukfrånvaron. Läkarintyget ger Arbetsförmedlingen underlag att vid behov anpassa programmet så att deltagaren kan gå kvar trots sjukdom. Läkarintygets mall är framtagen av Arbetsförmedlingen i samråd med SKR och fokuserar på vad individen kan göra och vilka medicinska risker som föreligger.[49]

För det andra kan Arbetsförmedlingen begära ett medicinskt utlåtande om individen från vården i syfte att klargöra förutsättningarna för arbetssökande som har ett behov av fördjupat stöd. Det kan handla om eventuell anpassning för deltagare i program eller om att kunna erbjuda utredande, vägledande, rehabiliterande eller arbetsförbe-

[46] Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.* s, 27 f.
[47] Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*, s. 29.
[48] *Uppdrag att vidareutveckla sjukförsäkringshandläggningen i dialog med hälso- och sjukvården.* Regeringsbeslut 2019-12-11. S2019/04627/SF S2019/05192/SF (delvis).
[49] Läkarintyg för deltagare i arbetsmarknadspolitiska program med aktivitetsstöd, utvecklingsersättning eller etableringsersättning. Arbetsförmedlingens läkarintyg AF00251.

redande insatser.[50] Även detta underlag är framtaget i samverkan mellan Arbetsförmedlingen och SKR. Det är inte reglerat i lag att det krävs läkarintyg för dessa uppgifter vilket innebär att fler av hälso- och sjukvårdens professioner än läkare kan lämna uppgifter här.

När Arbetsförmedlingen begär att vården lämnar medicinska uppgifter får vården betalt för sitt arbete enligt gällande förordning.[51]

Utredningen har inte fått signaler om samverkansproblem mellan Arbetsförmedlingen och hälso- och sjukvården gällande medicinska uppgifter. Det kan tänkas att det utvecklingsarbete Arbetsförmedlingen nyligen genomfört i samarbete med SKR, där uppgifter som intygas har skiljts från annan medicinsk information som lämnas, har bidragit till bättre samverkan. Detta kan antas göra uppgiftslämnandet mer effektivt då inte enbart läkare kan lämna information. Att hälso- och sjukvården också får full kostnadstäckning för det arbete som krävs för att lämna Arbetsförmedlingen uppgifter har sannolikt också betydelse.

### 5.3.6 Socialtjänstens behov av medicinska uppgifter

Inom ramen för socialtjänstens arbete med ekonomiskt bistånd ingår att stödja den enskilde till egen försörjning. Den enskilde som uppbär försörjningsstöd ska stå till arbetsmarknadens förfogande och söka lämpliga arbeten, delta i av Arbetsförmedlingens anvisade program och ta lämpliga anvisade arbeten. Utöver det kan socialnämnden anvisa den enskilde till kompetenshöjande aktivitet enligt socialtjänstlagen.[52] Socialtjänsten kan behöva medicinsk information som visar att en individ inte kan delta i aktiviteter i kommunens regi. Om en individ inte kan delta i aktiviteter på grund av sjukdom kan individen ha rätt till försörjningsstöd trots att hen inte står till arbetsmarknadens förfogande.

Socialtjänsten har inte rätt att begära läkarintyg från individen och har ingen egen mall för läkarintyg.[53] Om individen inte kan delta i anvisad aktivitet på grund av sjukdom ombes individen dock att lämna ett läkarintyg som styrker detta. Vi uppfattar att det läkar-

[50] arbetsformedlingen.se/halso--och-sjukvarden/medicinskt-utlatande. Hämtad 2020-03-26.
[51] 3 kap. 9 § förordningen (2017:819) om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska program.
[52] 4 kap. 4 § SoL.
[53] Socialstyrelsen (2013), *Ekonomiskt bistånd. Handbok för socialtjänsten*, s. 85.

intyg som utfärdas av hälso- och sjukvården och som individen lämnar till socialtjänsten oftast är Försäkringskassans intyg. Det betyder att läkaren bedömer förmåga i relation till arbete trots att kommunens aktiviteter ofta inte kan jämställas med arbete. Det i sin tur innebär att bedömningen görs i relation till högre krav (arbete) än de som faktiskt föreligger (kommunens anvisade aktivitet) och att individen därmed kan gå miste om stöttande aktiviteter i kommunens regi, se mer i avsnitt 7.2.3.

### 5.3.7 Utredningens slutsatser

För att individen ska få stöd att återfå arbetsförmåga och kunna återgå till, eller söka, arbete behöver aktörerna olika, men snarlika, medicinska uppgifter från hälso- och sjukvården för att kunna vidta åtgärder. Medicinska uppgifter är ett fundament i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som måste efterfrågas med försiktighet och precision. Utredningens uppfattning är att frågan om hälso- och sjukvårdens tillhandahållande av medicinska uppgifter till aktörer är en samverkansfråga vars utveckling behöver följas över tid. Utredningen bedömer också att det finns behov av utvecklad strukturell samverkan mellan aktörerna som handlar om:

1. att aktörerna identifierar vilka medicinska uppgifter de behöver,
2. att hälso- och sjukvården får kännedom om vilka uppgifter respektive aktör behöver,
3. att hälso- och sjukvården bedömer vilka uppgifter som är möjliga för hälso- och sjukvården att lämna, både gällande vad som de facto är möjligt för vården att uttala sig om och även ur ett resursperspektiv.

Flera av de kända hinder för samverkan som presenterades i avsnitt 4.2 är relevanta vad gäller samverkan om medicinska uppgifter. Det handlar om bristande incitament, strukturella skillnader, kulturella skillnader, bristande kunskap samt bristande kommunikation och ledarskap. I likhet med annan samverkan behöver samverkan om medicinska uppgifter ha en stark förankring och ett starkt stöd på samtliga organisatoriska nivåer hos samverkande aktörer.

Ett omfattade utvecklingsarbete gällande dialog, elektronisk informationsöverföring, ifyllnadsstöd och terminologi pågår mellan hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen och Försäkringskassan utifrån överenskommelsen om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess och utifrån åtgärderna i det så kallade dialoguppdraget.[54] Även då det gäller utvecklingen av intyg för medicinska uppgifter riktade till arbetsgivare och till Arbetsförmedlingen, har SKR tillsammans med berörda aktörer bedrivit ett utvecklingsarbete. Som redogjorts för ovan finns det fortfarande utvecklingsbehov gällande de medicinska uppgifter arbetsgivare behöver för att kunna ta sitt ansvar, och det finns även behov av att vidare utreda vilka uppgifter socialtjänsten behöver för att kunna bedöma individers möjligheter att delta i anvisade aktiviteter.

Utredningen har tagit del av uppfattningen att hälso- och sjukvården behöver ha ingående kännedom om en individs arbetsuppgifter och arbetsplats inte bara för att kunna uttala sig om arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom i det arbete individen har, utan även för att hälso- och sjukvården ska kunna lämna förslag på arbetsanpassning för att en individ ska kunna återgå i arbete. Vår bedömning är att denna förväntan på hälso- och sjukvården är problematisk. Givetvis behöver hälso- och sjukvården fråga individen om vilka arbetsuppgifter individen har, för att kunna uttala sig om huruvida arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. Närmare utredning och bedömning av hur en individs arbetsförmåga ska kunna tas tillvara måste dock vara en fråga för arbetsgivaren, inte för hälso- och sjukvården. Detta område utvecklas i avsnitt 6.3.2.

Med anledning av att aktörerna har delvis olika behov av medicinska uppgifter, finns det en risk för att förväntningarna på vilka uppgifter hälso- och sjukvården ska kunna lämna blir för höga, och att floran av medicinska underlag för hälso- och sjukvården att använda växer. Läkarförbundet poängterar också i dialog med utredningen att det finns en pågående förskjutning mot större krav på information från sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens övriga aktörer. Hälso- och sjukvården tar, enligt dem, ett allt större ansvar i sjuk-

[54] Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2019), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020* och Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.*

skrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Även i överenskommelsen mellan regeringen och SKR för 2020 nämns detta förhållande:

> Hälso- och sjukvårdens engagemang i sjukskrivningsprocessen har ökat genom överenskommelserna mellan staten och SKR. Regeringen och SKR har bedömt att det är angeläget att stimulera kvalitetshöjande insatser inom hälso- och sjukvården för att sjukskrivning ska bli en del av vård och behandling. Det handlar bl.a. om hur hälso- och sjukvården bidrar till en kvalitetssäker och jämställd sjukskrivningsprocess, utvecklar samverkan/samarbetet med andra berörda aktörer i sjukskrivningsprocessen för att förebygga eller förkorta sjukskrivning samt främjar kvinnors och mäns återgång i arbete.[55]

Utredningen anser att frågan om hur mycket resurser sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen får kosta hälso- och sjukvården behöver utredas vidare. Det är i sammanhanget dock viktigt att komma ihåg att hälso- och sjukvårdens uppgiftslämnande till andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inte enbart görs för att andra aktörernas ska kunna vidta åtgärder inom sina respektive ansvarsområden. Genom att hälso- och sjukvården samverkar med andra aktörer, bland annat genom att lämna medicinska uppgifter, ges individen möjlighet att få ta del av insatser som leder tillbaka till arbete och som också kan leda till att individen inte längre behöver stöd från hälso- och sjukvården.

## 5.4 Begreppet rehabilitering fylls med olika innebörd av olika aktörer

**Bedömning:** Aktörerna menar olika saker med *rehabilitering*. Att aktörerna använder begreppet rehabilitering utan att specificera vad rehabilitering innefattar i deras kontext, leder till otydlighet för individen och för de andra aktörerna. Aktörernas olika syn på vad som ryms inom begreppet rehabilitering kan få konsekvenser för individers möjlighet att få stöd för återgång i arbete.

[55] Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2019), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020.*

För att individen ska komma tillbaka till arbete behövs ibland rehabilitering. Det är därför viktigt att aktörerna har samsyn kring vad som avses med rehabilitering.

Samtliga aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen använder begreppet rehabilitering. Aktörerna har också olika ansvar för rehabilitering vilket beskrivs i kapitel 2. Under utredningen har framkommit att olika aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ser olika på vad som ryms inom begreppet rehabilitering när begreppet används för att beskriva åtgärder som kan vara aktuella vid återgång i arbete, något som även tidigare utredningar uppmärksammat.[56] Att aktörerna ser olika på rehabilitering nämns också i lagrådsremissen om rehabiliteringskoordinatorerna. Där framgår att rehabilitering har olika betydelse i olika sammanhang, beroende på vilken aktör man talar om och vilket ansvar denne har.[57] I utredningen *Samordnad rehabilitering för god och nära vård* definieras medicinsk rehabilitering, arbetslivsinriktad rehabilitering och social rehabilitering.[58] Med medicinsk rehabilitering menas hälso- och sjukvårdens rehabiliterande åtgärder. Arbetslivsinriktad rehabilitering syftar till att en individ som har drabbats av sjukdom ska få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete. Om social rehabilitering skrivs att den kan inkludera åtgärder som service, råd, upplysning och bistånd i personliga angelägenheter.[59]

Vissa arbetsgivarföreträdare och Försäkringskassan har också börjat använda begreppet arbetsplatsinriktad rehabilitering för att tydliggöra att arbetsgivarens ansvar endast omfattar åtgärder som kan genomföras på eller i nära anslutning till den egna arbetsplatsen.[60]

Nedan redovisas två exempel på när rehabilitering används på olika sätt av olika aktörer och hur det påverkar deras samverkan.

[56] SOU 2006:86. *Mera försäkring och mera arbete*, s. 102 och SOU 2015:21. *Mer trygghet och bättre försäkring*, s. 601.
[57] Lagrådsremiss. *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter.* 2018.
[58] SOU 2019:29. *God och nära vård. Vård i samverkan.*
[59] SOU 2019:29. *God och nära vård. Vård i samverkan*, s. 210–215.
[60] Utredningens dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer.

### 5.4.1 Användning av begreppet rehabilitering vid uppdateringen av Arbetsmiljöverkets föreskrift

Samtidigt med utredningens arbete reviderar Arbetsmiljöverket föreskrifterna om Arbetsanpassning och rehabilitering (AFS 1994:1) för att förtydliga arbetsgivarens ansvar då det gäller rehabilitering. Arbetsmiljöverket anger att en av orsakerna till att föreskrifterna revideras är att arbetsgivarens ansvar inte är detsamma nu, som det var när föreskrifterna togs fram 1994.[61] För att förtydliga och konkretisera de skyldigheter arbetsgivaren har i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och för att förebygga att arbetstagare blir sjukskrivna, eller så snart som möjligt ska kunna återgå i arbete efter sjukskrivning fokuserar de reviderade föreskrifterna på arbetsanpassning, som är en del av rehabiliteringen.[62]

Arbetsmiljöverkets revidering av föreskriften har dock stött på kritik från arbetsmarknadens parter, utifrån olika perspektiv. Främst handlar kritiken om att begreppet rehabilitering tas bort från föreskrifterna. Anledningen till att Arbetsmiljöverket vill ta bort begreppet rehabilitering är bland annat att det inte är definierat. En enhetschef på Arbetsmiljöverket skriver:

> Det finns tyvärr ingen definition av rehabilitering i arbetsmiljölagen och det har visat sig att många tror att arbetsgivaren har ansvar för att t.ex. betala arbetstagares behandling för missbruk. Det finns ingen grund i AML eller Arbetsmiljöverkets nuvarande föreskrifter för detta och vi har aldrig ställt krav på detta. […] Det som tidigare avsågs med rehabilitering är den del som arbetsgivaren kan göra med de verktyg hen har på arbetsplatsen, i första hand arbetsanpassning.[63]

Arbetsgivarföreträdarna anser att det är bra att det är arbetsanpassning som är i fokus i föreskrifterna, i stället för rehabilitering. Däremot anser arbetsgivarföreträdarna att skrivningarna i förslaget till de nya förskrifterna är otydliga och att de nya skrivningarna i alltför hög utsträckning har ett individperspektiv i stället för ett organisatoriskt perspektiv. Svenskt Näringsliv skriver i sitt remissvar att:

[61] Skrivelse från Arbetsmiljöverket till LO 2019-05-09.
[62] Utredningens dialog med Arbetsmiljöverket.
[63] Inkommen uppgift från Svenskt Näringsliv. E-post 21 maj 2019.

> En revidering behöver även förtydliga det i många fall svåra förhållandet mellan arbetsanpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering samt hänvisa till angränsande lagstiftning i t.ex. socialförsäkringsbalken[64]

De fackliga företrädarna är kritiska till att arbetsgivarens skyldigheter gällande rehabilitering enligt förslaget tas bort från föreskrifterna. PTK, TCO och Saco har i en skrivelse till Arbetsmiljöverket uttryckt sin oro för att de nya föreskrifterna kan leda till att parternas arbete med arbetsanpassning och rehabilitering på arbetsplatser kan påverkas till det sämre och få negativa konsekvenser för arbetstagaren.[65] LO skriver i sitt remissvar till Arbetsmiljöverket:

> att mönstra ut rehabiliteringsbegreppet från föreskrifterna är rent kontraproduktivt i relation till intentionerna med den nya lagregeln i 30 kapitlet i socialförsäkringsbalken.[66]

LO skriver vidare att:

> borttagandet av rehabiliteringsbegreppet kan uppfattas innebära att arbetsgivaren inte längre exempelvis har skyldigheter att vidta åtgärder i form av arbetsträning, arbetsprövning, personligt stöd i form av särskild information och/eller handledning, utbildning och kompetensutveckling som är relativt vanliga åtgärder i rehabiliteringssammanhang. Detta kommer i så fall att missgynna och försvåra arbetet med att finna lösningar för individens återgång i arbete.[67]

TCO skriver i sitt remissvar till Arbetsmiljöverket:

> Endast en arbetsanpassning utan en god återgång i arbete eller endast en god återgång i arbete utan en, för individen, långsiktigt hållbar arbetsmiljö är sällan verkningsfullt. Det finns därmed ett värde av att arbetsanpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering behandlas i samma föreskrift och att även arbetsgivarens ansvar för arbetslivsinriktad rehabilitering betonas. I dag regleras ansvaret för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen i socialförsäkringsbalkens 30 kapitel, men med betydande preciseringar i AFS 1994:1. Blir Arbetsmiljöverkets förslag om att ta bort rehabilitering från föreskriften verklighet innebär det därmed att ramverket om rehabiliteringsansvar i socialförsäkringsbalken 30 kapitel blir tämligen verkningslöst.[68]

---

[64] Svenskt Näringsliv (2018), *Remissvar. Remiss avseende förslag till föreskrifter och allmänna råd om arbetsanpassning,* s. 2.
[65] Skrivelse från Saco, PTK och TCO till Arbetsmiljöverket 2019-05-07.
[66] LO (2018), *LOs yttrande över Arbetsmiljöverkets förslag om nya föreskrifter och allmänna råd om arbetsanpassning*.
[67] LO (2018), *Rättsutredning med anledning av Arbetsmiljöverkets remiss med förslag till föreskrifter om arbetsanpassning* 2018-09-26, s. 7.
[68] TCO (2018), *Förslag till föreskrifter om arbetsanpassning 2018-10-10.*

Arbetsmiljöverket har reviderat föreskrifterna med anledning av de synpunkter de fått, men slutlig version av föreskrifterna är inte beslutad vid tiden för vårt arbete. Vi konstaterar att det troligtvis hade varit enklare att komma överens om skrivningarna i föreskrifterna om man hade varit överens om vad begreppen *rehabilitering* och *arbetsanpassning* innebär. Arbetstagarföreträdarna är oroliga för de förändringar som avses eftersom de anser att rehabilitering innehåller mer än arbetsanpassning. Arbetsmiljöverket, å sin sida argumenterar för att arbetsgivare inte har andra skyldigheter enligt AML än just arbetsanpassning.

### 5.4.2 Användning av begreppet rehabilitering när Försäkringskassan beviljar rehabiliteringspenning

Sedan 2016 beviljar Försäkringskassan allt färre individer rehabiliteringspenning. I december 2016 fick 8 095 personer rehabiliteringspenning, och samma månad 2018 fick 4 867 personer rehabiliteringspenning.[69] Bakgrunden till denna minskning är en rättslig kvalitetsuppföljning från 2016 om beviljande av rehabiliteringsersättning.[70] I kvalitetsuppföljningen förs resonemang om arbetslivsinriktad rehabilitering:

> generellt sett finns begränsat stöd för att arbetslivsinriktad rehabilitering har effekt på sjukfrånvaro. Men begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering är vagt och mångfacetterat och vissa åtgärder kan ha större effekter än andra.[71]

I Försäkringskassans rättsliga kvalitetsgranskning konstateras vidare att det är svårt att värdera vilka åtgärder som kan förväntas ge effekter på arbetsförmågan, och att det krävs mer kunskap för att göra sådana värderingar med kvalitet.[72] I Försäkringskassans granskning förklaras varför arbetsträning i det ordinarie arbetet inte bedöms vara en ändamålsenlig arbetslivsinriktad rehabiliteringsinsats. Enligt resonemanget i kvalitetsuppföljningen har arbetsträning i det ordinarie arbetet ingen påverkan på varken individens medicinska förutsättningar eller på arbetets krav, vilket i sin tur betyder att arbetsträning i det ordinarie arbetet inte leder till att en individ återfår

[69] Försäkringskassan (2019), *Årsredovisning 2018*.
[70] Försäkringskassan (2019), Årsredovisning 2018, s. 104.
[71] Försäkringskassan (2016), *Rehabiliteringsersättning*. Rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2, s. 25.
[72] Försäkringskassan (2016), *Rehabiliteringsersättning*. Rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2, s. 25.

arbetsförmåga. Enligt detta resonemang så uppstår arbetsförmåga antingen genom medicinsk behandling som leder till att individen inte längre har kvar de funktionsnedsättningar och de aktivitetsbegränsningar som satte ned arbetsförmågan, eller genom att arbetskraven förändras så att individen, trots aktivitetsbegränsningar kan genomföra sina arbetsuppgifter.[73] Insatser hos arbetsgivaren som förändrar arbetskraven, exempelvis arbetsanpassning, tillfällig förflyttning eller omplacering, anses därför mer ändamålsenliga än arbetsträning för att en individ ska återfå arbetsförmåga.

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens andra aktörer är dock inte ense med Försäkringskassan om detta. I maj 2017 riktade SKR och Svenskt Näringsliv, i en skrivelse till regeringen, kritik mot att Försäkringskassan beviljar rehabiliteringsersättning för arbetsträning i det egna arbetet i allt mindre omfattning. SKR och Svenskt Näringsliv påtalade i skrivelsen att arbetsträning hos den egna arbetsgivaren är ett viktigt verktyg för att underlätta för återgång i arbete och för att förkorta sjukfrånvaron.[74] Arbetsförmedlingen identifierade också vid samma tid att de individer som kom till dem med anledning av att de inte längre hade rätt till sjukpenning hade kvarvarande rehabiliteringsbehov.[75] Därutöver framgår det av *Riktlinjer vid Psykisk ohälsa på arbetsplatsen*, som är framtagna av forskare vid Karolinska institutet och förvaltas av Myndigheten för arbetsmiljökunskap, att vid etablerad psykisk ohälsa är arbetsträning och successiv nedtrappning av sjukskrivningstiden tillsammans med tillfälligt förändrade arbetsuppgifter och arbetstider att rekommendera som insatser för att stödja en individ åter i arbete.[76]

Det här exemplet på bristande samsyn mellan Försäkringskassan och Myndigheten för arbetsmiljökunskap om synen på arbetsträning får konsekvenser för arbetsgivare som har ett ansvar att agera och får motstridiga besked från myndigheterna. Detta riskerar att leda till ineffektivitet, frustration i samverkan och gör det otydligt för såväl individ som arbetsgivare om vem som har kunskap om hur återgång till arbete bör gå till.

[73] Försäkringskassan (2016), *Rehabiliteringsersättning*. Rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2, s. 26.
[74] Svenskt Näringsliv (2017), *Skrivelse till regeringen, Insatser och samverkan för att underlätta återgång i arbete*, 2017-05-16.
[75] Utredningens dialoger med Arbetsförmedlingen.
[76] Myndigheten för arbetsmiljökunskap (2015), *Riktlinjer vid Psykisk ohälsa på arbetsplatsen*. Riktlinje 3.

Av Försäkringskassans rättsliga kvalitetsgranskning framgår också att Försäkringskassan bör låta övriga aktörer ta ett större ansvar för en individs arbetsåtergång:

> Genom ett starkare fokus på utredning, information och korrekta beslut om ersättning skulle Försäkringskassans bidrag till en snabb och effektiv rehabilitering kunna öka, samtidigt som det skulle kunna spara handläggningsresurser inom Försäkringskassan genom att de ansvariga parterna i högre grad planerar och genomför åtgärder utan Försäkringskassans aktiva involvering.[77]

Det kan i och med minskningen av antal personer som beviljas rehabiliteringspenning konstateras att den rättsliga kvalitetsuppföljningens tolkning av begreppet rehabilitering fått effekt på Försäkringskassans tillämpning.

### 5.4.3 Utredningens slutsatser

Olika tolkning av begreppet rehabilitering kan leda till att individen inte får det stöd hen behöver. Begreppsförvirringen leder också till oklara förväntningar och därmed missförstånd och problem i samverkan för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer. Utredningens bedömning är därför att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer i klarspråk behöver berätta vad de fyller begreppet rehabilitering med, eftersom begreppet fylls med olika innebörd hos de olika aktörerna. Detta är viktigt både för att skapa tydlighet för individen och för att skapa tydlighet i samverkan mellan aktörerna. Den debatt som finns kring Arbetsmiljöverkets revidering av föreskriften illustrerar att begreppet rehabilitering är otydligt, att det är oklart vad som ligger inom ramen för arbetsgivarens skyldigheter gällande rehabilitering och att det är komplicerat när arbetsgivares ansvar att arbeta med rehabilitering och anpassning regleras både i SFB och i AML.

Ovanstående exempel visar att det finns en risk att aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen genom att tolka begreppet rehabilitering på olika sätt, riskerar att försämra det stöd individen behöver för att kunna återgå i arbete.

[77] Försäkringskassan (2016), *Rehabiliteringsersättning*. Rättslig kvalitetsuppföljning 2016:2, s. 5.

## 5.5 Individen tycker att den egna arbetsförmågan bedöms olika av olika aktörer i processen

**Bedömning:** *Arbetsförmåga* har olika innebörd för olika aktörer. Det är därför viktigt att aktörerna på ett begripligt sätt förklarar för individen hur de ser på individens arbetsförmåga, och vilket specifikt uppdrag de har att göra bedömningar av individens arbetsförmåga.

Flera av aktörerna i processen gör bedömningar som handlar om individens förmåga att arbeta. Hälso- och sjukvården gör det i samband med bedömningen vid sjukskrivning, arbetsgivaren gör det i samband med bedömning av rätt till sjuklön och sjukfrånvaro, Försäkringskassan gör det i samband med bedömningen om rätt till sjukpenning och Arbetsförmedlingen gör det i samband med bedömningen av vilka arbetsmarknadspolitiska åtgärder som är aktuella för individen. Nedan redovisas hur aktörernas olika bedömningar påverkar samverkan och bidrar till otydlighet och problem för individen.

### 5.5.1 Individer tycker att det är svårt att förstå att Försäkringskassan kan göra en annan bedömning av arbetsförmågan än den behandlande läkaren

Individen kan ha svårt att förstå hur Försäkringskassan kan göra en annan bedömning än individens behandlande läkare om arbetsförmågans nedsättning (se avsnitt 3.3.2 om individens upplevelse). En tydlig indikation på att många individer tycker att detta är svårt att förstå är att Försäkringskassan i slutet av 2019 tog fram en informationsfilm i syfte att förklara vilken bedömning läkaren gör och vilken bedömning Försäkringskassan gör.[78] Även företrädare för hälso- och sjukvården framför till utredningen att de tycker att detta är svårt att förstå och upplever att det är svårt att förklara dessa olika arbetsförmågebedömningar för individen.

Ett förhållande som gör det svårare att förstå diskrepansen mellan de olika bedömningarna är att Försäkringskassans tillämpning varierat över tid. Inspektionen för socialförsäkringen konstaterar i en rapport 2018 att den totala andelen personer som fått avslag under

[78] www.forsakringskassan.se/forklarar. Hämtad 2020-03-21.

pågående sjukfall har ökat under åren 2014–2017. Under åren 2009–2013 låg andelen personer som fått avslag under pågående sjukfall på en lägre och jämnare nivå.[79] Också Försäkringskassan redovisar hur andelen avslag varierat över tid.[80] Inte heller läkarnas bedömningar av individers behov av sjukskrivning är stabila över tid. När Försäkringskassan tillät förenklade intyg ordinerade behandlande läkare fler patienter sjukskrivning, varvid det blev fler nya sjukfall.[81]

Om Försäkringskassan bedömer att uppgifterna i läkarintyget inte styrker att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom, får individen inte rätt till sjukpenning. Konsekvensen för individen blir således ekonomiskt kännbar. I svaret på Socialstyrelsens och Försäkringskassans gemensamma regeringsuppdrag, det så kallade dialoguppdraget, skriver myndigheterna:

> De övergripande principerna för sjukskrivning bör bland annat utvecklas så att de ger mer vägledning gällande god kvalitet i försäkringsmedicinska underlag och bedömningar, samt stöd i hur bedömningarna ska göras och uttryckas.[82]

I svaret konstateras vidare att det finns behov av att förtydliga vad hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska bedömning innebär och hur denna förhåller sig till Försäkringskassans arbetsförmågebedömning.[83] Arbete för att minska risken för diskrepans i bedömningarna pågår således.

Även arbetsgivaren kan göra en annan bedömning än behandlande läkare. Andelen fall i vilka arbetsgivaren och läkaren är oense och sjuklön nekas är okänt.

[79] Inspektionen för Socialförsäkringen (2018), *Ökning av antalet personer som får beslut om indragen sjukpenning. En redovisning av vad som kännetecknar gruppen försäkrade som får sin sjukpenning indragen.* ISF Rapport 2018:12.
[80] Försäkringskassan (2019), *Sjukfrånvarons utveckling 2019*, s. 20.
[81] Inspektionen för Socialförsäkringen (2019), *Förenklat läkarintyg och inflödet till sjukförsäkringen. En analys av effekterna på vårdenhetsnivå och regionnivå.* ISF Rapport 2019:05.
[82] Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*, s. 31.
[83] Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*, s. 28.

### 5.5.2 Individen upplever att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen bedömer arbetsförmåga olika och myndigheternas olika uppdrag kan leda till konsekvenser för individen

Det är svårt för individen att förstå att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen inte har samma uppfattning om individens arbetsförmåga. Om Försäkringskassan bedömer att individen har arbetsförmåga kan bedömningen gå emot individens egen uppfattning. När individen skriver in sig hos Arbetsförmedlingen är det individens egen uppfattning om sin arbetsförmåga som styr i vilken sökandekategori individen registreras i hos Arbetsförmedlingen.[84] Om individens uppfattning är att hen inte kan arbeta på grund av sjukdom registreras individen i sökandekategori *arbetssökande med förhinder*. Det kan leda till att individen riskerar att förlora sin SGI. För individen blir det svårt att förstå att nedanstående tre förhållanden kan vara korrekta och gälla samtidigt:

1. Försäkringskassan gör bedömningen att individen har arbetsförmåga.
2. Arbetsförmedlingen accepterar individens utsago om att individen inte kan vara aktivt arbetssökande på grund av att individen är sjuk.
3. Båda myndigheter gör rätt.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan gör rätt utifrån sina uppdrag men detta kan vara svårt att förstå för individen och myndigheternas olika uppdrag kan skapa problem för individen i övergången mellan myndigheterna. Nedan följer en beskrivning av vad som kan inträffa när en individ går från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen.

När en individ får indragen sjukpenning behöver individen anmäla sig som arbetssökande hos Arbetsförmedlingen för att skydda sin sjukpenninggrundande inkomst. Individen, som inte längre har rätt till sjukpenning, behöver söka ett arbete för sin försörjning i det fall hen inte längre har arbetsförmåga i sitt vanliga arbete eller är arbetslös. Individen erbjuds ett så kallat omställningsmöte med Arbets-

[84] *Sökandekategori* är enligt uppgift från Arbetsförmedlingen ett statistikverktyg framtaget som för att mäta olika gruppers storlek i arbetskraften och till hjälp för matchning av arbetssökande.

förmedlingen när Försäkringskassan tagit ställning till att individens sjukpenning sannolikt kommer att dras in. Vid omställningsmötet får individen information om på vilket stöd Arbetsförmedlingen erbjuder arbetssökande (*omställningsmötet* beskrivs även i avsnitt 7.1.2).

Om individen vill vara inskriven hos Arbetsförmedlingen skriver individen in sig själv digitalt vid ett senare tillfälle och får sedan kontakt med en arbetsförmedlare. Om individen uppger till arbetsförmedlaren att hen inte aktivt kan söka arbete på grund av att hen är sjuk, och således inte är överens med Försäkringskassans bedömning om att hen har arbetsförmåga, ska förmedlaren registrera individen i sökandekategori *arbetssökande med förhinder* eftersom individen bedömer att hen är förhindrad att söka arbete. Detta tillvägagångssätt får ses som rationellt utifrån individens perspektiv med anledning av att individen inte anser sig kunna arbeta på grund av sjukdom.

Arbetsförmedlaren ska i samband med sitt ställningstagande meddela individen om att om hen inte söker arbete aktivt så kan det komma att påverka rätten till olika förmåner som förutsätter att man söker arbete aktivt, och att individens SGI kan sättas till noll.

Om individen ansöker om sjukpenning efter tid hos Arbetsförmedlingen, och hos Arbetsförmedlingen varit registrerad som *arbetssökande med förhinder* grund av sjukdom, ska Försäkringskassan utreda förhållandena innan SGI sätts till noll. Att Arbetsförmedlingen registrerat individen som förhindrad att söka arbete, ska i praktiken inte ha någon betydelse om individen kan visa att hen aktivt har sökt arbete. Om individen inte kan visa att hen aktivt har sökt arbete saknar individen skydd för sin tidigare SGI på grund av att hen inte varit aktivt arbetssökande.[85] Det får i sin tur till konsekvens att individen inte kan komma tillbaka till sjukförsäkringen och få sjukpenning utan att först kvalificera sin sjukpenninggrundande inkomst igen.

Om individer förlorar sin SGI på grund av att de inte har förstått att de för att skydda sin SGI behöver vara aktivt arbetssökande, är det ett misslyckande i samverkan mellan myndigheterna som kan få mycket stora konsekvenser för individen. Att denna risk föreligger är väl känt för myndigheterna och ett antal åtgärder har vidtagits och vidtas för att detta inte ska inträffa. När individer inte förstår hur processen kan se ut som den gör och när individer drabbas på ovan-

[85] 26 kap. 13 § SFB och 3 § förordning (2000:1418) om tillämpningen av vissa skyddsbestämmelser för sjukpenninggrundande inkomst.

stående allvarliga sätt, skapar det problem i samverkan. I regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum gavs Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan i uppdrag att förhindra att individer skulle falla mellan stolarna. Regeringen skrev:

> Inga individer ska falla mellan myndigheterna på grund av bristande samarbete. Ett uppdrag – ett nolltoleransuppdrag – har därför getts till Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen gemensamt om att se till att övergången mellan myndigheterna fungerar. Uppdraget är en del av myndigheternas regleringsbrev.[86]

I maj 2018 presenterade Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan en gemensam avsiktsförklaring där ett av flera syften var att öka individens möjligheter att förstå och skydda sin sjukpenninggrundande inkomst.[87] I denna avsiktsförklaring bestämde man, i syfte att ge bättre stöd i övergången mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, att så kallade *överlämningsmöten* skulle erbjudas till fler och genomföras innan Försäkringskassan kommer med ett nekande beslut. I samband med detta döptes mötesformen om till *omställningsmöten.*

Regeringen har också sedan den 1 november 2018 infört ett rådrum om 25 dagar där individers sjukpenninggrundande inkomst är skyddad även om de inte under denna tid inte är aktivt arbetssökande efter en tid med sjukpenning.[88]

En central fråga är hur ofta det faktiskt inträffar att individer förlorar sin sjukpenninggrundande inkomst med anledning av ovanstående. I individberättelser vi tagit del av, förekommer det att individer fått sin sjukpenninggrundande inkomst satt till noll efter att av Försäkringskassan ansetts ha arbetsförmåga och hos Arbetsförmedlingen inte ansett sig själva kunna vara aktivt arbetssökande på grund av medicinska skäl. Försäkringskassan har uppskattat att det under 2018 är cirka 3 000 individer som uppburit sjukpenning, fått nekad sjukpenning (och då kan antas antingen återgått i arbete eller sökt hjälp hos Arbetsförmedlingen) och därefter åter sökt sjukpenning men då

[86] Socialdepartementet (2018), *Åtgärdsprogram 3.0 – Regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum.* Promemoria 2018-01-23.
[87] Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2018), *Avsiktsförklaring Förstärkt samarbete mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan 2018.*
[88] 3 § förordning (2000:1418) om tillämpningen av vissa skyddsbestämmelser för sjukpenninggrundande inkomst.

blivit noll-klassade.[89] Denna siffra överskattar dock med största sannolikhet problemet. I Försäkringskassans rapport *Vad händer efter avslutad sjukpenning*, där individer som fått ett avslag under pågående sjukfall dag 180–365 åren 2013–2015 studeras, så hamnade 1,2 procent (33 personer) utanför både socialförsäkringssystemet och arbetsmarknaden under första året efter avslutat sjukfall, 1,8 procent (48 personer) efter två år och 2,8 procent (70 personer) efter tre år.[90] I Riksrevisionens granskning *Vägen till arbete efter nekad sjukpenning* hade var tionde individ som efter nekad sjukpenning skrivit in sig hos Arbetsförmedlingen hamnat i sökandekategori *arbetssökande med förhinder*, något som kan riskera att deras SGI sätts till noll om de ansöker om sjukpenning på nytt.[91]

Problem kan som beskrivs ovan uppstå i övergången mellan myndigheterna med anledning av myndigheternas olika uppdrag och regelverk. En uppfattning som vi tagit del av under utredningen är att arbetsförmedlare ibland har svårt att förstå hur Försäkringskassan kunnat bedöma att en individ har arbetsförmåga när individen har kvarstående medicinska hinder. Denna uppfattning gav också Arbetsförmedlingen uttryck för i mars 2018 då kritik riktades mot Försäkringskassan för att Arbetsförmedlingen fick ta emot människor som inte kunde söka jobb eller tillgodogöra sig åtgärder på grund av sjukdom.[92] En bild av myndigheternas utmaningar ges i en bakgrundsbeskrivning till ett projekt mellan myndigheterna i Uppsala:

> Bakgrunden till projektets framtagande och som beskrevs i ansökan var det ökade antalet individer som kom till Arbetsförmedlingen från Försäkringskassan och som hade varit sjukskrivna men inte längre hade rätt till sjukpenning. De hade uppmanats att skriva in sig på Arbetsförmedlingen för att söka lämpligt arbete. Arbetsförmedlarna fick lägga mycket tid på att förklara Försäkringskassans beslut och hjälpa individen att hitta akuta vägar att klara sin försörjning. Försäkringskassans handläggare upplevde samtidigt svårigheter att tidigt i sjukskrivningen söka ut sjukskrivna som riskerade indragen sjukpenning och få dem att förstå hur regelverket fungerade och förbereda dem på en omställning till ett annat arbete. De sjukskrivna man hade kontakt med var svåra att moti-

[89] Statistik från Försäkringskassan, se även kapitel 3.
[90] Försäkringskassan (2018), *Vad händer efter avslutad sjukpenning? Sysselsättning och försörjning för de som får avslag eller avslutar sjukpenning dag 180–365.* Socialförsäkringsrapport 2018:8.
[91] Riksrevisionen (2020), *Vägen till arbete efter nekad sjukpenning.*
[92] sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=6907839. Hämtad 2020-03-21.

> vera och engagera till att delta i överlämningsmöten på Arbetsförmedlingen.[93]

I ett PM från Försäkringskassan år 2016 dras slutsatsen att det finns vissa konflikter mellan myndigheternas respektive regelverk. Konflikterna beror främst på att syftet bakom sjukförsäkringslagstiftningen är ett annat än det arbetsmarknadspolitiska regelverk som Arbetsförmedlingen tillämpar.[94] I Arbetsförmedlingens och Försäkringskassans gemensamma skrivelse till regeringen skriver de:

> Arbetsförmåga inom socialförsäkringen innebär att någon, trots sjukdom, har förmåga att försörja sig själv genom förvärvsarbete (prop. 1996/37:28 s. 10). Begreppet arbetsförmåga är däremot inte närmare definierat i lag. Inom arbetsmarknadspolitiken är det möjligt för Arbetsförmedlingen att bedöma att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom trots att Försäkringskassan bedömt att rätt till sjukpenning saknas (7 b § förordningen (2000:634) om arbetsmarknadspolitiska program). Det beror på att Arbetsförmedlingens bedömning görs ur ett arbetsmarknadspolitiskt perspektiv.[95]

### 5.5.3 Utredningens slutsatser

För individen är det svårt att förstå att olika aktörer bedömer om individen kan eller inte kan arbeta på grund av sjukdom, och särskilt svårt blir det för individen att förstå när aktörernas bedömningar skiljer sig åt. Som vi redogör för ovan gör aktörerna rätt utifrån sina respektive uppdrag men det vilar ett stort ansvar på aktörerna i processen att vara transparenta med utgångspunkterna för sina respektive bedömningar och förklara så att individen förstår. Att både individer och andra aktörer förstår skillnaderna mellan aktörernas uppdrag och därmed hur de bedömer en individs förmåga att arbeta är viktigt, både för förståelsen för själva bedömningen, men också för att aktörerna ska kunna samverka för att processen ska fungera för individen.

Vad gäller diskrepanserna mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan är utredningen ense med dialoguppdragets ställningstagande att:

---

[93] Samordningsförbundet Uppsala län (2020). *Slutrapport Gesam 200131*.
[94] Försäkringskassan (2016), *Finns det konflikter mellan Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens regelverk?* PM 2016-08-23.
[95] Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2017), *Översyn av regelverket avseende ersättning för deltagare i rehabiliteringsinsatser*. Skrivelse till regeringen 2017-03-27, s. 21.

> Myndigheterna är överens om att i samarbetet gällande försäkringsmedicinska underlag måste hänsyn tas såväl till Försäkringskassans behov av information som till hälso- och sjukvårdens förutsättningar att lämna informationen. Samarbetet måste sättas i ett sammanhang där psykisk ohälsa ökar som orsak till sjukfrånvaro. Det måste även beaktas vilka diagnostiska metoder och andra förutsättningar hälso- och sjukvården har vid bedömning av den enskilde. Det finns behov av att förtydliga vad hälso- och sjukvårdens försäkringsmedicinska bedömning innebär och hur denna förhåller sig till Försäkringskassans arbetsförmågebedömning.[96]

Det är viktigt att ta hänsyn till den utveckling som sker inom olika medicinska områden som betyder att hälso- och sjukvårdens bedömningar om medicinska tillstånd på ett övergripande plan kan förändras över tid. Det är också viktigt att både hälso- och sjukvården och Försäkringskassan är tydliga gentemot individen hur de kommit fram till sin bedömning och varför.

Att individer kan riskera att bli av med sin SGI i övergången mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen är allvarligt och ställer höga krav på samverkan mellan myndigheterna. Med anledning av att konsekvenserna blir stora för individen om hen inte förstått vad som krävs för att hens SGI ska skyddas, är vår bedömning att ytterligare åtgärder behöver vidtas för att förhindra att detta inträffar.

Myndigheternas olika uppdrag ställer också krav på samverkan för att förståelsen hos myndigheterna om varandras uppdrag ska vara hög, vilket i sin tur är viktigt för att individens övergång från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen ska fungera väl.

[96] Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*, s. 28.

## 5.6 Att det finns olika förväntningar på Försäkringskassans samordningsansvar skapar problem i samverkan

**Bedömning:** Skilda förväntningar på Försäkringskassan skapar problem i samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Att förväntningarna skiljer kan dels leda till missförstånd och irritation dels till att de andra aktörerna blir passiva och därmed att individer inte får det stöd som de behöver. Utredningen konstaterar att en dialog måste föras mellan sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer om samordningsansvaret för att individen ska få det stöd individen behöver.

Försäkringskassan har ett omfattande ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och ska ge individen stöd genom samordningsansvaret, serviceskyldigheten och utredningsskyldigheten. Vi kan dock konstatera att aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen tycker att Försäkringskassans ansvar är oklart. Förväntningarna på vad samordningsansvaret rymmer är ofta större än vad Försäkringskassan fyller det med. Flera av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer signalerar att det vore till hjälp om det tydliggjordes vilket ansvar Försäkringskassan har. Även om inte alla förväntningar på Försäkringskassan kan uppfyllas vore ett tydliggörande, och med det samsyn mellan aktörerna, om *vad* individen kan förvänta sig, till hjälp. Flera tidigare utredningar har också konstaterat att Försäkringskassans samordningsansvar är oklart.[97]

Utredningens bedömning är att förväntansglappet avseende samordningsansvaret beror på flera saker. Delvis beror glappet på en sammanblandning mellan samordningsansvaret, serviceskyldigheten och utredningsskyldigheten. Delvis beror glappet på att samordningsuppdraget, enligt 30 kap. SFB, kan tolkas olika och att tillämpningen har varierat över tid. Nedan försöker vi tydliggöra begrepp, utreda om det finns problem kopplade till ansvaren och reda ut om åtgärder borde vidtas i någon riktning.

[97] SOU 2015:21. *Mer trygghet och bättre försäkring,* s. 627 och Ds 2017:9 *Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete*, s. 33 och Försäkringskassan (2017), *Utvärdera och utveckla stödet till arbetsgivare.* Försäkringskassans svar på regeringsuppdrag, s. 10.

### 5.6.1 Myndigheternas serviceskyldighet

Alla myndigheter ska enligt förvaltningslagens så kallade *serviceskyldighet* lämna den enskilde sådan hjälp att han eller hon kan ta till vara sina intressen. Hjälpen ska ges i den utsträckning som är lämplig med hänsyn till frågans art, den enskildes behov av hjälp och myndighetens verksamhet. Den ska ges utan onödigt dröjsmål.[98] I lagens förarbeten skrivs att servicenivån måste anpassas till förutsättningarna i det enskilda fallet.[99] Vad anpassningen innebär specificeras så här:

> Regeringen anser att det varken är lämpligt eller praktiskt möjligt att närmare precisera hur omfattande hjälp en myndighet bör ge enskilda i olika typsituationer eller att ange vilka åtgärder som myndigheten bör vidta för att kunna svara på en viss fråga. […] När en myndighet ska bedöma den enskildes behov av hjälp i ett visst fall bör den därför bl.a. ta hänsyn till vilka resurser som den enskilde själv har till sitt förfogande eller rimligen kan förväntas skaffa sig. Det innebär att myndigheten kan behöva beakta t.ex. ålder och mognad när den har med barn och unga att göra eller om någon har särskilda behov till följd av en funktionsnedsättning.[100]

Det är svårt att precisera hur långt Försäkringskassans serviceskyldighet sträcker sig. Det går dock att få ledning av ett mål där en kvinna lämnat in mediciniska underlag för, som det var förtryckt på blanketterna, bedömning av rätt till sjukpenning och behov av rehabiliteringsåtgärder men där Försäkringskassan, enligt domstolen, borde förstått att det var sjukersättning kvinnan egentligen ansökte om (Högsta domstolen T 2139-12).

Serviceskyldigheten borde därmed omfatta en skyldighet för Försäkringskassan att hjälpa en individ med nedsatta förmågor att ansöka om rätt förmån. I serviceskyldigheten ligger också att vidarebefordra individen till rätt myndighet.[101] Det är dock tveksamt om serviceskyldigheten omfattar att hjälpa individen göra rätt utanför den egna myndighetens ansvarsområde i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

[98] 6 § förvaltningslag (2017:900).
[99] Prop. 2016/17:180, s. 291.
[100] Prop. 2016/17:180, s. 67.
[101] Kristina Ahlström, förvaltningslag (2017:900) 6 §, Karnov, JUNO 2020-02-12.

### 5.6.2 Försäkringskassans utredningsskyldighet

I förvaltningslagen[102] och i SFB[103] finns reglering om Försäkringskassans utredningsskyldighet. Försäkringskassan ska se till att ett ärende blir utrett i den omfattning som dess beskaffenhet kräver. Enligt Försäkringskassans vägledning *Förvaltningsrätt i praktiken*:

> Utredningsskyldigheten innebär att det är Försäkringskassan som måste bedöma om den utredning eller ansökan som kommer in är tillräcklig som underlag för beslut och som ska begära komplettering om den inte är det. Den bedömningen kan inte den enskilde göra på egen hand. […]
>
> Frågan om vilken utredning som kan anses utgöra fullgott beslutsunderlag har varit föremål för prövning i rättsfallet RÅ 2010 ref. 120 (se även Domsnytt 2011:15). I målet tog HFD ställning till hur långt Försäkringskassans utredningsskyldighet sträcker sig i ett sjukpenningärende. Den enskilde hade ansökt om sjukpenning för en viss period men Försäkringskassan ansåg att det intyg han hade skickat in var otillräckligt för att avgöra frågan om hans arbetsförmåga var nedsatt. HFD uttalade att kravet på utredning i sjukpenningärenden varierar, bland annat beroende på ärendets karaktär och den enskildes förutsättningar att tillvarata sina intressen. Enligt domstolen var det aktuella fallet komplicerat och det underlag som fanns tillgängligt vid tidpunkten för beslutet gav inte någon säker bild av den enskildes tillstånd och arbetsförmåga. Försäkringskassan borde därför ha försökt få del av den behandlande läkarens uppfattning i ärendet.[104]

Bedömningen som Försäkringskassan har att göra, om underlaget är tillräckligt och från vilken part mer information behövs, är svår. Det är också svårt att göra bedömningen om i vilken utsträckning myndigheten ska inhämta informationen och i vilket utsträckning individen bör inkomma med informationen på egen hand.

I vägledningen skriver Försäkringskassan att i ett ansökningsärende kan utredningsskyldigheten fullgöras genom att informera den sökande om hur han eller hon bäst kan styrka sina påståenden.[105] Det blir dock viktigt att avgöra i vilken utsträckning som individen klarar detta och därmed vilka skyldigheter Försäkringskassans har att hjälpa individen.

[102] 23 § förvaltningslag (2017:900).
[103] 110 kap. 13 § SFB.
[104] Försäkringskassan (2019), *Förvaltningsrätt i praktiken.* Vägledning 2004:7 Version 13.
[105] Försäkringskassan (2019), *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. Vägledning 2015:1, version 12, s. 192.

### 5.6.3 Försäkringskassans samordningsansvar

Försäkringskassan har haft sitt samordnande ansvar sedan den så kallade rehabreformen trädde i kraft 1992. Sedan dess har det skett omfattande förändringar och en del av de strukturer som 1992 skapade förutsättningar för Försäkringskassan att ta det samordningsansvar som reformen avsåg, finns inte längre kvar. Exempelvis var en av ambitionerna att Försäkringskassan genom sitt uppdrag skulle få kunskap om vad som krävs på olika arbetsplatser för att en individ ska kunna återfå sin arbetsförmåga. I regeringens proposition 1990/91:141 *om rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m* står:

> Genom sitt samarbete med olika arbetsgivare om rehabiliteringen av deras anställda får Försäkringskassan kunskaper om arbetsmiljön i företagen och dess betydelse för rehabiliteringsbehoven. Härigenom stärks det behövliga sambandet mellan rehabiliteringsinsatserna och strävandena mot arbetsmiljöförbättringar.[106]

I rehabreformen fanns således en idé om att kunskapsområdet arbetslivsinriktad rehabilitering skulle utvecklas inom Försäkringskassans verksamhet. Mellan 1990 och 2004 kunde Försäkringskassan också köpa rehabiliteringstjänster i form av utredningar av förutsättningar för rehabilitering och direkta åtgärder som syftade till att underlätta återgång i arbete.

Försäkringskassans samordningsansvar specificeras i SFB.[107] Enligt Försäkringskassans hemsida innebär samordningsansvaret att:

> Försäkringskassan har ansvar för att samordna rehabiliteringsinsatser för den som är sjukskriven. I det arbetet ska Försäkringskassan samverka med arbetsgivare, hälso- och sjukvården, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen samt andra myndigheter som berörs av rehabilitering för den sjukskrivna.
>
> Det innebär att Försäkringskassan i samverkan med andra aktörer, både när det gäller den enskilde och på strukturell nivå, ställer krav på att de bidrar till att skapa förutsättningar för återgång i arbetet för den som är sjukskriven. Försäkringskassan ska se ser [Sic!] till att rätt åtgärder görs i rätt tid av den som har ansvar för det, men utför inte några rehabiliterande insatser.[108]

[106] Prop. 1990/91:141, s. 4.
[107] 30 kap. 8–10 §§ SFB.
[108] www.forsakringskassan.se/press/vart-uppdrag-sjukforsakringen. Hämtad 2019-11-06.

Det saknas dock konsensus om vad Försäkringskassan i praktiken ska göra inom ramen för samordningsuppdraget. Försäkringskassan konstaterar också själva, i en nyligen publicerad rapport, att samordningsuppdraget är otydligt internt.[109]

Inspektionen för socialförsäkringen anser att Försäkringskassans samordningsansvar till stor del handlar om att *identifiera* de försäkrade som faktiskt behöver rehabilitering.[110] För att göra det behöver Försäkringskassans handläggare, enligt samma rapport, vara aktiva och genomföra nödvändiga utredningsåtgärder men också fånga upp impulser från de olika aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.[111] I Försäkringskassans svar på rapporten poängterade Försäkringskassan att de inte helt delar Inspektionen för socialförsäkringens syn på samordningsuppdraget. Försäkringskassan betonar att de inte vill ta ansvar för utredningar av anpassning av arbetsuppgifter utan hänvisar till arbetsgivarens rehabiliteringsansvar. Försäkringskassan skriver att det är viktigt att lyfta fram övriga aktörers ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen då risken annars är att de andra aktörerna inväntar Försäkringskassans agerande.[112]

I regeringens åtgärdsprogram gavs Försäkringskassan i uppdrag att *inom ramen för sitt lagstadgade samordningsansvar* förstärka arbetet med att ge stöd till individers återgång i arbete. I uppdraget ingick att:

- utveckla kontakterna och kommunikationen med relevanta aktörer i enskilda ärenden,
- utveckla Försäkringskassans stöd till den försäkrade i rehabiliteringsprocessen för att se till att de åtgärder som behövs vidtas,
- anpassa verksamheten utifrån den föreslagna förändrade lagstiftningen den 1 juli 2018 avseende den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen. De planer arbetsgivarna lämnar in behöver myndig-

[109] Försäkringskassan (2020), *Samordningsuppdragets praktik. En analys av hur Försäkringskassan "gör" samordning.* Socialförsäkringsrapport 2020:02.
[110] Inspektionen för socialförsäkringen (2017), *Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan. En kommentar om hur Försäkringskassan kan förbättra sjukskrivningsprocessen.* ISF Rapport 2017:9.
[111] Inspektionen för socialförsäkringen (2017), *Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan. En kommentar om hur Försäkringskassan kan förbättra sjukskrivningsprocessen.* ISF Rapport 2017:9.
[112] Försäkringskassan (2017), *Försäkringskassans svar på ISF-rapport – Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan.* Dnr 019579-2017.

heten följa upp för att se till att individen får tillgång till tidiga anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder,

- uppmärksamma och se till att de försäkrade, som kan ha behov av åtgärder och kompetens från Arbetsförmedlingen, får tillgång till detta inom ramen för det nuvarande samarbetet med Arbetsförmedlingen.[113]

Av regeringens uppdrag går att utläsa en förväntan om att Försäkringskassans ansvar inom samordningsuppdraget också inkluderar stöttande åtgärder till individer som inte nödvändigtvis behöver samordnad rehabilitering. Detta kan således exempelvis handla om kontakter med arbetsgivare eller andra myndigheter.

I budgetpropositionen för 2020 citeras förarbeten från 1992[114] där det anges att det också ingår i samordningsansvaret att stötta den försäkrade i kontakterna med andra rehabiliteringsansvariga och att verka för att dessa tar en aktiv del i rehabiliteringsprocessen.[115] Att regeringen citerar detta talar även det för att regeringen har förväntningar på vad Försäkringskassan ska fylla samordningsuppdraget med som inte ryms inom nuvarande ram Försäkringskassan satt för uppdraget.

Enligt information från utredningens dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer är arbetsgivares och hälso- och sjukvårdens förväntningar på Försäkringskassan att Försäkringskassan vid behov ska ta initiativ till att samordna aktörerna och insatserna kring individen. Arbetsgivare och hälso- och sjukvården vill också att Försäkringskassan, genom samordningsansvaret, ska vara med i möten när den arbetsplatsinriktade och medicinska rehabiliteringen planeras och följs upp, så att alla aktörer (inklusive individen) ska ha samsyn om planeringen. Önskemål om att Försäkringskassan ska vara med handlar till stor del om förutsägbarhet vad gäller ersättning till individen – övriga aktörer vill veta att den rehabiliteringsplan som görs upp inte kommer att falla på grund av att individen exempelvis inte (längre) har rätt till sjukpenning eller inte beviljas rehabiliteringspenning.

[113] Socialdepartementet (2018), *Åtgärdsprogram 3.0 – Regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum.* Promemoria 2018-01-23.
[114] Prop. 1990/91:141, s. 50.
[115] Prop. 2019/20:1 Utgiftsområde 10, s. 43.

Många arbetsgivare har svårt att komma i kontakt med hälso- och sjukvården, vet inte vilken information som får utbytas om individen, eller saknar samtycke från individen för att utbyta information om individen med vården och vill därför att Försäkringskassan, med anledning av samordningsuppdraget, bistår i dialogen.

Ett annat skäl till att arbetsgivare efterfrågar samverkan med Försäkringskassan, är att arbetsgivaren kan vara osäker på vilka insatser som kan göras på arbetsplatsen för att individen ska kunna återgå i arbete, samtidigt som individen har bibehållen rätt till sjukpenning. Innan Försäkringskassan påbörjat handläggningen av ärendet och beslutat om sjukpenning så finns också en osäkerhet om individens försörjning.

Försäkringskassan har å sin sida förväntningar på att arbetsgivaren och hälso- och sjukvården har kontakt, reder ut frågor kring individen, och att de inte väntar på att Försäkringskassan ska ta initiativ.

Förväntansglappet består således i att arbetsgivare och hälso- och sjukvård, inom ramen för samordningsuppdraget, efterfrågar hjälp med informationsöverföring och stöd i dialog. Försäkringskassan anser att samordningsuppdraget gäller de individer där insatser från olika aktörer måste samordnas och att arbetsgivare och hälso- och sjukvård kan göra mycket för individen utan att Försäkringskassan aktivt medverkar. Den parlamentariska socialförsäkringsutredningen konstaterade att:

> Att ansvara för samordning och tillsyn utan att förfoga över medel för detta riskerar att medföra negativa konsekvenser för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. De aktörer som har ansvaret för rehabiliteringsinsatser riskerar att bli mindre aktiva och kan befaras avvakta Försäkringskassans samordning.[116]

Med anledning av ovanstående föreslog utredningen att Försäkringskassans samordningsansvar skulle tas bort.

Det finns även praktiska svårigheter för Försäkringskassan att uppfylla de övriga aktörernas förväntningar på dem. Försäkringskassan hade år 2018 en genomsnittlig väntetid för den försäkrade att få ett beslut efter det att ansökan kommit in om 30 dagar.[117] Detta innebär att individen i genomsnitt varit sjukskriven i 44 dagar innan Försäkringskassan kommer in i ärendet (under förutsättning att ansökan om sjukpenning skickades in dag 14 vilket nog inte alltid är

[116] SOU 2015:21. *Mer trygghet och bättre försäkring*, s. 638.
[117] Försäkringskassan (2019), *Årsredovisning 2018*, s, 41.

fallet). Det är därmed svårt för Försäkringskassan, oavsett samordningsansvar, att vara ett stöd tidigt i en individs ärende.

### 5.6.4 Utredningens slutsatser

Konsekvensen av att aktörerna har olika förväntningar på varandra kan bli att aktiviteter för att stödja individen tillbaka till arbete inte kommer igång i tid. Att aktörerna har överlappande ansvar kan hämma deras initiativförmåga. Ytterst riskerar individen att inte få adekvat stöd för att komma tillbaka till arbete.

Utredningen konstaterar att en dialog måste föras mellan sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer om samordningsansvaret. Ansvaret i lagstiftningen tolkas olika av olika aktörer och har tolkats olika av Försäkringskassan över tid. Det som kan konstateras är dock att så väl individen som övriga aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har större förväntningar på Försäkringskassans samordningsansvar än vad Försäkringskassan fyller det med. Individer uttrycker att det under en sjukskrivning är mycket information som ska förmedlas till olika aktörer, något som en del individer kan ha svårt att hantera under tid med sjukdom. Aktörerna efterfrågar stöd för informationsöverföring och Försäkringskassans stöd i dialogen med andra aktörer i processen. Att Försäkringskassan kommer in först när individen ansöker om sjukpenning gör att de övriga aktörerna (som redan finns på plats i ärendet) måste ges förutsättningar att hantera sjukskrivningsärendet för individen oberoende av Försäkringskassan.

## 5.7 Aktörerna vill utveckla metoder som hjälper dem att hitta de individer som har behov av stöd

Med så många individer i processen årligen finns ett behov hos alla aktörer att identifiera vad som kännetecknar individer med större behov av stöd för återgång i arbete och vad som kännetecknar individer som har behov av att aktörerna samverkar. Alla aktörer behöver prioritera sina resurser och ge rätt insats till rätt individ (= individuell bedömning och differentiering).

Differentieringen är nödvändig av minst två skäl. För det första är det viktigt att individer som behöver stöd får det, men minst lika

viktigt är det att individer som inte behöver stöd inte får det. Om stöd ges till individer som inte behöver det kan sjukfallen förlängas. Inspektionen för socialförsäkringen skriver år 2011:

> En tidigareläggning av Försäkringskassans insatser i sjukskrivningsprocessen gjorde att sjukfrånvaron och övergången till sjuk- och aktivitetsersättning ökade. Inlåsningseffekten dominerar därmed. Resultatet är av allt att döma ett utslag av handläggarnas svårigheter att välja ut rätt personer för rehabiliterings-insatser.[118]

För det andra har aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inte resurser att arbeta aktivt med alla individer i processen. Att ge stöd till de individer som behöver det är dock ett sätt att stötta individer att lämna processen. Utan rätt stöd riskerar individerna bli kvar i långa sjukskrivningar. Det är därför nödvändigt att individer som är i behov av stöd för att lämna sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen både identifieras och får adekvat stöd eftersom deras sjukfall annars riskerar att bli längre än nödvändigt.

Vi kan konstatera att alla aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har svårt att förutsäga vilka individer som kommer behöva stöd för återgång i arbete och vilka som inte kommer att behöva det.

Stora resurser har lagts på att skapa bedömningsstöd för differentiering. Nedan nämns några av de försök som genomförts, eller som fortfarande pågår.

Inom hälso- och sjukvården har resurser bland annat lagts på Stöd för rätt sjukskrivning (SRS). Projektet har finansierats via överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*. Syftet med SRS bedömningsstöd är att stödja hälso- och sjukvårdspersonal i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, framför allt läkare och rehabiliteringskoordinatorer. SRS innehåller:

- en riskberäkning, som indikerar om en patient löper risk för att vara sjukskriven längre än 90 dagar,
- råd och rekommendationer om lämpliga rehabiliteringsåtgärder för aktuell diagnos,
- nationell sjukskrivningsstatistik baserad på aktuell diagnos,

[118] Inspektionen för socialförsäkringen (2011), *Effekter av tidiga insatser för sjukskrivna*. ISF rapport 2011:17.

- koppling till webbsidan rattsjukskrivning.se med fördjupade beskrivningar av råd och rehabiliteringsåtgärder samt beskrivningar av riskberäkningen och den nationella statistiken.

SRS testas fortfarande i verksamhet. Med start år 2019 har 23 vårdcentraler i fyra regioner infört bedömningsstödet, försöket pågår och förväntas vara klart under våren 2020.[119]

I en kvalitativ utvärdering av SRS i pilotform som genomfördes redan år 2018 tyckte en majoritet av de tillfrågade läkarna att risksignalen kunde vara till hjälp. Risksignalen i SRS kunde också användas av rehabiliteringskoordinatorer som ett underlag för dialog med de sjukskrivande läkarna vid planering av rehabiliteringsåtgärder för enskilda patienter. Dock beskrev läkare att risksignalen inte var till så stor hjälp vid diagnoser där risken för lång sjukskrivning är hög. Läkarna beskrev att eftersom patienter som söker vård för besvär kopplade till utmattning som trötthet, nedstämdhet och yrsel alltid löper en risk för att bli långvarigt sjukskrivna var det därför nästintill omöjligt att prioritera bland dessa patienter.[120]

Även vid Försäkringskassan genomförs försök med differentiering. Differentierad handläggning med tre olika kundflöden infördes i slutet av 2013. Alla sjukpenningärenden sorteras genom en initial behovsbedömning in i ett av tre spår:

1. K1 – individer som behöver ersättning för den korta tid de är sjuka. Inget behov av insatser eller kontakt med Försäkringskassan,
2. K2 – individer som är sjuka men kommer att återgå i sitt vanliga arbete utan insatser,
3. K3 – individer med behov av personlig kontakt, samordning och insatser för att kunna återgå i arbete.[121]

När Försäkringskassan 2018 utvärderade detta arbetssätt fann man inga tecken på att införandet av den differentierade handläggningen hade påverkat kvaliteten i handläggningen, avseende rättssäkerhet,

[119] SKR (2019), *Stöd för rätt sjukskrivning.* Rapport december 2019.
[120] SKR (2018), *Stöd för rätt sjukskrivning.* Rapport december 2018.
[121] Försäkringskassan (2016), *Effektutvärdering av Den nya sjukförsäkrings processen*. Socialförsäkringsrapport 2016:1.

service och produktivitet.[122] År 2019 ändrades arbetssättet så att alla ärenden som inte redan är avslutade hamnar i K2 och att behovsbedömningen av om de bör handläggas i K3 kommer senare.[123]

Försäkringskassan har också genomfört försök med differentierat intygande, som en del av projektet *En enklare sjukförsäkringsprocess*. Tanken med det förenklade intyget var att ge läkaren en möjlighet att ge färre medicinska uppgifter i sjukfall där individen bedömdes kunna återgå i arbete utan åtgärder från Försäkringskassan eller arbetsgivaren. De förenklade intygen skulle spara administrativa resurser i hälso- och sjukvården och på Försäkringskassan, och dessa frigjorda resurser skulle, åtminstone delvis, användas i arbetet med mer komplicerade fall. De första försöken med förenklade läkarintyg genomfördes under perioden februari till maj 2013.[124] I den rättsliga kvalitetsuppföljning av försöket som Försäkringskassan själva gjorde konstaterades att sjukfallen med förenklade intyg inte sällan blev längre än 60 dagar, vilket indikerar att det är svårt att prognostisera sjukfallets längd med den träffsäkerhet som har förutsatts.[125] Försöket stoppades i april 2016. I en senare utvärdering av försöket konstaterade Inspektionen för socialförsäkringen att införandet av de förenklade intygen ledde till ökat inflöde till sjukförsäkringen genom att fler individer sjukskrevs av läkare och att färre individer fick avslag av Försäkringskassan.[126]

Aktörernas olika sätt att differentiera ställer krav på att aktörerna samverkar i syfte att skapa förståelse för på vilka grunder differentieringen bygger. Eftersom aktörerna har olika uppdrag bör de också ibland prioritera åtgärder för att stötta olika individer inom ramen för sina uppdrag.

Utredningens bedömning är att det är viktigt att fortsätta genomföra försök till differentiering. Även Socialstyrelsen och Försäkringskassan gör den bedömningen och skriver sin återrapportering

[122] Försäkringskassan (2018), *En differentierad handläggning av sjukpenningen. Har uppdelningen i kundflöden påverkat kvaliteten i Försäkringskassans prövning av rätt till ersättning?* PM 2018:8.
[123] Försäkringskassan (2019), *Ny version av processen Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning (2009:07).* IM 2019:038.
[124] Inspektionen för socialförsäkringen (2016), *Förenklat läkarintyg. Försäkringskassans hantering av införandet.* ISF Rapport 2016:14.
[125] Försäkringskassan (2016), *Sjukpenningärenden med förenklade läkarintyg. Rättslig kvalitetsuppföljning.* Rättslig uppföljning 2016:3.
[126] Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Förenklat läkarintyg och inflödet till sjukförsäkringen. En analys av effekterna på vårdenhetsnivå och regionnivå.* ISF Rapport 2019:05.

av uppdraget *Bättre dialog mellan försäkringskassan och hälso- och sjukvården* att det vore ogörligt att hantera alla sjukpenningärenden på exakt samma sätt.[127]

## 5.8 Aktörsspecifika förutsättningar som påverkar samverkan i processen

Aktörernas interna förutsättningar påverkar hur väl sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen fungerar. I detta avsnitt redogör vi för de interna förhållanden som återkommande nämnts som bidragande orsaker till problem i samverkan mellan aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen under utredningens gång.

### 5.8.1 Flera aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen önskar mer kunskap, mer tid och mer stöd i sitt arbete

#### Många arbetsgivare har inte tillräcklig kunskap om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

När det finns risk för att en individ blir sjukskriven eller då en individ sjukskrivs ska arbetsgivaren bedöma rätten till frånvaro och sjuklön och, om möjligt, anpassa arbetstagarens arbete. Arbetsgivarens ansvar i processen är omfattande. Arbetsgivarföreträdare uppger att arbetsgivare har starka incitament, i sin roll som just arbetsgivare, att arbeta med individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Det är enligt dem avgörande för verksamheten (kompetensförsörjningsbehovet) att så många som möjligt av arbetstagarna befinner sig i arbete, och för det fallet att en sjukskrivning är aktuell, att arbetsförmågan tas tillvara och att frånvaron inte blir onödigt lång.

Kunskap om vad arbetsgivare kan, och ska, göra när en individ riskerar att bli sjukskriven eller när en sjukskriven individ ska komma åter i arbete är dock inte den primära uppgiften för arbetsgivare. Dessutom är det, för många arbetsgivare, sällan förekommande att hantera

[127] Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*, s. 42.

medarbetare i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.[128] Frågor som handlar om sjukskrivning är en av många frågor som en arbetsgivare har att hantera.

Arbetsgivare tycker också att arbetet inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är svårt. I en undersökning gjord av Svenskt Näringsliv ansåg företagen att det största hindret för återgång i arbete var svårigheter att anpassa arbetsplatsen. Även svårigheter i samverkan med Försäkringskassan och hälso- och sjukvården nämndes som vanliga hinder. Tre av tio företag i studien uppgav att de har ganska eller stora problem med sjukfrånvaron.[129]

Arbetsgivare är en heterogen grupp med olika förutsättningar att arbeta inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Små och medelstora företag har, i relation till större företag, ofta mindre erfarenhet av sjukfrånvaro och sällan personal som arbetar enbart med personalfrågor, såsom sjukfrånvaro eller arbetsmiljöfrågor.[130] I de intervjuer, och de möten, utredningen genomfört framförs stöd för denna uppfattning.

I dialog med arbetsgivarföreträdare har framkommit önskemål om mer stöd, råd och verktyg från Arbetsmiljöverket. Arbetsgivare vill att den tillsyn som Arbetsmiljöverket genomför i större utsträckning ska kunna bidra till kunskap om hur arbetsgivarna på bästa sätt kan förebygga sjukfrånvaro, identifiera risk och arbeta med sjukskrivnas återgång i arbete.

Många arbetsgivare kan således förbättra såväl sitt eget arbete inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som exempelvis sin samverkan med andra aktörer, genom att höja kunskapsnivån om sina egna skyldigheter och om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i sin helhet.

[128] Inspektionen för socialförsäkringen (2012), *Arbetsgivare i små företag. En intervjustudie om deras erfarenheter av sjukskrivningsprocessen.* ISF rapport 2012:9.
[129] Svenskt Näringsliv (2019), *Vägar tillbaka till arbete – företagens erfarenheter av sjukfrånvaron och den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen*.
[130] Inspektionen för socialförsäkringen (2012), *Arbetsgivare i små företag. En intervjustudie om deras erfarenheter av sjukskrivningsprocessen.* ISF rapport 2012:9.

### Professioner inom hälso- och sjukvården vill fortsätta utvecklas inom försäkringsmedicin och behöver mer tid och stöd för sitt uppdrag i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Läkare som arbetar med sjukskrivningar anser sig behöva mer kunskap om försäkringsmedicin och två tredjedelar av läkarna hade tidsbrist i sjukskrivningsärenden dagligen eller någon gång per vecka.[131] Läkare kan få stöd i sitt arbete med sjukskrivning genom Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd.[132] Läkare efterfrågar dock att fler diagnoser inkluderades i beslutsstödet och att beslutsstödet uppdateras för att stämma överens med forskning, andra riktlinjer, vårdprogram och nya behandlingar.[133] I det så kallade dialoguppdraget utlovar Socialstyrelsen att vidareutveckla beslutsstödet i samråd med Försäkringskassan i syfte att ge stöd i de bedömningar som upplevs som svåra.[134] Som stöd till läkare finns också bedömningsstödet *Stöd för rätt sjukskrivning* ingår som villkor 5 i överenskommelsen om *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2020*. Bedömningsstödet ska ge större träffsäkerhet att identifiera individer med ökad risk för längre sjukskrivning och de som har behov av rehabiliteringsinsatser.

I en rapport om ledning och styrning av det försäkringsmedicinska uppdraget från 2018 konstaterar SKL att:

> Hälso- och sjukvårdens uppdrag runt försäkringsmedicin/sjukskrivning uppfattas som otydligt och i jämförelse med andra områden som läkemedelsområdet ha relativt låg prioritet och låg status. Stöd kan finnas från enskilda chefer på olika nivåer men det breda stödet och intresset för arbetet från chefer och politisk ledning uppfattas i praktiken som svagt.[135]

I utredningens dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer bekräftas bilden ovan. Aktörerna anser att processen skulle fungera bättre om hälso- och sjukvården mer kunskap om

[131] Alexanderson, K. et al (2018), *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter. Resultat från en enkät 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004. Huvudrapport 2018.* Karolinska Institutet.
[132] https://roi.socialstyrelsen.se/fmb. Hämtad 2020-03-26.
[133] Svärd, V. et al (2018), *Läkares erfarenheter av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd och av digitalisering av läkarintyg.* Karolinska Institutet.
[134] Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.*
[135] SKR (2018), *Det försäkringsmedicinska uppdraget - central ledning och styrning i landsting och regioner*.

sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som helhet och bättre förutsättningar att delta i den.

Till hjälp i detta arbete har ett så kallat nationellt programområde bildats, *Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin*. Nationella programområden har i uppdrag att:

- leda och samordna kunskapsstyrningen inom aktuellt fält,
- följa upp och analysera sitt område, göra behovsanalyser och GAP-analyser (till exempel identifiera när det saknas kunskapsstöd),
- bidra i arbetet med hur relevanta nationella kvalitetsregister utvecklas och används,
- omvärldsbevaka,
- genomföra ordnat införande/ordnad utfasning av läkemedel/behandlingar,
- genomföra nivåstrukturering,
- bidra i arbete med eventuella statliga satsningar.[136]

NPO *Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin* kommer således att kunna stötta regionerna i linje med sitt uppdrag. I överenskommelsen om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess mellan staten och SKR för 2020 är villkoren för området *Ledning och styrning i försäkringsmedicin* att regionerna tillsammans med stöd av SKR och Socialstyrelsen och i samverkan med NPO utvecklar uppföljningsmått för försäkringsmedicin och att ett regionalt samarbete med NPO etableras gällande ledning och styrning i försäkringsmedicin.[137]

Vi har tagit del av ett antal avtal som regioner har med vårdgivare och i dessa finns det specificerat att vårdgivarna ska ha rutiner för arbetet med sjukskrivningar och för hur kompetens inom området försäkringsmedicin ska tillgodoses.

[136] skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/systemforkunskapsstyrning/nationellaprogramomraden.1814.html. Hämtad 2020-03-28.
[137] Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges kommuner och regioner, SKR (2019), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020*, s. 6.

### 5.8.2 Försäkringskassans personalomsättning är en utmaning för samverkan

Försäkringskassan har hög personalomsättning vilket bland annat leder till handläggarbyten. Regeringen skriver i budgetpropositionen för år 2020 att:

> Försäkringskassans personalomsättning är fortsatt hög och har ökat något sedan föregående år till 12 procent i genomsnitt. Personalomsättningen varierar inom olika delar av organisationen och den är högst på avdelningen för sjukförsäkring (14,8 procent).[138]

Av Försäkringskassans egna enkätundersökningar framgår att skälen till varför medarbetare som arbetar med sjukpenning slutar, är att arbetsbelastningen upplevs som hög, att beskrivningen av yrkesrollen inte stämmer överens med de verkliga arbetsuppgifterna och att medarbetare upplever att deras kompetens inte tas tillvara i tillräcklig utsträckning.[139] Försäkringskassan har i sitt regleringsbrev för 2020 fått i uppdrag vidta och redovisa åtgärder som vidtagits för att minska personalomsättningen.[140] Myndigheten har även tidigare år haft uppdrag av samma typ.[141]

I utredningens dialoger med aktörerna i processen beskriver de att brist på kontinuitet i kontakter med Försäkringskassan är ett problem. Till del kan det handla om att en hög personalomsättning medför att individer med lägre kunskapsnivå kommer in i processen. Det kan också handla om betydelsen av att ha arbetat upp personliga relationer aktörerna emellan i syfte att samverkan på individnivå ska underlättas.

De intervjuer med individer som utredningen gjort och de synpunkter som individer skickat till myndigheter och som utredningen tagit del av (avsnitt 3.2) beskriver att brist på kontinuitet i kontakter med Försäkringskassan är ett problem i än större omfattning. Individer tycker det är besvärligt med handläggarbyten eftersom de känner att de återigen behöver föredra sitt ärende och att de riskerar att bedömningen av rätt till ersättning eller rehabilitering förändras.

Brist på kontinuitet i kontakter med aktörerna är inte bara ett problem hos Försäkringskassan. I utredningens enkätundersökning

[138] Prop. 2019/20:1. Utgiftsområde 10.
[139] Försäkringskassan (2019), *Årsredovisning 2018*, s. 133.
[140] Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Försäkringskassan.
[141] Regleringsbrev för budgetåret 2017 avseende Försäkringskassan.

med sjukskrivna individer nämns återkommande att kontinuitet är viktigt i kontakter också med hälso- och sjukvården.

### 5.8.3 Reformeringen av Arbetsförmedlingen påverkar samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Av den skriftliga överenskommelsen *Utkast till sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna,* även kallad Januariöverenskommelsen, som publicerades den 11 januari 2019, framgår att Arbetsförmedlingen ska reformeras i grunden. Av överenskommelsen framgår att staten genom Arbetsförmedlingen ska ha myndighetsansvaret för arbetsmarknadspolitiken, men att ett nytt system baserat på lagen om valfrihetssystem (LOV)[142] ska utvecklas och fristående aktörer ska matcha och rusta arbetssökande för lediga jobb. Arbetsförmedlingens uppdrag kommer att vara myndighetsansvar i form av kontroll av arbetssökande och av de fristående aktörerna, arbetsmarknadspolitisk bedömning, digital infrastruktur och statistik och analys.[143] Den 9 december 2019 presenterade regeringen en inriktning för det fortsatta arbetet med att reformera Arbetsförmedlingen. Av inriktningen framgår att tidplanen för reformeringen skjuts fram ett år och att det huvudsakliga regelverket ska beslutas under slutet av 2022. Av inriktningen framgår vidare att reformeringen inte ska vila på LOV, samt att:

> Det ska säkerställas att Arbetsförmedlingen har närvaro och en fungerande verksamhet i hela landet, både under genomförandeperioden och på lång sikt.[144]

I november 2019 tillsattes en utredning om kommuners medverkan i den statliga arbetsmarknadspolitiken, som ska analysera och bedöma

[142] Lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) är ett alternativ till upphandling enligt Lag (2016:1145) om offentlig upphandling. LOV reglerar vad som ska gälla för de kommuner och regioner som vill konkurrenspröva kommunala verksamheter genom att överlåta valet av utförare av stöd, vård- och omsorgstjänster till brukaren eller patienten.
Se skr.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemochersattningsmodeller/valfrihetssysteminformationochstodmaterial.1969.html. Hämtad 2020-03-25.
[143] Utkast till sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna, punkt 18.
[144] Regeringskansliet (2019), *Inriktning för det fortsatta arbetet med att reformera Arbetsförmedlingen.*

om på vilket sätt kommunerna enligt gällande regelverk kan leverera arbetsmarknadspolitiska insatser. Uppdraget ska redovisas den 29 maj 2020.[145] Under utredningens gång har reformarbetet av Arbetsförmedlingen pågått. Samtliga aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har angett att de påverkas av reformarbetet. I dialog med aktörerna har det framkommit att Arbetsförmedlingen inte närvarat i samverkan på samma sätt som tidigare sedan reformeringsarbetet påbörjades. Det har också framkommit att det förstärkta samarbetet mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan och de strukturer för samverkan som byggts upp inom ramen för detta samarbete, har bidragit till att myndigheterna kunnat fortsätta samverka på ett bra sätt trots utmaningar som följer av det omfattande reformeringsarbetet.

### 5.8.4 Utredningens slutsatser

Aktörsspecifika förutsättningar för samverkan förändras över tid och påverkar så väl samverkan som individen direkt och indirekt. I detta avsnitt har dock påverkan på samverkan varit i fokus. De förutsättningar som vi redogör för är de som varit särskilt tydliga under utredningens gång. Om en motsvarande kartläggning skulle göras om några år skulle troligen delvis andra förutsättningar råda. Många av de områden som lyfts ovan är också omhändertagna på så sätt att åtgärder för att komma tillrätta med dem pågår. Exemplen lyfts för att illustrera det faktum att aktörsspecifika förutsättningar har en påverkan på samverkan.

I syfte att få sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen att bli välfungerande behöver aktörerna informera varandra om förändrade interna förutsättningar. Som vi kommer att visa i nästa avsnitt kan det vara avgörande för processen som helhet att en aktör informerar de andra om exempelvis omorganisationer eller tillämpningsförändringar.

[145] Dir. 2019:86. *Kommuners medverkan i den statliga arbetsmarknadspolitiken*.

## 5.9 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är komplex och dynamisk

**Bedömning:** Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är komplex och dynamisk vilket kan leda till att oönskade konsekvenser uppstår i processen. Detta ställer krav på aktörerna att ta ett gemensamt ansvar för förändringar i processen på ett sätt som minskar påverkan av sådana oönskade konsekvenser.

### 5.9.1 Aktörerna utgör förutsättningar för varandras arbete

Aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen har sammanlänkade uppdrag och utgör till del förutsättningar för varandras arbete i processen. Det innebär att när en aktör genomför en förändring i sitt arbetssätt kan förändringen leda till oförutsedda och oönskade konsekvenser[146] för övriga aktörers arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och för individen i processen. Utredningen har identifierat flera fall av förändringar i processen som genomförts under de senaste åren där de oönskade konsekvenserna varit betydande. I det här kapitlet beskriver vi några exempel på sådana förändringar. I huvudsak är de förändringar och oönskade konsekvenser som beskrivs här kända och tidigare redogjorda för. Det har pågått och pågår också arbeten för att på olika sätt hantera de oönskade konsekvenser som uppstått och vi redogör för nedan. Utredningen har inte för avsikt att här i detalj analysera de enskilda förändringarna. Snarare vill vi visa på en systematisk brist i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen där förändringar genomförs med utgångspunkt i den enskilda aktörens uppdrag snarare än att beakta processen som helhet. Det bör noteras att de förändringar som beskrivs kan vara helt korrekta, och kanske nödvändiga, ur en enskild aktörs perspektiv, men ändå leda till betydande och oönskade konsekvenser för andra aktörer, för individer i processen eller för processen som helhet.

[146] Oönskade konsekvenser är ett begrepp som används för att beskriva ej förutsedda och ej avsedda utfall som följd av ett målinriktat handlande. Begreppet har populariserats av bland annat sociologen Robert K. Merton.

### 5.9.2 Exempel på förändringar och oönskade konsekvenser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Inspektionen för socialförsäkringen har konstaterat att regeringens styrning av Försäkringskassan förändrats tydligt vid två tillfällen under perioden 2012–2016. År 2012 betonades att förtroendet för myndigheten behövde öka och 2016 betonades att rättssäkerheten behövde stärkas. Rapporten visar att regeringens styrning slog igenom i myndighetens tillämpning. Inspektionen för socialförsäkringen skriver att när förtroende stod i fokus ägnade handläggarna mer tid åt att samordna försäkringen och delta i möten med andra aktörer, till exempel med arbetsgivaren och hälso- och sjukvården. När rättssäkerhet stod i fokus ägnade handläggarna mer tid åt att utreda rätten till ersättning utifrån medicinska underlag. Inspektionen för socialförsäkringen konstaterar att dessa skiften i Försäkringskassans arbetssätt fått konsekvenser för övriga aktörer i processen.[147] Läkare inom hälso- och sjukvården har beskrivit att Försäkringskassan ifrågasatte deras bedömningar i större utsträckning än tidigare och att det tog tid att hantera Försäkringskassans behov av ytterligare information vilket redogörs för i avsnitt 5.3.4. Svenska företagsläkarföreningen såg kompletteringarna till Försäkringskassan som ett växande arbetsmiljöproblem och i Karolinska Institutets läkarenkät från 2017 svarade 68 procent av alla läkare att de ansåg att det är ganska eller mycket problematiskt att svara på begäran från Försäkringskassan om komplettering av intyg.[148,]

Att Försäkringskassans behov av medicinska uppgifter har varit svåra för hälso- och sjukvården att tillgodose framgår också av den delrapportering som Försäkringskassan och Socialstyrelsen gjorde inom ramen för det uppdrag myndigheterna fick i början av 2018 och som handlar om att förbättra dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården:

[147] Inspektionen för socialförsäkringen (2018), *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan. En analys av hur regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar påverkar handläggningen av sjukpenning.* Rapport 2018:16.
[148] Kompletteringsträsket – en rapport från företagsläkarna. slf.se/sflf/app/uploads/2018/04/kompletteringstraxxsket-rapport.pdf. Hämtad 2020-03-26 och Alexanderson, K. et al (2018), *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter. Resultat från en enkät 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004.* Huvudrapport 2018. Karolinska Institutet.

> Försäkringskassan har under våren 2018 utrett begrepp som bidragit till otydlighet och frustration i dialogen mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården gällande vilka uppgifter som behövs i läkarintyget. I läkarintyget framgår att läkare ska ange observationer, undersökningsfynd och testresultat. Dialogen kring intyget har dock kommit att präglas av begreppet ”objektiva fynd” som framförallt används av domstolarna. Försäkringskassan har beslutat att de begrepp som finns i intyget ska användas och att ”objektiva fynd” följaktligen inte ska användas.[149]

I samband med ökat fokus på rättssäkerhet drog Försäkringskassan också ner på antalet personliga möten. Antalet avstämningsmöten minskade med 23 procent, från 61 216 år 2016 till 38 671år 2018.[150] Såväl Arbetsförmedlingen som företrädare för arbetsgivarna har i dialog med utredningen beskrivit att Försäkringskassan inte längre tog det ansvar de tidigare tagit. En tredje konsekvens av skiftet från förtroende till rättssäkerhet var att när Försäkringskassan stärkte handläggningen bedömdes fler personer ha arbetsförmåga vid dag 180 i rehabiliteringskedjan. Arbetsförmedlingen överraskades, enligt egen utsago, av att inflödet till dem ökade. Arbetsförmedlingen skriver i sitt budgetunderlag att:

> Trots det ökade antalet avslag i nya och pågående sjukfall de senaste åren har dock antal överlämningsmöten minskat. 2015 genomfördes drygt 2 750 möten, 2016 genomfördes 1 600 möten och under de 11 första månaderna 2017 genomfördes drygt 1 500 överlämningsmöten. Det minskade antalet möten tillsammans med det ökade antalet avslag i nya och pågående sjukfall innebär att övergången mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i många fall försvåras. Vilket i sin tur innebär att risken ökar för att individer inte får rätt stöd från rätt aktör i rätt tid.[151]

Ett annat exempel på när en förändring hos en aktör har lett till oönskade konsekvenser för andra är Försäkringskassans förändrade syn på rehabiliteringspenning och arbetsträning, vilket i praktiken innebar att Försäkringskassan beviljade färre individer arbetsträning (denna förändring beskrivs i mer detalj i avsnitt 5.4.2). Den förändrade tillämpningen ledde till att arbetsgivarna blev tvungna att förändra sitt arbetssätt att stödja individer tillbaka till arbete. Precis

[149] Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2018). *Delredovisning av regeringsuppdraget Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*, s. 3.
[150] Försäkringskassan (2019), *Årsredovisning 2018*.
[151] Arbetsförmedlingen (2018), *Budgetunderlag.* Datum: 2018-02-16 Diarienummer: Af-2017/0026 4044.

i skiftet drabbades enskilda individer eftersom den arbetsträning som planerats i samråd med arbetsgivaren inte beviljades av Försäkringskassan.

I de två exemplen ovan är det Försäkringskassan som genomfört förändringar som påverkat andra aktörer. Att det är just Försäkringskassan som påverkat andra aktörer kan tyckas naturligt då Försäkringskassan spelar en central roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och styrningen av myndigheten har, som Inspektionen för socialförsäkringen påpekar i sin rapport, förändrats över åren vilket i sin tur resulterat i förändringar i Försäkringskassans agerande.[152] Men det är inte bara Försäkringskassan som genomfört förändringar som lett till oönskade konsekvenser för andra aktörer. Ett annat exempel (som nämns ovan i avsnitt 5.3.3) var när Inera uppdaterade det digitala läkarintyget på sådant sätt att information doldes för arbetsgivaren. Resultatet blev att när intyget skulle skrivas ut för att ges till arbetsgivaren doldes inte bara fältet för diagnos utan också fälten som används för att beskriva aktivitetsbegränsningar och funktionsnedsättningar. Det blev således svårt för arbetsgivaren att av läkarintyget utläsa om arbetsförmågan var nedsatt, vad individen kunde eller inte kunde göra på arbetet och därmed göra bedömningen av rätt till frånvaro, ersättning och vilka anpassningar som kunde vara aktuella.

Reformeringen av Arbetsförmedlingen (avsnitt 5.8.3) är ytterligare ett exempel på en omfattande förändring i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Reformeringen ställer höga krav på att aktörerna i processen samverkar för att kunna identifiera sådant i reformeringsarbetet som kan få oönskade konsekvenser för individen med anledning av att förutsättningarna för de andra aktörerna påverkas av förändringen av Arbetsförmedlingen.

### 5.9.3 Oönskade konsekvenser identifieras i efterhand

I intervjuer med aktörerna framkommer att effekten av de oönskade konsekvenser som beskrivs ovan identifierats i efterhand och i många fall genom att medarbetare i aktörernas verksamheter märkt av en förändring hos andra aktörer. Till exempel genom att läkare

[152] Inspektionen för socialförsäkringen (2018), *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan. En analys av hur regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar påverkar handläggningen av sjukpenning.* Rapport 2018:16.

uppmärksammat ökade krav på innehåll i läkarintygen eller att ansvarig för rehabilitering hos arbetsgivare märkt av en begränsning av informationen i läkarintyget. Förkunskapen om att förändringarna varit förestående beskrivs i dialog med utredningen ha varit låg och det kan närmast beskrivas som att förändringar hos andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen smugit sig på.

### 5.9.4 Komplexitet påverkar förekomst av oönskade konsekvenser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är komplex vilket innebär att det är mycket svårt för en aktör att överblicka vilka konsekvenser förändring i deras arbetssätt har för andra aktörers arbete i processen och för processen som helhet. Komplexiteten kommer sig delvis av processens omfattning. Det är flera aktörer med stora organisationer, vilkas ansvar regleras i flera lagrum, som tillsammans utgör sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Helheten kan te sig övermäktig att överskåda. Komplexiteten förstärks ytterligare av att de aktörer som tillsammans utgör sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är sektoriserade. Som beskrivs närmare i avsnitt 4.1.1 är en av utmaningarna med sektorisering att aktörerna har olika utgångspunkter och perspektiv och därmed kan ha svårt att förstå vilka förändrade förhållanden i den egna verksamheten som kommer att påverka andra aktörer. Sektorisering kan också medföra att ekonomiska drivkrafter inte harmoniserar mot ett gemensamt mål utan i stället leder till suboptimering och stuprörstänkande. Till exempel kan en förändring leda till kostnadsöverföring genom minskade kostnader hos en aktör och ökade kostnader hos en annan.

Oönskade konsekvenser är en följd av förändringar i komplexa system. De kan begränsas, men inte helt elimineras. Aktiviteter för att begränsa oönskade konsekvenser är dock viktiga då de, som beskrivs i exemplen ovan, kan få stor betydelse för aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

### 5.9.5 Utredningens slutsatser

Utredningen konstaterar att det genomförts ett flertal förändringar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen under senare år, som förvisso kan vara rätt ur den enskilda aktörens perspektiv, men som lett till betydande oönskade konsekvenser för andra aktörers förutsättningar att utföra sitt arbete och för processen som helhet. Förändringarna har därutöver medfört konsekvenser i form av bristande tillit och förtroende mellan aktörerna. Konsekvenser som i sig själva riskerar att försämra förutsättningarna för samverkan (utvecklas i avsnitt 4.2.2 *hinder och förutsättningar för samverkan*). I förlängningen drabbas individen av att aktörerna behöver allokera resurser för att hantera oönskade konsekvenser och av försämrat samverkansklimat mellan aktörer.

Den beskrivna utvecklingen är ett tydligt tecken på stuprörstänkande, att aktörerna fokuserar på sin egen verksamhet snarare än att beakta helheten och därmed samhällets och individens bästa.

Utredningens bedömning är att kombinationen av sektorisering, komplexitet och ett sammanlänkat ansvaret i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är strukturella förhållanden som bidrar till uppkomst av oönskade konsekvenser. Förhållandena bör hanteras vilket ställer stora krav på en strukturell samverkan där aktörerna tar ett gemensamt ansvar för förändringar i processen på ett sätt som minskar oönskade konsekvenser. Det kan konstateras att nuvarande samverkan inte är tillräcklig för att ge stabilitet i samverkan och att främja ett gemensamt ansvar och helhetssyn i samband med förändringar i processen.

En del av de förändringar och oönskade konsekvenser som beskrivs ovan har en direkt koppling till regeringens styrning av Försäkringskassan.[153] Myndigheterna ska följa regeringens styrning och det är därför viktigt att regeringen i sin beredning av förändringar som riktar sig mot en myndighet också ser över konsekvenserna för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som helhet.

[153] Inspektionen för socialförsäkringen (2018), *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan. En analys av hur regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar påverkar handläggningen av sjukpenning.* Rapport 2018:16.

## 5.10 Utredningens slutsatser om nuvarande förhållanden som påverkar samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

**Bedömning:** Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer behöver löpande identifiera och hantera förhållanden som försvårar samverkan i processen i syfte att skapa en välfungerande process. Centrala frågor för samverkan i processen är tydlighet och samsyn vad gäller ansvar och begrepp och att aktörerna har kunskap om processen som helhet. För att samverkan ska fungera är det avgörande att aktörerna har tillit till, och förtroende för, varandra.

Individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen påverkas när aktörerna som ska stödja individen har svårt att samverka. I detta kapitel har vi visat att det finns ett antal förhållanden i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som försvårar aktörernas samverkan i processen. Vår bedömning är att utmaningar i samverkan som beror på att aktörerna har olika uppdrag är svåra att lagstifta bort. Det är aktörernas förmåga att i dialog utrycka sitt eget ansvar och de bedömningar de gör i klarspråk, som är avgörande för att samverkan mellan aktörerna ska fungera. Att ekonomisk ersättning kräver nedsättning av arbetsförmåga på grund av sjukdom samtidigt som ett syfte med processen är att förbättra arbetsförmågan (sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens paradox) är ett av de förhållanden som aktörerna behöver hantera i samverkan. Att centrala begrepp som exempelvis rehabilitering och arbetsförmåga fylls med olika innehåll hos olika aktörer är också förhållanden som behöver hanteras i samverkan mellan aktörerna.

Samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen handlar i hög utsträckning om att aktörerna tillsammans behöver identifiera problem i processen, och forma lösningar till dessa problem. I den mån aktörerna inte kan lösa problemen genom samverkan behöver lagstiftaren uppmärksammas på problemet och på dess konsekvenser för individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Utöver en förmåga att hantera förhållanden som försvårar samverkan i processen måste aktörerna således också ha förmåga att urskilja de förhållanden som har negativa konsekvenser för samverkan som lag-

stiftningsförändringar skulle kunna lösa ut, från förhållanden som kan lösas genom samverkan.

Att processen är komplex och föränderlig är förhållanden som är utmanande, men som likväl behöver hanteras, och ställer krav på strukturell samverkan mellan aktörerna. Till exempel måste aktörerna, genom informationsutbyte mellan varandra, ansvara för att oönskade konsekvenser som uppstår på grund av interna förutsättningar hos respektive aktör i processen, minskas. Tillit och förtroende mellan aktörer är avgörande för en välfungerande process.

Samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som diskuterats ovan syftar ofta till att ge individer stöd för att återfå arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller kunna söka, arbete. I nästkommande två kapitel beskrivs utredningens översyn av stöd för återgång i arbete.

# 6 Översyn av utvecklingen av förebyggande och stöd för återgång för anställda

Av utredningens direktiv framgår att den nationella samordnaren ska:

> se över hur det förebyggande arbetet och stödet för återgång i arbete utvecklas hos olika aktörer, t.ex. inom ramen för arbetsmarknadens parters avsiktsförklaringar.[1]

I detta kapitel redovisar vi vår översyn av det förebyggande arbetet och stödet för återgång i arbete för sjukskrivna som är anställda. Anställda är en stor grupp och utgör majoriteten i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Att vara anställd innebär att det finns en arbetsgivare med ansvar att förebygga sjukdom och skada samt ansvar att stödja återgång i arbete genom arbetsanpassning eller andra arbetsplatsinriktade stödjande insatser. Det innebär också att det finns en arbetsplats som kan vara betydelsefull för återgång i arbete. Förutsättningarna för anställda skiljer sig därmed delvis från de för sjukskrivna som inte har en anställning. Med anledning av att förutsättningarna skiljer sig åt har utredningen delat upp översynen av förebyggande arbete och stödet för återgång i två kapitel. Detta kapitel om anställda och kapitel 7 som handlar om de som inte har en anställning.

Kapitlet inleds med en genomgång av aktuell forskning om stöd för återgång i arbete. Därefter följer en redogörelse för initiativ från regering eller aktörer som genomförts under senaste åren, och som på olika sätt berör förebyggande arbete eller stöd för återgång för anställda. Tredje avsnittet är en översyn av arbetsgivares insatser för återgång i arbete och frågor om (o)tydlighet i ansvarsfördelning för

[1] Dir. 2018:27.

arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete. Vi redogör också för sådant som relaterar till företagshälsovården, eller andra oberoende expertresurser, och som vi bedömt varit relevant för vårt uppdrag. Sista avsnittet tar upp andra områden som utredningen bedömer viktiga för att beskriva utvecklingen inom området.

## 6.1 Utvecklingen inom kunskapsområdet stöd för återgång i arbete

Utredningen redogör här översiktligt för aktuell kunskap om stöd för återgång i arbete genom att sammanfatta senare års nationella och internationella kunskapsöversikter inom området. Därtill beskrivs arbetsmetoden *Arbetsplatsdialog för arbetsåtergång* (ADA)[2] som ett exempel på utveckling av ett metodstöd inom området. Med stöd för återgång i arbete avses stödjande insatser som hjälper den individ som förlorat arbetsförmåga på grund av sjukdom att återfå sin arbetsförmåga för att därmed kunna återgå i, eller kunna söka, arbete. Ibland används begreppet arbetslivsinriktad rehabilitering för att beskriva stödjande insatser för återgång i arbete. Arbetslivsinriktad rehabilitering används dock i olika sammanhang och med delvis olika betydelse och utredningen har därför avstått från att använda begreppet.[3]

### 6.1.1 Nationella och internationella kunskapsöversikter om återgång i arbete

Det vetenskapliga underlaget om återgång i arbete är otillräckligt och det finns ett behov av fler studier som specifikt studerar effekter på arbetsåtergång (till skillnad från effekt på symtom). Att kunskapen inom området är otillräcklig betyder inte att interventioner saknar effekt utan att interventioner ännu inte kunnat utvärderas med tillräcklig säkerhet och att potentiell effekt är okänd. Trots brister i underlaget bedömer översikternas författare i allmänhet att

[2] Eskilsson, T., el al., (2017). *Metodstöd ADA + ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång; Planering, uppföljning och stöd*, Umeå: Umeå universitet.
[3] SOU 2020:6, *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering*, s. 271.

tillgänglig evidens är av sådan kvalitet och omfattning att den utgör tillräckligt stöd för rekommendationer.

En internationell kunskapsöversikt från 2017[4] omfattande 36 studier av medelhög och hög vetenskaplig kvalitet beskriver olika insatsers effekt på återgång i arbete. Författarna till översikten identifierar starkt vetenskapligt stöd för att multimodala insatser som omfattar en kombination av medicinska och arbetsplatsinriktade insatser samt koordineringsstöd reducerar tiden för återgång i arbete för muskuloskeletala sjukdomar och smärta. För individer med psykisk ohälsa fann man starkt vetenskapligt stöd för att tiden för återgång i arbete reduceras av insatser med kognitiv beteendeterapi med inriktning mot arbetsrelaterade frågor. I översikten noteras också starkt vetenskapligt stöd för att kognitiv beteendeterapi utan koppling till arbetsplatsen inte hade någon påverkan på återgång i arbete. Författarna till översikten identifierar måttligt vetenskapligt stöd för att tidigare återgång i arbete kan uppnås genom stegvis återgång/upptrappning av aktivitet samt olika former av arbetsanpassning.

I en internationell systematisk kunskapsöversikt av metaanalyser[5], omfattande totalt 350 studier, dras slutsatsen att multimodala interventioner som omfattar arbetsplatsen har störst effekt på återgång i arbete, minskad sjukfrånvaro och arbetsförmåga för ryggbesvär och för kombination av muskuloskeletala och psykiska besvär. I flera av översiktsstudierna identifieras betydelsen av att insatser för dessa grupper bör sättas in relativt tidigt. Författarna noterar en trend mot ökat antal studier som fokuserar på psykisk ohälsa i relation till studier om muskuloskeletala besvär, men vid tiden för studien var kunskapsunderlaget om insatser för återgång i arbete vid psykisk ohälsa inte tillräckligt för slutsatser.

En systematisk översikt av systematiska översikter[6] undersökte faktorer för återgång i arbete för muskuloskeletala besvär (hälften av studierna), psykiska besvär, hjärnskada, kardiovaskulära tillstånd, cancer, stroke och multipel skleros. Faktorer som påverkade återgång i arbete i alla studerade sjukdomstillstånd var hög utbildning

[4] Cullen, K. L., et al., (2018). "Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners", *Journal of Occupational Rehabilitation*, Vol. 28, p. 1–15.
[5] Aronsson, G., och Lundberg, U., (2015). Interventioner för återgång i arbete vid sjukskrivning En systematisk kunskapsöversikt av metaanalyser med inriktning på muskuloskeletala och psykiska besvär. *Arbete och Hälsa*, Vol. 49(2).
[6] Cancelliere, C., et al., (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic & manual therapies*, Vol. 24(1), 32.

och socioekonomisk status, hög tilltro till att klara av sin situation, optimistisk syn på återhämtning och återgång, lägre grad av besvär/skada, koordinering av stöd, multidisciplinära interventioner som omfattar arbetsplatsen samt dialog mellan inblandande aktörer. En central slutsats är att flera av de faktorer som visat sig viktiga för arbetsåtergång för muskuloskeletala besvär (som i relation till andra tillstånd är relativt välstuderat) också är viktiga för flera andra tillstånd.

I en systematisk kunskapsöversikt från 2019[7] som omfattande 79 studier identifierades ett antal personliga och sociala faktorer med betydelse för återgång i arbete för individer med muskuloskeletala besvär och psykisk ohälsa. Forskarna fann mest konsekvent evidens för att socialt stöd från chef och medarbetare, positiv attityd, hög tilltro till att klara av sin situation, låg ålder och hög utbildningsnivå var viktiga faktorer för återgång i arbete. Översikten belyser betydelsen av kontakt med, och stöd från, arbetsplatsen för återgång i arbete.

En aktuell litteraturöversikt[8] genomförd av forskare vid Göteborgs universitet omfattade 34 systematiska kunskapsöversikter om arbetsplatsinriktade insatser för att främja tidig återgång i arbete efter en sjukfrånvaro orsakad av psykisk ohälsa eller besvär i rörelseorganen. Författarna drar följande övergripande slutsats:

> Trots att resultaten från de i rapporten ingående översikterna och enskilda studierna varierar är den sammanvägda slutsatsen att arbetslivsinriktad rehabilitering som innefattar arbetsplatsen eller på annat sätt är arbetsinriktad är mer effektiv för att minska antalet sjukskrivningsdagar och/eller för återgång i arbete än insatser som görs fristående från arbetsplatsen, oavsett om man är sjukskriven på grund av besvär i rörelseorganen eller psykisk ohälsa.

### 6.1.2 ADA – en metod för återgång i arbete

Kunskapsöversikterna som sammanfattas ovan ger en övergripande förståelse för stödjande insatser som främjar återgång i arbete. Frågan är hur kunskapen ska omsättas i konkreta verktyg och metoder. Utredningen redogör här för en sådan metod, Arbetsplatsdialog för

[7] Etuknwa, A., el al., (2019). Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, Vol. 29, p. 679–700.
[8] SOU 2020:6, *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering,* bilaga 5 s. 259–308.

arbetsåtergång (ADA).[9] ADA är ett vetenskapligt utvärderat metodstöd för återgång i arbete och utgör här ett exempel på hur kunskap om återgång i arbete kan omsättas till ett konkret metodstöd som kan underlätta återgång genom att främja samverkan mellan individ, arbetsgivare, hälso- och sjukvård och andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

ADA består av flera delar och är i grunden en form för strukturerad dialog mellan individ, hälso- och sjukvård och arbetsgivare. ADA utvärderades första gången 2010 för individer med utmattningssyndrom och lovande resultat visade på ökad återgång i arbete för de som tagit del av interventionen.[10] Metoden har också utvärderats i forskningsprojektet WorkUp som funnit att ADA i kombination med en strukturerad fysioterapeutisk intervention har betydelse för i vilken utsträckning patienter med nack- och ryggsmärta återgår i arbete.[11] ADA+ är en vidareutveckling av ADA och omfattar en strukturerad planering, uppföljning, och stöd för både de sjukskrivna och arbetsgivare. Utvecklingen består i huvudsak av skriftlig information, dialogstöd och en checklista för kognitiv ergonomi. Avsnittet om kognitiv ergonomi ger konkreta råd och vägledning för utformning av arbetsplatsinriktade åtgärder och anpassningar för individer med olika former av tillfällig eller kronisk kognitiv nedsättning. Utvärdering av ADA+ har genomförts för individer med utmattningssyndrom och indikerar positiva effekter på arbetsåtergång och arbetsförmåga. Metodens tydliga struktur uppges uppskattad av såväl individ som arbetsgivare.[12]

ADA och ADA+ omsätter aktuell kunskap om återgång i arbete i ett praktiskt verktyg som skapar struktur för dialog mellan arbetsgivare, individ och hälso- och sjukvård. Utvecklingen av metoden har skett i en hälso- och sjukvårdskontext och metoden används enligt

[9] Eskilsson, T., el al., (2017). *Metodstöd ADA+ ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång; Planering, uppföljning och stöd*, Umeå: Umeå universitet.
[10] Karlson, B., et al., (2010). Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout – a prospective controlled study. *BMC Public Health* Vol. 10, 301.
[11] Grahn, B., et al., (2016). *WorkUp. Tidig strukturerad vård med arbetsplatsintervention för förbättrad arbetsförmåga vid akut/subakut nack- och/eller ryggsmärta. En prospektiv parvis klusterrandomiserad kontrollerad studie inom primärvård med 1 års uppföljning*, REHSAM Research Report, Slutrapport RF11-005, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdalstiftelsen, Försäkringskassan.
[12] Eskilsson, T., et al., (2018). *Strukturerad metod för hälso- och sjukvård som främjar dialog mellan arbetsgivare och patient för att förbättra återgång i arbete vid psykisk ohälsa*. Slutrapport AFA. Umeå universitet.

de beskrivningar utredningen får till sig av hälso- och sjukvården och i någon mån av företagshälsovården.

### 6.1.3 Utredningens slutsatser om kunskapsutvecklingen inom området stöd för återgång i arbete

Insatser som kombinerar medicinsk rehabilitering med stöd som relaterar till, eller ges i anslutning till, arbetsplatsen eller arbetslivet är generellt mer effektiva för återgång i arbete. Aktörernas förmåga att samverka och koordinera insatser är viktig för att åstadkomma ett effektivt och samlat stöd för återgång. God dialog mellan arbetsgivare, hälso- och sjukvård och andra intressenter samt socialt stöd från chef och medarbetare är betydelsefullt för återgång i arbete. Kunskapen om insatser för arbetsåtergång för olika former av muskuloskeletala besvär är större än för andra diagnoser. Slutsatser och rekommendationer för muskuloskeletala besvär är också mer konsekventa. Det finns dock tecken på ett snabbt ökande kunskapsunderlag om framför allt återgång i arbete vid psykisk ohälsa.[13] Vad gäller betydelsen av tidiga insatser och tidig återgång är resultaten positiva för muskuloskeletala besvär, men det saknas i dagsläget motsvarande stöd för positiva effekter av tidig återgång vid psykisk ohälsa.

Aktuell forskning belyser betydelsen av olika former av arbetsplatsinriktat stöd för återgång och befäster arbetsplatsens centrala roll för återgång i arbete. Vägledning för utformning av insatser på arbetsplatsen ges på övergripande nivå och handlar om betydelsen av socialt stöd från chef och medarbetare, olika former av arbetsanpassning samt arbetsplatsens samverkan och kontakt med hälso- och sjukvården, Försäkringskassan och andra intressenter. Frågan om hur specifika arbetsplatsinriktade insatser ska utformas är av naturliga skäl svårare att besvara med utgångspunkt i breda kunskapsöversikter. Faktiska insatser på arbetsplatsen behöver vara anpassade till individens behov och till arbetets förutsättningar. Vilka insatser som är relevanta bör därutöver förändras under rehabiliteringens gång och i takt med att individens förmåga stärks. Det kan konsta-

[13] de Vries, H., et al., (2018). Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. Journal of Occupational Rehabilitation, Vol. 28, p. 393–417 och Aronsson, G., och Lundberg, U., (2015). Interventioner för återgång i arbete vid sjukskrivning En systematisk kunskapsöversikt av metaanalyser med inriktning på muskuloskeletala och psykiska besvär. *Arbete och Hälsa*, Vol. 49(2).

teras att arbetsplatsens betydelse är stor, men att det är svårt att uttala sig generellt om vilka specifika insatser som är tillämpliga i det enskilda fallet och om specifika insatsers effekt[14].

## 6.2 Aktuella initiativ för att stärka förebyggande arbete och stöd för återgång för anställda

Följande avsnitt beskriver utvecklingen inom förebyggande och stöd för återgång med utgångspunkt i senaste års initiativ från regering och aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som syftat till att stärka det förebyggande arbetet och stödet för återgång i arbetet för sjukskrivna som har en anställning. Det handlar om arbetsmarknadens parters avsiktsförklaringar som togs fram av parterna 2016, Arbetsmiljöverkets och Försäkringskassans överenskommelse om samverkan för åren 2017–2020, 2020 års lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter,[15] samt 2018 års lagstiftning om arbetsgivarens plan för återgång i arbete och det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet.[16] Lagstiftningen om koordineringsinsatser kan komma att spela en viktig roll för samverkan mellan hälso- och sjukvård och arbetsgivare och beskrivs därför i detta avsnitt, trots att koordinatorfunktionen riktar sig till alla sjukskrivna, inte bara till anställda.

I två avsnitt, i 6.2.1 *Parternas avsiktsförklaringar* och i 6.2.5 *Arbetsgivarens plan för återgång i arbete och det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet* har utredningen genomfört datainsamlingar vars resultat redovisas under respektive avsnitt.

[14] SOU 2011:15, *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande*.
[15] Lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.
[16] 30 kap. 6 § socialförsäkringsbalken och förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.

### 6.2.1 Parternas avsiktsförklaringar

**Bedömning:** Arbetet inom ramen för avsiktsförklaringarna kan stödja en utveckling mot friska arbetsplatser och lägre sjukfrånvaro. Utvärderingar behövs dock för att slutsatser om insatsernas effektivitet ska kunna dras. Regeringen och parterna bör därför i sin fortsatta dialog ha tillgång till utvärdering av insatser som äger rum inom ramen för avsiktsförklaringarna.

Avsiktsförklaringarna nämns särskilt i utredningens direktiv som en del av utredningens översyn av utvecklingen inom det förebyggande arbetet och stödet för återgång. Översynen börjar med en beskrivning av förslaget om den så kallade hälsoväxlingen, som utgör bakgrund till avsiktsförklaringarna.[17] Därefter redogörs för avsiktsförklaringarnas innehåll och parternas svar på utredningens frågor om implementering och effekt av avsiktsförklaringarna. Utredningen ger slutligen sin syn på, och rekommendation för, det fortsatta arbetet med avsiktsförklaringarna.

#### Förslaget om hälsoväxling

Hösten 2015 beslutade dåvarande regering om ett åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro.[18] En av åtgärderna var att initiera ett arbete i Regeringskansliet med syfte att analysera vad som kan göras för att öka arbetsgivares drivkrafter att vidta insatser för en sjukskriven anställd. Arbetsgruppen lämnade följande förslag:

- arbetsgivare ska betala en särskild sjukförsäkringsavgift om 25 procent av arbetstagarnas sjukpenning från och med dag 91 i sjukfallen
- det ska finnas ett fribelopp om 33 500 kronor. Fribeloppet gäller alla arbetsgivare och är ett skydd mot alltför höga kostnader för små arbetsgivare,
- personer med utsatt situation på arbetsmarknaden ska undantas från arbetsgivarens kostnadsansvar,

[17] Ds 2016:8.
[18] Socialdepartementet (2015) *Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro.* Diarienummer: S2012/00963/SF, S2012/01809/SF, S2014/07998/SF, S2015/06106/SF.

- arbetsgivaravgifterna sänks med 0,16 procentenheter. Arbetsgivarkollektivet kompenseras därigenom för de ökade kostnader som den rörliga sjukförsäkringsavgiften medför så att reformen i princip blir kostnadsneutral,
- den särskilda sjukförsäkringsavgiften beräknas och beslutas av Försäkringskassan och debiteras arbetsgivares skattekonto.[19]

I samband med förslaget om hälsoväxling erbjöd regeringen arbetsmarknadens parter möjlighet, som ett alternativ till hälsoväxlingen, att komma överens om åtgärder som kunde bidra till bättre arbetsmiljö och minskad sjukfrånvaro. Inom samtliga tre sektorer träffade arbetsmarknadens parter avsiktsförklaringar om hur sjukfrånvaron skulle kunna minska, vilket medförde att regeringen avstod från att lämna förslaget om hälsoväxling till riksdagen. Regeringens syn på och förväntan på avsiktsförklaringarna sammanfattas i budgetpropositionen för 2017:

> Regeringen bedömer att de aviserade åtgärderna kan medföra så väl förbättringar i arbetsmiljön som bättre möjligheter för sjukskrivna anställda att återgå i arbete. I förlängningen bedöms detta kunna bidra till att sjukfrånvaron minskar. Regeringen kommer därför inte att lämna förslag om hälsoväxling i denna proposition. Regeringen avser att tillsammans med arbetsmarknadens parter följa upp det påbörjade arbetet och effekterna på sjukfrånvaron. Utgångspunkten för denna uppföljning är att sjukfrånvaron för respektive sektor vid utgången av 2020 ska vara nere på den nivå som gällde 2013. Denna nivå är nödvändig för att kunna nå regeringens sedan tidigare uppsatta mål om en låg och stabil sjukfrånvaro.[20]

[19] Ds 2016:8.
[20] Proposition 2016/17:1, Budgetpropositionen för 2017, s. 38.

### Introduktion till parternas avsiktsförklaringar

I augusti 2016 undertecknades tre avsiktsförklaringar:

- en mellan Svenskt Näringsliv, LO och PTK,[21]
- en mellan Arbetsgivarverket, Saco-s, OFR/S, P, O och Seko,[22]
- en mellan Sveriges kommuner och Regioner SKR, OFRs förbundsområde Allmän kommunal verksamhet, OFRs förbundsområde Hälso- och sjukvård, OFRs förbundsområde Läkare, Lärarförbundets och lärarnas riksförbunds samverkansråd och Akademikeralliansen och till Akademikeralliansen anslutna riksorganisationer.[23]

Avsikten med avsiktsförklaringarna uttrycktes på delvis olika sätt. Inom det statliga avtalsområdet att:

> Parterna är överens om en avsiktsförklaring kring åtgärder som parterna tror kommer att bidra till att motverka och minska sjukskrivningarna inom det statliga avtalsområdet.

Landstingskommunala sektorn:

> Vi, parter i kommun- och landstingssektorn, tecknar härmed vår avsikt att gemensamt utveckla och genomföra åtgärder för att säkerställa ett förebyggande arbetsmiljöarbete och i förlängningen ett friskt arbetsliv, god arbetsmiljö, förbättrade rehabiliteringsinsatser och snabbare och hållbar återgång i arbete för de som befinner sig i sjukskrivning, med målet att sänka sjukfrånvaron i kommuner och landsting till en låg och stabil nivå.

Privat sektor:

> Parterna avser att vidareutveckla de partsgemensamma insatserna för att förebygga sjukfrånvaro och ta tillvara arbetsförmåga trots sjukdom.

---

[21] Svenskt Näringsliv, LO och PTK om sjukförsäkringen. Inkom socialdepartementet 2016-08-22, diarienummer S2016/05357/SF.
www.regeringen.se/496384/contentassets/45fad7924d3941bbb29bef0ffda5275a/avsiktsforklaring-svenskt-naringsliv-lo-och-ptk.pdf. Hämtad 2020-03-20.

[22] Partsgemensam avsiktsförklaring för det statliga avtalsområdet. Inkom socialdepartementet 2016-08-19, diarienummer S2016/05357/SF.
www.regeringen.se/496385/contentassets/45fad7924d3941bbb29bef0ffda5275a/avsiktsforklaring-staten.pdf. Hämtad 2020-03-20.

[23] Avsiktsförklaring Åtgärder för friskare arbetsplatser i kommuner och landsting. Inkom socialdepartementet 2016-08-19, diarienummer S2016/05357/SF.
www.regeringen.se/496385/contentassets/45fad7924d3941bbb29bef0ffda5275a/avsiktsforklaring-kommuner-och-landsting.pdf. Hämtad 2020-03-20.

Såväl privata som landstingskommunala sektorn preciserar förväntningar på regeringen att agera inom områden som utgör förutsättning för, och kan förstärka, parternas arbete i avsiktsförklaringarna. Dessa förväntningar beskrivs i större detalj längre ned i detta avsnitt.

### Samling för friska arbetsplatser

I mars 2017 beslutades att ett dialogforum, *Samling för friska arbetsplatser* skulle inrättas vid Socialdepartementet under perioden 2017–2021. Syftet med dialogforumet är att, utifrån parternas avsiktsförklaringar, löpande diskutera pågående, planerade och framtida åtgärder som bidrar till friskare arbetsplatser och en långsiktigt stabil sjukfrånvaro. Vid dessa dialogforum har parterna återrapporterat till Socialdepartementet hur arbetet inom ramen för avsiktsförklaringarna fortskrider. Dialogerna har genomförts sektorsvis.[24] I mars 2019 deltog utredningen i forumet där parterna redovisade vidtagna och planerade åtgärder kopplat till avsiktsförklaringarna samt en beskrivning av hur parternas arbete för friska arbetsplatser och en långsiktig och stabil sjukfrånvaro fortskrider.

### Beskrivning av parternas avsiktsförklaringar

Både den landstingskommunala sektorn och den statliga sektorn har partsgemensamma organisationer inom vilka samordningen av arbetet kring avsiktsförklaringarna sker. Inom den landstingskommunala sektor är det Arbetsmiljörådet som har en samordnande funktion. Den partsgemensamma organisationen Suntarbetsliv har en central roll i implementeringen inom landstingskommunal sektor.

Avsiktsförklaringen för friskare arbetsplatser i kommuner och landsting består av åtta områden:

1. styrning och ledning för hållbar hälsa och minskad sjukfrånvaro,
2. stödpaket till lokal nivå,
3. stärka chefers förutsättningar i arbetsmiljöarbetet,
4. bättre användning av kvalitetssäkrad företagshälsovård,

[24] Inrättande av ett dialogforum för friskare arbetsplatser. Utdrag protokoll vid regeringssammanträde 2017-03-30, diarienummer 82017/01987/SF (delvis).

5. ta vara på medarbetarnas engagemang för minskad sjukfrånvaro,
6. stärkt samverkan och högre kvalitet i rehabiliteringsprocessen,
7. nya vägar tillbaka från sjukskrivning,
8. verksamhetsspecifika insatser.

Parterna inom den statliga sektorn är i avsiktsförklaringen från 2016 överens om nio områden för att motverka och minska sjukfrånvaron som kan delas upp i förebyggande åtgärder, åtgärder under sjukskrivning samt efterhjälpande åtgärder för långtidssjukskrivna och deras rehabilitering. Inom den statliga sektorn är det parternas förhandlingsledningar som ansvarar för arbetet inom ramen för avsiktsförklaringen. En övervägande del av de centralt överenskomna insatserna bedrivs genom den partsgemensamma organisationen Partsrådet och inom arbetsområdena *Arbetsmiljö ur ett partsperspektiv* och inom programmet *Hållbart arbetsliv*. *Hållbart arbetsliv* är ett program som pågår under perioden 2018–2022 och som erbjuder praktiskt stöd till lokala parter i syfte att ge förutsättningar för sänkta sjuktal genom hjälp till självhjälp.

Inom området *Arbetsmiljö ur ett partsperspektiv* tas arbetsmiljöutbildningar, seminarier och verktyg fram. Kunskap om utbudet av tjänster, utbildningar, seminarier med mera kommuniceras löpande till lokala parter genom Partsrådets kansli.

Privata sektorns centrala parter bedriver i huvudsak arbetet med att förebygga skador och ohälsa och för att underlätta återgång i arbete genom parternas insatser inom de gemensamt ägda AFA Försäkring och Prevent. Detta arbete kompletteras med den samverkan som sker i branschernas partsgemensamma arbetsmiljöråd och kommittéer. I avsiktsförklaringen anges nio områden som parterna avser vidareutveckla. Områdena inkluderar att utveckla stöd och verktyg i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen för företagen, informera företagen om dessa verktyg samt olika kunskapshöjande insatser såsom framtagande av statistik och finansiering av forskning. Den privata sektorn ska också under den nionde punkten:

> Utifrån parternas erfarenhetsbaserade kunskaper om förhållandena på arbetsplatserna som organisationerna är bärare av, delta och samverka i mån av resurser, med ansvariga myndigheter i syfte att underlätta återgången i arbete och bättre ta tillvara befintlig arbetsförmåga

I lägesbeskrivningen av arbetet inom avsiktsförklaringarna som lämnades till regeringen i mars 2019 beskrivs det arbete som pågår partsgemensamt. Prevent har inlett ett arbete som syftar till att visa på vikten av, och stärka, lokal partssamverkan i arbetsmiljöfrågor. I övrigt redogör parterna för gemensamt framtagna nya och aktuella produkter inom ramen för Prevents verksamhet, samt kontakter och utbildningar Prevent genomför med privata företag. Gällande AFA Försäkring redogörs särskilt för de utlysta forskningsprogram som har bäring på förebyggande arbete och stöd för återgång i arbete som avslutats under 2017 och 2018 samt pågående och kommande forskningsprogram, i tillägg till de öppna utlysningar där anslag beviljats forskningsansökningar.

Landstingskommunala sektorns avsiktsförklaring och den privata sektorns avsiktsförklaring innehåller också förslag till regeringen om förändringar som bedöms viktiga för att stärka det förebyggande och stödet för återgång. Parternas förslag till regeringen är till största del överlappande och beskrivs här tillsammans.

### *Landstingskommunala och privata sektorers förslag till regeringen i avsiktsförklaringarna*

Rehabiliteringskedjan föreslås stärkas genom förstärkt samverkan mellan aktörerna och tydliggörande av roller i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Bland annat behöver Försäkringskassans samordnande roll stärkas och hälso- och sjukvårdens tidiga samverkan med arbetsgivare och arbetstagare säkerställas.

Företagshälsovården föreslås utvecklas genom ett samlat grepp kring kompetensförsörjning, en myndighet som får ansvar för samordning och utvärdering av företagshälsovården, utvecklad samordning av företagshälsovård inom regeringskansliet, långsiktig kunskapsutveckling om företagshälsovården samt ökade incitament för arbetsgivare att använda sig av företagshälsovården i förebyggande arbete.

Arbetsmiljöverket föreslås få i uppdrag att systematiskt återföra kunskap från inspektionsinsatser till arbetsmarknadens parter. Och Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket föreslås få i gemensamt uppdrag att ta fram nedbruten statistik om sjukfrånvaron så att stöd kan riktas mer ändamålsenligt.

## Parternas skriftliga svar på utredningens frågor

Med syfte att bättre förstå hur avsiktsförklaringarna omsatts i praktiken och bidragit till en faktisk utveckling på arbetsplatserna har utredningen ställt ett antal frågor till parterna. Landstingskommunala sektorn och statlig sektor har svarat på utredningens frågor skriftligt. Privat sektor har svarat genom en presentation av sina pågående insatser. Svaren i sin helhet finns i bilaga 4–6. Frågorna som ställdes var:

1. Hur arbetar ni med implementering av insatser?
2. Hur arbetar ni med process - och effektutvärdering?
3. Vilka effekter förväntar ni er av insatserna och vilka effekter ser ni i nuläget?
4. Hur ser ni på era förutsättningar (i rollen som parter) att verka för friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro?
5. Vilka sektorsspecifika utmaningar ser ni för ert arbete?
6. Hur resonerar ni kring kunskapsutveckling om förebyggande arbete och arbete för återgång och de drivkrafter som finns för arbetsgivare att använda sådan kunskap?
7. Hur arbetar ni för att säkerställa att arbetet med friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro fortsätter vara ett område som prioriteras över tid?

Nedan sammanfattas parternas skriftliga och muntliga svar.

### *Implementering av insatser*

Insatserna inom ramen för avsiktsförklaringarna handlar till stora delar om att ta fram och utveckla kunskap och verktyg/stöd att användas av såväl arbetstagarrepresentanter som arbetsgivare. Implementeringen handlar om att sprida kunskap och skapa kännedom om det stöd som tas fram.

Inom statlig sektor har utbildningar tagits fram i samverkan med lokala företrädare för olika myndigheter, vilket ska garantera att den kunskap som erbjuds är relevant för mottagarna. För utformningen av utbildningarna har forskare och experter anlitats. Under 2016 och

2018 har cirka 2 000 arbetsgivar- och arbetstagarföreträdare genomgått utbildningar. Utbildningarna erbjuds också som e-utbildningar. Vid tiden då översynen genomfördes erbjöds genom programmet *Hållbart arbetsliv* åtta olika tjänster varav den mest efterfrågande är ett seminarium om att fånga tidiga tecken på ohälsa.

Landstingskommunala sektorn redogör för hur arbete med implementering bedrivs genom Suntarbetsliv, inom ramen för parternas samverkanssystem och inom *Projekt förebygg ohälsa*. Även inom Suntarbetsliv så deltar parterna i framtagandet av det Suntarbetsliv ska leverera för att säkra relevansen i utbudet. De digitala verktygen innehåller processledarstöd samt metoder för implementering. Den landstingskommunala sektorns nya samverkansavtal ska bland annat bidra till att medarbetarnas engagemang för minskad sjukfrånvaro tas tillvara. Spridningen av det nya avtalet har skett genom bland annat konferenser och Arbetsmiljörådet har inrättat ett stödteam för att stärka kommuners och regioners arbete kring samverkansprocessen. För att skapa ytterligare kunskap om verktyg och stödfunktioner så har projektet förebygg ohälsa tillsatts som bland annat ska inspirera kommuner och regioner att ta fram egna strategier/avsiktsförklaringar för minskad sjukfrånvaro.

Inom privata sektorn arbetar man för att vidareutveckla implementeringen av slutsatser från forskningsprojekt finansierade via AFA Försäkring genom Prevent och de partsgemensamma arbetsmiljöråden. Innan slutrapportering av forskningsprojekt hos AFA försäkring är Prevent delaktiga och Prevents verksamhetsplanering tar hänsyn till pågående projekt hos AFA försäkring. Ett seminarium har hållits hos AFA försäkring där berörda aktörer har deltagit för att diskutera hur resultat bättre kan implementeras. I projektansökan till AFA försäkring om forskning ställs nu högre krav på beskrivning av hur resultat ska spridas för att kunna få praktisk nytta.

Vid mötena med sektorerna framhåller parterna att styrkan med det partsgemensamma arbetet är att de insatser och åtgärder som tas fram på central nivå har goda förutsättningar att spridas i parternas kanaler och förankras ute på arbetsplatserna. Det handlar om att det är just parterna, med respektive parts perspektiv, som gemensamt förhandlat fram innehållet, men också om att de gemensamma budskapen kan föras ut, partsgemensamt eller partseget, i respektive parts etablerade kommunikationskanaler.

*Process - och effektutvärdering*

Parterna inom den statliga sektorn uppger att man följer upp den upplevda kvaliteten av utbildningar och seminarier och att sammanfattande utvärderingar har genomförts. Parterna är tydliga med att utvärderingarna handlar om att utvärdera de produkter som tas fram i Partsrådet och inte de effekter som erbjudna utbildningar och seminarier kan ge hos arbetsgivarna. Vid utredningens möten med respektive sektor förtydligades parternas utgångspunkt att det är arbetsgivarens ansvar att se till att kunskap omsätts på arbetsplatsen och därmed leder till mätbara effekter på sjukfrånvarons utveckling. Då det gäller programmet *Hållbart arbetsliv* genomförs en programutvärdering under programperioden som syftar till att fånga kvalitativa och kvantitativa faktorer som kan synliggöra hur programmet bidrar till bland annat friska arbetsplatser.

Även i den landstingskommunala sektorn framgår att det är insatserna som sådana som följs upp, inte de effekter insatserna kan ge på friskare arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro. Enligt parternas svar till utredningen visar Suntarbetslivs uppföljningar av sin verksamhet att de verktyg och tjänster som de tillhandahåller används i hög utsträckning.

*Förväntade effekter*

Av statliga sektorns svar så framgår att efterfrågan på seminarier och utbildningar har varit högre än förutsett vilket gör att de bedömer att kunskapen fått stor spridning inom sektorn. Man anger även att den förväntande kunskapshöjningen ger de lokala parterna bättre förutsättningar att ta emot de tjänster som utvecklas inom *Hållbart arbetsliv*. Då det gäller de tjänster som utvecklats och utvecklas inom *Hållbart arbetsliv* så poängteras i svaret att det är mottagarkapaciteten hos myndigheterna som avgör om programmet får effekt och med anledning av att tjänsterna börjat levereras i oktober 2018 är det för tidigt att uttala sig om effekter.

Landstingskommunala sektorn svarar att avsiktsförklaringen syftar till att skapa en struktur för ett långsiktigt och hållbart arbetsmiljöarbete och bra arbetsförhållanden som i sin tur ska leda till minskad sjukfrånvaro och goda förutsättningar för kompetensförsörjning. Implementering av verktyg och nya arbetssätt tar tid och de centrala

parterna ser att de kommuner och landsting som väljer att inleda ett strategiskt arbete för minskad sjukfrånvaro har en lång väg att gå innan de kan se önskade effekter. De centrala parterna kan stödja arbetet genom samordnad kommunikation till respektive medlemmar, gemensamma verktyg och funktioner samt lärande exempel.

### *Parternas förutsättningar att verka för friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro*

Den statliga sektorn menar att friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro skapas i respektive verksamhet och att utvecklingsarbete måste vara förankrat på respektive arbetsplats. De centrala parterna kan bidra till lokal verksamhetsutveckling genom att stödja det lokala partsgemensamma arbetet. Exempel på detta är att beställning av det stöd som erbjuds inom *Hållbart arbetsliv* ska föregås av partsgemensam dialog och att lokala parter tar del av tjänsterna tillsammans.

Landstingskommunala sektorn nämner parternas förutsättningar att genomföra och förvalta överenskommelser över tid. Partsgemensamma överenskommelser har hög legitimitet och kan kommuniceras brett. Att parterna inom sektorn har lång erfarenhet av att tillsammans arbeta kring arbetsmiljöarbete bidrar enligt landstingskommunala sektorn till en struktur för ett långsiktigt och metodiskt arbete.

### *Sektorsspecifika utmaningar*

Parterna i den statliga sektorn lyfter fram ett antal utmaningar, exempelvis att det inom de olika myndigheterna finns stor variation mellan uppdragen och arbetsuppgifterna, skillnader i storlek och i geografisk placering, vilket i sin tur ställer höga krav på flexibilitet i de insatser och tjänster som parterna erbjuder. Andra viktiga arbetsmiljöutmaningar är en direkt följd av regeringens styrning av verksamheterna som får direkta konsekvenser på arbetsmiljön, exempelvis när myndigheterna får nya uppdrag, ökade krav på återrapportering och när myndigheter omlokaliseras. Här nämns också ett längre arbetsliv med snabbare teknikutveckling som ställer krav på

arbetstagare. Hot och våld mot tjänstemän är också en utmaning som sektorn identifierar.

Parterna i den landstingskommunala sektorn ser de relativt sett högre sjuktalen bland sektorns yrkesgrupper inom kontaktyrken som en utmaning. Man vill bidra till att åstadkomma en balans mellan verksamhetens krav och de resurser chefer och medarbetare har för att möta kraven. Sveriges kommuner och regioner påtalar också att en allt större andel äldre i samhället ökar kraven på välfärden och kommuner och regioner behöver mellan 2016 och 2026 behöver rekrytera uppskattningsvis en halv miljon nya medarbetare. Verksamheterna i sektorn är sårbara även vid kort sjukfrånvaro eftersom kontaktyrken har behov av vikarier även vid kort frånvaro. Här ser man att verksamheterna måste ställa om för att möte kompetensutmaningen och i denna omställning är arbetsmiljöarbete viktigt. Parterna i den privata sektorn framhåller att det är viktigt med branschspecifikt stöd, och att sådant stöd utvecklas och sprids genom Prevent.

Parterna lyfter vid mötena olika förutsättningar som kan påverka arbetsmiljön och därmed på utvecklingen av sjukfrånvaron. Exempel på sådana förutsättningar kan handla om kompetensförsörjning, ekonomiska resurser och organisatoriska förändringar som till exempel när verksamhet läggs ned eller flyttas. En annan utmaning för sektorerna är ett längre arbetsliv som ställer nya krav på både arbetstagare och arbetsgivare samt utmaningar kring kompetensförsörjning.

### *Drivkrafter för arbetsgivare att använda kunskap*

Parterna i den statliga sektorn menar att kunskapsutveckling och att kunskap omsätts är viktigt för att människor ska komma tillbaka till arbete. Här menar man att arbetsgivarna redan i dag har ett stort ansvar för arbetstagarens arbetslivsinriktade rehabilitering och för arbetsmiljön och att detta arbete tar tid och resurser. Parterna bedömer att ytterligare ansvar i form av ekonomiska krav skulle motverka snarare än bidra till minskade sjuktal. Här lyfter man också fram att det är viktigt att aktörerna som ansvarar för rehabilitering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inte har motstridiga mål som kan motverka de övriga aktörernas insatser.

Parterna inom landstingskommunala sektorn menar att det finns ett gemensamt intresse för evidensbaserad kunskap och evidensba-

serade verktyg för arbetsmiljöarbetet inom kommuner och landsting. De lyfter också fram att parterna har långsiktiga strategier för att säkerställa kunskapsutveckling, forskning, implementering och användning.

*Hur skapas uthållighet i arbetet med friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro?*

Parterna inom den statliga sektorn lyfter fram kompetensförsörjningsbehovet som ett skäl till långsiktigt arbete. De poängterar också att variation i sjukskrivningar över tid bara delvis kan förklaras av frågor som har koppling till arbetsplatsen, och att frågan om hållbara arbetsplatser inte bara kan handla om hälsa.

Parterna inom landstingskommunala sektorn lyfter här fram den långsiktighet i arbetet som beskrivits i deras svar på tidigare frågor som en garant för uthållighet i arbetet. Vid mötena med sektorerna framkommer också att de insatser som beslutats inom ramen för avsiktsförklaringarna inte tagits fram specifikt för avsiktsförklaringarna utan att denna typ arbete bedrivits sedan lång tid tillbaka. Snarare har insatser samlats och utvecklats i den struktur som avsiktsförklaringen utgör. Framtagandet av avsiktsförklaringarna har också gett det partsgemensamma arbetet för friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro extra aktualitet och fokus. Parterna är tydliga med att arbete för att skapa friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro också omfattar arbetsmiljöarbete i allmänhet och därmed sådant som ligger utanför det arbete som primärt handlar om att förebygga sjukfrånvaro.

## Utredningens slutsatser

De insatser som beskrivs inom ramen för avsiktsförklaringarna omfattar huvudsakligen utbildning och olika former av stöd och verktyg riktade till chefer, HR och skyddsombud. Utredningens bedömning är att avsiktsförklaringarna omfattar flera viktiga områden som kan stödja en positiv utveckling och ett tillgängliggörande av kunskap om hur friska arbetsplatser skapas och sjukfrånvaro kan minskas. Genom att innehållet i avsiktsförklaringarna sprids genom både arbetsgivarnas och arbetstagarnas nätverk finns möjlighet till god

förankring och långsiktig påverkan på förhållningssätt och attityder på arbetsplatser. Utöver nämnda insatser beskriver parterna att avsiktsförklaringarna lett till ett närmare samarbete mellan parterna med fokus på arbetsmiljöfrågor. Flera av aktiviteterna i avsiktsförklaringarna är ett långsiktigt arbete och utvecklas samtidigt med utredningens dialoger med parterna.

Med stöd av parternas beskrivningar är utredningens bedömning att flera av insatserna sannolikt hade genomförts även utan avsiktsförklaringarna. Att det förhåller sig så speglar att avsiktsförklaringarna inte tillkom i ett vakuum utan att det redan tidigare pågått ett partsgemensamt arbetsmiljöarbete. Det gör det också svårt att bedöma i vilken utsträckning avsiktsförklaringarna i sig bidragit till en förstärkning av parternas insatser för förebyggande arbete och stöd för återgång i arbete.

Utredningen konstaterar att det inte går att dra slutsatser om i vilken utsträckning avsiktsförklaringarna bidragit till friskare arbetsplatser eller lägre sjukfrånvaro eftersom utvärderingar om sådana effekter saknas. Avsaknad av utvärdering beror dels på att insatser som planeras att utvärderas ännu inte implementerats fullt ut dels på att parterna inte ser det som sin roll eller som sitt ansvar att utvärdera effekter av insatserna.

Vår bedömning är att utvärdering och kunskap om effekter skulle gynna dialogen mellan parterna och regeringen i fråga om avsiktsförklaringarnas bidrag till bättre arbetsmiljö och lägre sjukfrånvaro. Vi rekommenderar därför att parterna och regeringen kommer överens om hur och av vem effekter av avsiktsförklaringarna ska utvärderas. De utvärderingar som både landstingskommunala och statliga sektorn planerar för bör så snart möjligt tas upp i parternas och regeringens dialog i *Samling för friskare arbetsplatser*. Kunskap om hur avsiktsförklaringarna bidrar till friskare arbetsplatser och lägre sjukfrånvaro kan då ingå i kommande års samlingar.

### 6.2.2 Myndigheten för arbetsmiljökunskap

Arbetsmarknadens parter har uttryckt förväntningar på regeringen att på olika sätt bidra till en utveckling av företagshälsovården och stärkt kunskapsförvaltning inom arbetsmiljöområdet.[25] Regeringen har genom inrättandet av Myndigheten för arbetsmiljökunskap hörsammat en del av parternas förväntningar. Av instruktionen för Myndigheten för arbetsmiljökunskap framgår att:

> Myndigheten för arbetsmiljökunskap är nationellt kunskapscentrum för frågor om arbetsmiljö. Myndigheten har till uppgift att ansvara för kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning samt utvärdering och analys i syfte att bidra till att kunskap om arbetsmiljö kommer till användning i praktiken.[26]

Myndigheten ska också följa och främja företagshälsovårdens utveckling. Myndigheten för arbetsmiljökunskap startade sin verksamhet den 1 juni 2018 och har under 2019 slutredovisat två rapporter på regeringsuppdrag; *Företagshälsovårdens kompetensförsörjning* och *Företagshälsovårdens riktlinjer för evidensbaserad praktik*. Under våren 2020 pågår uppdrag inom områdena:

- friskfaktorer som kan mätas över tid,
- framtidens arbetsmiljö i Sverige,
- friska och välmående arbetsplatser.

Myndigheten har också i uppdrag att i samverkan med Socialstyrelsen och andra berörda aktörer utreda och lämna förslag på hur utbildningssituationen för läkare som arbetar inom företagshälsovården ska lösas[27]

Under 2019 arrangerade myndigheten fyra seminarier om psykisk ohälsa och hälsoundersökningar. Vid seminarierna presenterades

[25] Svenskt Näringsliv, LO och PTK om sjukförsäkringen. Inkom socialdepartementet 2016-08-22, diarienummer S2016/05357/SF.
www.regeringen.se/496384/contentassets/45fad7924d3941bbb29bef0ffda5275a/avsiktsforklaring-svenskt-naringsliv-lo-och-ptk.pdf. Hämtad 2020-03-20. Och Avsiktsförklaring Åtgärder för friskare arbetsplatser i kommuner och landsting. Inkom socialdepartementet 2016-08-19, diarienummer S2016/05357/SF.
www.regeringen.se/496385/contentassets/45fad7924d3941bbb29bef0ffda5275a/avsiktsforklaring-kommuner-och-landsting.pdf. Hämtad 2020-03-20.
[26] Förordning (2018:254) med instruktion för Myndigheten för arbetsmiljökunskap.
[27] Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Myndigheten för arbetsmiljökunskap, Område 3.

bland annat *Riktlinjer vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen.*[28] Riktlinjerna togs fram av Företagshälsans riktlinjegrupp vid Karolinska Institutet samt branschföreningen Sveriges Företagshälsor redan 2015 och förvaltas nu av Myndigheten för arbetsmiljökunskap. I dialog med myndigheten framkom att deltagarna vid de fyra seminarierna som genomfördes på olika platser i landet, inte hade kännedom och kunskap om riktlinjerna. Det ger en indikation om att myndigheten har en viktig roll att fylla som kunskapsspridare inom arbetsmiljöområdet.

Myndigheten har haft problem med sin interna arbetsmiljö. Det har bland annat föranlett att branschorganisationen Sveriges företagshälsor uttryckt sig sakna förtroende för myndighetens möjligheter att utföra sitt uppdrag.[29] Under hösten 2019 har en extern part genomfört en utredning av arbetsmiljön som slutrapporterades 2019.[30] I utredningen dras följande slutsats:

> Den stora slutsatsen är nog ändå att arbetsmiljön i nuläget är bättre än vad den har varit men att det blir viktigt att oavsett fokusera på att utvecklas till ett team och klargöra mål, processer och roller.[31]

Myndigheten har vidtagit ett antal åtgärder, bland annat har myndigheten i samverkan med skyddsombud och arbetstagarorganisationer identifierat åtgärder och sammanställt dessa i en handlingsplan för arbetsmiljöarbetet.[32] Regeringen har agerat på den information som kommit in, bland annat genom möten med myndighetschefen.

[28] Myndigheten för arbetsmiljökunskap. *Riktlinjer för utredning och åtgärder vid psykisk ohälsa på arbetsplatsen.*
www.mynak.se/publikationer/riktlinjer-vid-psykisk-ohalsa-pa-arbetsplatsen/. Hämtad 2020-03-27.
[29] Arbetsmiljömyndighet tappar i förtroende.
www.foretagshalsor.se/nyhet/arbetsmiljomyndighet-tappar-i-fortroende. Hämtad den 2020-03-20. Och www.dn.se/nyheter/foretagshalsovard-saknar-fortroende-for-arbetsmiljomyndigheten/. Hämtad den 2020-03-20.
[30] Slutrapport – Kartläggning av den organisatoriska och sociala arbetsmiljön.
www.mynak.se/slutrapport-kartlaggning-av-den-organisatoriska-och-sociala-arbetsmiljon/. Hämtad den 2020-03-20.
[31] Slutrapport – Kartläggning av den organisatoriska och sociala arbetsmiljön inom Mynak. Sonder. Översänd till utredningen från Myndigheten för arbetsmiljökunskap 2020-02-11.
[32] Arbetet med den interna arbetsmiljön. www.mynak.se/arbete-med-den-interna-arbetsmiljon/. Hämtad 2020-03-20.

### Utredningens slutsatser

Myndigheten för arbetsmiljökunskap har en viktig roll att fylla som kunskapsorganisation inom området arbetsmiljö och företagshälsovård. Efterfrågan på myndigheten uppfattas ha varit stor. Det är viktigt att myndigheten och regeringen fortsätter sitt påbörjade arbete att upprätta myndighetens förtroende och säkerställa dess förmåga att utföra sitt uppdrag.

## 6.2.3 Försäkringskassans och Arbetsmiljöverkets gemensamma arbete för att främja arbetsgivarnas ansvarstagande

Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket har sedan 2007 en nationell överenskommelse för samverkan kring rehabiliteringsområdet. Utifrån överenskommelsen tar myndigheterna årligen fram en gemensam handlingsplan. 2017 tog myndigheterna fram en ny överenskommelse som avser samverkan under åren 2017–2020.[33] Syftet med överenskommelsen är att främja arbetsgivarnas ansvarstagande för arbetsmiljön, att förebygga ohälsa och arbeta effektivt med arbetsanpassning och rehabilitering. Som bilaga till överenskommelsen ligger en förteckning över kontaktpersoner hos de respektive myndigheterna samt en förteckning över myndigheternas samverkansforum på nationell och regional nivå. Myndigheterna har också enats om att arbeta gemensamt med arbetsgivare som har hög sjukfrånvaro och eller som brister i sitt ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering. Det innebär att information och statistik utbyts mellan myndigheterna på nationell, regional och lokal nivå. På så sätt kan Försäkringskassans information om sjukskrivningsmönster bidra till att Arbetsmiljöverkets inspektioner görs på de mest riskfyllda arbetsplatserna.

År 2016 gavs Arbetsmiljöverket i uppdrag av regeringen att genomföra tillsyn av psykosocial arbetsmiljö inom äldreomsorgen. Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan har beslutat att samverka i detta uppdrag, vilket framgår av myndigheternas årliga plan för aktiv samverkan.[34] Tillsynsuppdraget pågår mellan 2016 och 2019. I rappor-

[33] Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan (2017), *Överenskommelse om samverkan mellan Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan*. Dnr Av-2017/015577. Dnr FK-021404-2017.
[34] Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan (2017). *Aktiv samverkan 2018*. Dnr Av-2017/015577. Dnr FK-021404-2017.

ten *Regeringsuppdraget Tillsyn av psykosocial arbetsmiljö inom äldreomsorgen* anger Arbetsmiljöverket att

> Vår samverkan med Försäkringskassan har bidragit till att vi har fått värdefull information om arbetsgivare, och deras sjukskrivningstal, inför vårt urval av tillsyn hos äldreomsorgsanordnare. Genom Försäkringskassans medverkan i inspektionerna på huvudmannanivå tillförs Försäkringskassans kompetens om arbetsanpassning och rehabilitering, viktiga verktyg för en bra arbetsmiljö.[35]

Ett av överenskommelsens områden rör tillsyn av arbetsgivare. Försäkringskassan har tillsynsansvar över arbetsgivarens insatser enligt socialförsäkringsbalken, men saknar sanktionsmöjligheter (se beskrivning i avsnitt 2.4.1) I de fall där Försäkringskassan identifierar arbetsgivare som brister i sitt ansvar enligt Socialförsäkringsbalken kan Försäkringskassan vidarebefordra information om detta till Arbetsmiljöverket. Arbetsmiljöverket har tillsynsansvar över arbetsmiljölagstiftningen och gör i sin tur en bedömning om arbetsgivarens agerande kan betraktas vara i strid med arbetsgivarens skyldigheter enligt arbetsmiljölagen. Om så är fallet kan Arbetsmiljöverket inspektera och i enlighet med sitt regelverk använda de tvingande styrmedel de har att förfoga över. Som en bilaga till överenskommelsen ligger därför också en rutin som anger hur Försäkringskassan anmäler till Arbetsmiljöverket om arbetsgivare brister i sitt ansvar vad gäller arbetsanpassning och rehabilitering.[36] Som stöd för handläggarna på Försäkringskassan att uppmärksamma om arbetsgivare brister i sitt ansvar finns en checklista som Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket gemensamt tagit fram.[37] Försäkringskassans handläggare ska enligt checklistan uppmärksamma om:

- Arbetsgivare saknar rutiner/policys, det är inte klart vem som ansvarar eller vem som ska vara stöd för att underlätta återgång i arbete för arbetstagaren.
- Arbetsgivare har ingen eller endast sporadisk kontakt med arbetstagaren.

[35] Arbetsmiljöverket (2019). *Rapport Regeringsuppdraget Tillsyn av psykosocial arbetsmiljö inom äldreomsorgen* A 2016/00159/ARM, 2019-02-22, s. 2.
[36] Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan (2017). *Bilaga till överenskommelse om samverkan mellan Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan*. Dnr Av-2017/015577. Dnr FK-021404-2017.
[37] Försäkringskassan (2018). Checklista – arbetsanpassning och rehabilitering, 2018-11-11.

- Arbetsgivare bidrar inte till att se över och möjliggöra arbetsanpassning. Arbetsanpassning innebär åtgärder i arbetsmiljön som kan underlätta arbetstagarens återgång i arbete. Åtgärderna ska dokumenteras i plan för återgång i arbete. Exempel på åtgärder; anpassning av arbetsplatsen (ergonomiskt), anpassning av arbetstiden, anpassning av arbetsuppgifter, arbetshjälpmedel, successiv upptrappning av arbetstiden via deltidssjukskrivning, kontakt med företagshälsovård, kontakt med rehab-koordinator, samtalsstöd inför återgång i arbete, utbildning/introduktion etcetera.
- Arbetsgivare samarbetar inte med vården/rehab-koordinator eller andra aktörer.
- Arbetsgivare samarbetar inte med Försäkringskassan – exempelvis svarar inte på mail, telefonsamtal, förfrågningar, kommer inte på avstämningsmöten, återkopplar inte och bidrar inte aktivt i möten.
- Arbetsgivare saknar kunskap, närmaste chef har inte förutsättningar att ta sitt ansvar och saknar stöd.
- Arbetsgivare saknar rutiner för att arbeta förebyggande (systematiska arbetsmiljöarbetet). Närmaste chef har inte möjlighet/förutsättningar att fånga tidiga signaler.
- Det finns hög sjukfrånvaro hos arbetsgivaren.
- Om plan för återgång i arbete inklusive åtgärder inte genomförs eller genomförs med undermålig kvalitet så lämnas impuls till lokalt samverkansansvarig.

### Hur utvecklas myndigheternas gemensamma arbete?

Försäkringskassans anmälningar till Arbetsmiljöverket om arbetsgivare som brister i sitt ansvar enligt socialförsäkringsbalken är mycket få. I dialog med Försäkringskassan anges att myndigheten under 2018 gjorde tre anmälningar till Arbetsmiljöverket. Med anledning av det uppseendeväckande låga antalet anmälningar finns det skäl att tro att Försäkringskassan ytterligare behöver utveckla arbetet med att identifiera arbetsgivare som brister i sitt arbetsmiljöansvar och hur myndigheten ska agera i relation till arbetsgivare

som brister i sitt ansvar. Av vår dialog med Försäkringskassan framgår att man innan man anmäler en arbetsgivare till Arbetsmiljöverket, på olika sätt försöker arbeta för att arbetsgivaren ska förstå och ta sitt ansvar. Av dialogen med Försäkringskassan framgår vidare att samarbetet mellan myndigheterna har ökat. Samarbetet handlar om att de båda myndigheterna arbetar förebyggande tillsammans som beskrivs för äldreomsorgen ovan. Det är dock inte möjligt att få fram uppgifter om i hur hög utsträckning myndigheterna samverkar och om samverkan de facto har ökat under de senaste åren. I dialogen med Försäkringskassan framgår också att det är svårt för Försäkringskassan att ta fram statistik som är relevant för Arbetsmiljöverket. Försäkringskassan menar att det intensifierade samarbetet med Arbetsmiljöverket på olika nivåer leder till att kunskapen om vilka arbetsgivare som behöver utveckla sitt arbete med rehabilitering och arbetsanpassning ökar och att informations- och återkopplingsinsatser kan riktas till dessa arbetsgivare. I dialogen med Försäkringskassan framkommer att Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket tillsammans träffat 200 arbetsgivare, offentliga och privata vårdgivare inom äldreomsorgen inom ramen för Försäkringskassans och Arbetsmiljöverkets samverkan inom äldreomsorgen.

### Utredningens slutsatser

Försäkringskassans och Arbetsmiljöverkets samverkan är uppskattad av arbetsgivare vilket visar på betydelsen av att myndigheterna gemensamt träffar arbetsgivare. Mot bakgrund av Försäkringskassans låga antal anmälningar till Arbetsmiljöverket finns det anledning för Försäkringskassan att fortsätta utveckla metoder för att uppfylla sitt tillsynsansvar.

### 6.2.4 Ny lag om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter kan leda till att fler individer får stöd att återgå i arbete

Den 1 februari 2020 trädde lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter i kraft.[38] Enligt den nya lagen ska regionerna erbjuda koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter för att främja deras återgång till eller inträde i arbetslivet. Enligt lagen ska också regionen informera Försäkringskassan om en patient som ges koordineringsinsatser antas ha behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. socialförsäkringsbalken. Informationen ska bara lämnas om patienten samtycker till det.

Att ha en koordineringsfunktion inom hälso- och sjukvårdens arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är inte en ny företeelse. I de överenskommelser som staten och SKR sedan 2006 tecknat för att stimulera landstingen att ge sjukskrivningsfrågan en högre prioritet i hälso- och sjukvården, har det sedan 2013 funnits ett villkor i överenskommelsen som handlar om utvecklingen av förutsättningar för tidig samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och koordinerande funktioner i hälso- och sjukvården.[39] Syftet med den koordinerande funktionen har enligt överenskommelserna varit att patienter med behov ska få ett individuellt stöd och samordna insatser för individen internt inom hälso- och sjukvården och efter samtycke från individen samverka med externa aktörer som exempelvis arbetsgivare, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen[40]. I Ds 2018:5 redogörs för utvecklingen av funktionen inom regionerna. Här framgår att alla regioner hade en funktion för koordinering redan innan lagen trädde i kraft och att funktionen huvudsakligen finns inom primärvården men också inom specialistvård. Det framgick även att omfattning och utformning av de så kallade rehabiliteringskoordinatorernas uppdrag skiljer sig något mellan regionerna.

Utredningen identifierar två områden i den nya lagstiftningen som är särskilt relevant för utredningen uppdrag; regionernas möjlighet att genom koordineringsfunktionen kontakta Försäkringskassan vid

[38] Lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.
[39] Socialstyrelsen och Försäkringskassan (2015). *Landstingens arbete med sjukskrivningsfrågan. Kartläggning och analys*. s. 9.
[40] Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2016), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017–2018*, s. 8.

identifierat behov av rehabiliteringsåtgärder samt koordineringsfunktionens kontakt med arbetsgivare. De två områdena beskrivs under respektive rubrik nedan.

### Koordineringsfunktionens möjlighet att kontakta Försäkringskassan

SKR och Försäkringskassan ska inom ramen för överenskommelsen om en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess för 2020, utarbeta ett tekniskt lösningsförslag för elektronisk ärendekommunikation mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan avseende informationsöverföring enligt lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.[41] Utredningen bedömer att det är positivt att regionerna genom koordineringsfunktionen ska meddela Försäkringskassan om en patient som ges koordineringsinsatser kan antas ha behov av rehabiliteringsinsatser enligt 30 kap. SFB. Detta kan leda till att fler individer än i dag kommer att få ta del av stödjande insatser för att kunna återgå i arbete. Det gäller både de individer som har en anställning och de som inte har det. I utredningens dialog med framför allt hälso- och sjukvården påtalas att förväntningarna på koordineringsfunktionen är stora och att framtiden får utvisa i vilken utsträckning funktionen i praktiken kan fylla det stora behov av dialog med hälso- och sjukvården som uppfattas finnas hos flera aktörer.

### Koordineringsfunktionens kontakt med arbetsgivare

Dialog mellan arbetsgivare och hälso- och sjukvård har visat sig betydelsefullt för individens möjligheter att återgå i arbete, se avsnitt 6.1.1 för fördjupning. Rehabiliteringskoordinatorns möjlighet att föra dialog med arbetsgivare bedömer vi därmed vara en viktig utveckling av stödet till den sjukskrivna.

Utredningen anser dock att utökade möjligheter till dialog kan riskera att leda till otydlighet i förväntningar på hälso- och sjuk-

[41] Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2019), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner* 2020, s. 12.

vårdens ansvar att bidra med kunskap om arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete[42]. I budgetpropositionen för 2020 skriver regeringen att det inte finns någon avsikt att lagen om koordinering ska inverka på arbetsgivarens ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering.[43] Frågan om (o)tydlighet i ansvarsfördelning för arbetsanpassning och arbetsplatsinriktad rehabilitering utvecklas i avsnitt 6.3.2.

### Utredningens slutsatser

Utredningen ser positivt på den nya lagstiftningen och anser att koordineringsfunktionen kan bidra till att identifiera individer med behov av samordnad rehabilitering samt stärka möjligheterna till dialog mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer. Vi identifierar också risker att rollen kan leda till otydlighet i ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare och fördjupar dessa resonemang i avsnitt 6.3.2.

## 6.2.5 Arbetsgivarens plan för återgång i arbete och det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet

Syftet med regleringen av plan för återgång i arbete och det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet är att stärka arbetstagarens möjligheter till rehabilitering.[44] I promemorian som utarbetades inom Socialdepartementet skrev arbetsgruppen:

> Utifrån en sammanvägd bedömning av ovanstående bedömer arbetsgruppen att den mest effektiva lösningen är en lagreglerad skyldighet för arbetsgivaren för att planera insatser som underlättar återgång i arbete kombinerad med utvidgat statligt stöd för att stimulera och underlätta arbetsplatsinriktade rehabiliteringsinsatser.[45]

Slutsatsen var alltså att det krävdes en kombination av skyldigheter och rättigheter för att maximera utfallet.

I augusti 2019 gav regeringen i uppdrag åt Inspektionen för socialförsäkringen att följa upp och utvärdera reformen om förstärkt rehabilitering för återgång i arbete. Inspektionen för socialförsäk-

[42] Sveriges Företagshälsor och Sveriges Företagsläkares förening för ett liknande resonemang i sitt remissvar som redovisas i budgetpropositionen 2020 utgiftsområde 10 s. 51.
[43] Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020*, utgiftsområde 10 s. 51.
[44] Ds 2017:9.
[45] Ds 2017:9, s. 61.

ringen ska följa upp hur reformen efterlevs av arbetsgivare, Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket. Inspektionen för socialförsäkringen ska också utvärdera om reformen stärker individens möjligheter till rehabilitering och arbetsgivarens rehabiliteringsansvar, och på så sätt ökar förutsättningarna för att individen kan återgå i arbete tidigare. Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 november 2021.[46] Nedan redogör vi för regleringen och våra iakttagelser avseende hur utfallet gällande plan för återgång i arbete blivit hitintills och vi redogör för det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet och hur Försäkringskassan ser på arbetsgivares användande av stödet.

Sedan den 1 juli 2018 är arbetsgivare skyldiga att senast dag 30 i sjukperioden ta fram en plan för återgång i arbete, om möjligt tillsammans med den anställde som är sjukskriven, om det kan antas att arbetstagarens arbetsförmåga kommer att vara helt eller delvis nedsatt på grund av sjukdom under minst 60 dagar.[47] Planens främsta uppgift är att vara ett stöd i det arbete som genomförs på arbetsplatsen för att göra det möjligt för arbetstagaren att återgå i arbete. Det är därför viktigt att planen utformas på ett sådant sätt att den verkligen stöder anpassnings- och rehabiliteringsarbetet på arbetsplatsen och att den är lätt att följa upp för dem som är berörda. Av Socialdepartementets promemoria framgår att det kan vara aktuellt att i planen ta ställning till följande frågor:

- möjlighet till att arbeta viss tid (deltidssjukskrivning), anpassning av arbetsplatsen eller arbetsuppgifter,
- omplacering, tillfällig eller permanent,
- behov av arbetstekniska hjälpmedel,
- behov av utbildning/omskolning till andra arbetsuppgifter hos arbetsgivaren,
- behov av andra arbetsplatsinriktade rehabiliteringsinsatser som företagshälsovården eller annan leverantör av rehabiliteringstjänster kan tillhandahålla,
- hur kontakten med arbetsplatsen ska se ut under pågående sjukskrivning,

[46] Socialdepartementet (2019), *Uppdrag angående uppföljning och utvärdering av förstärkt rehabilitering för återgång i arbete*. Dnr S2019/03299/SF.
[47] 30 kap. 6 § SFB.

– vid vilka tider som insatser ska göras och hur arbetsgivare och arbetstagare ska följa upp planen.[48]

Försäkringskassan har tillsynsansvar. I budgetpropositionen för 2018 framgår att regeringen anser att om arbetsgivarens planer för återgång i arbete är undermåliga eller om planerna inklusive åtgärder inte genomförs, så bör detta anmälas till Arbetsmiljöverket av Försäkringskassan. Regeringen bedömer dock inte att enstaka undermåliga planer bör anmälas, utan anmälan ska ske om det finns systematiska brister i planernas kvalitet eller brister i genomförandet av åtgärderna. Regeringen skriver att Försäkringskassan i ökad omfattning bör följa upp arbetsgivarens planer och åtgärder och att detta ansvar kan rymmas inom det tillsynsansvar som Försäkringskassan har enligt gällande lagstiftning.[49] Försäkringskassan kan dock inte enligt gällande lagstiftning begära in arbetsgivares planer för återgång i arbete enbart i syfte att utöva tillsyn, utan planerna kan begäras in när Försäkringskassan bedömer att arbetsgivarens plan för återgång i arbete behövs för den fortsatta handläggningsprocessen (110 kap. 31 § SFB). I budgetpropositionen för 2018 står att Försäkringskassan bör anmäla till Arbetsmiljöverket om en arbetsgivare upprepat inte tar fram planer och åtgärder eller om planerna systematiskt håller låg kvalitet.[50] Utredningen bedömer det dock vara en utmaning för Försäkringskassan att praktiskt få överblick över huruvida det finns systematiska brister i enstaka arbetsgivares arbete med plan för återgång, eftersom det är olika handläggare som handlägger sjukfall från samma arbetsgivare. För att få en överblick över en arbetsgivares arbete med planer skulle därför någon form av kvalitetsregister över planer behöva upprättas.

I Försäkringskassans interna vägledning anges att plan för återgång i arbete ska inhämtas från arbetsgivaren när Försäkringskassan behöver veta vilka förutsättningar som finns för att den försäkrade ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren. När planen inhämtats är tanken att handläggaren vid Försäkringskassan ska ta ställning till om planen och de åtgärder som den innehåller är av god kvalitet och om den kan genomföras inom ramen för villkoren i sjukförsäkringen.[51]

[48] Ds 2017:9 s. 66.
[49] Prop. 2017/18:1, utgiftsområde10, s. 70.
[50] Prop. 2017/18:1 utgiftsområde10, s. 71.
[51] Försäkringskassan (2019), *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. Vägledning 2015:1, version 12, s. 287.

Främst är dock arbetsgivarens plan för återgång i arbete ett internt dokument som är till för planering av återgång i arbete och rehabiliteringsåtgärder på arbetsplatsen som arbetsgivaren ansvarar för. De åtgärder som planen innehåller behöver därmed inte begränsas till åtgärder som kan genomföras inom ramen för villkoren i sjukförsäkringen. Mer konkret så kan alltså en individ exempelvis få möjlighet till insatser från arbetsgivaren i rehabiliteringssyfte även sedan rätt till sjukpenning upphört i syfte att åstadkomma en hållbar återgång till arbete.

### Utredningens studie av plan för återgång i arbete

I syfte att undersöka det materiella innehållet i planer för återgång i arbete har 40 individärenden där plan för återgång i arbete finns bilagd granskats. Ärendena har identifierats av Försäkringskassan för utredningens räkning. I studien av ärendena har noterats:

- vilka kontakter som förekommit i ärendet,
- huruvida Försäkringskassan efterfrågat plan för återgång i arbete (och i de fall den efterfrågats – av vilket skäl),
- om Försäkringskassans mall för plan för återgång i arbete använts,
- vilka åtgärder som plan för återgång i arbete omfattar,
- om informationen från plan för återgång i arbete använts i Försäkringskassans bedömningar,
- om arbetsgivaren framstår som aktiv för att få individen åter i arbete,
- om plan för återgång i arbete bidragit till en mer kvalitativ handläggning.

Nedan följer resultatet från granskningen. Akterna är få och slutsatser bör dras med försiktighet. I nedanstående text beskrivs ett antal konkreta exempel. Det är viktigt att notera att dessa exempel inte gör anspråk på att ge en beskrivning av hur plan för återgång i arbete fungerar generellt utan har till syfte att illustrera och konkretisera resonemangen.

*Försäkringskassan har ofta kontakt med individen*

I de ärenden som studerats var det vanligt att Försäkringskassan hade kontakt med så väl individen som individens arbetsgivare. Det var också vanligt att individen tog kontakt med Försäkringskassan. Minst vanligt förekommande var kontakter initierade av hälso- och sjukvården.

**Tabell 6.1 Kontakter i ärenden**

| | Försäkringskassan tar kontakt med individen | Försäkringskassan tar kontakt med arbetsgivaren | Försäkringskassan tar kontakt med hälso- och sjukvården | Arbetsgivaren tar kontakt med Försäkringskassan | Individen tar kontakt med Försäkringskassan | Hälso- och sjukvården tar kontakt med Försäkringskassan |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Antal | 38 | 30 | 18 | 12 | 19 | 5 |
| Andel | 95,0 % | 75,0 % | 45,0 % | 30,0 % | 47,5 % | 12,5 % |

*Plan för återgång i arbete efterfrågas som del i Försäkringskassans utredning*

I 63 procent av ärendena (25 st) framgick det i journalen att Försäkringskassan hade efterfrågat plan för återgång i arbete. Försäkringskassan efterfrågar plan för återgång i arbete som ett led i sitt arbete med att utreda individens rätt till ersättning i samband med att bedömningsgrunderna för rätt till ersättning förändras. Plan för återgång efterfrågas vanligen i samband med dag 90 eller dag 180 i rehabiliteringskedjan. Syftet med åtgärden inför dag 90 är att utreda möjligheten till anpassade arbetsuppgifter och omplacering. Inför dag 180 efterfrågas plan för återgång i arbete i syfte att utreda möjligheten att tillämpa särskilda skäl. Det innebär att om arbetsgivaren har en tydlig planering för att individen ska kunna återgå i arbete innan dag 365, så kan det tala för att rätt till ersättning för individen kan bedömas i relation till individens egna arbetsuppgifter i stället för som annars mot normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden.[52] Bland ärendena finns också exempel på när Försäkrings-

[52] I förarbetena anges att om det finns stor sannolikhet att den försäkrade kommer att kunna arbeta i samma omfattning som före sjukfallet senast dag 365 kan bestämmelsen om särskilda skäl tillämpas. Det gäller även om den försäkrade partiellt trappar upp sin arbetstid, så länge han eller hon bedöms kunna vara åter i arbete i samma omfattning som före sjukfallet senast dag 365 (prop. 2007/08:136, utgiftsområde 10, s. 68 f.).

kassan efterfrågar plan för återgång i arbete i syfte att hjälpa arbetsgivaren att ta sitt lagstadgade rehabiliteringsansvar och för att utreda individens möjligheter till återgång i arbete. I ett ärende var arbetsgivaren ovetande om sitt lagstadgade ansvar att ta fram en plan för återgång i arbete. Handläggaren vid Försäkringskassan påminde då arbetsgivaren om arbetsgivarens rehabiliteringsansvar, informerar om lagstiftningen om plan för återgång i arbete och föreslår olika typer av anpassningar som arbetsgivaren skulle kunna genomföra för att underlätta individens återgång i arbete. I ett annat ärende som pågått längre än ett år och där individen hade mycket stora aktivitetsbegränsningar var prognosen för återgång i arbete oklar och handläggaren bad då arbetsgivaren att ta fram en plan för återgång i arbete i syfte att utreda möjligheter för återgång i arbete.

*Försäkringskassans mall för plan för återgång i arbete används oftast*

Även om det inte finns något formkrav för arbetsgivarens plan för återgång i arbete användes Försäkringskassans mall för plan för återgång i arbete i alla ärenden utom ett. I vissa av dessa ärenden framgick det att arbetsgivaren redan utformat en rehabiliteringsplan och att samma information fördes över i Försäkringskassans mall. I några andra ärenden skickade arbetsgivaren in så väl Försäkringskassans mall som sin egen redan utformade plan. Det var intressant att notera att de rehabiliteringsplaner som var utformade av arbetsgivaren hade ett större fokus på individens arbetsuppgifter, hur dessa arbetsuppgifter relaterade till individens begränsningar och hur arbetsuppgifter skulle kunna anpassas för snabbare återgång i arbete. I ett ärende skickades Försäkringskassans mall in innehållandes endast en hänvisning till en bifogad rehabiliteringsutredning. Rehabiliteringsutredningen innehöll information hur individens besvär påverkade arbetsförmågan, vilka anpassningar som redan var gjorda och vilka anpassningar som planerades. Rehabiliteringsutredningen var gjord av företagshälsovården och var av hög kvalitet och det var tydligt att arbetsgivaren försökte få individen tillbaka i arbete. I ett annat ärende skickar arbetsgivaren in väl ifylld plan för återgång i arbete men bifogar även kompletterande rehabiliteringsutredning. I den bifogade utredningen finns information om vilka arbetsuppgifter individen kan utföra trots sina besvär, vilka förslag individen har på

anpassningar av arbetsuppgifter och information om på vilket sätt nuvarande arbetsuppgifter kan förändras i syfte att individen kan vara kvar i arbete helt eller delvis. Även i detta fall framgår det av den information som finns från arbetsgivaren att denne vill ha individen åter i arbete.

**Tabell 6.2 Åtgärder som finns i plan för återgång i arbete**

| | Antal planer där åtgärden fanns | Andel av planer där åtgärden fanns |
|---|---|---|
| Arbetsplatsbesök | 17 | 45 % |
| Handledning | 11 | 29 % |
| Resor till och från arbetet | 1 | 3 % |
| Successiv upptrappning | 31 | 82 % |
| Anpassning av arbetsplatsen | 9 | 24% |
| Anpassning av arbetstiden | 20 | 53 % |
| Anpassning av arbetsuppgifter | 21 | 55 % |
| Arbetshjälpmedel | 6 | 16 % |
| Annat arbete | 4 | 11 % |
| Utbildning eller upplärning | 4 | 11 % |

Den vanligaste åtgärden för återgång i arbete var successiv upptrappning av arbetstiden. Det var även vanligt att vården förespråkade denna åtgärd i läkarintyget. Det var också vanligt att arbetsgivaren anpassade arbetstiderna eller arbetsuppgifterna. Arbetsuppgifterna anpassades ofta genom att en lägre produktivitet tilläts eller att mindre ansvar utkrävdes av individen.

*Arbetsgivaren är aktiv för att få tillbaka individen i arbete*

I 80 procent av ärendena (30 st) bedömdes arbetsgivaren vara aktiv för att få individen åter i arbete. En arbetsgivare bedömdes som aktiv om det tydligt framgick av information i akten att arbetsgivaren genomförde anpassningar för att få individen åter i arbete och om arbetsgivaren hade en aktiv dialog med individen. Eftersom bedömningen är gjord utifrån information i Försäkringskassans akt om individen är det troligare att uppskattningen är en underskattning än en överskattning av arbetsgivarens aktivitet i de aktuella ärendena. I fem ärenden bedömdes arbetsgivaren inte vara aktiv. I dessa ären-

den fanns konflikter mellan den försäkrade och arbetsgivaren i två fall, den försäkrade var nära pensionsåldern i ett fall och två fall hade arbetsgivaren mycket dålig kunskap om sina skyldigheter. I ett av ärendena där arbetsgivaren hade otillräckliga kunskaper om sitt ansvar för rehabilitering tog individen kontakt med Försäkringskassan. Individen funderade kring vilka arbetsuppgifter som arbetsgivaren kunde erbjuda vid återgång i arbete. Arbetsgivaren hade inte haft kontakt med individen sedan sjukskrivningens start trots att fallet var längre än 90 dagar. Försäkringskassan inhämtade då individens samtycke att diskutera med arbetsgivaren och tog sedan kontakt. Försäkringskassan informerade arbetsgivaren om ärendet och bad dem ha ett möte med individen och upprätta en plan för återgång i arbete. Arbetsgivaren upprättade därefter en plan för återgång i arbete med upptrappning av så väl arbetstid som produktivitet inom ramen för arbetstiden.

De ärenden där det antyds att det finns en konflikt mellan arbetsgivare och individ är svåra att bedöma. Det som blir klart är dock att individen inte kände stöd från arbetsgivaren i sin återgång i arbete. I ett av dessa ärenden bad individen Försäkringskassan att delge henne den plan för återgång i arbete som arbetsgivaren upprättat men inte delgett henne.

I ett annat ärende inväntade arbetsgivaren att individen skulle bli medicinskt färdigbehandlad innan återgång till arbete planerades. Då individens aktivitetsbegränsningar handlade om svårigheter att lyfta med ena armen kan det ifrågasättas om anpassningar inte hade kunnat göras trots att individen fortfarande var på bättringsvägen.

I det ärende där individen var nära pensionsålder var arbetsgivaren mycket passiv. Inga anpassningar gjordes för att möjliggöra återgång i arbete och plan för återgång i arbete skickades in med bedömningen att ingen plan behövde upprättas då individen antogs kunna återgå i sitt ordinarie arbete efter sjukskrivningens slut utan anpassningar. Individen förlorade rätt till sjukpenning när bedömningen vid dag 180 gjordes mot normalt förekommande arbete då individen ansågs kunna utföra ett fysiskt lätt arbete.

*Innehållet i blanketten tillför sällan något nytt i ärendet*

Trots att arbetsgivaren bedömdes vara aktiv så bedömdes inte plan för återgång ha bidragit till att ny information tillfördes ärendet. Endast i 16 procent (6 ärenden) bedömdes plan för återgång ha bidragit till att ny information tillfördes ärendet. Anledningen till detta är att informationen som framkom i plan för återgång redan fanns i ärendet eller att den information som tillfördes ärendet var alltför sparsam. Att informationen redan fanns i ärendet kan bero på att upprättandet av planen föregåtts av en dialog mellan arbetsgivaren och Försäkringskassan.

## Det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet

I samband med de nya bestämmelserna i SFB om arbetsgivares plan för återgång i arbete gjordes förändringar i förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare. Bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd för återgång i arbete infördes 2014. Stödet skulle användas till utredande insatser för arbetstagare som hade eller riskerade att få en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom eller skador och för att initiera åtgärder för att arbetstagaren skulle kunna återgå i arbete.

I Försäkringskassans redovisning av regeringsuppdraget *Utvärdera och utveckla stödet till arbetsgivare 2017* framgår att Försäkringskassan, genom registerstudier och intervjuer med arbetsgivare, såg ett behov av att det arbetsplatsnära stödet, utöver att omfatta utredande insatser, även behövde omfatta bidrag till faktiska åtgärder på arbetsplatsen.[53] Bidraget till arbetsgivare har i enlighet med de behov som identifierades av Försäkringskassan, utvidgats till att även omfatta bidrag för insatser som består av att planera, initiera, genomföra och följa upp åtgärder för arbetstagarens återgång i arbete.[54] Insatserna för vilka bidrag kan lämnas benämns sedan förordningsförändringen 1 juli 2018 som *arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd.* Det finns ett tak för hur mycket bidrag som kan beviljas under ett kalenderår, både per arbetstagare och för en arbetsgivare, högst

[53] Försäkringskassan (2017), *Utvärdera och utveckla stödet till arbetsgivare.* Svar på regeringsuppdrag. Dnr 061638-2015.
[54] 1 § andra stycket förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.

200 000 kronor per arbetsgivare och kalenderår, och högst 10 000 kronor per arbetstagare och kalenderår.

I Försäkringskassans föreskrift framgår vilka kompetenskrav som gäller för anordnare av det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet,[55] och på Försäkringskassans hemsida finns en lista över godkända anordnare som arbetsgivare kan ta kontakt med.[56]

Enligt Försäkringskassan uppfattar arbetsgivare det som ganska enkelt att ansöka om stödet, men att det finns en viss osäkerhet och okunskap hos både arbetsgivare och anordnare om vad de kan få bidrag för och hur kostnaderna ska styrkas. Det finns enligt Försäkringskassan ett behov av att öka arbetsgivares kännedom om det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet. I syfte att öka kännedomen om stödet informerar Försäkringskassan arbetsmarknadens parter vid gemensamma träffar och Försäkringskassan har haft två informationskampanjer riktat mot arbetsgivare sedan förordningsförändringen kom. Försäkringskassan har regelbunden dialog med Sveriges Företagshälsor bland annat i syfte att sprida kännedom om stödet. Försäkringskassan har också tagit fram informationsmaterial för lokal och regional information till arbetsgivare och anordnare om bidraget.

*Används det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet?*

I dialog med Försäkringskassan framgår att efterfrågan på det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet kan vara högre, men att användandet av stödet ökat år för år fram till ett trendbrott 2019.

För 2018 fanns 118 miljoner kronor avsatta för bidraget. Under 2018 betalade Försäkringskassan ut cirka 75 miljoner kronor till cirka 1 100 arbetsgivare för att förebygga och förkorta sjukfall. Med anledning av att bidraget med ovan beskrivna förändringar nu omfattar fler insatser ökades bidraget med 100 miljoner kronor 2019. Utgifterna för 2019 beräknades därmed till 218 miljoner kronor. Försäkringskassan betalade 2019 ut 48 miljoner kronor i stöd.

[55] 1 § Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2018:3) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.
[56] www.forsakringskassan.se/arbetsgivare/ersattningar-och-bidrag/bidrag-for-att-forebygga-och-forkorta-sjukfranvaro. Hämtad 2020-03-22.

### Utredningens slutsatser

I utredningens begränsade studie av plan för återgång i arbete ser vi stora variationer i arbetsgivares plan för återgång i arbete. Det finns planer som vi bedömer håller hög kvalitet och planer som är undermåliga. Att variationen är stor kan således konstateras trots att urvalet är litet.

Vi kan också konstatera att innehållet i de planer som arbetsgivaren tagit fram med stöd av företagshälsovård håller en högre kvalitet än innehållet i den information som lämnas i Försäkringskassans mall. Det i sin tur visar på att det är viktigt att formen inte får styra innehållet. Det tyder också på begränsningar i den blankett Försäkringskassan tagit fram tillsammans med arbetsgivarorganisationer. Exempelvis finns inget fält där det ska framgå vad individen har för hinder att utföra arbetsuppgifter och hur sådana hinder, om möjligt, skulle kunna avhjälpas.

Vi kan också dra slutsatsen att formkraven för plan för återgång behöver förtydligas ytterligare för aktörerna. Några arbetsgivare och handläggare vid Försäkringskassan verkar tro att Försäkringskassans blankett måste användas trots att inget sådant formkrav finns.

Användandet av det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet visar en negativ trend och verkar nå en begränsad grupp. Insatser bör vidtas för att öka användandet av stödet och om trenden fortsatt visar på lågt användande kommande år bör effekterna av reformen utredas.

Mot bakgrund av tillgänglig information går det inte att säga något om genomslaget av lagstiftningen och för slutsatser om genomslaget hänvisar vi till Inspektionen för socialförsäkringens slutredovisning av sin uppföljning av reformen som planeras till november 2021.[57]

## 6.3 Arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete

Kunskap om återgång i arbete visar att de stödjande insatser som ges på eller i nära anslutning till arbetsplatsen spelar en viktig roll för individens möjligheter att återfå arbetsförmåga och återgå i arbete. Frågor om förekomst av arbetsplatsinriktade stödinsatser, ansvarsfördelning i relation till sådana insatser och aktörernas förutsätt-

[57] Socialdepartementet (2019), *Uppdrag angående uppföljning och utvärdering av förstärkt rehabilitering för återgång i arbete*. Dnr S2019/03299/SF.

ningar att tillhandahålla ett bra arbetsplatsinriktat stöd till individen är därför viktiga att besvara.

I det här avsnittet belyser vi tre områden som handlar om arbetsplatsinriktat stöd och som återkommit i utredningens dialoger med aktörerna. Avsnittet inleds med en översyn av förekomst av och förutsättningar för arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete. Därefter redovisar vi hur otydlighet i ansvar för arbetsplatsinriktat stöd kan uppstå och slutligen ges en beskrivning av frågor som handlar om företagshälsovårdens roll och potential i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete är sådana insatser som ges individen på eller i nära anslutning till arbetet i syfte att hen ska kunna återgå i arbete, till exempel genom olika former av arbetsanpassning. Det ska inte förväxlas med det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet som är ett ekonomiskt bidrag till arbetsgivare och som redogörs för i avsnitt 6.2.5.

### 6.3.1 Arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete

**Bedömning:** Baserat på tillgänglig kunskap är utredningens bedömning att individer inte får tillräckligt arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete, att arbetsgivares kunskap om återgång i arbete har brister och att företagshälsovård används i alltför begränsad utsträckning.

Utredningen har i avsnitt 6.1 redogjort för kunskapsläget om återgång i arbete. Slutsatsen är att multimodala insatser där arbetsgivare, hälso- och sjukvård, Försäkringskassan och andra intressenter samverkar för att ge individen stöd ger bäst resultat för återgång i arbete. Särskilt betonas betydelsen av arbetsplatsinriktat stöd för återgång vilket exempelvis kan omfatta socialt stöd från arbetsplatsen eller olika former av anpassning av fysisk eller organisatorisk och social arbetsmiljö. Arbetsgivare har ansvaret för bedömning av, och utformning av, sådant arbetsplatsinriktat stöd vilket kan vara en svår uppgift. Den som ska utforma stödjande insatser på arbetsplatsen har att bedöma vilka insatser som är ändamålsenliga och möjliga att genomföra för en viss individ och på en viss arbetsplats. Sådan bedömning behöver grunda sig i en förståelse för såväl individens

behov som arbetsplatsens förutsättningar och ställer krav på individuella avväganden.

Betydelsen av arbetsgivares stödjande insatser för återgång får sägas vara väl känd och flera av de initiativ som beskrivs tidigare i detta kapitel såsom parternas avsiktsförklaringar, avsnitt 6.2.1, eller plan för återgång och det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet, avsnitt 6.2.5, handlar på olika sätt om att stärka arbetsplatsnära stödjande insatser för återgång i arbete.

Med utgångspunkt i den betydelse som forskning lägger vid arbetsplatsinriktat stöd för återgång och den potential sådana insatser har för återgång i arbete, har utredningen fördjupat sig inom området. Ambitionen har varit att översiktligt undersöka förekomst av och förutsättningar för arbetsplatsinriktat stöd. Avsnittet inleds med en kort sammanfattning av aktörernas ansvar för arbetsplatsinriktat stöd för återgång. Därefter beskrivs arbetsgivares förutsättningar att utforma insatser, hur många individer som får ta del av tillräckliga insatser och slutligen hur ofta företagshälsovården eller annan expertresurs används för framtagande av insatser.

## Arbetsgivares och arbetstagares ansvar för arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete

Arbetsgivare har genom arbetsmiljöverkets föreskrift om arbetsanpassning och rehabilitering ansvar att fortlöpande ta reda på arbetstagares behov av arbetsplatsinriktat stöd för återgång och ska så tidigt som möjligt påbörja arbetet med arbetsanpassning och andra arbetsplatsinriktade stödjande insatser.[58] Lagstiftningen betonar att arbetsgivaren använder personer med kompetens inom området för detta arbete.[59] Därtill föreslås att arbetsgivare involverar företagshälsovården eller annan expertresurs som med sin kompetens inom medicin, teknik och beteendevetenskap kan vara till stor nytta för arbetsgivare i arbetsanpassning och andra stödjande insatser.[60]

[58] 4 och 5 §§ Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering.
[59] 6 § Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering och 6 § Arbetarskyddsstyrelsens allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna om arbetsanpassning och rehabilitering.
[60] 6 § Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering och 6 § Arbetarskyddsstyrelsens allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna om arbetsanpassning och rehabilitering.

Arbetstagaren bör aktivt medverka och delta i stödjande åtgärder efter bästa förmåga och det är angeläget att arbetstagaren själv lämnar de upplysningar som behövs till arbetsgivaren.[61] Arbetstagaren ska också styrka behov av sjukfrånvaro med läkarintyg.

Utredningens bedömning är att lagstiftningen beaktar att arbetsanpassning och arbetsplatsinriktat stöd för återgång kan vara komplicerat och betonar behovet av att arbetsgivare säkerställer egen kompetens och eller tillgång till företagshälsovård eller annan expertresurs för utformning av sådana insatser.

## Arbetsgivarnas förutsättningar att utforma stödjande insatser

Av Svenskt Näringslivs rapport *Företagens erfarenheter av sjukförsäkringen och sjukfrånvarons utveckling* framgår att arbetsgivare anser att de själva och därefter företagshälsovården har störst betydelse för att stödja individen åter i arbete.[62] Denna uppfattning bekräftas i utredningens dialoger med aktörerna och vår uppfattning är att den i allt väsentligt delas av forskare, arbetstagarorganisationer och övriga aktörer vi haft kontakt med. Arbetsgivare (i betydelsen närmsta chef som är den som i allmänhet har ansvaret för personal, arbetsmiljö och därmed arbetsplatsinriktat stöd) kan ha praktisk erfarenhet, men har ingen formell kompetens i frågor om arbetsanpassning eller annat arbetsplatsinriktat stöd för återgång. Socialförsäkringsrapport 2018:10 redogör för chefers roll och behov av stöd i frågor om psykisk ohälsa på arbetsplatsen.[63] Rapporten identifierar chefer som viktiga för arbetsplatsinriktade insatser för återgång i arbete, men konstaterar att de ofta upplever sig lämnade ensamma med ansvaret för stödjande insatser och att deras kunskap om arbetsanpassning vid psykisk ohälsa generellt är låg. För att stärka möjligheterna till arbetsåtergång för individer med psykisk ohälsa dras slutsatsen att stödet till chefer och chefers kunskap om psykisk ohälsa behöver

[61] 7 § Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering och 7 § Arbetarskyddsstyrelsens allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna om arbetsanpassning och rehabilitering.
[62] Svenskt näringsliv (2015). *Företagens erfarenheter av sjukförsäkringen och sjukfrånvarons utveckling*. Socialförsäkring i förändring, s. 15.
[63] Försäkringskassan (2018), *Ett interventionsprojekt för att förbättra bemötandet av och stödet till chefer vid arbetsrehabilitering, rekrytering och anställning av personer med psykisk ohälsa*. Socialförsäkringsrapport 2018:10.

öka.[64] I en undersökning av Svenskt Näringsliv uppger arbetsgivare att det största hindret för återgång i arbete är svårigheter att anpassa arbetsplatsen.[65] Detta kan tolkas som att det de facto finns begränsningar att anpassa arbetsplatsen, men en tolkning är också att arbetsgivares svårigheter att identifiera möjligheter till anpassning beror på bristande kunskap om vilka anpassningsmöjligheter som är möjliga. Ett sådant resonemang skulle innebära att arbetsanpassning, som är en viktig form av arbetsplatsinriktat stöd, inte nyttjas fullt ut då möjligheterna bedöms av arbetsgivare utan formell kompetens för sådan bedömning.

Utredningens dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer, och inte minst med arbetsgivare och arbetsgivarrepresentanter, speglar resultaten i undersökningarna ovan. De chefer i arbetsledande position som är ansvariga för arbetsplatsinriktat stöd för återgång uppges ha begränsat med tid, resurser och kompetens för att kunna göra kvalitativa bedömningar av vilket stöd som bäst kan hjälpa en individ åter i arbete.

Vår samlade bedömning är att arbetsgivares förmåga inom arbetsplatsinriktat stöd för återgång är låg.

### Förekomst av arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete

I en TCO rapport från 2016 redogörs för en undersökning av SCB bland 3 368 av TCO:s medlemmar, sjukskrivna minst 14 dagar, som fick svara på om deras arbetsgivare gjort det som rimligen kan förväntas för att få dem tillbaka till arbete genom att erbjuda arbetsanpassning eller omplacering.[66] Drygt 20 procent svarar att det inte stämmer alls och drygt 30 procent att det stämmer helt. Värt att notera är att individer med psykisk ohälsa avviker negativt och 29 procent svarar att det inte stämmer alls och 27 procent att det stämmer helt. I utredningens egen undersökning med 250 individer som varit sjukskrivna 60–220 dagar (se avsnitt 3.2.1) svarade 16 procent att de inte

[64] Försäkringskassan (2018), *Ett interventionsprojekt för att förbättra bemötandet av och stödet till chefer vid arbetsrehabilitering, rekrytering och anställning av personer med psykisk ohälsa*. Socialförsäkringsrapport 2018:10 s. 45.
[65] Svenskt näringsliv (2019), *Vägar tillbaka till arbete – företagens erfarenheter av sjukfrånvaron och den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen*. Socialförsäkring i förändring, s. 26.
[66] TCO (2016), *Trampolin eller kvicksand – En rapport om hur tjänstemännen uppfattar sjukförsäkringen och sjukskrivningsprocessen.* Rapport #6.

fått det stöd som de behövde för att komma åter i arbete. I en granskning av Riksrevisionen har fem statliga arbetsgivares insatser för sjukskrivna medarbetare granskats.[67] Urvalet var medarbetare som varit sjukskrivna minst 90 dagar och information är inhämtad för perioden oktober 2018 till mars 2019, det vill säga alla i urvalet ska enligt lagstiftning om plan för återgång i arbete ha en plan.[68] Riksrevisionen har studerat arbetsgivarens egen dokumentation om insatser. Riksrevisionen konstaterar att det i 35 procent av de granskade fallen helt saknades information om arbetsgivarens insatser för återgång i arbete. I motsats till TCO:s rapport som hänvisas ovan är det vanligare med dokumenterad plan för individer med psykisk ohälsa. För 23 procent av de med psykisk ohälsa saknas helt information om arbetsgivarens insatser för återgång i arbete.

Tillgänglig kunskap visar att mellan 16 och 35 procent av sjukskrivna inte får tillräckligt arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete. Vår bedömning är att resultaten visar på en potential att utveckla arbetsplatsinriktat stöd för återgång.

### Stöd från företagshälsovård och annan expertresurs i utformning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång

Arbetsgivare ska hålla sig med den expertresurs som de behöver inom arbetsmiljö och rehabilitering.[69] I utredningens intervjustudie med 250 individer som varit sjukskrivna 60 till 220 dagar (avsnitt 3.2.1) svarade 30 procent att de känner till att arbetsgivaren tagit fram en plan för återgång i arbete. Av dessa svarade i sin tur 23 procent att företagshälsovården deltagit vid framtagande av planen. Det innebär att företagshälsovård uppges ha deltagit i framtagandet av plan för återgång för 7 procent av samtliga individer.[70] I samma undersökning svarade 60 procent av respondenterna att de fått någon form av arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete. Eftersom frågan om företagshälsovårdens medverkan bara ställdes till individer med plan för återgång, vet vi inte om företagshälsovården medverkat till arbetsplatsinriktat stöd som individen inte kategoriserat som plan för återgång. Antalet fall där arbetsgivare konsulterat företagshälso-

[67] Riksrevisionen (2020), *Vägen till arbete efter nekad sjukpenning*.
[68] 30 kap. 6 § SFB.
[69] 12 § arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete.
[70] 30 procent som känner till en plan för återgång i arbete × 23 procent som uppgett att företagshälsovården varit delaktig.

vård om stödjande insatser utan att plan upprättats antas dock vara relativt få. I huvudsak beroende på att företagshälsovården får förväntas känna till regelverket om plan för återgång i arbete och det kan därför antas att arbetsgivares kontakt med företagshälsovård lett till att en plan upprättats. Det går inte heller att utesluta att företagshälsovården konsulterats i de fall där inget arbetsplatsinriktat stöd getts eller att företagshälsovården kan ha konsulterats utan att individen känner till det.

Vår bedömning är att de 7 procent kända fall där företagshälsovård deltagit i framtagande av plan för återgång i arbete är en underskattning av arbetsgivares konsultation med företagshälsovård vid utformning av arbetsplatsinriktat stöd. Med vägledning av resonemangen ovan är vår samlade bedömning att arbetsgivares konsultation med företagshälsovård vid utformning av arbetsplatsinriktat stöd för individer sjukskrivna 60 till 220 dagar kan förväntas ligga inom intervallet 10 till 15 procent av samtliga fall.

Utredningens aktgranskning av plan för återgång i arbete, se avsnitt 6.2.5, indikerar att plan som tagits fram med stöd av företagshälsovården håller högre kvalitet i planen. I TCO:s rapport *Trampolin eller kvicksand* framgår att av de individer som helt instämde i påståendet att arbetsgivare gjort det som rimligen kan förväntas för att få dem tillbaka till arbete genom att erbjuda arbetsanpassning eller omplacering i högre grad också angav att de hade tillgång till företagshälsovård, i jämförelse med de som inte alls instämde i påståendet.[71] Det kan tolkas som att tillgång till företagshälsovård gör skillnad för det arbetsplatsinriktade stöd individen tagit del av.

Utredningen har inte identifierat andra undersökningar av i vilken utsträckning arbetsgivare använder sig av företagshälsovård eller annan expertresurs. Underlaget visar på att företagshälsovård används i relativt få fall, men att de när de används kan de bidra positivt till arbetsgivarens insatser. Underlagets begränsning i omfattning och vetenskaplig kvalitet innebär att slutsatser om företagshälsovårdens nyttjande bör göras med försiktighet.

[71] TCO (2016), *Trampolin eller kvicksand – En rapport om hur tjänstemännen uppfattar sjukförsäkringen och sjukskrivningsprocessen*. Rapport #6.

### Utredningens slutsatser

Vår bedömning är att kunskapen om förekomst av, och innehåll i, arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete har brister. Givet den viktiga roll sådana insatser kan ha för återgång i arbete är det märkligt att det inte finns tillgång till mer systematisk kunskap. Vi menar att fler undersökningar om vilka arbetsplatsinriktade stödjande insatser som individen får del av, vilken kvalitet insatserna håller och vilken effekt de har bör genomföras för att öka kunskapen inom området.

Med utgångspunkt i tillgänglig kunskap, och beaktat de begränsningar i underlaget som vi redogör för ovan, är utredningens samlade bedömning, att en alltför stor grupp inte får del av tillräckligt arbetsplatsinriktat stöd, att arbetsgivares kunskap brister och att företagshälsovård, eller annan oberoende expertresurs, används i alltför begränsad utsträckning.

## 6.3.2 Otydlighet i roller och ansvar för arbetsplatsinriktat stöd för återgång

**Bedömning:** Samspelet mellan hälso- och sjukvårdens och arbetsgivarens ansvar i frågor om arbetsanpassning och annat arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete är komplicerat och ställer höga krav på både hälso- och sjukvården och på arbetsgivare att förstå och tydliggöra gränserna för sina ansvarsområden.

Hälso- och sjukvården och arbetsgivare (med stöd av företagshälsovården eller annan oberoende expertresurs) har ansvar att ge stöd till den som blivit sjukskriven. Forskning såväl som regelverk påtalar vikten av dialog och samverkan mellan arbetsgivare och hälso- och sjukvård för att individen ska få bästa möjliga stöd för återgång i arbete, utvecklas i avsnitt 6.1. En grundläggande förutsättning för att dialog och samverkan ska fungera effektivt är att roller och ansvarsfördelning är tydlig. I detta avsnitt beskriver utredningen två områden där gränsdragning mellan aktörernas roller och ansvar kan vara svår.

### Förväntan på företagshälsovården att sjukskriva och behandla arbetstagare med arbetsrelaterad ohälsa

Utredningen har vid upprepade tillfällen tagit del av uppfattningen att företagshälsovården har ett ansvar att bedöma behov av sjukskrivning, utfärda läkarintyg och behandla personer med arbetsrelaterad ohälsa. Därtill uppfattas att hälso- och sjukvården kan remittera patienter, som bedöms ha en arbetsrelaterad ohälsa[72], till företagshälsovården. Synsättet finns främst inom hälso- och sjukvården, men också hos andra aktörer. I utredningens dialoger har det uteslutande handlat om patienter med psykisk ohälsa där det uttryckts en förväntan på företagshälsovården att ta över behandling och rehabilitering av dessa patienter.

Det kan finnas flera fördelar med att företagshälsovården används som ett stöd till såväl den sjukskrivne som till arbetsgivaren i frågor om förebyggande insatser eller stöd för återgång. Till exempel kan företagshälsovården ha andra möjligheter än offentligt finansierad vård att snabbt upprätta och föra en nära dialog med arbetsgivaren. Företagshälsovården kan också generellt förutsättas ha bättre kunskap om arbetsplatsens betingelser. Däremot har arbetsgivaren inget ansvar eller skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård genom att anlita företagshälsovård för bedömning av behov av sjukskrivning och utfärdande av läkarintyg, eller för annan medicinsk behandling. Företagshälsovård är en oberoende expertresurs som nyttjas när arbetsgivaren bedömer sig ha behov och med utgångspunkt i arbetsgivarens ansvarsområden.[73] Möjligheterna för företagshälsovården, eller annan oberoende expertresurs, att ta emot patienter som remitteras från hälso- och sjukvården är därför beroende av det avtal som företagshälsovården träffat med arbetsgivaren.

Utredningen kan inte bedöma omfattningen av de uppfattningar som beskrivs här, men har tagit del av flera likartade beskrivningar i olika delar av landet. Den otydlighet i ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvård, arbetsgivare och företagshälsovården som beskrivs gör det svårt för individen att förstå vad som gäller. Det är rimligtvis svårt för en individ att förstå varför en remiss från hälso- och sjukvården nekas av företagshälsovården och risken är att stödet till individen

[72] En sådan bedömning, av vad som är arbetsrelaterad ohälsa och ej, bör i praktiken vara mycket svår att göra.
[73] 12 § arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete.

försenas. Felaktiga förväntningar mellan aktörerna leder också till missförstånd och onödig friktion i samverkan mellan aktörerna.

Missförstånd kring ansvar kan lösas genom dialog. Utredningen har tagit del av exempel där arbetsgivare genom samtal med hälso- och sjukvården tydliggjort ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och hur avtal med företagshälsovården är utformat. Det har då lett till ökad tydlighet och bättre samverkan mellan arbetsgivaren och hälso- och sjukvården.

I en komplex process som sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är det viktigt att verka för en tydlig gränsdragning och tydliga roller och ansvar för samtliga aktörer. Utredningens bedömning är att hälso- och sjukvården, arbetsgivaren och företagshälsovården behöver verka för att tydliggöra roller sinsemellan. Utredningen *Samordnad utveckling för en god och nära vård (2017:01)* har fått i uppdrag att utreda företagshälsovårdens möjligheter att komplettera primärvården i frågor om psykisk ohälsa.[74] Arbetet, som slutredovisas den 15 januari 2021, kan bidra med ökad tydlighet i frågan om ansvarsfördelning mellan aktörerna.

## Hälso- och sjukvårdens ansvar för arbetsplatsinriktad rehabilitering

Utredningen har gjorts uppmärksam på att det från arbetsgivare, men även andra aktörer i processen, finns en förväntan på hälso- och sjukvården att tillhandahålla information till arbetsgivare som underlag för beslut om arbetsanpassning och andra former av arbetsplatsinriktat stöd för återgång.[75] Vi konstaterar att hälso- och sjukvården har möjlighet, men inget ansvar att tillhandahålla sådan information och inte heller ansvar att rådge arbetsgivare i frågor om sådana insatser. Arbetsmiljölagstiftningen ger arbetsgivare det fulla ansvaret för arbetsplatsinriktat stöd och hänvisar, i de fall arbetsgivarens egen kompetens inte är tillräcklig, arbetsgivaren att ta kontakt med företagshälsovården.[76] Samtidigt ersätter regeringen hälso-

[74] Dir 2019:49.
[75] Till exempel har Arbetsmiljöverket gett utryck för betydelsen av att läkarintyget innehåller förlag på anpassning och andra insatser som kan stödja återgång i arbete. Se avsnitt 5.3.3 för utveckling av frågan.
[76] 3 kap. 2 a § arbetsmiljölagen (AML 1977:1160) och Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering.

och sjukvården för kontakt med arbetsgivare i frågor om exempelvis arbetsanpassning.[77] Det kan tyckas motsägelsefullt. Frågan om vem som ska tillhandahålla information till arbetsgivaren är komplicerad och missförstånd i likhet med den förväntan som utredningen uppmärksammat, kan lätt uppstå. Utredningen diskuterar här förhållanden som kan förklara att sådana förväntningar vidmakthålls och konsekvenser av detta.

*Vilken aktör ska tillhandahålla information som underlag för arbetsanpassning och arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete?*

Även om hälso- och sjukvården inte har något lagstadgat ansvar för arbetsplatsinriktat stöd kan de genom läkarintyget bidra med kunskap som hjälper arbetsgivaren i dennes ansvar för sådant stöd. Läkarintyget innehåller information om medicinska begränsningar som sätter ned arbetsförmågan.[78] Syftet med informationen är att styrka individens behov av sjukskrivning, men den kan också vara vägledande för utformning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång. Intyget kan också innehålla rekommendationer om individens behov av anpassning eller annat stöd för att kunna återgå i arbete. Läkaren väljer själv om sådana rekommendationer ska skrivas i intyget. Både arbetsgivare och personal i hälso- och sjukvården som utredningen talat med säger att läkarintyget kan bidra med kunskap som hjälper arbetsgivaren att utforma arbetsplatsinriktat stöd för återgång. Att hälso- och sjukvården i många fall kan bidra med sådan information uppfattas alltså i huvudsak som någonting bra. Samtidigt kan det leda till den felaktiga uppfattningen att hälso- och sjukvården har ansvar att ge sådana uppgifter och därmed vidmakthålla en otydlighet i hälso- och sjukvårdens ansvar.

Arbetsmiljölagstiftningen hänvisar arbetsgivaren till företagshälsovården när de behöver hjälp i frågor om arbetsanpassning och annat arbetsplatsinriktat stöd för återgång.[79] Företagshälsovården har kompetens inom arbetsmedicin och multiprofessionell kompetens

[77] Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges kommuner och regioner, SKR (2019), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020*, s. 9.
[78] Försäkringskassan. Läkarintyg för sjukpenning 7804.
www.forsakringskassan.se/sjukvard/sjukdom/intyg-for-sjukpenning. Hämtad 2020-03-21.
[79] 12 § arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete.

inom arbetsmiljöområdet.[80] I allmänhet får de förutsättas ha god kunskap om arbetsplatsen. Företagshälsovårdens expertkunskaper inom arbetsmiljöområdet och kunskap om den enskilda arbetsplatsen särskiljer dem från hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvården kan till exempel inte förutsättas känna till arbetslivets, eller enskilda arbetsplatsers, betingelser och förutsättningar för anpassning och inte heller regulatoriska förhållanden för arbetsanpassning och annat arbetsplatsinriktat stöd för återgång. Personal inom hälso- och sjukvården har i studier visat sig ha begränsad kunskap om arbetsplatser och har svårt att avgöra vilka krav arbetet ställer på individen.[81] Det kan därmed argumenteras att arbetsplatsinriktat stöd för återgång blir bättre när arbetsgivare tar hjälp av företagshälsovård eller annan oberoende expertresurs, snarare än hälso- och sjukvården, i arbetet att utforma sådana insatser. Vi redogör också i avsnitt 3.2.1 för undersökningar som ger visst stöd att så är fallet.[82] Om arbetsgivare i alltför hög utsträckning tar rådgivning av hälso- och sjukvården i stället för företagshälsovården, riskerar det att leda till att företagshälsovårdens arbetsmedicinska kompetens inte används och i förlängningen, kan det antas, till lägre kvalitet i arbetsgivarens underlag och utformning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång.

Frågan om arbetsgivare ska få information och rådgivning för arbetsanpassning och annat arbetsplatsinriktat stöd från hälso- och sjukvården eller företagshälsovården är komplicerad. Utredningen menar att svaret av praktiska skäl är att både hälso- och sjukvården och företagshälsovården kan tillhandahålla arbetsgivaren information. I de fall information lämnas från hälso- och sjukvården så bör det göras med vetskap om hur ansvarsfördelningen och hälso- och sjukvården bör överväga om deras kompetens inom arbetsmedicin och arbetsmiljö är tillräcklig eller om företagshälsovård eller annan expert bör kopplas in. Det är alltså i vissa fall rimligt att hälso- och sjukvården tillhandahåller information, men i komplicerade fall och då det finns behov av fördjupad rådgivning eller av andra anledningar

[80] 3 kap. 2 c § arbetsmiljölagen (AML 1977:1160) och Sveriges företagshälsor och *Auktoriserat medlemskap i Sveriges Företagshälsor*, www.foretagshalsor.se/sites/default/files/fsf/Filer/krav_auktoriserad_–_version_1.3-_2018-08_0.pdf. Hämtad 2020-03-21.

[81] Christian Ståhl, et al., (2011) Swedish rehabilitation professionals' perspectives on work ability assessments in a changing sickness insurance system, *Disability and Rehabilitation*, 33:15–16, 1373–1382.

[82] TCO (2016), *Trampolin eller kvicksand – En rapport om hur tjänstemännen uppfattar sjukförsäkringen och sjukskrivningsprocessen*. Rapport #6 och utredningens egen intervjustudie som redogörs för i avsnitt 3.2.1.

finns värde fördjupad kompetens inom arbetsmedicin och arbetsmiljö bör arbetsgivaren vända sig till företagshälsovården.

Arbetsgivaren har ansvaret för de stödjande insatserna och ansvaret att bedöma om den information de får från hälso- och sjukvården är tillräcklig eller om annan expertresurs, som företagshälsovården, ska användas. Hälso- och sjukvård, och andra aktörer, bör vara medvetna om ansvarsfördelningen och när de anser det viktigt främja involvering av företagshälsovård för rådgivning i frågor om arbetsanpassning och arbetsplatsinriktat stöd för återgång. Till exempel genom att påtala betydelsen av sådan konsultation för arbetsgivare.

*Ytterligare exempel där hälso- och sjukvårdens ansvar kan misstolkas*

I sina remissvar på lagstiftning om rehabiliteringskoordinering (beskrivs i avsnitt 6.2.4) gav Sveriges företagshälsor och Sveriges företagsläkare uttryck för farhågor att hälso- och sjukvårdens uppdrag att ta kontakt med arbetsgivare kan komma att skapa otydlighet i arbetsgivarens ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering. Regeringen tydliggör i sitt svar i budgetpropositionen att:

> Arbetsgivaren förväntas dock även fortsättningsvis ha kunskap om sina anpassningsskyldigheter och anpassningsmöjligheter och om arbetsmiljöns påverkan på arbetstagarnas hälsa. Samverkansskyldigheten är inte avsedd för sådan information.[83]

Regeringen betonar därmed att det inte finns någon avsikt att lagen om koordinering ska inverka på arbetsgivarens ansvar för arbetsanpassning och anat arbetsplatsinriktat stöd eller skyldighet att använda företagshälsovård eller andra expertresurser i detta arbete. Det finns dock exempel på att rehabiliteringskoordinator (i den form som funnits innan nuvarande lagstiftning) arbetat i gränssnittet arbetsanpassning vilket ger visst fog för de farhågor som uttrycks i remissvaren. Utvecklingen av metodiken ADA och ADA+ som beskrivs i avsnitt 6.1.2 har skett inom hälso- och sjukvården och visar på att hälso- och sjukvården utvecklar metodik för stöd i dialog mellan hälso- och sjukvård, individ och arbetsgivare i frågor om arbetsanpassning och arbetsplatsinriktat stöd för återgång.[84] Meto-

[83] Proposition 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020.* Utgiftsområde 10.
[84] Eskilsson, T., el al., (2017). *Metodstöd ADA+ ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång; Planering, uppföljning och stöd*, Umeå: Umeå universitet.

den har lovande resultat och är ett positivt bidrag till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, men borde ha en mer naturlig hemvist inom företagshälsovården än inom hälso- och sjukvården.

Det finns också sådant som kan uppfattas tvetydligt i regeringens ekonomiska stimulans av hälso- och sjukvårdens kontakter med arbetsgivare. Genom överenskommelse med SKR satsar regeringen 50 miljoner på hälso- och sjukvårdens kontakter med arbetsgivare genom att ge regionerna 3 000 kronor för kontakt med arbetsgivare. Ett syfte med kontakten är att uppmärksamma arbetsgivaren på att det kan finnas behov av att anpassa arbetsplatsen, arbetsuppgifter eller rehabiliteringsinsatser och därigenom främja patientens återgång i arbete.[85]

## Utredningens slutsatser

Utredningens bedömning är att det finns förväntningar på hälso- och sjukvården att tillhandahålla information som de inte har ansvar för. Hälso- och sjukvårdens centrala roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och i vissa fall goda möjligheter att tillhandahålla information kan förklara dessa förväntningar. Roller och ansvar att tillhandahålla underlag för arbetsplatsinriktat stöd för återgång kan vara svåra att förstå och ställer stora krav på både hälso- och sjukvården och på arbetsgivare att förstå gränserna för sitt eget och den andres ansvar. Hälso- och sjukvården bör vara uppmärksamma på att de inte har något ansvar att rådge arbetsgivare kring utformning av arbetsanpassning. Om sådant behov finns bör hälso- och sjukvården informera arbetsgivaren om dennes ansvar att vid behov koppla in företagshälsovård eller annan oberoende expertresurs. Arbetsgivare behöver göra sig medvetna om både hälso- och sjukvårdens och sitt eget ansvar. Andra aktörer, inklusive regeringskansliet, bör i utredningens mening agera för en tydlig ansvarsfördelning och hjälpa, framför allt mindre arbetsgivare som sällan är inne i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, att förstå ansvarsfördelningen.

[85] Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges kommuner och regioner, SKR (2019), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020*.

### 6.3.3 Företagshälsovården

Företagshälsovårdens roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen beskrivs i avsnitt 2.2.7. Detta avsnitt redogör för utmaningar som utredningen tagit del av i dialog med aktörerna och som på olika sätt handlar om hur företagshälsovården används för förebyggande och stöd för återgång.

#### Synpunkter på företagshälsovården

Efterfrågan på företagshälsovård varierar mellan branscher. Knappt 60 procent av anställda uppger sig ha tillgång till företagshälsovård. Störst är tillgången inom offentlig förvaltning och tillverkningsindustrin med cirka 80 procent vardera.[86]

Flera arbetsgivare verkar nöjda med de arbetsmiljö- och hälsotjänster som företagshälsovård och andra oberoende expertresurser tillhandahåller. Svenskt Näringsliv, LO och PTK redovisar i en rapport, med 1 600 telefonintervjuer med företrädare för företag och arbetstagare, att åtta av tio använde sig av företagshälsovård eller annan oberoende extern arbetsmiljö-, rehabiliterings- och hälsotjänst och 86 procent hade haft nytta av tjänsterna som köpts in. Det bör dock noteras att undersökningen ställde frågor om både arbetsmiljö- och rehabiliteringstjänster, som kan sägas ingå i företagshälsovårdens uppdrag, och om tjänster inom medicinsk behandling, hälso- och sjukvårdsförsäkring och olika friskvårds- och livsstilstjänster.[87] Slutsatser om omfattning och nöjdhet med det som allmänt avses som företagshälsovård bör därmed, med utgångspunkt i nämnda rapport, göras med stor försiktighet.

Utredningen har i sitt dialogarbete tagit del av synpunkter om att företagshälsovårdens branschkunskap är låg och att det vore önskvärt att företagshälsovården i större utsträckning används som en strategisk partner i det förebyggande arbetsmiljöarbetet. TCO konstaterar i en rapport att företagshälsovård i första hand används till

[86] Arbetsmiljöverket (2018). *Arbetsmiljö 2017*, Arbetsmiljöstatistik rapport 2018:2.
[87] LO, PTK och Svenskt Näringsliv (2017). *Hur använder företag arbetsmiljö- och hälsotjänster för att förebygga och åtgärda arbetsrelaterad ohälsa?* www.svensktnaringsliv.se/bilder_och_dokument/arbetsmiljo-och-halsotjansterpdf_684143.html/BINARY/Arbetsmiljö%20och%20hälsotjänster.pdf Hämtad 2020-03-21.

rehabiliterande insatser och i mindre utsträckning i förebyggande arbete.[88] Företagshälsovårdsutredningens betänkande från 2004 bekräftar bilden av att företagshälsovården också vid den tiden primärt nyttjades för olika former av efterhjälpande insatser.[89] Resonemangen får stöd i en rapport av Arbets- och miljömedicin, Uppsala universitet, som i en genomlysning av avtal och avtalsprocesser mellan arbetsgivare och företagshälsovård identifierar ett antal brister:

> Resultaten visar att de studerade avtalen sällan stimulerar arbetsgivare och FHV till samarbete kring att skapa hälsosamma arbetsplatser.
>
> Granskningen av avtalen visar att målsättningen och förutsättningarna för samarbetet oftast är vagt och oprecist uttryckta och inte knutna till ett specifikt behov man identifierat, till exempel i det systematiska arbetsmiljöarbetet. De genomförda intervjuerna bekräftar att avtalet sällan är resultatet av en behovsanalys, utan snarare är något man upprättar om och när behov uppstår. Detta synsätt kan vara orsaken till att så kallade grundavtal verkar vara den vanligast förekommande avtalsformen, där man köper tjänster endast vid behov, ofta i individärenden. Sådana avtal leder ofta till outvecklade samarbetsstrukturer och dåliga förutsättningar för FHV att få någon djupare kunskap om den aktuella arbetsplatsen.
>
> Sammanfattningsvis kan konstateras att för att samarbetet mellan arbetsgivare och externa expertresurser såsom FHV ska leda till hälsosammare arbetsplatser, bör avtalen dem emellan utformas utifrån ett förebyggande och långsiktigt förhållningsätt.[90]

I nästa stycke beskriver vi faktorer som kommit upp i våra dialoger med aktörerna och som kan bidra till förståelse för hur, och i vilken utsträckning, företagshälsovården eller annan oberoende expertresurs används.

## Faktorer som kan påverka hur företagshälsovården används

Företagshälsovården och andra oberoende expertresurser inom arbetsmiljö- och rehabiliteringsområdet agerar på en marknad och efterfrågan på deras tjänster styrs av kundernas, dvs arbetsgivarnas, efter-

[88] TCO (2017). *En företagshälsovård för tjänstemän – utmaningar och förslag*. TCO rapport #2/17, s. 17.
[89] SOU 2004:113, *Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder*, s. 108 f.
[90] Åström Paulsson, S., et al., (2014), *Stimulerar avtal mellan arbetsgivare och företagshälsovård till samarbete för hälsosamma arbetsplatser? – En genomlysning av avtal och avtalsprocess*. Rapport nr 5, Arbets- och miljömedicin, Uppsala universitet.

frågan. Det finns lagstadgade krav på arbetsgivare att hålla sig med den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver, men möjligheterna att utöva tillsyn över denna lagstiftning har i tidigare utredning konstaterats som i praktiken mycket begränsad.[91]

Partsgemensamt arbete i frågor om företagshälsovård har lyfts fram som en viktig faktor för hur företagshälsovården avtalas och i förlängningen nyttjas.[92] Lokalt partsgemensamt arbete har visat sig påverka hur företagshälsovård används. En enkätundersökning som genomförts av fackförbundet Unionen indikerar att involvering av fackliga representanter i upphandling av företagshälsovård kan öka fokus på förebyggande arbete.[93]

Sveriges kommuner och regioner, där praktiskt taget alla arbetsgivare har avtal med företagshälsovården, påtalar att regelverket kring offentlig upphandling kan bidra till en kortsiktig relation mellan företagshälsovården och arbetsgivare i sektorn. Till exempel kan det bli konsekvenser när arbetsgivare tvingas byta en företagshälsovård som man är nöjd med. För att använda en företagshälsovårdsleverantör optimalt krävs i de flesta fall att man bygger upp ett förtroende under en längre period.

En grundläggande och aktuell faktor är tillgången till kompetens inom företagshälsovård. Kompetensförsörjning inom företagshälsovården utreddes 2019 av Myndigheten för arbetsmiljökunskap som konstaterar att

> Myndighetens övergripande slutsats utifrån datainsamling och analys av utbildningsbehoven är att det krävs fortsatta och även intensifierade åtgärder för förbättrad kompetensförsörjning och möjlighet till utbildning av relevans för samtliga yrkeskategorier inom företagshälsovården. Särskilt angeläget är behovet av utbildningar för arbetsmiljöingenjörer och företagsläkare.[94]

Myndigheten har 2020 fått uppdrag att vidare utreda hur utbildningssituationen för läkare inom företagshälsovården ska lösas. Föreliggande utredning har påtalat betydelsen av att tillgänglig kompetens inom företagshälsovården används på rätt sätt och behovet av

[91] SOU 2004:113, *Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder*, s. 88 f.
[92] SOU 2004:113, *Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder*, s. 85 ff.
[93] Unionen (2015). *Företagshälsovården – hur den fungerar och hur den kan bli bättre*, s. 21.
[94] Myndigheten för arbetsmiljökunskap (2019), *Företagshälsovårdens kompetensförsörjning*, Rapport FHV 2019:2, s. 4 f.

tydlighet i gränsdragning mellan framför allt hälso- och sjukvårdens ansvar och företagshälsovårdens roll.[95]

Andra faktorer som kan förklara varför företagshälsovård inte nyttjas i större utsträckning och som beskrivs i flera tidigare utredningar är arbetsgivarnas (kundernas) bristande beställarkompetens i kombination med företagshälsovårdens begränsade förmåga att visa på nyttan av sina tjänster. Det handlar om att arbetsgivarens insikt om egna behov och vilka möjligheter som finns att förbättra arbetsmiljön är begränsade.[96] Detta i sin tur kan handla om att arbetsgivare har svårt att överblicka risker i arbetsmiljön eller inte känner till på vilket sätt företagshälsovården kan vara till hjälp.[97] Brist i beställarkompetens ställer stora krav på företagshälsovården att genom dialog skapa förtroende och tillit och visa på vilket värde företagshälsovården kan ha för arbetsgivaren.[98] Företagshälsovården skulle därmed kunna nyttjas bättre om arbetsgivarens förståelse för arbetsmiljön och sina behov stärktes och om företagshälsovården blev bättre på att visa på nyttan av sina tjänster.

Ett annat sätt att förstå hur och varför företagshälsovården används är att se till vilka värden den kan skapa för arbetsgivaren. Flera faktorer samspelar och påverkar förutsättningarna för företagshälsovården att skapa värden för arbetsgivare. Tillgång till, och kostnader för, arbetskraft är två sådana faktorer i arbetsgivarens ekonomiska kalkyl. Inte minst SKR påtalar att de har mycket stora kompetensförsörjningsutmaningar under kommande år och därmed ökande ekonomiska incitament av friska arbetsplatser och medarbetare. Liknande utmaningar finns även i andra sektorer.

En annan viktig faktor som påverkar företagshälsovårdens möjligheter att bidra till ekonomiska värden är utformningen av regelverket kring arbetsmiljö- och rehabiliteringsarbete. Regelverket har betydande påverkan på arbetsgivares kostnader för arbetsmiljö och sjukfrånvaro. Om regelverket utformas så att arbetsgivares kostnader för sjukskrivning är höga så ökar de ekonomiska incitamenten att nyttja ändamålsenliga insatser från företagshälsovården. Arbets-

[95] Frykman, M., (2019), Företagsläkarnas unika kompetens måste användas rätt, Läkartidningen.se/Opinion/Debatt/2019/04/Foretagslakarnas-unika-kompetens-maste-utnyttjas-ratt-/ Hämtad 2020-03-21.
[96] SOU 2011:63, *Framgångsrik företagshälsovård – möjligheter och metoder*, s. 20.
[97] SOU 2004:113, *Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder*, s. 211.
[98] SOU 2011:63, *Framgångsrik företagshälsovård – möjligheter och metoder*, s. 21.

givarens nyttjande av företagshälsovård kan därmed antas samvariera med de krav som regelverket ställer på arbetsgivare. I en nyligen genomförd undersökning anger huvuddelen (55 procent) av chefer i företag som inte har avtal med företagshälsovård att kostnaderna är för stora i relation till förväntade effekter.[99] Det kan ses som en indikator på att många arbetsgivare uppger sig ha mycket lite att vinna på att anlita företagshälsovård. Utredningen har inte identifierat någon rapport eller utredning som studerat hur regulatoriska krav på arbetsgivare samspelar med arbetsgivarens nyttjande av företagshälsovård. Däremot har det förekommit resonemang om ökade krav på arbetsgivare för att stimulera användandet av företagshälsovård i utredningens dialoger med aktörerna.

Ekonomiskt stöd för att stimulera användning av företagshälsovård kan bidra till ökat nyttjande och finns i dag i form av det så kallade arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet.[100] Användande av olika ekonomiska stöd för att stimulera nyttjande av företagshälsovård har föreslagits av till exempel TCO,[101] av Sveriges läkarförbund och i tidigare utredning av företagshälsovården[102].

## Utredningens slutsatser

Företagshälsovården, eller annan oberoende expertresurs, kan bidra till så väl förebyggande arbete som stöd för återgång. Flera aktörer påtalar dock att företagshälsovården under längre tid har underutnyttjats i framför allt det strategiska och förebyggande arbetsmiljöarbetet. Flera faktorer kan påverka användandet av företagshälsovården, eller annan oberoende expertresurs. Utredningens genomgång av sådana faktorer ger en översyn, men ingen viktning av faktorernas relevans. Vi konstaterar att sambanden är komplicerade och att det är svårt att peka ut enskilda faktorers betydelse för att stärka företagshälsovårdens roll.

[99] LO, PTK och Svenskt Näringsliv (2017). *Hur använder företag arbetsmiljö- och hälsotjänster för att förebygga och åtgärda arbetsrelaterad ohälsa?* www.svensktnaringsliv.se/bilder_och_dokument/arbetsmiljo-och-halsotjansterpdf_684143.html/BINARY/Arbetsmiljö%20och%20hälsotjänster.pdf (hämtad 2020-03-21).
[100] Förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.
[101] TCO (2017). *En företagshälsovård för tjänstemän – utmaningar och förslag*. TCO rapport #2/17, s. 31.
[102] SOU 2004:113, *Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder*, s. 18.

## 6.4 Andra aspekter av förebyggande och stöd för återgång

Detta sista avsnitt om förebyggande och stöd för återgång för anställda tar upp sådant som utredningen uppmärksammats på i sitt dialogarbete och betraktar som viktiga aspekter av förebyggande och stöd för återgång, men som vi inte tycker inte passar i tidigare avsnitt.

### 6.4.1 Den sjukpenninggrundande inkomsten skyddas inte under tid med ersättning från en av de kollektivavtalade sjukförsäkringen

Som del i kollektivavtalet mellan arbetsmarknadens parter inom kommuner och landsting finns möjlighet att få försäkringsersättning i de fall sjukpenning nekas från Försäkringskassan.[103] Individen får då sin försörjning tryggad under förutsättning att arbetsförmågan är nedsatt i relation till det egna arbetet enligt ett läkarintyg. Enligt AFA fick 1575 individer denna förmån under 2018.[104]

Denna försäkringsersättning är dock inte SGI-grundande enligt praxis.[105] Endast inkomst av eget förvärvsarbete grundar sådan rätt. I praxis resoneras som så att eftersom försäkringsersättningen inte är ersättning för eget arbete så är den inte att likställa med lön. Detta innebär att om en individ får nekad sjukpenning med anledning av att arbetsförmåga finns i normalt förekommande arbete, därefter erhåller försäkringsersättning, inte omfattas av något SGI-skydd, och sedan återigen ansöker om sjukpenning så kommer SGI vara noll och sjukpenning därigenom inte kunna beviljas. För att individen ska ha ett aktivt skydd av sin SGI när sjukpenning har nekats behöver individen vara aktivt arbetssökande. Detta kan dock vara svårt för individen att förstå eftersom individen får ersättning från en försäkring just med anledning av att hen inte kan återgå till sitt ordinarie arbete.

[103] Särskild AGS-KL-förmån gäller anställda i kommun, landsting, region och vissa kommunnära bolag. Förmånen kan betalas när Försäkringskassan efter dag 180 i sjukperioden har beslutat att sjukpenning inte ska lämnas därför att de bedömer att individen kan klara ett normalt förekommande arbete på arbetsmarknaden.
[104] Inkommen uppgift från AFA försäkring. E-post 11 november 2019.
[105] Se RÅ 2010 ref. 37.

För individen är denna kollektivavtalade försäkringsersättning en inkomstersättning under de 180 dagar som försäkringen gäller. Om individen inte återgår i arbete efter dessa 180 dagar, utan ansöker om ersättning i form av sjukpenning så kan hen ha förlorat sin SGI. Hur många individer som försöker återinträda i sjukförsäkringen efter tid med ersättning från AFA, utan att samtidigt stått till arbetsmarknadens förfogande och därigenom ha ett SGI-skydd, vet vi inte, men det är sannolikt att inte alla som uppburit ersättning återfått arbetsförmåga och kan återgå i arbete.

### Utredningens slutsats

Konstruktionen av den kollektivavtalade försäkringen särskild AGS-KL-förmån medför risk för individen att förlora sin SGI och att förhållandena ställer stora krav på försäkringsgivaren AFA att informera individen om dessa risker.

## 6.4.2 Försäkringskassans tillämpning av hur arbetstid ska förläggas är stelbent vid deltidssjukskrivning och arbetsträning

I utredningens dialoger med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen aktörer har vi gjorts uppmärksamma på att nuvarande tillämpning innebär att en arbetsgivare förväntas förlägga individens arbetstid jämnt över arbetsveckan i stället för att individen kan arbeta mer en dag och mindre en annan (beroende på förmåga och arbetsuppgifternas art och arbetsgivarens förutsättningar).

Exempel: Om en individ är sjukskriven på 75 procent av heltid (40 timmar) betyder det att hen förväntas arbeta två timmar per dag. Av olika skäl kan det finnas skäl att förlägga arbetstiden på ett annat sätt. Till exempel om individen arbetar i ett vårdyrke kan det vara svårt att hinna möta patienter inklusive för- och efterarbete samt överlämning till kollega inom två timmar. Det kan alltså vara svårt att utföra ordinarie arbetsuppgifter om dessa inte hinns med inom ramen för två timmar per dag. Det är viktigt att arbetsträningen/upptrappning överensstämmer med de faktiska arbetsuppgifterna som individen ska öka sin arbetsförmåga i relation till. Om utgångspunkten för arbetsträningen/deltidssjukskrivningen är själva för-

läggningen av arbetstiden kan det bli svårt att få till stånd en välfungerade arbetsträning/deltidssjukskrivning som tar hänsyn till individens medicinska förutsättningar och arbetsuppgifternas art. Frågan om gällande regler för partiell sjukskrivning utreds inom ramen för utredningen *En trygg sjukförsäkring med människan i centrum* (S 2018:05)[106] som slutrapporterar sitt uppdrag senast den 30 april 2020.

### 6.4.3 Stöd till företagare

Samtidigt med föreliggande utredning har det genomförts en utredning om företagares villkor och förutsättningar i de allmänna trygghetssystemen med fokus på bland annat sjukförsäkringen.[107] Vi har avvaktat denna utrednings betänkande som lämnades i september 2019.[108] Betänkandet tar upp två områden som särskilt beskriver förutsättningarna för stöd till företagare som blivit sjuka och har nedsatt arbetsförmåga. Det ena området berör regler om fastställande av sjukpenningsgrundande inkomst för företagare med enskild firma och inkomst av näringsverksamhet.[109] I betänkandet konstateras att det saknar närmare bestämmelser för beräkning av SGI för företagare med inkomst av näringsverksamhet. Sådana bestämmelser behöver införas för att enklare kunna fastställa SGI med ökad trygghet för den enskilda företagaren. Det andra området som tas upp rör partiell sjukskrivning och rehabilitering. Bedömningen är att

> Företagare behöver säkerställas samma möjligheter till partiell sjukskrivning och rehabiliteringsinsatser som andra försäkrade. Tillämpning och regelverk kan behöva analyseras i detta syfte.[110]

I betänkandet noteras att det kan vara svårare för företagare och särskilt de egenföretagare som arbetar själva att medges partiell sjukskrivning.[111] Detta verkar bero på att omständigheter kring företagares arbete gör det svårare för Försäkringskassan att avgränsa företagarens förvärvsarbete på sådant sätt som vid anställning. Egenföretagare har

[106] Dir 2018:26.
[107] Dir 2018:54.
[108] SOU 2019:41, *Företagare i de sociala trygghetssystemen*.
[109] SOU 2019:41, *Företagare i de sociala trygghetssystemen*, s. 112 f.
[110] SOU 2019:41, *Företagare i de sociala trygghetssystemen*, s. 119.
[111] SOU 2019:41, *Företagare i de sociala trygghetssystemen*, s. 119 f.

av naturliga skäl inte heller någon arbetsgivare för Försäkringskassan att stämma av uppgifter med.

I betänkandet görs bedömningen att identifierade områden grundar sig i tillämpningsfrågor hos myndigheten snarare än faktiska hinder. Betänkandet identifierar också ett antal frågor avseende rehabilitering för företagare som behöver analyseras. Det handlar om hur egenföretagare ska få tillräckligt stöd i den rehabiliteringsprocess där de själva är både sjukskriven och arbetsgivare.

## Utredningens slutsats

Företagare utgör en grupp med delvis särskilda omständigheter för sjukförsäkringsfrågor och stöd för återgång i arbete. För fördjupning i dessa frågor och företagares behov av stöd hänvisar utredningen till betänkande *Företagare i de sociala trygghetssystemen*.[112]

[112] SOU 2019:41, *Företagare i de sociala trygghetssystemen*.

# 7 Översyn av stöd för återgång i arbete för de som är arbetslösa

I kapitel 6 redogör vi för kunskapsläget om stöd för återgång i arbete för de som har en anställning, och vilka initiativ som under de senaste åren tagits för att stärka stödet. I det här kapitlet beskriver vi hur stödet för återgång till arbete ser ut för de individer som inte har en anställning eller som riskerar att behöva ställa om med anledning av att de inte kan återgå till sitt arbete på grund av medicinska skäl.

Gruppen som inte har en anställning är heterogen. Den rymmer exempelvis individer som varit etablerade på arbetsmarknaden, men som var arbetslösa när de fick en sjukdom som satte ned deras arbetsförmåga, och som ledde till en sjukskrivning med sjukpenning. Den rymmer också individer som av olika skäl blivit arbetslösa under den tid som de är sjukskrivna och har sjukpenning. I gruppen finns också de individer som uppburit sjukpenning, som av Försäkringskassan bedömts ha arbetsförmåga, som inte kan återgå till sitt ordinarie arbete på grund av medicinska skäl och därför kan ha behov av stöd av Arbetsförmedlingen för att komma åter till arbete. De sistnämnda kan ha kvar sin anställning, men kan vara i behov av stöd för att deras arbetsförmåga ska kunna tas tillvara i ett annat arbete. Därutöver finns också i gruppen de individer som inte har någon sjukpenninggrundande inkomst (SGI) och som därför inte har rätt till sjukpenning, när deras arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom. En del av dessa individer uppbär försörjningsstöd, andra försörjs av närstående eller lever av kapital.

Behovet av stöd skiljer mellan de individer som är arbetslösa men som nyligen haft ett arbete, och som har goda möjligheter att få ett nytt arbete, de individer som står långt från arbetsmarknaden, och de individer för vilka arbetsoförmåga på grund av sjukdom kan vara en av flera faktorer som försvårar arbetsåtergång.

Utredningen har prioriterat att redogöra för de åtgärder och insatser som i dag riktas till gruppen. Vi har inte genomfört någon genomgång av kunskapsläget om stöd för återgång i arbete för de som är arbetslösa och har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Ett viktigt skäl till att vi inte genomfört en sådan genomgång är att vi bedömer det som svårt att skilja mellan kunskap om åtgärder för individer som har arbetsoförmåga på grund av sjukdom, från det som är kunskap om effektiva arbetsmarknadsåtgärder för arbetslösa individer och kunskap om vad som är effektivt stöd för individer som av flera skäl befinner sig långt från arbetsmarknaden. Att se över kunskapsläget beträffande stöd för återgång i arbete för de som är arbetslösa och har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom skulle därför till stora delar handla om att redogöra för kunskap som vi bedömer ligger utanför ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

## 7.1 Stöd för återgång i arbete genom det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen

**Bedömning:**

- Antalet individer som är i behov av stöd genom Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens rehabiliteringssamverkan är fler än de som får stöd i dag.
- *Omställningsmötet* ger inte individer som har nedsatt hälsa men av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga, och därmed inte längre har rätt till ersättning från sjukförsäkringen, de goda förutsättningar för övergången till Arbetsförmedlingen som de behöver.
- De regelkonflikter som försvårar Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens möjligheter att samverka för att individer ska få ändamålsenligt stöd att återgå i arbete behöver lösas ut.
- Det behövs en ökad tydlighet om hur information från Arbetsförmedlingens utredningar om en individs förmåga kan tas tillvara när Försäkringskassan ska bedöma en individs arbetsförmåga.

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen har ett samarbete sedan 2003.[1] År 2012 infördes det så kallade *förstärkta samarbetet*[2] som innebär att myndigheterna enligt likalydande uppdrag i sina respektive regleringsbrev i samarbete ska:

> utreda behovet av och genomföra insatser som förkortar tiden i sjukförsäkringen samt medför att den som är sjukskriven eller har aktivitetsersättning utvecklar eller återfår arbetsförmågan och därmed kan återgå i, eller få arbete. Behov av insatser ska identifieras och mötas så tidigt som möjligt för kvinnor och män som har behov av aktiva rehabiliteringsinsatser. Genom samverkan ska myndigheterna bidra till en låg och stabil sjukfrånvaro över tid.
>
> Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan ska skapa goda förutsättningar för övergången till Arbetsförmedlingen för de personer som har nedsatt hälsa men av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga och därmed inte längre har rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Myndigheterna ska gemensamt se till att behovet av insatser kan identifieras och mötas så tidigt som möjligt för att underlätta omställning till arbete. I uppdraget ingår att myndigheterna förbereder individer inför en övergång och informerar dem om vad myndigheterna inom sina ansvarsområden och tillsammans kan bidra med i form av insatser och stöd.[3]

Det förstärkta samarbetet omfattar:

- *rehabiliteringssamverkan* som innefattar gemensam kartläggning och aktiva insatser,
- *övergången* som innefattar kontaktmöten och omställningsmöten.

År 2018 avsattes 691 miljoner kronor till det förstärkta samarbetet. Av dessa har 364 miljoner kronor tilldelats Arbetsförmedlingen för personalkostnader och 216 miljoner kronor har tilldelats Försäkringskassan för personalkostnader. Totalt har 111 miljoner kronor avsatts för programkostnader. År 2018 förbrukades cirka 664 miljoner kronor av de tilldelade medlen. Myndigheterna bedriver strategisk och operativ samverkan på nationell, regional och lokal nivå. Överenskommelser tecknas av ansvariga chefer på alla organisatoriska nivåer, se mer om det i avsnitt 4.3.4.

[1] Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2019), *Förstärkt stöd för personer som är sjukskrivna och unga med aktivitetsersättning.*
[2] Detta redogör vi även för i kapitel 4.
[3] Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Försäkringskassan, Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Arbetsförmedlingen.

### 7.1.1 Rehabiliteringssamverkan – gemensam kartläggning och aktiva insatser

Syftet med Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens rehabiliteringssamverkan är att öka individens förutsättningar att utveckla eller återfå arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller få arbete. Det är Försäkringskassan som bedömer om en individ med nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom kan behöva arbetslivsinriktad rehabilitering och därför anmäler individen till en så kallad *gemensam kartläggning.* Vid den gemensamma kartläggningen kommer Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen tillsammans med individen fram till om insatser från Arbetsförmedlingen kan förkorta individens tid i sjukförsäkringen och stödja individens återgång till arbete. I den gemensamma kartläggningsfasen kan också andra aktörer som exempelvis hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller en arbetsgivare, delta. Utifrån den gemensamma kartläggningen tar Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen tillsammans med individen ställning till om individen ska delta i aktiva insatser hos Arbetsförmedlingen, och i vilken omfattning.

Det är Arbetsförmedlingens ansvar att bedöma och besluta om insatser i rehabiliteringssamverkan. Insatserna ges av Arbetsförmedlingen, eller av externa leverantörer på uppdrag av Arbetsförmedlingen. Försäkringskassan ansvarar för att samordna insatserna samt att se till att rehabiliteringsplanen följs. Den individ som får stöd inom ramen för rehabiliteringssamverkan har således en plan som är upprättad mellan individen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och har en utsedd handläggare hos Försäkringskassan och en utsedd förmedlare hos Arbetsförmedlingen. Individ, handläggare och förmedlare träffas kontinuerligt och stämmer av hur planen efterlevs. Vilka insatser som kan vara aktuella hos Arbetsförmedlingen beror på individens förutsättningar. Aktiva insatser hos Arbetsförmedlingen består av arbetsförberedande insatser och arbetslivsinriktade insatser:

> Arbetsförberedande insatser erbjuds personer som har en låg eller instabil aktivitetsnivå. De syftar till att förbereda och stärka personen för att kunna delta i arbetslivsinriktade insatser. Exempel på aktiviteter som är arbetsförberedande är studiebesök, stödsamtal, gruppaktiviteter och insatser från Arbetsförmedlingens specialistkompetenser.

> Arbetslivsinriktade insatser kan erbjudas direkt efter gemensam kartläggning eller efter arbetsförberedande insatser. Insatserna är ofta arbetsplatsförlagda såsom arbetspraktik, men det kan även handla om en kombination av olika stödinsatser och jobbsökaraktiviteter.[4]

År 2018 deltog 8 638 individer i en gemensam kartläggning och 75 procent av dessa gick vidare till aktiva insatser.

### 7.1.2 Övergången från sjukförsäkringen till arbetsmarknaden – kontakmöten och omställningsmöten

När Försäkringskassan bedömer att en individ sannolikt kommer att ha arbetsförmåga vid dag 180 i rehabiliteringskedjan, kan Försäkringskassan erbjuda ett så kallat *kontaktmöte* med Arbetsförmedlingen. Kontaktmötet genomförs tidigast dag 91 i rehabiliteringskedjan. Syftet med mötet är att ge individen möjlighet att etablera kontakt med Arbetsförmedlingen och kunna söka arbete under pågående sjukskrivning.

Från och med den 1 juli 2018 införde myndigheterna en ny mötesform, *omställningsmöte*t, som ersatte det tidigare så kallade *överlämningsmötet*. *Överlämningsmötet* var ett möte med Arbetsförmedlingen som Försäkringskassan erbjöd individer som inte längre hade rätt till sjukpenning samt personer som fått avslag på ansökan om sjukersättning eller aktivitetsersättning. Om individen ville ha ett *överlämningsmöte* så genomfördes mötet efter att beslutet om avslag på ansökan om ersättning var fattat.

I myndigheternas regleringsbrev 2018 utökades det förstärkta samarbetet till att även omfatta de individer som av Försäkringskassan bedömts ha arbetsförmåga och därmed inte har rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Uppdraget till myndigheterna uttrycks enligt följande:

> Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan ska skapa goda förutsättningar för övergången till Arbetsförmedlingen för de personer som har nedsatt hälsa men av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga och därmed inte längre har rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Myndigheterna ska gemensamt se till att behovet av insatser kan identifieras

[4] Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2019). *Förstärkt stöd för personer som är sjukskrivna och för unga med aktivitetsersättning. Återrapportering enligt regleringsbreven för 2018*, s. 11.

och mötas så tidigt som möjligt för att underlätta omställning till arbete. I uppdraget ingår att myndigheterna förbereder individer inför en övergång och informerar dem om vad myndigheterna inom sina ansvarsområden och tillsammans kan bidra med i form av insatser och stöd.[5]

*Överlämningsmötet* ersattes under våren 2018 av *omställningsmötet.* Omställningsmötet erbjuds och genomförs innan Försäkringskassan fattat beslut om att inte längre betala sjukpenning. Mötet flyttades till innan Försäkringskassans beslut i syfte att öka individens förutsättningar för en bra omställning från sjukförsäkringen till arbetslivet.[6] Omställningsmötet är ett rent informationsmöte, vid vilket individen får information om vilket stöd Arbetsförmedlingen kan ge, om och när individen ska söka ett nytt arbete. Omställningsmötet medför inte att individen skriver in sig hos Arbetsförmedlingen. Till skillnad från mötet i den gemensamma kartläggningen är den arbetsförmedlare som individen möter hos Arbetsförmedlingen vid omställningsmötet inte den arbetsförmedlare individen kommer att ha kontakt med, eller träffa, när individen skrivit in sig hos Arbetsförmedlingen. År 2018 genomfördes 597 kontaktmöten och 3 109 omställningsmöten. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen följer andelen omställningsmöten i förhållande till antal individer som får avslag på ansökan om sjukpenning i pågående fall. Myndigheternas slutsats är att de individer som har behov av ett omställningsmöte också deltar i ett sådant möte, vilket är cirka 17 procent av de individer som får avslag på ansökan om sjukpenning i pågående fall.[7]

### 7.1.3 Resultat av det förstärkta samarbetet

Sammantaget fick 12 344 individer ta del av aktiviteter som ligger inom ramen för det förstärkta samarbetet, inklusive kontaktmöten och omställningsmöten under 2018. Av dessa individer deltog 8 092 i aktiva insatser. I Socialförsäkringsrapport 2018:11, *Analys av det förstärkta samarbetet för sjukskrivna* drogs följande slutsatser beträf-

[5] Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Arbetsförmedlingen. Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Försäkringskassan.
[6] Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2019), *Förstärkt stöd för personer som är sjukskrivna och för unga med aktivitetsersättning. Återrapportering enligt regleringsbreven för 2018*, s. 17.
[7] Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2019), *Återrapportering enligt regleringsbreven för 2018*, s. 19.

fande det arbete inom det förstärkta samarbetet som bedrivs inom den så kallade rehabiliteringssamverkan:

- en personlig kontakt innan gemensam kartläggning tycks spela roll för resultatet av de aktiva insatserna,
- det är inte möjligt att förutse vilka individer som har störst behov av det förstärkta samarbetet och bäst förutsättningar att tillgodogöra sig insatserna,
- resultaten av insatserna är goda, även för de som vid den gemensamma kartläggningen bedöms ha en låg aktivitetsförmåga,
- granskningen visar att Arbetsförmedlingens specialister skulle använts oftare för att höja kunskapen om individens behov och förutsättningar när insatser ska påbörjas,
- försämrad hälsa är den vanligaste orsaken till att en deltagare i det förstärkta samarbetet går tillbaka till Försäkringskassan.

I september 2019 tog Försäkringskassan fram ett dialogmaterial, *Ge fler möjlighet – våga prova*, som gick ut till chefer hos Försäkringskassan i syfte att ge fler individer möjlighet att få ta del av stöd från Arbetsförmedlingen inom ramen för det förstärkta samarbetet mellan myndigheterna. I dialogmaterialet konstateras att resultaten av insatser inom ramen för det förstärkta samarbetet är goda, vilket analysen av samarbetet visar, men att inflödet till gemensam kartläggning är lågt och det är få individer som får chansen att få ta del av det förstärkta samarbetet. I dialogmaterialet är uppmaningen att låta fler individer få möjlighet till en gemensam kartläggning. Det huvudsakliga skälet till att låta fler individer få del av en kartläggning är att den gemensamma kartläggningen inte bara kan leda till insatser inom ramen för det förstärkta samarbetet, utan även kan klargöra andra behov som till exempel att individen kan gå vidare till insatser inom samordningsförbund.[8]

Arbetsförmedlingens uppdrag inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen omfattar, som nämns ovan, även samarbetet kring personer som inte längre har rätt till ersättning från sjukförsäkringen genom att omställningsmötet ingår som del i det förstärkta samarbetet. Utöver själva omställningsmötet har Arbets-

[8] Försäkringskassan (2019), *Dialogmaterial till chefer.*

förmedlingen inget särskilt uppdrag för individer som varit sjukskrivna, uppburit sjukpenning och av Försäkringskassan bedömts ha arbetsförmåga. När en individ av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga arbetar Arbetsförmedlingen på samma sätt med dessa individer som med övriga arbetssökande och individen erbjuds insatser utifrån identifierade behov.

### 7.1.4 Regelkonflikter som försvårar det förstärkta samarbetet

Att inflödet till rehabiliteringssamverkan är lågt kan delvis förklaras av att Försäkringskassan 2018 gjorde ett internt förtydligande gällande rehabiliteringsersättning som fick påverkan på myndigheternas rehabiliteringssamverkan. I förtydligandet klargjordes att lägsta möjliga omfattning av rehabilitering som ger rätt till rehabiliteringspenning är en fjärdedel av en individs normala arbetstid. Förtydligandet har lett till att samverkan i det förstärkta samarbetet mellan myndigheterna försvårats. En gemensam kartläggning kan leda till en arbetsmarknadspolitisk bedömning som i sin tur kan visa att individen har behov av en insats i ett arbetsmarknadspolitiskt program. Om den aktivitet (inom ramen för det arbetsmarknadspolitiska programmet) som individen ska delta i understiger 25 procent av individens ordinarie arbetstid, kan individen inte få rehabiliteringspenning. För att kunna fortsätta erbjuda stöd till individer som har en lägre aktivitetsförmåga än 25 procent av sin ordinarie arbetstid och därmed inte kan få rehabiliteringsersättning, ändrade myndigheterna sitt gemensamma arbetssätt och i dag kan dessa individer påbörja sin rehabilitering hos Arbetsförmedlingen och under denna tid uppbära sjukpenning. Detta möjliggörs genom att Arbetsförmedlingen kan arbeta med personer inom ramen för det förstärkta samarbetet utan att anvisa dem till ett arbetsmarknadspolitiskt program. Men de insatser som dessa individer kan få ta del av begränsas till sådana insatser som Arbetsförmedlingen kan erbjuda i egen regi i Arbetsförmedlingens lokaler. Studiebesök på arbetsplatser eller arbetsträning utanför Arbetsförmedlingens lokaler är inte möjligt för dessa individer med anledning av att de, när de uppbär sjukpenning, saknar sakskadeförsäkring. Försäkringskassan har lämnat en framställan om att komplettera sakskadeskyddet för arbetsgivare och andra anordnare som tar emot individer som får sjukpenning för att möjliggöra

för dessa individer att göra besök på arbetsplatser som en del i arbetsförberedande insatser.[9] Myndigheterna har också i återrapporteringen av ett gemensamt regleringsbrevsuppdrag 2017 sett över regelverket avseende ersättning vid deltagande i insatser som bedrivs i rehabiliteringssamverkan mellan myndigheterna.[10] Myndigheternas översyn resulterade i en skrivelse till regeringen med ett antal förslag om författningsändringar i socialförsäkringsbalken, förordningen (1996:1100) om aktivitetsstöd samt förordningen (2000:634) om arbetsmarknadspolitiska program.[11] Ett förslag remitterades under 2018.[12] Förslaget bereds för närvarande vidare i regeringskansliet.[13]

### 7.1.5 Från Arbetsförmedlingen till Försäkringskassan

I dag finns ingen särskild rutin för hur en individ går från Arbetsförmedlingen till Försäkringskassan. De individer som är i behov av en övergång från Arbetsförmedlingen till Försäkringskassan är de som på grund av sjukdom inte kan delta i arbetsmarknadspolitiska program trots anpassning av programmen. När en individ som deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program blir sjuk ska hen lämna ett läkarintyg till Arbetsförmedlingen som styrker att hen inte kan delta i programmet.[14] Med ett sådant underlag som grund bedömer Arbetsförmedlingen om det går att anpassa programmet så att individen kan delta, i någon omfattning, trots sjukdom. Om det inte går att anpassa programmet blir individen utskriven ur programmet efter 30 dagar[15] och de flesta av dessa individer ansöker troligen om sjukpenning.

Mellan 2012 och 2019 fanns en rutin som innebar att Arbetsförmedlingen kunde ta initiativ till gemensam kartläggning med Försäkringskassan för en individ utan att individen hade ett läkar-

[9] Försäkringskassan (2019) *Skrivelse till regeringen. Framställning om ändring i förordningen (1980:631) om ersättning av allmänna medel för skada orsakad av deltagare i ett arbetsmarknadspolitiskt program eller arbetslivsinriktad rehabilitering m.m.*
[10] Regleringsbrev för budgetåret 2017 avseende Arbetsförmedlingen och Regleringsbrev för budgetåret 2017 avseende Försäkringskassan.
[11] Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2017) *Skrivelse till regeringen. Översyn av regelverket avseende ersättning för deltagare i rehabiliteringsinsatser*, s. 4.
[12] Ds 2018:32, *Ersättning vid arbetslivsinriktad rehabilitering*.
[13] Prop. 2019/20:126, *Några frågor om rehabiliteringsersättning och vårdbidrag.*
[14] https://arbetsformedlingen.se/halso--och-sjukvarden/lakarintyg-for-deltagare-i-program. Hämtad 2020-03-03.
[15] https://arbetsformedlingen.se/for-arbetssokande/stod-och-ersattning/att-delta-i-program/om-du-ar-sjuk-i-mer-an-sju-dagar. Hämtad 2020-03-27.

intyg och utan att individen behövde ansöka hos Försäkringskassan om samordning av rehabiliteringsinsatser. Skälet till att detta arbetssätt togs bort var att Försäkringskassan utan läkarintyg och ansökan saknade underlag. De kunde då inte bedöma om individens arbetsförmåga var nedsatt på grund av sjukdom eller om individen hade behov av samordnade insatser för att kunna komma åter till arbete, vilket i sin tur betydde att det saknades förutsättningar för att ta ställning till behov av rehabiliteringssamverkan. Om Arbetsförmedlingen i dag bedömer att en individ som är inskriven hos Arbetsförmedlingen är i behov av stöd genom det förstärkta samarbetet ska Arbetsförmedlingen uppmana individen att ansöka om samordnad rehabilitering hos Försäkringskassan.[16]

I dialog med Försäkringskassan framkommer att det inte finns någon rutin för hur Försäkringskassan ska använda utredningsunderlag från Arbetsförmedlingen när Försäkringskassan gör bedömning om arbetsförmågans nedsättning. Det finns heller ingen rutin som anger när Försäkringskassan ska begära in underlag från Arbetsförmedlingen, om sådana finns, när en individs arbetsförmåga ska bedömas. I SOU 2020:06 granskades 150 ärenden och inte i något av dessa 150 ärenden gick att se att Försäkringskassan inhämtat underlag från Arbetsförmedlingen när bedömning av en individs arbetsförmåga i relation till normalt förekommande arbete skulle göras.[17] Att Arbetsförmedlingens bedömningar har relativt liten betydelse för Försäkringskassans bedömningar om arbetsförmåga i normalt förekommande arbete visar också de intervjuer med handläggare som genomfördes inom ramen för utredningen.[18] I en dom från Högsta förvaltningsdomstolen 2018 konstaterar domstolen att:

> […] Försäkringskassan vid sin prövning har anledning att beakta eventuella bedömningar av personens arbetsförmåga som har gjorts av Arbetsförmedlingen. En arbetsförmågeutredning från Arbetsförmedlingen bör således som utgångspunkt kunna vara vägledande även vid den bedömning av arbetsförmågan som ska göras av Försäkringskassan (jfr bet. 1996/97: SfU6 s. 10 och HFD 2012 not. 16).[19]

[16] Försäkringskassan (2019), *Information om att Försäkringskassan inför en ansökan om samordning av rehabiliteringsinsatser inför gemensam kartläggning.*
[17] SOU 2020:06. *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering*, s. 19.
[18] SOU 2020:06. *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering*, s. 119.
[19] HFD 2018:51.

Av Försäkringskassans vägledning framgår:

> Att Försäkringskassan ska beakta en arbetsförmågeutredning som Arbetsförmedlingen har gjort innebär att utredningen *kan* vara vägledande *men inte behöver vara avgörande* för Försäkringskassans bedömning av arbetsförmågan. Värderingen av ett sådant underlag ska göras på samma sätt som värderingen av de övriga underlag som Försäkringskassan har att ta ställning till, som till exempel läkarintyg eller utlåtanden från försäkringsmedicinska rådgivare.[20]

I dialog med Försäkringskassan framkommer det dock att det inte finns något särskilt framtagen mall för Arbetsförmedlingen att använda när information om utredning av en individs arbetsförmåga ska lämnas till Försäkringskassan, vilket det exempelvis gör för läkare (läkarintyget).

### 7.1.6 Utredningens slutsatser

#### Fler individer bör få ta del av rehabiliteringssamverkan

Vår bedömning är att fler individer har behov av stöd i form av rehabiliteringssamverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen än de som får det i dag.

I *Analys av det förstärkta samarbetet för sjukskrivna* konstateras att resultaten av insatserna inom ramen för det förstärkta samarbetet är goda, även för de som vid den gemensamma kartläggningen bedömts ha en låg aktivitetsförmåga.[21] Trots detta har inflödet till gemensamma kartläggningar minskat årligen sedan 2016.

Enligt Försäkringskassans årsredovisning 2018 fick 67 291 individer sjukpenning på fortsättningsnivå 2018. Sjukpenning på fortsättningsnivå är till för de individer som har sjukfall som av olika anledningar inte kan avslutas inom ett år, men vars sjukdom inte bedöms vara allvarlig. Om individen har en allvarlig sjukdom fås sjukpenning på normalnivå.[22] Enligt Försäkringskassans vägledning beviljades individer med sjukpenning på fortsättningsnivå tidigare ofta tidsbegränsad sjukersättning, men med anledning av att tidsbegränsad sjukpenning ofta ledde till en permanent sjukersättning

[20] Försäkringskassan (2019), *Vägledning 2015:1 Version 12*, s. 101.
[21] Försäkringskassan (2018), *Socialförsäkringsrapport 2018:11 Analys av det förstärkta samarbetet för sjukskrivna.*
[22] 27 kap. 23 § SFB.

ansåg regeringen att förlängd sjukpenning, det vill säga sjukpenning på fortsättningsnivå, var en mer flexibel ersättningsform som gav individen bättre möjligheter att pröva återgång i arbete.[23] I en skrivelse till regeringen från Försäkringskassan 2017 föreslår myndigheten förändringar i reglerna om rätten till sjukersättning. Skälen till förslaget om regeländringar är att dagens regelverk gör att individer blir kvar i långa sjukskrivningar, vilket myndigheten bedömer bland annat beror på att rätten till sjukpenning efter dag 180 i rehabiliteringskedjan bedöms mot ett snävare arbetsmarknadsbegrepp, normalt förekommande arbete, än det som gäller för prövningen av rätt till sjukersättning, där arbetsförmåga bedöms mot ett arbete på arbetsmarknaden. I begreppet arbetsmarknaden ingår anpassade arbeten, subventionerade anställningar i form av lönebidrag, utvecklingsanställning, trygghetsanställning och särskilt nystartsjobb samt helt skyddade anställningar på Samhall. Om individen bedöms ha arbetsförmåga i ett sådant arbete finns inte rätt till sjukersättning och någon prövning av om det rent faktiskt existerar ett sådant arbete vid beslutstillfället eller kan ordnas i framtiden görs inte och behöver inte göras enligt domstolspraxis.[24] Av Försäkringskassans skrivelse till regeringen framgår att Försäkringskassan bedömer att det bland sjukfall längre än 2,5 år finns individer som har stadigvarande nedsatt arbetsförmåga i relation till ett normalt förekommande arbete samtidigt som rehabiliteringsmöjligheterna är uttömda, men där ett subventionerat eller skyddat arbete som de bedöms klara inte finns tillgängligt inom en överskådlig tid.[25]

Ovanstående visar att det finns individer som uppbär sjukpenning på fortsättningsnivå och som inte är i behov av insatser inom ramen för rehabiliteringssamverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, eftersom deras rehabiliteringsmöjligheter är uttömda, men som bedöms kunna klara ett subventionerat eller skyddat arbete. Vi anser att det bland de 67 291 individer med sjukpenning på fortsättningsnivå torde finnas fler individer än 8 638 som har rehabiliteringspotential och som borde kunna vara i behov av insatser inom rehabiliteringssamverkan. Vi bedömer därför att nuvarande inflöde till rehabiliteringssamverkan mellan Försäkrings-

[23] Försäkringskassan (2019), *Vägledning 2015:1 Version 12*, s. 61.
[24] Försäkringskassan (2017), *Skrivelse till regeringen. Framställning om ändring i socialförsäkringsbalken*. Diarienummer 47906-2017.
[25] Försäkringskassan (2017), *Skrivelse till regeringen. Framställning om ändring i socialförsäkringsbalken*. Diarienummer 47906-2017, s. 6.

kassan och Arbetsförmedlingen är uppseendeväckande lågt i relation till hur många individer som uppbär sjukpenning på fortsättningsnivå.

### Det finns skäl att ifrågasätta om omställningsmötet leder till goda förutsättningar i övergången mellan myndigheterna

Vår uppfattning är att omställningsmötets konstruktion inte leder till det som uppdragen i myndigheternas respektive regleringsbrev syftar till. Omställningsmötet leder inte till att skapa goda förutsättningar i övergången mellan myndigheterna och att individens behov av insatser kan identifieras och mötas så tidigt som möjligt för att underlätta omställning till arbete.

Det finns individer som kommer från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen efter att deras sjukpenning dragits in som är i behov av ett mer omfattande stöd från Arbetsförmedlingen för att de ska kunna komma åter i arbete. Att ge sådant stöd är en del av Arbetsförmedlingens ordinarie uppdrag. Om en individ, efter att Försäkringskassan dragit in hens sjukpenning skriver in sig hos Arbetsförmedlingen gör Arbetsförmedlingen enligt gängse ordning en arbetsmarknadspolitisk bedömning. Vid en sådan bedömning kan det visa sig att individen har behov av extra stöd till följd av nedsatt hälsa och individen kan då få insatser inom ramen för ett arbetsmarknadspolitiskt program. De insatser som individen då får, är samma typ av insatser som ges de individer som ingår i rehabiliteringssamverkan.

Som vi redogör för ovan så har omställningsmötet ingen annan funktion än att vara ett rent informationsmöte för individen om vad Arbetsförmedlingen kan erbjuda arbetssökande i generella termer. Det betyder att individen inte skriver in sig som arbetssökande hos Arbetsförmedlingen i direkt anslutning till omställningsmötet, utan efter att omställningsmötet är genomfört och efter att Försäkringskassan dragit in sjukpenningen. Omställningsmötet är en engångshändelse som inte leder till en fast kontakt hos Arbetsförmedlingen och när individen skrivit in sig, finns ingen information hos Arbetsförmedlingen som visar att individen deltagit i ett omställningsmöte. När individen är inskriven kan Arbetsförmedlingen komma fram till att individen behöver extra stöd genom ett arbetsmarknadspolitiskt program för att komma åter i arbete. Den bedömningen görs inte i

direkt relation till själva övergången från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen och kan därför inte ses som en del i myndigheternas uppdrag som är *att gemensamt se till att behovet av insatser kan identifieras och mötas så tidigt som möjligt för att underlätta omställning till arbete*.

Då det gäller de medel som är avsatta för insatser inom ramen för det förstärkta samarbetet, används dessa medel till att bekosta insatser för individer som deltar i rehabiliteringssamverkan. Dessa medel används inte till insatser riktade till de individer som av Försäkringskassan bedömts ha arbetsförmåga i normalt förekommande arbete, trots att en del av dessa individer är i behov av stöd för att kunna ställa om till ett annat arbete.

### Regelkonflikterna behöver lösas ut

Som beskrivs ovan så försvåras samverkan mellan myndigheterna av att det finns regelkonflikter mellan sjukförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken. Å ena sidan kan individer med en aktivitetsförmåga under 25 procent inte ingå i ett arbetsmarknadspolitiskt program eftersom de då inte kan få rehabiliteringsersättning och därmed inte omfattas av sakskadeskydd, vilket i sin tur betyder att de inte kan delta i insatser hos externa leverantörer. Å andra sidan finns det inget som reglerar omfattningen av en individs deltagande i ett arbetsmarknadspolitiskt program. Hindret för medverkan i arbetsmarknadspolitiska program ligger med andra ord inte i det regelverk som reglerar programmen i sig och inte heller i praktiska hänsyn för programmens utformning. Snarare är det reglerna i socialförsäkringsbalken som i detta fall sätter gränser för medverkan i arbetsmarknadspolitiska program i Arbetsförmedlingens regi. Det kan knappast vara avsikten att individer som behöver, och skulle kunna få, stöd i program utformade för att ge dem stöd hindras till detta. Det finns också andra regelfrågor som myndigheterna uppfattar som försvårande och som handlar om att det finns flera möjliga ersättningar för deltagare i rehabiliteringssamverkan. Det gör det svårt för deltagaren att förstå vad som gäller avseende de olika ersättningsformerna och leder också till betungande administra-

tion.[26] Det är viktigt att de regelverksfrågor som av myndigheterna identifierats som problematiska löses ut för att myndigheternas arbete med att ge individer i det förstärkta samarbetet ett ändamålsenligt stöd ska löpa så effektivt som möjligt.

### Förtydliganden behövs om hur Försäkringskassan ska använda Arbetsförmedlingens utredningsunderlag när individens arbetsförmåga ska bedömas

Vi har under utredningens gång fått information om att det finns ett behov av en övergång från Arbetsförmedlingen till Försäkringskassan. En övergång från arbetsmarknadspolitiken till socialförsäkringen är komplicerad eftersom en övergång till sjukförsäkringen måste föregås av en ansökan om sjukpenning. Först när ansökan har kommit till Försäkringskassan kan anspråket utredas. Även om individens och arbetsförmedlarens uppfattning är att individen inte kan vara arbetssökande eller delta i ett arbetsmarknadspolitiskt program på grund av sjukdom, behöver individen ansöka om sjukpenning eller om samordning av rehabiliteringsinsatser för att Försäkringskassan ska kunna fatta ett beslut. Att använda metoden gemensam kartläggning som ett arbetssätt för att Försäkringskassan ska få kännedom om en individ som ska ansöka om sjukpenning eller om samordning av rehabiliteringsinsatser är inte ändamålsenligt med anledning av att det inte är möjligt att göra någon fortsatt planering för individen eftersom individen inte har ett ärende hos Försäkringskassan förrän ansökan är godkänd. Vi bedömer dock att den information som Arbetsförmedlingen har om en individ och hens arbetsförmåga med systematik behöver tas tillvara och beaktas i Försäkringskassans bedömning av arbetsförmågans nedsättning.

[26] Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2017), *Skrivelse till regeringen. Översyn av regelverket avseende ersättning för deltagare i rehabiliteringsinsatser*, s. 18.

## 7.2 Stöd för återgång i arbete för individer som uppbär försörjningsstöd

**Bedömning:** Det finns betydande risk för att individer som har arbetsoförmåga på grund av sjukdom, och som uppbär försörjningsstöd, inte får det stöd de behöver för att kunna återgå till arbete. Därför finns det anledning att vidare utreda hur målgruppens behov av stöd bäst ska kunna tillgodoses.

Den som saknar SGI har inte rätt till sjukpenning (mer om reglerna avseende SGI i avsnitt 2.1.1). Om individen har arbetsoförmåga på grund av sjukdom, och inte kan få sjukpenning eller försörja sig på annat vis, kan individen ansöka om försörjningsstöd hos kommunen. Individen kan ha rätt till försörjningsstöd om hen inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt.[27] En del individer kan ha arbetsoförmåga på grund av sjukdom under tiden de uppbär försörjningsstöd. Enligt socialtjänstlagen 4 kap. 4–5 §§ får socialnämnden begära att den som får försörjningsstöd ska delta i praktik eller annan kompetenshöjande verksamhet om individen inte kunnat erbjudas någon lämplig arbetsmarknadspolitisk åtgärd. Om individen inte deltar i anvisad aktivitet kan socialnämnden helt eller delvis avslå individens ansökan om ekonomiskt bistånd enligt 4 kap. 5 § socialtjänstlagen. Ett godtagbart skäl för individen att inte delta i anvisad aktivitet kan vara sjukdom. Det är socialsekreteraren som bedömer om ekonomiskt bistånd kan beviljas när individen är förhindrad att delta i anvisad aktivitet på grund av sjukdom. Individen kan behöva visa läkarintyg, eller annan dokumentation av sina svårigheter, men det finns inga formaliserade krav på socialsekreterarens bedömning av oförmåga att delta i anvisad aktivitet på grund av sjukdom. Socialnämnden har inte heller rätt att kräva läkar- eller psykologutredning när individen ansöker om ekonomiskt bistånd om individen motsätter sig det.[28] Försäkringskassan har det samordnande rehabiliteringsansvaret för individer som inte har någon SGI på samma sätt som för individer med SGI.[29] Individer utan SGI kan ansöka om samordnad rehabilitering hos Försäkringskassan. För att Försäkringskassan ska kunna

[27] 4 kap. 1 § Socialtjänstlag (2001:453).
[28] Socialstyrelsen (2013), *Ekonomiskt bistånd. Handbok för socialtjänsten*, s. 84–85.
[29] 27 kap. 25 § SFB.

göra en bedömning av behovet av samordnad rehabilitering behöver den som ansöker bifoga ett aktuellt läkarintyg som styrker att hens arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom.[30]

### 7.2.1 Viljeinriktning om samverkan kring individer som saknar SGI

År 2016 undertecknades en viljeinriktning av Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och SKR med syfte att individer med arbetsoförmåga på grund av sjukdom som saknar SGI skulle få möjlighet till arbetslivsinriktad rehabilitering. I viljeinriktningen anges att de undertecknande aktörerna förordar att aktörerna lokalt utvecklar arbetssätt liknande ett arbetssätt som utvecklades i Halmstad under åren 2012–2014. Enligt det arbetssättet klarlägger socialsekreteraren individens resurser och hinder utifrån individens medicinska underlag. Denna arbetsuppgift bedöms ligga inom ramen för socialtjänstens uppdrag eftersom det är en del i arbetet att hjälpa individen till självförsörjning. Socialsekreteraren meddelar Försäkringskassan när hen bedömer att en individ har behov av samordnad rehabilitering. Arbetssättet kräver att socialsekreteraren genom utbildningsinsatser från Försäkringskassan får försäkringsmedicinsk kunskap för att kunna veta hur uppgifter i medicinska underlag ska användas när bedömning av rehabiliteringsbehov ska göras.[31] År 2019 genomförde SKR en enkätundersökning bland landets kommuner för att få bättre bild av utvecklingen av ekonomiskt bistånd. Enkäten besvarades under november–december 2019 och hade en hög svarsfrekvens (93 procent) vilket ger god tillförlitlighet vad gäller resultatet. En av frågorna i enkäten handlade om huruvida kommunerna har samarbete andra aktörer avseende individer som saknar SGI. Av de svarande kommunerna angav 28 procent att de hade ett samarbete med Försäkringskassan kring målgruppen. Endast 18 kommuner av 290 svarade att de arbetar enligt Halmstadsmodellen.[32]

[30] Försäkringskassans blankett FK 7434.
[31] SKR, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen (2016), *Viljeinriktning. Samverkan kring personer som saknar sjukpenninggrundande inkomst och har sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom.*
[32] SKR (2019,) *Nuläge för ekonomiskt bistånd. Kommunenkät om ekonomiskt bistånd 2019.*

### 7.2.2 Den nya funktionen för koordinering kan leda till att fler individer som saknar SGI får sitt behov av rehabilitering utrett av Försäkringskassan

I den nya lagen om koordinerade insatser för sjukskrivna patienter så ska regionen, om individen samtycker till det, informera Försäkringskassan om individen bedöms ha behov av samordnad rehabilitering enligt 8 § 30 kap. SFB. Det i sin tur kan innebära att fler individer som saknar SGI, men som har arbetsoförmåga på grund av sjukdom och är i behov av samordnande insatser, kan aktualiseras hos Försäkringskassan och få sina behov av samordnade rehabiliteringsinsatser utredda och få rehabiliterande insatser samordnade. För att en bedömning av individens behov av samordnade insatser ska kunna göras inom hälso- och sjukvården krävs att individen blir sjukskriven. Sjukskrivning är, enligt lagen om funktion för koordinering, en förutsättning för att koordinerande insatser ska bli aktuella och därmed är sjukskrivning också en förutsättning för att en bedömning av behov av samordnade insatser ska göras.[33]

### 7.2.3 Utredningens slutsatser

Vår slutsats är att är det att finns en risk att individer som saknar SGI och som har arbetsoförmåga på grund av sjukdom inte får tillgång till stöd för att kunna återgå i arbete. Utredningen har tagit emot ett underlag där SKR kortfattat gett en bild av vilka utmaningar som finns i kommunerna när det gäller arbetet med individer som har arbetsoförmåga på grund av sjukdom och som saknar SGI.[34] Med utgångspunkt i underlaget bjöd utredningen in företrädare för Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och SKR, avdelningen för Utbildning och arbetsmarknad och avdelningen för Vård och omsorg, till ett samtal om hur stödet för återgång i arbete för individer som saknar SGI fungerar i dag. Ett antal utmaningar för ett välfungerande stöd för återgång i arbete för målgruppen diskuterades vid mötet. Dessa utvecklas nedan.

[33] 4 § lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter
[34] SKR (2019), *Inspel om nollplacerade till nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess.*

### Socialtjänsten har inte i uppdrag att bedöma arbetsförmåga

Ett av skälen till att det finns risk för att individer inte får tillgång till insatser för att kunna återgå till arbete är att socialtjänsten inte har i uppdrag att bedöma rätten till försörjningsstöd i relation till om arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom. Socialtjänsten bedömer om individen har rätt till bistånd oavsett skäl till att individen inte själv kan tillgodose sina behov eller på annat sätt få dem tillgodosedda. Om socialtjänsten bedömer att det finns godtagbara skäl till att individen inte står till arbetsmarknadens förfogande så har individen rätt till försörjningsstöd.[35] I socialtjänstlagen finns inte krav på att en individ ska styrka sin oförmåga att delta i aktivet på grund av sjukdom med ett medicinskt underlag. Dock ställs ofta krav på den enskilde att styrka arbetsoförmåga om denne inte deltar i anvisad aktivitet. I vissa fall är det för socialtjänsten ställt utom rimligt tvivel att personen har arbetsoförmåga. I andra fall är det svårare att bedöma och individen kan då bli ombedd att inkomma med underlag, såsom läkarintyg. Som redogjorts för ovan så är kunskap om bedömning av innehåll i medicinska underlag inte kunskap som socialsekreterare normalt sett har, eftersom det inte ligger inom ramen för deras uppdrag. Det arbetssätt som förordas i den viljeinriktning som beskrivs ovan innebär att socialsekreteraren ska klarlägga individens resurser och hinder utifrån individens medicinska underlag, något som kräver att socialtjänstsekreteraren får en utbildning i försäkringsmedicin. När sådan kunskap inte finns hos socialtjänsten så finns det en risk för individens förmåga att delta i aktivitet inte uppmärksammas, och heller inte individens behov av rehabiliterande insatser för att kunna återgå i arbete.

### Få individer som saknar SGI får sina behov av samordnade insatser utredda av Försäkringskassan

Ett annat skäl till att det finns risk att individer utan SGI och som har arbetsoförmåga på grund av sjukdom inte får tillgång till insatser, är att de inte får sina behov av samordnade rehabiliteringsinsatser utredda av Försäkringskassan. Det finns risk att Försäkringskassan inte får kännedom om dessa individer eftersom individen behöver själv ansöka om samordning av rehabiliteringsinsatser och för att

[35] 4 kap. 1 § socialtjänstlag (2001:453).

göra det behöver de ett aktuellt läkarintyg. Eftersom det inte ligger inom ramen för socialtjänstens uppdrag att utreda om individen har arbetsoförmåga på grund av sjukdom och heller inte utreda om det finns behov av rehabiliterande insatser för att individen ska kunna återfå arbetsförmåga finns det heller ingen skyldighet för socialtjänsten att hänvisa individer till Försäkringskassan för att behov av samordnade insatser ska utredas. Kunskapen om aktörernas ansvarsområden kan förväntas vara låg hos dessa individer, vilket i sin tur sannolikt innebär att det är få av de individer som saknar SGI, som har arbetsoförmåga på grund av sjukdom och som på eget bevåg ansöker om samordning hos Försäkringskassan. I avsnitt 3.1.5 redovisar att det under år 2018 var totalt 536 individer personer, som hade försörjningsstöd och saknade SGI, som beviljades samordnad rehabilitering hos Försäkringskassan. Om både individen och socialsekreterarna har låg kännedom om vad det som krävs för att en individ ska kunna få stöd från Försäkringskassan, kan det leda till att impulser om dessa individers behov av stöd inte lämnas till Försäkringskassan.

Om Försäkringskassan inte får kännedom om dessa individer och kan utreda deras behov av samordnade insatser, betyder det i sin tur att dessa individer heller inte får tillgång till insatserna inom ramen för det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, eftersom den enda ingången till insatser inom ramen för det förstärkta samarbetet är via Försäkringskassan.

## Viljeinriktningen är otillräcklig

Ovan nämnda viljeinriktning, med beskrivet arbetssätt, har förtjänster och om aktörerna arbetade i enlighet med viljeinriktningen skulle fler individer få stöd för att återgå i arbete. Ökade kunskaper i försäkringsmedicin hos socialsekreterarna kan vara en pragmatisk lösning för att under rådande förhållanden ge enskilda bästa stöd. Men eftersom det inte ingår i socialtjänstens ordinarie uppdrag att förvärva och använda sådan kunskap, samtidigt som det inte heller ingår i Försäkringskassans uppdrag att tillhandahålla socialtjänsten sådan kunskap, kommer kompetens att utvecklas på frivillig basis, vilket inte borgar för stabilitet över tid. Om kommuner och Försäkringskassan samverkar på olika sätt runt om i landet leder det också till

att individers möjligheter till stöd kommer att skilja sig åt beroende på var i landet de bor. De läkarintyg som ska ligga till grund för bedömningar inom socialtjänsten är heller inte ändamålsenligt utformade för att utgöra grund för bedömning av möjligheter att delta i anvisad aktivitet, eftersom dessa intyg utfärdas för att ligga till grund för bedömning av rätt till sjukpenning när arbetsoförmåga på grund av sjukdom är nedsatt. Som vi redogör för ovan har viljeinriktningen heller inte fått genomslag.

### Hur målgruppens behov av stöd ska kunna tillgodoses behöver utredas vidare

Vi anser att det behöver utredas hur denna målgrupps behov av stöd kan identifieras och mötas. Vår uppfattning är att det inte är ändamålsenligt att det är Försäkringskassan som ska ha ansvar att samordna insatser för att dessa individer ska kunna komma åter till arbete. Ett av skälen till detta är att vi bedömer det vara svårt att skilja ut individer som har arbetsoförmåga på grund av sjukdom och uppbär försörjningsstöd från andra grupper som uppbär försörjningsstöd hos kommunen som också har behov av olika typer av insatser för att kunna komma åter i arbete. Ett annat skäl är att socialtjänsten är den aktör som har kännedom om dessa individer och deras behov av stöd för att komma åter i arbete. Under utredningens gång det framkommit från olika aktörer att de insatser som sannolikt är mest ändamålsenliga för denna målgrupp är insatser som finansieras av samordningsförbund. Detta är dock något som inte vi inte kan belägga, och vi menar därför att frågan om samordningsförbundens betydelse för målgruppen ytterligare behöver utredas.

## 7.3 Stöd för återgång i arbete genom samordningsförbund

**Bedömning:** Samordningsförbunden kan spela en viktig roll för de individer som har arbetsoförmåga på grund av sjukdom, som står långt ifrån arbetsmarknaden och som behöver omfattande stöd för att kunna återgå i arbete. Effekter av insatser som finansieras av samordningsförbund behöver dock följas upp och

utvärderas med systematik, något som framförts av flertalet tidigare utredningar. Kunskap om effektiva insatser behöver spridas i högre utsträckning och förutsättningarna för att effektiva insatser ska kunna bedrivas med långsiktighet behöver stärkas.

Samordningsförbundens uppgift är att finansiera insatser för individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser för att de ska uppnå eller förbättra förmåga att utföra förvärvsarbete, samt stödja samverkan mellan samverkansparterna.[36] Samordningsförbund består av fyra parter, kommun, region, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. År 2018 fanns 83 samordningsförbund. Totalt ingår 260 av Sveriges 290 kommuner i något förbund. Samordningsförbunden finansieras gemensamt av kommun, region och staten. Staten står för hälften av finansieringen och kommunerna och regionerna står för en fjärdedel vardera. Samordningsförbundens tilldelade medel har i genomsnitt legat mellan sex och sju miljoner kronor årligen under perioden 2005–2015.[37] År 2018 var 32 715 deltagare registrerade i individinriktade insatser. Av dessa hade 89 procent offentlig försörjning, det vill säga ersättning från a-kassa, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan eller kommunen. Vid insatsstart uppbar 32 procent av deltagarna försörjningsstöd, 20 procent av deltagarna uppbar sjukpenning eller rehabiliteringspenning och 17 procent uppbar aktivitetsstöd.[38] Inspektionen för socialförsäkringen fick 2017 i uppdrag av regeringen att utvärdera samordningsförbundens verksamhet.[39] Inspektionen för socialförsäkringen har publicerat två rapporter inom ramen för uppdraget. I den första rapporten, som kom i februari 2019, granskas samordningsförbundens organisering och verksamhet[40]. Den andra rapporten beskriver effekterna av samordningsförbundens verksamhet på kommunnivå[41].

[36] Lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.
[37] Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Gör samordningsförbund någon skillnad? En analys av samordningsförbund under perioden 2005–2010*. ISF Rapport 2019:04.
[38] Försäkringskassan (2018), *Svar på regeringsuppdrag Rapport – Redovisning av målgrupper och resultat av de insatser som finansieras av samordningsförbund 2018*, s.16.
[39] Regeringsbeslut 2017-06-22. *Uppdrag angående utvärdering av samordningsförbundens verksamhet*. diarienummer S2017/02622/SF (delvis).
[40] Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Samordningsförbundens organisering och verksamhet. En granskning av förbund för finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.* ISF Rapport 2019:1.
[41] Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Gör samordningsförbund någon skillnad? En analys av samordningsförbund under perioden 2005–2010*. ISF Rapport 2019:04.

I december 2021 publiceras en rapport om effekterna av samordningsförbundens verksamhet på individnivå.

Inspektionen för socialförsäkringens granskning visar att unga är den vanligaste målgruppen för förbundens insatser. Inspektionen för socialförsäkringens bedömning är att det dels beror på att regeringen gett Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen i uppdrag sedan 2011 att utveckla stödet till ungdomar med aktivitetsersättning och dels att ungdomsarbetslösheten har varit hög under en lång tid. Då det gäller de individinriktade insatserna är de vanligaste insatserna sådana som syftar till att individen efter insatsen ska börja eller fortsätta arbeta eller studera, och insatser som ska förbereda individen att kunna ta nästa steg i återgången i arbete. De insatser som ska stödja samverkan mellan medlemmarna kan till exempel handla om kartläggningar av målgrupper, kompetensutveckling och att skapa bra relationer mellan handläggare hos medlemmarna. I den ISF-rapport som beskriver förbundens verksamhet på kommunnivå konstateras att förbunden gör skillnad. Analysen visar bland annat att inom kommuner som är med i ett samordningsförbund minskar andelen individer med sjukpenning, andelen individer med sjuk- eller aktivitetsersättning ökar och att andelen män i dessa kommuner som går från Arbetsförmedlingen till arbete ökar.[42] Inspektionen för socialförsäkringens bedömning är att samordningsförbunden kan spela en avgörande roll för individer med komplex problematik, men att det är viktigt att utveckla SUS[43], det system inom vilket samordningsförbundens registrerar sin verksamhet för att avgöra om insatserna som finansieras når avsedd effekt.[44] Av Inspektionen för socialförsäkringens rapport *Samordningsförbundens organisering och verksamhet* framgår att det är svårt att få medlemmarna i ett förbund att ta över insatser när förbundets finansiering av verksamheten upphör. Det i sin tur kan leda till att projekt läggs ned och att investeringar i metodutveckling och individer inte tas tillvara.[45] Inspektionen för socialförsäkringen anser att det ska finnas en målsättning om att

[42] Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Gör samordningsförbund någon skillnad? En analys av samordningsförbund under perioden 2005–2010.* ISF Rapport 2019:04,15.
[43] Sektorsövergripande system för uppföljning av samverkan och finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.
[44] Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Gör samordningsförbund någon skillnad? En analys av samordningsförbund under perioden 2005–2010.* ISF Rapport 2019:04, s. 79.
[45] Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Samordningsförbundens organisering och verksamhet. En granskning av förbund för finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser*. ISF Rapport 2019:1, s. 174.

varje insats som påbörjas ska kunna implementeras i någon av medlemmarnas ordinarie verksamhet och att en sådan målsättning ska vara klarlagd vid tiden för styrelsens beslut om insats. Inspektionen för socialförsäkringen anser även att det är en utmaning för förbunden att säkerställa att det finns långsiktig finansiering av framgångsrika insatser som befinner sig gränslandet mellan två eller flera myndigheter. Av Försäkringskassans svar på Inspektionen för socialförsäkringens rapport framgår dock att myndigheten inte ser några hinder i att samordningsförbund står för en långsiktig finansiering av insatser som befinner sig i gränslandet mellan aktörernas uppdrag.[46] Inspektionen för socialförsäkringens slutsats av granskningen är också att det finns skäl att se över myndigheternas instruktioner gällande uppdraget att samverka, med anledning av att granskningen visar att det finns en utbredd uppfattning om att de statliga myndigheternas vilja och förmåga att bidra med medarbetare i samverkan i har minskat. I detta sammanhang tar Inspektionen för socialförsäkringen särskilt upp att Försäkringskassan 2018 reviderat sina riktlinjer för hur Försäkringskassan ska bedriva samverkan genom samordningsförbund. De reviderade riktlinjerna förtydligar på vilket sätt medarbetare på Försäkringskassan kan medverka i en insats som finansieras av ett förbund. Inspektionen för socialförsäkringens granskning visar att de reviderade riktlinjerna har tolkats på olika sätt inom Försäkringskassan och på en del ställen i landet har tolkningen av riktlinjerna inneburit att samverkanpåverkats negativt. Försäkringskassan förklarar i sitt svar på rapporten att skälet till revideringen av riktlinjerna var att det framkommit att medarbetare på Försäkringskassan haft arbetsuppgifter i insatser finansierade av samordningsförbund som legat utanför myndighetens uppdrag. Försäkringskassan har nu internt förtydligat att det som Försäkringskassans medarbetare kan göra inom ramen för insatser finansierade av samordningsförbund, är att samordna individers behov av rehabilitering eller informera om socialförsäkringen, det vill säga sådant som ligger inom ramen för medarbetarnas ordinarie arbetsuppgifter hos Försäkringskassan. Försäkringskassan anger vidare att de nationella parterna är överens om att arbetsuppgifter som utförs av medarbetare från respektive aktör ska ske inom ramen för respektive

[46] Försäkringskassan (2019) *Svar på ISF-rapport. Rapport 2019:1 Samordningsförbundens organisering och verksamhet*, s. 1.

aktörs uppdrag.[47] Arbetsförmedlingen rekommenderar i sin rapport *Vissa förutsättningar inför reformeringen av Arbetsförmedlingen* att:

> Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan bör utreda ändamålsenliga samverkansformer, inklusive förslag om hur samordningsförbund kan slås ihop till större och färre förbund. På så sätt skulle samverkan effektiviseras och blir mer ändamålsenlig.[48]

Utredningen har träffat flera samordningsförbund, och de problem som beskrivs i Inspektionen för socialförsäkringens rapport beträffande svårigheterna att få insatser som bedöms vara framgångsrika att implementeras hos någon av aktörerna, har också framkommit i utredningens möten med samordningsförbund. I möten med samordningsförbund har det också framkommit att förbunden upplever att myndigheterna, och då framför allt Försäkringskassan, har minskat sin medverkan i förbundens insatser.

## Dialog med tre samordningsförbund

I oktober 2019 hade vi en dialog med företrädare för tre samordningsförbund. Vid mötet framkom att företrädarna för de deltagande samordningsförbunden ser ett behov av en nationell struktur och form för uppföljning och utvärdering av förbundens insatser. Förbunden har i uppdrag att följa upp och utvärdera rehabiliteringsinsatserna[49], men det saknas en struktur för att ta om hand den kunskap om genereras genom förbundens arbete, vilket leder till att kunskap om effektiva metoder inte sprids med systematik. Detta i kombination med att många av individinsatserna bedrivs i projektform, och inte får fäste hos någon av aktörerna leder till att det är svårt att på en övergripande nivå få kunskap om effekterna av samordningsförbund. Vid mötet framkom även att insatser som finansieras av samordningsförbund paradoxalt nog kan ses som konkurrerade i relation till de finansierande aktörernas egna insatser.

[47] Försäkringskassan (2019) *Svar på ISF-rapport. Rapport 2019:1 Samordningsförbundens organisering och verksamhet.*
[48] Arbetsförmedlingen (2019), *Vissa förutsättningar inför reformeringen av Arbetsförmedlingen.* Rapportering i enlighet med regeringsuppdrag, s. 19.
[49] Lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

### 7.3.1 Utredningens slutsatser

Inspektionen för socialförsäkringens pågående granskning av samordningsförbunden kommer bidra till kunskap om på vilket sätt insatser inom ramen för samordningsförbunden behöver utvecklas för att förbunden ska kunna utgöra ett än mer ändamålsenligt stöd till för individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser. Utredningens bedömning är att samordningsförbunden spelar en viktig roll för de individer som står långt ifrån arbetsmarknaden och som behöver omfattande stöd. Utredningen anser också att förbunden i högre utsträckning än i dag behöver finansiera likvärdiga insatser. Under utredningens gång har vi tagit del av information som visat på att inriktningen mellan förbunden skiljer sig åt, en del förbund finansierar nästan uteslutande individinsatser och en del förbund finansierar insatser på strukturell nivå. Individer som står långt ifrån arbetsmarknaden och som har behov av stöd finns i hela landet och att förbundens inriktningar skiljer sig åt kan betyda att det finns risk för att individer på olika ställen i landet med behov av samordnade rehabiliteringsinsatser inte får likvärdigt stöd.

Samtidigt finns det, som några av aktörerna som vi haft dialog med påpekat, svårigheter att få kunskap om huruvida målgruppen för insatser enligt lagen om finansiell samordning erbjuds likvärdiga insatser över landet. Det finns även svårigheter att utvärdera och följa upp de insatser som finansieras av samordningsförbund. Skälen till att det är svårt att få kunskap om likvärdiga insatser beror på att kommuners behov av att samordningsförbunden ska finansiera insatser skiljer sig åt. Exempelvis kan en kommun i ordinarie verksamhet erbjuda insatser som i en annan kommun finansieras av ett förbund. Det i sin tur betyder att individer i olika kommuner kan erbjudas likvärdiga insatser men att insatserna finansieras på olika sätt. För att utreda om individer erbjuds likvärdigt stöd så kan man inte bara se till insatser som finansieras av förbund, utan man måste se till alla de insatser som erbjuds individen av olika aktörer. Då det gäller uppföljning och utvärdering har vi fått information om att Nationella rådet är i färd med att ta fram en stödstruktur för uppföljning och utvärdering. På samma sätt som det är svårt att få kunskap om likvärdighet i utbud av insatser är det svårt att följa upp och utvärdera förbundens insatser på en övergripande nivå, eftersom de behov insatserna var tänkta att möta springer ur lokala behovs-

analyser. En av fördelarna med samordningsförbunden är just att de att de kan anpassa insatser utifrån de lokala förutsättningarna, men likvärdigt stöd till dessa individer behöver finnas i hela landet, oavsett lokala förutsättningar.

Vi bedömer vidare att det är problematiskt att insatser som har goda resultat inte integreras i ordinarie verksamhet. Inspektionen för socialförsäkringen och Försäkringskassan har olika uppfattningar om det är möjligt att förbunden långsiktigt driver projekt/insatser som ligger i gränslandet mellan aktörernas uppdrag, och detta är något som behöver klargöras.

## 7.4 Europeiska socialfonden (ESF) finansierar projekt som stödjer individer åter till arbete

En del insatser för att stödja individer till arbete finansieras av den Europeiska socialfonden (ESF) som är EU:s verktyg för att skapa fler och bättre jobb i Europa. Varje medlemsland har förvaltningsorganisationer som ser till att pengarna används i enlighet med både EU:s strategier och den nationella politiken. Den nuvarande programperioden löper mellan 2014 och 2020. Det svenska programmet har denna gång tre programområden och inom ramen för området *Ökade övergångar till arbete* finansierar fonden projekt för arbetslösa med sammansatt problematik och för arbetslösa som står långt från arbetsmarknaden.

Insatserna i programområdet ska bidra till att personer som står långt ifrån arbetsmarknaden utvecklas, kommer i arbete eller kommer närmare arbetsmarknaden. En av målgrupperna för programområdet är individer som är arbetslösa alternativt står långt ifrån arbetsmarknadens och är eller har varit sjukskrivna och har behov av stöd för återgång i arbete. Enligt skriften *Europeiska socialfonden i Sverige* är insatser som bygger på och främjar samverkan är viktiga för detta mål. Arbetsförmedlingen nämns särskilt som en aktör med vilken samverkan ska prioriteras och även andra viktiga aktörer nämns exempelvis enskilda kommuner och landsting, arbetsmarknadens parter och Försäkringskassan. Här nämns också exempel på insatser: arbetslivsinriktade rehabiliterings- eller platsförmedlingsinsatser från Arbetsförmedlingen i samverkan med sociala insatser från kommunen, medicinska insatser från hälso- och sjukvården,

individersättning via Försäkringskassan, insatser inom den ideella sektorn.[50] Arbetsförmedlingen har i uppdrag att i en särskild rapport i samband med myndighetens årsredovisning redovisa sin medverkan i socialfondsprogrammet under programperioden.[51] Försäkringskassan har sedan 2015 i uppdrag att i en särskild återrapport i samband med årsredovisningen till regeringen redovisa sitt deltagande i genomförandet av socialfondsprogrammet med en slutredovisning 2022. Försäkringskassan ska bland annat redovisa erfarenheter och lärdomar av programmet som myndigheten bedömer vara av betydelse för dess verksamhet. Försäkringskassans projektengagemang under programperioden fram till och med den 31 december 2018 var deltagande i 83 projekt av totalt 474 projekt[52].

ESF-finansierade projekt mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och andra aktörer sker även inom ramen för samordningsförbund. Den 31 december 2018 var 8 samordningsförbund ägare till 13 ESF-projekt samt 23 samordningsförbund medfinansiärer i totalt 26 olika projekt.[53]

[50] Svenska ESF – rådet. *Europeiska socialfonden i Sverige. Program för investering i tillväxt och sysselsättning 2014–2020.*
[51] Regleringsbrev 2019 avseende Arbetsförmedlingen.
[52] Försäkringskassan (2018), *Svar på regeringsuppdrag. Rapport – Redovisning av målgrupper och resultat av de insatser som finansieras av samordningsförbund 2018*.
[53] Arbetsförmedlingen (2019), *Vissa förutsättningar inför reformeringen av Arbetsförmedlingen. Rapportering i enlighet med regeringsuppdrag*, s. 269.

# 8 Rekommendationer och överväganden

## 8.1 Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte

**Rekommendation:**

- Att det med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska avses den process som börjar då individens arbetsförmåga blir nedsatt på grund av sjukdom och pågår till dess att individen återfått arbetsförmåga och därmed kan återgå i, eller kan söka, arbete eller då det konstateras att arbetsförmåga inte kan återfås.
- Att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte ska vara *att individen ska återfå arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller kunna söka, arbete.*

**Skäl till rekommendationen:** Stödet till individen utgörs av aktörernas samlade insatser. Aktörernas syn på sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen skiljer sig åt och det saknas i dag en gemensam definition av processen och dess syfte. Vi utvecklar resonemang om processens definition och syfte i avsnitt 1.2. Studier av samverkan, som redogörs för i avsnitt 4.2 visar på betydelsen av att samverkande parter har samsyn om syftet med samverkan. Det är viktigt att sådan samsyn etableras på alla organisatoriska nivåer hos de aktörer som samverkar i processen. Alternativet, att aktörerna som ska stödja individen, har olika syn på det gemensamma syftet och på processens definition riskerar snarare att utgöra ett hinder för samverkan och därmed för det stöd som aktörerna kan ge individen.

Vår bedömning är att samsyn om vad som avses med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, och vad processen ska leda till,

stärker förutsättningarna för dialog och samverkan i processen. En definition av processen är också en viktig utgångspunkt för utredningens rekommendation om samverkan för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess som beskrivs i avsnitt 8.2.

## 8.2 Uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

**Rekommendation:**

- Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Socialstyrelsen, Arbetsmiljöverket och Myndigheten för arbetsmiljökunskap ges i uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess i syfte att stödja individen att återfå arbetsförmåga så att hen kan återgå i, eller söka, arbete.
- Försäkringskassan ges i uppdrag att samordna samverkan mellan aktörerna för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess med syfte att individer ska återfå arbetsförmåga och kunna återgå i, eller kunna söka, arbete. Med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer avses Arbetsförmedlingen, Socialstyrelsen, Arbetsmiljöverket och Myndigheten för arbetsmiljökunskap, SKR som företrädare för hälso- och sjukvård och för socialtjänsten, SKR, Arbetsgivarverket och Svenskt Näringsliv som företrädare för arbetsgivarna, samt företrädare för Nationella rådet för finansiell samordning. Även fackförbunden LO, TCO och Saco ska medverka i samverkan.

**Skäl till rekommendationen:** Utredningen bedömer att nuvarande lagar, förordningar och de uppdrag som ges myndigheterna i regleringsbrev och i regeringsuppdrag inte är tillräckliga för att myndigheterna på eget initiativ ska samverka för att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska stödja individen åter till arbetsförmåga och arbete. Myndigheternas skyldigheter att samverka på strukturell nivå uttrycks i allmänna ordalag i lag och förordningar, och de specifika uppdrag som ges en eller flera myndigheter inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen riktas mot delar av pro-

cessen, snarare än mot processen som helhet (vi redogör för detta i avsnitt 4.3). Av förvaltningslagen framgår att:

> En myndighet ska inom sitt verksamhetsområde samverka med andra myndigheter. En myndighet ska i rimlig utsträckning hjälpa den enskilde genom att själv inhämta upplysningar eller yttranden från andra myndigheter.[1]

I avsnitt 4.3.1 redogör vi för de myndighetsinstruktioner som relaterar till samverkan. I instruktionerna för Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Arbetsförmedlingen och Arbetsmiljöverket framgår att myndigheterna:

> ska samverka med varandra i syfte att uppnå en effektiv användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet.[2]

Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ska med samma syfte:

> träffa överenskommelse med kommun, landsting eller Arbetsförmedlingen samt bedriva finansiell samordning enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Förordning (2016:11).[3]

Begreppet *rehabiliteringsområdet* i ovan nämnda instruktion uppfattas som otydligt och i utredningens dialog med myndigheterna framkommer att begreppet inte relateras till samverkan för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Snarare uppfattar vi att instruktionen tolkas som att handla om effektivt användande av resurser för rehabiliteringsinsatser. Nuvarande instruktion bidrar därmed inte till tydlighet i fråga om gemensamt ansvar för samverkan, som främjar helhetssyn och motverkar stuprörstänkande i processen. Vår bedömning är att nuvarande instruktion behöver kompletteras med en uppgift *att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess i syfte att stödja individen att återfå arbetsförmåga så att hen kan återgå i, eller söka, arbete.*

I regeringens proposition 2016/17:180 *En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag* framgår att det är av vikt att myndigheternas samverkan sker inom de respektive myndigheternas eget

[1] 8 § förvaltningslag (2017:900).
[2] 14 § förordning (2007:1030) med instruktion för Arbetsförmedlingen, 7 § förordning (2007:913) med instruktion för Arbetsmiljöverket, 3 § tredje stycket förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan, 12 § förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[3] 5 § tredje stycket förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan, 14 § förordning (2007:1030) med instruktion för Arbetsförmedlingen.

verksamhetsområde. Bestämmelsen om samverkan ska inte ge stöd för några samverkansprojekt som faller utanför respektive myndighets verksamhetsområde. Av propositionen framgår dock att:

> Detta utesluter samtidigt inte att man i specialförfattningar eller i förordningarna med myndighetsinstruktion även fortsättningsvis vid behov kan ta in särskilda föreskrifter om samverkan som går längre eller annars avviker från förvaltningslagen. Det skulle t.ex. kunna gälla föreskrifter om undantag från begränsningen till myndighetens verksamhetsområde eller om krav på att samverkan i en viss situation ska ske med andra än myndigheter.[4]

Mot bakgrund av ovanstående anser vi att ett förtydligande om att samverkan mellan de berörda myndigheterna och sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer, som inte är myndigheter, ska skrivas in i myndigheternas instruktioner. Med anledning av Försäkringskassans centrala roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen bedöms myndigheten vara den aktör som ska samordna samverkan på nationell nivå. Vi menar också att de fackliga organisationerna LO, TCO och Saco är aktörer som bör medverka i samverkan. De företräder, genom sina medlemmar, många individer och har därmed ett viktigt individperspektiv som bör beaktas i samverkan. Vi bedömer vidare att Nationella rådet för finansiell samordning bör medverka i samverkan. Nationella rådet för finansiell samordning består förvisso av företrädare för aktörer som redan företräds i samverkan, det vill säga Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Socialstyrelsen, men Nationella rådet har ett särskilt uppdrag att på olika sätt stärka den finansiella samordningen och ska också stödja samordningsförbundens arbete med uppföljning och utvärdering.[5] Genom representation från rådet kan samverkansfrågor som har betydelse för den finansiella samordningen och för samordningsförbund därmed uppmärksammas på ett bättre sätt än om företrädarna för respektive aktörs kärnverksamheter även skulle företräda denna typ av frågor.

Vår bedömning är att också sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte; *att individen ska återfå arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller kunna söka, arbete,* bör regleras. Utredningen föreslår därför att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte uttrycks i det uppdrag Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket, För-

[4] Prop. 2016/17:180, *En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag*, s. 37.
[5] www.finsam.se/nationella-radet. Hämtad 2020-03-24.

säkringskassan, Myndigheten för arbetsmiljökunskap och Socialstyrelsen får i sina respektive instruktioner om att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

### 8.2.1 Aktörerna behöver samverka på strukturell nivå

För att samverkan mellan aktörerna i individärenden ska fungera måste aktörerna samverka på strukturell nivå i syfte att skapa förutsättningar för de professioner i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som arbetar närmast individen. I kapitel 5 redogör vi för förhållanden som försvårar samverkan, och som direkt eller indirekt kan påverka individen. De förhållanden som beskrivs i kapitel 5 är exempel på sådant som behöver hanteras i strukturell samverkan för att problematiska förhållanden i processen inte ska lämnas till professionerna som samverkar närmast individen att hantera. Betydelsen av strukturell samverkan, för att skapa förutsättningar för samverkan i individärenden, uttrycks även i Socialstyrelsens och Försäkringskassans redovisning av regeringsuppdraget *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården* 2019:

> För att kunna identifiera problem som uppkommer i det dagliga arbetet hos båda parters professioner behövs tydliga vägar för att eskalera problem samt forum för dialog och samråd om hur problemen kan lösas. När en part vidtar åtgärder för att utveckla och förbättra sin hantering kan det medföra konsekvenser för medaktörerna. Ett exempel på detta är praxisförändringar som påverkar t.ex. Försäkringskassans behov av information från hälso- och sjukvården. Förändringar som påverkar den andra parten behöver kommuniceras i god tid och gemensamma konsekvensanalyser behövs.[6]

För att rekommendationen om samverkan ska få avsedd effekt bör aktörernas uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivning- och rehabiliteringsprocess årligen och gemensamt följas upp av de departement som ansvarar för de myndigheter som här rekommenderas ges uppdraget om samverkan.

[6] Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.* s. 36.

### 8.2.2 Är ett förtydligande i myndigheternas respektive instruktioner tillräckligt för att alla aktörer ska medverka i samverkan?

Under utredningens gång har det framförts att det kan finnas en risk att svårigheter att samverka uppstår om inte samma krav ställs på alla aktörer i processen. Det kan till exempel finnas en risk att arbetsgivare och hälso- och sjukvård inte ställer sig bakom processens syfte eftersom syftet endast anges i ovan nämnda myndigheters instruktioner. Med anledning av att vi under utredningens gång tagit emot synpunkter från aktörerna i referensgruppen på hur syftet med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska formuleras och att majoriteten av aktörerna instämmer i det syfte utredningen rekommenderar, bedömer vi denna risk som liten.

Vi har inte heller under utredningens gång uppfattat att aktörer som inte är myndigheter, det vill säga SKR, arbetstagarorganisationer och arbetsgivarorganisationer, inte vill medverka i samverkan för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, snarare tvärtom.

För att kravet på samverkan för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess ska vara detsamma för myndigheter, regioner och kommuner har vi övervägt om det skulle vara möjligt att reglera aktörernas ansvar för samverkan i en särskild förordning. Vår bedömning är dock att det är tillräckligt att rekommendationen om att samverkan skrivs in i myndigheternas instruktioner, inklusive det särskilda uppdrag som ges till Försäkringskassan att samordna samverkan även med de aktörer som inte är myndigheter. Om det skulle visa sig att det i framtiden uppstår svårigheter i samverkan som kan motverkas genom en särskild förordning om samverkan för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess som också omfattar de övriga aktörerna, så bör en sådan förordning övervägas.

### 8.2.3 Företrädare för verksamheter ska samverka

Sveriges läkarförbund har framfört till utredningen att de anser att Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet också ska medverka i samverkan. Utredningen delar Sveriges läkarförbunds uppfattning om att den medicinska professionen och läkare har en central roll i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Med an-

ledning av att de aktörer som vi menar behöver samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess är representanter för verksamheteter och inte professioner, är vår uppfattning att professionsförbund inte ska medverka i samverkan. Däremot ser vi inget hinder att läkare kan företräda hälso- och sjukvården genom att representera de företrädare för hälso- och sjukvården som medverkar i samverkan, det vill säga Socialstyrelsen och SKR.

### 8.2.4 Varför ska Försäkringskassan samordna samverkan?

Under utredningens gång har det lyfts fram synpunkter om att det vore en fördel om en oberoende aktör ges i uppdrag att ansvara för att samordna samverkan. Bland annat har Socialstyrelsen nämnts som ett alternativ. Vi bedömer dock att det skulle vara svårt för en aktör som inte har sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som ett primärt verksamhetsområde att vara en samlande aktör. Att Försäkringskassan också ställer sig positiv till att ta ett sådant ansvar kommer till uttryck i *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården:*

> Försäkringskassans samordningsansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen innebär att det är naturligt att myndigheten får huvudansvaret ansvaret för att, i samverkan med övriga aktörer, etablera och utveckla ändamålsenliga och effektiva samarbetsformer.[7]

Försäkringskassans ansvar att samordna samverkan innebär inte att Försäkringskassan har ett större ansvar för att samverkan ska fungera än vad andra aktörer har. Samverkan kräver engagemang från samtliga aktörer i processen. Försäkringskassans uppdrag innebär inte heller, något som uttryckts som en farhåga under utredningens gång, att Försäkringskassan ska få en avgörande röst i frågor som hanteras i samverkan.

[7] Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess*, s. 37.

### 8.2.5 Former för samverkan för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

Utredningen bedömer att aktörerna behöver utveckla former för samverkan på strukturell nivå som konkretiserar uppdraget att samverka och bidrar till att hantera brister i samverkan som utredningen identifierat och redogör för i betänkandet.

För att åstadkomma samverkan för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess rekommenderas aktörerna därför att:

1. Teckna en överenskommelse om hur de vill arbeta tillsammans.
2. Skapa en styrgrupp för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.
3. Dela information med varandra på ett strukturerat sätt.
4. Tillsammans ta fram samhällsinformation om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

#### Överenskommelse om en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

*Varför en överenskommelse?*

Syftet med en nationell överenskommelse är att ge det gemensamma uppdraget att samverka form, och att i dialog på strukturell nivå komma överens om grundläggande förutsättningar för hur samverkan ska organiseras. Överenskommelsen ska vara ett stöd för aktörerna att samverka kring kända förhållanden som kan leda till svårigheter i samverkan, det vill säga sådana förhållanden som beskrivs i kapitel 5. Utöver att vara en form som stödjer samverkan förutsätter framtagande av en överenskommelse dialog och samtal där olika perspektiv kan belysas och diskuteras mellan aktörerna. Arbetet med att ta fram en överenskommelse kan därmed tillgodose de förutsättningar som i upprepade studier visat sig viktiga för att samverkan ska fungera, men som regelverket inte kan ge, nämligen ett gemensamt synsätt, tillit och förtroende, förståelse för varandras förutsättningar och perspektiv, tydliggörande av kommunikationsvägar och processer för eskalering av problem i samverkan. Sådana frågor som handlar om tillit, förtroende och förståelse för varandras uppdrag behöver genom-

syra samtliga organisatoriska nivåer hos samverkande aktörer, upp till högsta ledning, och till regeringskansliet för att samverkan ska fungera. Att involvera även strategisk ledning är viktigt då det är de som har ansvar att organisera arbetet på ett sätt som skapa förutsättningar för samverkan. I praktiken handlar det om att de samverkande aktörerna behöver investera resurser i sin relation med varandra och gemensamt skapa förutsättningar för samverkan. Betydelsen av sådana aktiviteter framkommer i den forskning som utredningen redogör för i avsnitt 4.2 *Teoretiska perspektiv på samverkan*, och bekräftas i utredningens dialoger med aktörerna.

Behovet av former för samverkan på strukturell nivå ligger också i linje med det behov som nyligen identifierats i Försäkringskassan och Socialstyrelsen svar på regeringsuppdraget *Bättre dialog mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan*.[8] Av svaret framgår att Försäkringskassan och Socialstyrelsen ska ansvara för att strukturer för samverkan mellan hälso- och sjukvården och Försäkringskassan etableras. Vår bedömning är att en nationell överenskommelse mellan aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen stärker det arbete som påbörjats av Försäkringskassan och Socialstyrelsen. Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens komplexitet medför att det kontinuerligt kommer att identifieras utvecklingsområden som berör två eller flera aktörer och som behöver hanteras av aktörerna i samverkan.

Aktörerna har under utredningens gång haft synpunkter på en överenskommelses för- och nackdelar. En synpunkt som lyfts fram är att organisationer som företräder medlemmar inte kan teckna bindande överenskommelser. Vår bedömning är dock att det är möjligt att ta fram en överenskommelse som inte är ett rättsligt bindande avtal vilket borde möjliggöra att samtliga aktörer kan underteckna en gemensam överenskommelse.[9]

[8] Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.* s. 37.

[9] Se exempelvis Försäkringskassans mall Wimi FK15424-010-W för överenskommelse som används när överenskommelser ska tecknas med arbetsgivare eller med hälso- och sjukvård. Av mallen framgår bland annat att bristande uppfyllelse av överenskommelsen inte ska leda till skadeståndsansvar.

*Vilken aktör bör ansvara för att en överenskommelse tas fram och följs upp?*

Med anledning av Försäkringskassan i sin instruktion ges i uppdrag att samordna samverkan bedömer vi att det är Försäkringskassan som bör ansvara för att en gemensam överenskommelse om en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess mellan aktörerna i processen tas fram och följs upp.

*Vad bör en överenskommelse innehålla?*

En överenskommelse bör innehålla:

- en beskrivning av hur respektive aktör i processen bidrar till sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens syfte, vilket är att *individen ska* återfå *arbetsförmåga och därmed kunna återgå i, eller kunna söka, arbete*,
- former för hur informationsutbyte mellan aktörerna ska genomföras i syfte att minska oönskade konsekvenser av förändringar som sker inom processen (utvecklas nedan),
- en beskrivning av hur aktörerna ska skapa goda förutsättningar för fungerande samverkan mellan de professioner i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som arbetar närmast individen,
- en beskrivning av hur aktörerna ska ta fram regionala och lokala överenskommelser med utgångspunkt i den nationella överenskommelsen,
- en beskrivning av hur överenskommelsen ska följas upp och uppdateras.

Försäkringskassan ansvarar för att bjuda in myndigheterna, ovan nämnda företrädare för arbetsgivare, företrädare för hälso- och sjukvård och socialtjänst, företrädare för Nationella rådet för finansiell samordning samt fackförbunden LO, TCO och Saco till framtagande av överenskommelsen. Försäkringskassan ska också ansvara för att myndigheterna och ovan nämnda aktörer bjuds in till att medverka vid uppföljning och uppdatering av överenskommelsen. Vår uppfattning är att en nationell överenskommelse inte kan ersätta överenskommelser som springer ur regeringsuppdrag och är teck-

nade i syfte att hantera specifika delar av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

### En styrgrupp för överenskommelsen om en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

En styrgrupp bestående av representanter från sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer bör ansvara för innehållet i överenskommelsen och löpande se över, följa upp och utveckla överenskommelsens olika delar. Det är viktigt att frågor om samverkan är förankrad i aktörernas ledande positioner. Aktörernas representanter i styrgruppen bör därför vara de som har det övergripande ansvaret för aktörens arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. De aktörer som företräder medlemmar såsom arbetsgivarrepresentant, arbetstagarrepresentant och SKR, kan dock representeras av utsedda sakkunniga hos organisationen.

Utredningens bedömning är att en gemensam styrgrupp ger aktörerna förutsättningar att få bättre förståelse för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som helhet och för varandras ansvar och förutsättningar. Det i sin tur ger ökade möjligheter att identifiera gemensamma utvecklingsbehov. Styrgruppen kan också ta gemensamma initiativ till att uppvakta regeringen med uppmärksammade problem i processen som inte kan lösas genom samverkan.

I framtagandet av förslaget om nationell överenskommelse och styrgrupp har vi fått synpunkter från aktörerna om att det finns en risk för att den nationella överenskommelsen kommer att ligga på en alltför övergripande nivå för att kunna utgöra ett reellt stöd för att hantera de samverkanssvårigheter som professionerna närmast individen upplever. Vår bedömning är dock att för att de frågor som behöver hanteras i samverkan ska ges den betydelse de kräver, behöver aktörerna, på strategisk nivå, ge samverkan legitimitet genom att själva samverka i styrgrupp och upprätta en överenskommelse som utgör utgångspunkt för överenskommelser och samverkan på regional och lokal nivå.

Vår uppfattning är att aktörerna behöver avgöra om det finns behov av en struktur för tillfälliga eller permanenta beredningsgrupper/arbetsgrupper för att hantera specifika frågor inom ramen för en överenskommelse. I avsnitt 4.3.2 beskriver vi befintliga samverkansgrupper inom ramen för processen. Vår bedömning är att

processens aktörer bör se över om dessa grupper kan ersättas av styrgruppen för den nationella överenskommelsen och hur dessa grupper, om bedömningen är att de även fortsättningsvis behövs, ska förhålla sig till styrgruppen för den nationella överenskommelsen.

### Att dela information om planerade förändringar

Som del av en överenskommelse om en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess bör aktörerna utveckla former för informationsutbyte om planerade förändringar i den egna verksamheten som bedöms kunna få betydande konsekvenser för individen eller för de andra aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Utredningen redogör i avsnitt 5.9 för hur förändringar som genomförs hos en aktör i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan leda till oönskade konsekvenser för andra aktörer och för processen som helhet. Vi konstaterar att det saknas effektiva former för aktörerna att dela information om kommande förändringar. Vår bedömning är att bristen på sådana former utgör en allvarlig risk för såväl samverkan i processen som stödet till individen. Former för systematisk dialog kring förändringar hos en aktör som kan påverka andra aktörer och processens som helhet kan minska oönskade konsekvenser, stärka processens funktion och förbättra samverkan mellan aktörerna.

#### *En precisering av utredningens rekommendation*

Vår utgångspunkt är att aktörerna själva bör utveckla former för informationsdelning. Vi har dock under vårt arbete diskuterat med aktörerna hur ett praktiskt genomförande skulle kunna utformas och delger här slutsatserna från dessa diskussioner.

Förändringar som bedöms ha påverkan på sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan komma till följd av:

- uppdrag i regleringsbrev eller genom regeringsuppdrag,
- förändring av tillämpningen av gällande regelverk. Sådana förändringar kan komma till följd av domar eller interna rättsliga ställningstaganden och ställer krav på analys av påverkan på individ och andra aktörer,
- förändring till följd av intern utveckling, till exempel utveckling av system,
- förändringar av budget som får påverkan på aktörens verksamhet,
- andra faktorer som exempelvis omorganisationer. Då det gäller denna typ av förändringar är det viktigt att den förändrande aktören tidigt involverar de övriga för att få en bredare förståelse av på vilket sätt en intern omorganisation kan få för betydelse för de individen och för de övriga aktörerna.

Kategorier av förändringar som beskrivs ovan är exempel och inte uttömmande. Utredningen föreslår att aktörerna i dialog och över tid utvecklar sin förmåga att identifiera vilka förändringar som är meningsfulla att dela med övriga aktörer.

*Principer för informationsdelning*

Formerna för informationsdelning bör utvecklas i ett gemensamt lärande mellan aktörerna. Utredningen rekommenderar aktörerna att årligen följa upp formerna för samverkan och informationsdelning. Särskilt fokus bör vara att identifiera i vilken utsträckning som förändringar, som i efterhand visat sig ha konsekvenser för individen eller andra aktörer i processen, de facto är sådana som aktörerna delat i informationsdelningsprocessen samt om informationsdelning haft avsedd effekt. Information om förändring bör delas så tidigt som det är meningsfullt och möjligt. Förändrande aktör bestämmer själv hur synpunkter från de övriga aktörerna ska användas. Även om det i många fall kanske inte kommer finnas möjlighet att justera en planerad förändring så ser utredningen ändå ett värde i att information delats. Värdet består dels i att aktörernas kunskap om varandra, processen och konsekvenser för individen ökar dels i att de andra aktörerna ges möjlighet att anpassa sin egen verksamhet till andras kommande förändringar.

Informationsdelning om förändring på regional och lokal nivå och rutiner för hur sådan delning ska gå till bör tas fram i den nationella överenskommelse som utredningen rekommenderar.

### Aktörsgemensam samhällsinformation om sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Vår bedömning är att det är av betydelse att individen får samstämmig och konsekvent information om respektive aktörs ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, betydelsen av detta utvecklas i avsnitt 3.3.3. För att säkerställa detta rekommenderar vi aktörerna att gemensamt ta fram sådan information och att informationsmängder länkas från en gemensam källa.

Utredningen bedömer att Försäkringskassan är bäst lämpad att ansvara för att administrera arbetet att utveckla och förvalta innehållet i den gemensamma samhällsinformationen, med anledning av rekommendationen om att myndigheten ska ha en samordnande roll för samverkan, och med anledning av myndighetens digitala kapacitet. En förutsättning för att Försäkringskassan ska kunna ansvara för förvaltning och utveckling av gemensam samhällsinformation är att övriga aktörer deltar aktivt.

Genom vilka forum informationen delas är slutgiltigt en fråga för aktörerna. En viktig utgångspunkt bör vara att informationen finns tillgänglig för medborgarna att nå hos samtliga aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

## 8.3 En gemensam digital yta för planering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

**Rekommendation:** Förutsättningarna för att dela den planering, de åtgärder och de beslut som rör en individs sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, digitalt mellan aktörerna i processen bör utredas.

**Skäl till rekommendationen:** Utredningens bedömning är att en gemensam digital yta för planering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen skulle underlätta för både individer och aktörer i processen. Vi anser därför att det bör tillsättas en utredning som bereder förslag som syftar till att en digital yta kan skapas.

Med anledning av att hindren för en gemensam digital yta främst är av juridisk art bör utredningen utreda de juridiska förutsättningarna för en gemensam planeringsyta, och föreslå författningsändringar som möjliggör en sådan. Utredningen bör arbeta i nära samarbete med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer så att de juridiska förutsättningarna matchar de behov som finns. När juridiska förutsättningar finns på plats bör en myndighet ges i uppdrag att utveckla den gemensamma ytan i samverkan med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer och ges förutsättningar för en långsiktig förvaltning av ytan.

### 8.3.1 Mer förutsägbarhet skulle underlätta individens process

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens regelverk och aktörernas uppdelade ansvar gör att det för en individ kan vara svårt att överblicka sin sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. På en gemensam planeringsyta för rehabilitering tillbaka till arbete ska individen kunna dela information från aktörerna och med aktörerna i syfte att underlätta sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Individen behöver ges möjlighet att få planering avseende sin sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess samlad på ett ställe. Att få överblick över alla aktörers planering skulle innebära en betydande förbättring avseende individens möjlighet att förutse vad som kommer att ske näst i processen och ger individen möjlighet att själv få översikt över sin rehabiliteringsprocess. I avsnitt 5.2.3 beskriver vi hur flera aktörer kan utforma planer för individen, och att det kan vara svårt för individen att förstå i de fall innehållet i dessa planer inte överensstämmer. På en gemensam planeringsyta skulle alla aktörers planer kunna samlas och det skulle bli lättare för individen att få översikt över sin samlade rehabiliteringsplan. Att alla planer samlas på ett ställe kan också möjliggöra att aktörerna uppmärksammar eventuella motsägelser och då samverkar kring de planer, åtgärder och insatser som planeras. Ökad överblick kan dessutom minska antalet

kontakter i syfte att stämma av vad som är planerat med processens aktörer.

De individer som har nytta av en digital yta för planering antas vara de som har förmåga att själva administrera sin sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. De individer som inte kan administrera en digital yta för planering, eller som behöver stöd att göra rätt i relation till aktörerna, har behov som inte kan tillgodoses av en digital yta för planering. Ett förslag för denna grupp utvecklas i avsnitt 8.4.

I den begränsade utvärdering som genomförts av Ineras prototyp av en digital samverkansyta, som vi redogör närmare för i avsnitt 4.3.6, uttryckte individer att ytan ökade känslan av kontroll och delaktighet samt skapade transparens och överblick som avlastade.[10]

### 8.3.2 Individen behöver hjälp att bära information genom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Utredningen bedömer att individen behöver administrativ avlastning i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Det innebär framför allt hjälp med att förmedla information mellan aktörerna. I utredningens intervjuer med individer i processen framgår att många uppfattar det som är besvärligt och svårt att själva ansvara för att förmedla information mellan aktörerna.

Att individer används som förmedlare av information på grund av att effektiva kommunikationskanaler mellan aktörer saknas, visar även svaret på regeringsuppdraget om ett effektivt och säkert elektroniskt informationsutbyte i offentlig sektor.[11]

[10] Inera (2018), *Utvärdering av Samverkansytan. Upplevd nytta av en digital yta för samverkan vid sjukskrivning och rehabilitering*.

[11] Bolagsverket, Domstolsverket, E-hälsomyndigheten, Försäkringskassan, Lantmäteriet, Skatteverket och Myndigheten för digital förvaltning (2019), *Säkert och effektivt elektroniskt informationsutbyte inom den offentliga sektorn. Slutrapport i regeringsuppdraget* Fi2018/02150/DF, FI2018/03037/DF och I2019/01061/DF. DIGG Dnr 2019–100. DIGG. 2019.

### 8.3.3 En gemensam digital planeringsyta kan även underlätta för aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Med bättre möjligheter till informationsutbyte skulle förutsättningarna för samverkan mellan sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer förbättras.

Om det går att skapa en digital planeringsyta för rehabilitering tillbaka till arbete löser man ett antal problem för aktörerna. Vi kan konstatera att aktörerna i processen har svårigheter att, på ett effektivt sätt, i individärenden dela information med varandra och komma i kontakt med varandra. I avsnitt 4.3.6 redogör vi för att bristande kontaktvägar skapar problem i samverkan och i avsnitt 3.3.3 och avsnitt 5.2.3 redogör vi för att den planering som finns för en enskild borde samverkas i större utsträckning. En digital planeringsyta för rehabilitering tillbaka till arbete skulle därmed kunna innebära effektivitetsvinster för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer.

I dialog med processens aktörer har det också framkommit farhågor att en digital planeringsyta skapar mer administration för aktörerna. Ineras prototyp inkluderade funktioner där arbetsgivare skulle dokumentera arbetsplatsens förutsättningar. Denna funktion kan säkerligen vara bra ur ett rehabiliteringsperspektiv men utredningen gör bedömningen att en avskalad version av en digital planeringsyta har större förutsättningar att bli verklighet än en mer extensiv variant.

Att aktörerna får denna hjälp underlättar också indirekt för individerna. Till exempel kan tid som inte behöver läggas på att informera individer, som med en digital planeringsyta själva kan administrera sin process, i stället läggas på de individer som behöver stödet bättre.

### 8.3.4 De juridiska förutsättningarna för en gemensam digital planeringsyta behöver utredas

#### De juridiska förutsättningarna är inte klara

Utredningens bedömning är att de juridiska förutsättningarna för en digital planeringsyta för rehabilitering tillbaka till arbete saknas och behöver utredas. Två andra utredningar, vilka beskrivs nedan, har kommit till samma slutsats.

I den utvärdering Inera gjorde av sitt eget försök att skapa en digital samverkansyta för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer konstaterar de att tekniken finns på plats men att det finns juridiska hinder för genomförandet.[12]

I ett regeringsuppdrag har Bolagsverket, Domstolsverket, E-hälsomyndigheten, Försäkringskassan, Lantmäteriet och Skatteverket tillsammans med Myndigheten för digital förvaltning utrett *Säkert och effektivt elektroniskt informationsutbyte inom den offentliga sektorn*. I slutrapporten konstaterar myndigheterna att rättsliga frågor och säkerhetsfrågor skapar hinder som inte kan övervinnas och att privatpersoner (och företag) får agera kurirer mellan myndigheter. De konstaterar också att lösningar för informationsutbyte ofta är framtagna för specifika ändamål, ofta bilateralt mellan två aktörer och att dessa ofta inte kan skalas upp på grund av avsaknad av exempelvis rättsligt stöd. I slutrapporten konstateras också att tekniken inte ställer hinder i vägen.[13]

## En utredning måste tillsättas

Med anledning av den nytta vi ser med en digital planeringsyta för rehabilitering och att hindren främst är av juridisk art anser vi att det bör tillsättas en utredning som bereder förslag som syftar till att en gemensam digital yta för planering kan skapas.

I ovan nämnda regeringsuppdrag om säkert och effektivt elektroniskt informationsutbyte inom den offentliga sektorn gavs också i uppgift att ge förslag på lösningar som skulle vara förenliga med gällande rätt såsom regleringen om behandling av personuppgifter, offentlighetsprincipen samt beakta säkerhetsaspekterna.[14] Vi anser att samma principer bör gälla även för en utredning om juridiska förutsättningar för en gemensam planeringsyta.

I slutrapporten, som även refereras ovan, föreslås att en kommitté bör tillsättas för att löpande kunna bereda de förslag som behöver

[12] Inera (2018), *Slutrapport Samverkansytan 2017–2018. Delprojekt i Intygstjänster 2017–2018.*
[13] Säkert och effektivt elektroniskt informationsutbyte inom den offentliga sektorn. Slutrapport i regeringsuppdraget Fi2018/02150/DF, FI2018/03037/DF och I2019/01061/DF. DIGG Dnr 2019-100. DIGG. 2019.
[14] Säkert och effektivt elektroniskt informationsutbyte inom den offentliga sektorn. Slutrapport i regeringsuppdraget Fi2018/02150/DF, FI2018/03037/DF och I2019/01061/DF. DIGG Dnr 2019-100. DIGG. 2019.

utarbetas för att digital kommunikation i offentlig sektor ska kunna komma till stånd.[15] Vi ställer oss bakom det förslaget då det sannolikt är fler processer än sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som skulle underlättas av digital kommunikation.

När förutsättningarna för en digital planeringsyta utreds bör det tas hänsyn till hur åtkomst till individens information ska kunna ges på ett säkert sätt och hur ytan ska kunna integreras med redan befintliga system hos exempelvis Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.

Vi anser att det är viktigt att en gemensam planeringsyta kan skapas för alla individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Det behöver därmed utredas hur ytan kan konstrueras för att inkludera även de individer som inte har sjukpenning (exempelvis studenter eller individer utan sjukpenninggrundande inkomst).

En utredning måste utöver att ge förutsättningar för att individen ska kunna dela information med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer också utreda juridiska förutsättningar för individer att återta redan delad information.

Även hur förvaltning av en gemensam planeringsyta ska finansieras och vilken myndighet som är mest lämpad att utveckla och förvalta ytan bör ingå i en kommande utrednings uppdrag.

Vi anser det viktigt att en digital yta för planering av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen underlättar individers sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess samtidigt som aktörernas administrativa börda inte ökar.

[15] Säkert och effektivt elektroniskt informationsutbyte inom den offentliga sektorn. Slutrapport i regeringsuppdraget Fi2018/02150/DF, FI2018/03037/DF och I2019/01061/DF. DIGG Dnr 2019-100. DIGG. 2019.

## 8.4 Bättre stöd till individer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen oavsett behov av att få rehabiliterande insatser samordnade

**Rekommendation**: Försäkringskassan ges i uppgift att bistå försäkrade som är i behov av stöd i kontakter med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen genom att förmedla information om individens sjukskrivningsärende mellan aktörer muntligt eller skriftligt, samt ansöka om förmåner i rätt tid och på rätt sätt.

**Skäl till rekommendationen:** Utredningens bedömning är att vissa individers behov av stöd att överföra information mellan aktörer, och att ansöka om förmåner i rätt tid och på rätt sätt, inte tillgodoses. De individer som får rehabiliterande insatser samordnade av Försäkringskassan får stöd av Försäkringskassan att överföra information mellan de aktörer som ansvarar för de samordnade insatserna. För de individer som inte har behov av att rehabiliterande insatser samordnas, men som har behov av stöd för att förmedla information mellan aktörer muntligt eller skriftligt, samt ansöka om förmåner i rätt tid och på rätt sätt, saknas sådant stöd. Konsekvenserna av detta kan vara stora för dessa individer. Vi rekommenderar därför att Försäkringskassans ansvar att bistå individer i kontakter med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer ska utökas. Försäkringskassan ska, inom ramen för sitt ansvar i 30 kap. SFB, bistå försäkrade som är i behov av stöd i kontakter med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen genom att förmedla information om individens sjukskrivningsärende mellan aktörer muntligt eller skriftligt, samt ansöka om förmåner i rätt tid och på rätt sätt.

### 8.4.1 Individer har behov av avlastning vad gäller förmedling av information

Sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ställer krav på individen att själv administrera sin process. Individen ska bland annat lämna relevant information, samt efter bästa förmåga medverka i åtgärder som underlättar återgång i arbete.[16] Individen behöver, för

[16] 30 kap. § 7 SFB.

att processen ska löpa framåt, förmedla information mellan aktörer muntligt eller skriftligt, samt ansöka om förmåner i rätt tid och på rätt sätt.

I avsnitt 3.3 redogör vi för att individer efterfrågar högre förutsägbarhet och mer administrativ hjälp i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Individer nämner att det är svårt att hålla reda på vilka intyg man måste ha, vart intygen ska skickas och vilka man måste kontakta. I de berättelser från individer vi tagit del av ges exempel på hur individer, med sjukdomar som innebär kognitiva nedsättningar, ansvarar för att förmedla information mellan arbetsgivare, hälso- och sjukvård och Försäkringskassan, något som dessa individer uppfattar som svårt. För den individ som har nedsatt förmåga på grund av sjukdom kan det vara svårt att orientera sig i processen och att agera ändamålsenligt och i rätt tid.

Utredningens bedömning är att individens rehabilitering tillbaka till arbete i vissa fall kan försvåras om informationsflöden går via individen själv, något som kan innebära att nödvändig information inte når rätt aktör vid rätt tillfälle.

### 8.4.2 Ingen aktör har i dag uppdraget att bistå individen genom hela sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Ingen aktör i processen har i uppdrag att hjälpa individen genom hela sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Försäkringskassan har ett extensivt uppdrag som beskrivet i avsnitt 2.4. Som vi beskriver i avsnitt 5.6 så kan det inte tydligt utläsas i lagstiftningen att det ingår i Försäkringskassans samordningsuppdrag att ge individen hjälp med informationsöverföring och hjälp att agera ändamålsenligt och i rätt tid. Individens behov av administrativt stöd att förflytta information mellan aktörer i sjukskrivningsärendet går utöver Försäkringskassans serviceskyldighet och utredningsskyldighet eftersom informationen inte behövs hos Försäkringskassan för att bedöma rätt till ersättning eller behov av rehabilitering.

### 8.4.3 En ny lagstadgad uppgift för Försäkringskassan

Vi gör bedömningen att Försäkringskassans ansvar i 30 kap. SFB bör utökas. Försäkringskassan samordnar och utövar tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringsverksamheten.[17] Försäkringskassan ska också, i samråd med individen, se till att behov av rehabilitering snarast klarläggs, och att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering.[18] I tillägg till detta rekommenderar vi att Försäkringskassan får i uppgift att bistå försäkrade som är behov av stöd i kontakter med andra aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen (överväganden om målgrupp finns i nästa stycke). Denna uppgift bör läggas som strecksats i § 9 30 kap SFB eller såsom en ny § 8 a i 30 kap SFB.

Såsom beskrivs i avsnitt 5.6 så poängterades det i de förarbeten som föregick införandet av samordningsansvaret att samordningsansvaret omfattar att stötta den försäkrade i kontakterna med andra rehabiliteringsansvariga och att verka för att dessa tar en aktiv del i rehabiliteringsprocessen.[19] Också regeringen har signalerat att de önskar att Försäkringskassans inkluderar stöttande åtgärder till individer som inte nödvändigtvis behöver samordnad rehabilitering inom samordningsuppdraget.[20]

Den rehabiliterande förmån vi nu rekommenderar regeringen att införa i SFB bör också ges till försäkrade som inte är i behov av att rehabiliterande insatser samordnas per se. Vår bedömning är att rehabilitering i någon form pågår i samtliga sjukfall, men att Försäkringskassan, med all rätt, kan komma fram till att de rehabiliteringsinsatser som pågår inte behöver samordnas. Individen kan ändå, trots att Försäkringskassan bedömt att hen inte har behov av att få rehabiliteringsinsatser samordnade, ha ett behov av stöd för att förmedla information mellan aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, samt ansöka om förmåner i rätt tid och på rätt sätt.

Uppdraget vi rekommenderar handlar om att ta över en del av det ansvar individen själv normalt ska kunna ta i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen men som en del individer inte klarar av att hantera under hela, eller delar av, en sjukskrivning. Försäkrings-

[17] 30 kap. 8 § SFB.
[18] 30 kap.9 § SFB.
[19] Prop. 1990/91:141 s. 50.
[20] Socialdepartementet (2018), *Åtgärdsprogram 3.0 – Regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum.*

kassan ska ha nära kontakt med dessa individer för att hjälpa dem se till att deras rehabilitering tillbaka till arbete blir effektiv. I praktiken kan uppdraget innebära att Försäkringskassan hjälper individen att förstå information i processen och därmed bistår individen att i tid skicka rätt information till rätt aktör i processen. Ett annat sätt att bistå individen kan vara att Försäkringskassan hjälper individen att dela den information som individen vill dela på den digitala planeringsytan (se avsnitt 8.3). Individen kan vilja möjliggöra digitalt utbyte av viss information aktörerna emellan men sakna förutsättningar att hantera ytan. Uppdraget kan också innebära att Försäkringskassan påminner individen om att inkomma med anspråk om ersättning eller att bistå en individ i kontakter med arbetsgivare eller Arbetsförmedlingen.

Redan i dag finns möjligheter till att möta individens behov. Exempelvis kan ett avstämningsmöte bidra till att individen får stöd i att förmedla information mellan aktörerna. Denna metod används dock bara för individer som bedöms i behov av att insatser för dem samordnas. Det är inte heller ett effektivt användande av resurser att genomföra avstämningsmöten i syfte att enbart förmedla information mellan aktörerna för alla de individer som är i behov av stöd för informationsöverföring. Det kan också konstateras att tydliga ingångar till aktörerna, som exempelvis hälso- och sjukvårdens rehabiliteringskoordinator, kan underlätta för individen.

Om denna nya uppgift ges Försäkringskassan bör Försäkringskassan i samband med det ges i uppdrag att noga analysera vilka moment i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen där individer, i angiven målgrupp, generellt har störst behov av hjälp, så att rätt stöd ges till rätt individ.

### 8.4.4 Individens egen bedömning av behov av stöd bör vara vägledande

Målgruppen som behöver ett förstärkt stöd för informationsöverföring genom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen är individer som inte själva klarar att hantera sin process. Individen ska, enligt 30 kap. 7 § SFB efter bästa förmåga medverka i sin egen rehabilitering. Det är därför viktigt att de individer som har förmåga att hantera sin sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess också gör det.

Försäkringskassan behöver därmed göra en bedömning av det behov den enskilda individen har av stöd.

Målgruppen är inte individer som behöver ett så pass omfattande stöd att de till exempel redan är beviljade boendestöd eller har en god man eftersom dessa individers behov av stöd redan är tillgodosett. Målgruppen är individer som behöver hjälp med informationsöverföring och hjälp att agera ändamålsenligt i rätt tid. Det kan handla om individer som med anledning av sin sjukdom har tillfälligt, eller varaktigt, nedsatta kognitiva förmågor. Exempelvis kan smärta[21], depression[22], Parkinsons[23] eller cytostatikabehandling vid behandling av cancer[24] innebära kognitiv påverkan. Kognitiv påverkan är till exempel problem med koncentration och minnesfunktioner.

Att en individ har behov av denna typ av stöd bör kunna signaleras på flera olika sätt och av flera olika aktörer. Individens egen bedömning av behov av stöd ska vara vägledande för möjligheten att beviljas stödet. Ingen annan aktör har bättre kunskap om behovet än individen själv.

Försäkringskassan bör tillfråga individer om behov av stöd i de fall individens diagnos eller agerande indikerar att extra stöd i processen kan behövas. En arbetsgivare eller vårdens rehabiliteringskoordinator bör också kunna signalera behov av förstärkt stöd för en individ. Den information som skickas från hälso- och sjukvården till Försäkringskassan när individen kan antas ha behov av rehabiliteringsåtgärder enligt 30 kap. SFB bör också kunna resultera i denna typ av stöd.

[21] Försäkringsmedicinskt beslutsstöd avseende Långvarig smärta i rörelseorganen inkl. fibromyalgi.
https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/langvarig-smarta-i-rorelseorganen-inkl-fibromyalgi/271. Hämtad 2020-03-09.
[22] Försäkringsmedicinskt beslutsstöd avseende Depressiv episod
https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/depressiv-episod/508. Hämtad 2020-03-09.
[23] Försäkringsmedicinskt beslutsstöd avseende Parkinsons sjukdom.
https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/parkinsons-sjukdom/133. Hämtad 2020-03-09.
[24] Försäkringsmedicinskt beslutsstöd avseende Bröstcancer.
https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/brostcancer/632. Hämtad 2020-03-09.

### 8.4.5 Övervägande om hela samordningsuppdraget behöver förtydligas

Som beskrivs i avsnitt 5.6 finns olika förväntningar på vad samordningsansvaret innebär hos sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer. Samordningsansvaret har också tolkats olika över tid av Försäkringskassan och vi kan således konstatera att samordningsansvaret ger utrymme för olika tolkningar. Om de olika tolkningarna skapar problem i samverkan kan det finnas anledning att förtydliga samordningsansvaret som helhet. Vi anser dock att det är möjligt att ensa förväntningarna på samordningsansvaret i samverkan mellan aktörerna i processen. Det uppdrag vi vill ge att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess (avsnitt 8.2) bör kunna bidra i denna riktning.

## 8.5 Stärkta drivkrafter för arbetsgivare

**Rekommendation:** Arbetsgivares drivkrafter för förebyggande arbete och stöd för återgång i arbete behöver stärkas. Regeringens tidigare förslag om ekonomiska drivkrafter genom utökat kostnadsansvar för arbetsgivare (*Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna*) bör därför övervägas på nytt och kompletteras med en utredning om redovisningsskyldighet av ekonomiska kostnader för ohälsa och sjukfrånvaro. Utredningen ska ge svar på hur sådan redovisningsskyldighet kan utformas och om redovisningsskyldighet kan komplettera (eller ersätta) regeringens tidigare förslag om ekonomiska drivkrafter.

**Skäl till rekommendationen:** Utredningens bedömning är att stärkta ekonomiska drivkrafter kan bidra till högre aktivitet i arbetsgivares förebyggande arbete och stödjande insatser i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Sådana insatser har en central betydelse för individens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.

Insatser på arbetsplatsen kan i många fall positivt påverka hur individens sjukskrivning utvecklas. Med arbetsgivarrollen följer omfattande ansvar och skyldighet att agera tidigt för att förebygga ohälsa och att stödja individens återgång vid sjukskrivning.[25] Utöver

[25] Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering.

det lagstadgade ansvaret utgör ekonomiska incitament en viktig drivkraft för arbetsgivares agerande och prioriteringar.

En underlagsrapport till den parlamentariska socialförsäkringsutredningen, *Arbetslivsinriktad rehabilitering*,[26] konstaterar att arbetsgivares ekonomiska drivkrafter i internationell jämförelse är svaga och att drivkrafterna inte tillräckligt bidrar till arbetsgivares aktiviteter för att stödja individer tillbaka till arbete. Rapporten rekommenderar därför att ekonomiska incitament för arbetsgivare ska öka. Selektionsproblematik identifieras som risk och föreslås på olika sätt minskas. I *Sjukskrivningarnas anatomi*, en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet, argumenteras åter för att arbetsgivarnas drivkrafter är svaga och att ett ökat kostnadsansvar för arbetsgivare kan förväntas leda till ökning av arbetsgivares aktivitet för att hålla nere sjukfrånvaron.[27] I lagrådsremiss *Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna* föreslår regeringen, med grund i aktuell forskning och aktuella rekommendationer, att arbetsgivares ekonomiska drivkrafter att agera för att sjukskrivna ska kunna återgå i arbete bör stärkas.[28] Utredningens dialog med sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer och arbetsmiljö- och rehabiliteringsforskare speglar bilden av arbetsgivares drivkrafter som viktiga.

I samband med regeringens förslag om hälsoväxling erbjöd regeringen arbetsmarknadens parter möjlighet att, som ett alternativ till hälsoväxlingen, komma överens om åtgärder som kunde bidra till bättre arbetsmiljö och minskad sjukfrånvaro. Inom samtliga sektorer träffade arbetsmarknadens parter avsiktsförklaringar om hur sjukfrånvaron skulle kunna minska, vilket medförde att regeringen avstod från att lämna förslaget om hälsoväxling till riksdagen. Vi redogör för avsiktsförklaringarna och processen som ledde fram till dem i avsnitt 6.2.1.

I utredningens översyn av förebyggande arbete och stöd för återgång, avsnitt 6.2.1, konstaterar vi att avsiktsförklaringarna kan stödja en utveckling mot friska arbetsplatser och lägre sjukfrånvaro. Avsiktsförklaringarna har däremot inte väsentligt bidragit till förstärkning

[26] Inspektionen för socialförsäkringen (2010), *Arbetslivsinriktad rehabilitering*. En underlagsrapport till parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04), s. 16 och 60.
[27] Hägglund, P., Johansson, P. (2016), *Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet*. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (2016:2), s. 86 ff.
[28] Ds 2016:8, *Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna*.

av arbetsgivarnas drivkrafter. Utredningen har heller inte identifierat andra förändringar i regelverket som under senare år förändrat arbetsgivarnas drivkrafter. Vår slutsats är att arbetsgivares ekonomiska drivkrafter för förebyggande arbete och stöd för återgång inte förändrats sedan förslaget om hälsoväxling drogs tillbaka. Utredningens bedömning är därför att regeringens och ovan nämnda rapporters slutsatser om behovet av stärkta ekonomiska drivkrafter för arbetsgivare fortfarande är giltiga.

### 8.5.1 Frågan om drivkrafter bör utredas vidare

Utredningen föreslår att frågan om stärkta drivkrafter utreds vidare. I huvudsak är utredningen positiv till regeringens förslag om så kallad hälsoväxling och anser att förslaget bör övervägas på nytt. Vi noterar dock ett antal risker med förslaget som lyfts av remissinsatser och som åskådliggörs i lagrådsremissen.[29] Dessa risker ger anledning att belysa frågan om drivkrafter ytterligare. En sådan risk med förslaget är att individer med svag ställning på arbetsmarknaden selekteras bort vid rekrytering. Utredningens bedömning är att regeringen, i sitt förslag om hälsoväxling, beaktat denna risk på ett tillräckligt bra sätt. En annan risk är att ekonomiska drivkrafter inte är ett tillräckligt effektivt instrument för att påverka drivkrafter i offentlig sektor. I lagrådsremissen resoneras på följande sätt:

> Till skillnad från den privata, och konkurrensutsatta, sektorn är det en större utmaning att skapa effektiva ekonomiska drivkrafter i offentlig sektor. Detta utifrån att offentlig sektor har möjlighet att finansiera ökade kostnader genom att höja skatten eller få kompensation via högre statsbidrag. För att ekonomiska incitament på ett effektivt sätt ska bidra till att internalisera kostnader för sjukfrånvaro eller dålig arbetsmiljö måste kostnaderna vidare ner på en lokal verksamhetsnivå, i de interna lokala budgeteringsprocesserna, vilket sker mer naturligt i mindre företag jämfört med stora organisationer som förekommer i offentlig sektor.[30]

Utredningen bedömer det problematiskt att utökat kostnadsansvar riskerar att ha begränsad effekt på offentliga arbetsgivare som i allmänhet har stora utmaningar med sjukfrånvaro. Vi anser att frågan om ekonomiska drivkrafter för offentlig sektor inte hanteras i till-

[29] Lagrådsremiss. *Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna*. Visby den 7 juli 2016.
[30] Lagrådsremiss. *Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna*. Visby den 7 juli 2016, s. 97.

räcklig utsträckning i förslaget om hälsoväxling och rekommenderar därför att frågan ses över ytterligare. I texten nedan diskuterar vi *redovisningsskyldighet av kostnader för ohälsa och sjukfrånvaro* som ett möjligt komplement (eller alternativ) till hälsoväxlingen som kan bidra till ökade drivkrafter och som kan vara särskilt effektivt i offentlig sektor. Resonemangen om redovisningsskyldighet gör inte anspråk på att vara fullständiga utan är tänkta som inspel till vidare utredning.

### 8.5.2 Drivkrafter genom redovisningsskyldighet av kostnader för ohälsa och sjukfrånvaro

Utredningens bedömning är att arbetsgivares drivkrafter skulle kunna stärkas genom skyldighet att redovisa kostnader för ohälsa och sjukfrånvaro. Sådan redovisningsskyldighet av kostnader ingår inte i nuvarande krav på redovisning och inte heller i arbetsmiljöcertifieringar såsom certifiering enligt arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) eller arbetsmiljöcertifieringar inom ISO 45001 och ISO 18001.[31]

Kostnader för ohälsa och sjukskrivning kan tas fram genom hälsoekonomiska beräkningar. Utveckling av hälsoekonomiska modeller för sådana beräkningar går framåt och det finns sedan ett antal år flera fritt tillgängliga beräkningsmodeller. Försäkringskassan har en modell för beräkning av kostnader vid sjukfrånvaro på sin webbplats.[32] För beräkning av kostnader för brister i arbetsmiljö och ohälsa på arbetsplatsen finns flera arbetshälsoekonomiska analysverktyg publicerade på Myndigheten för arbetsmiljökunskaps hemsida.[33]

Vilka de faktiska kostnaderna för ohälsa och sjukfrånvaro är kan vara svårt för arbetsgivare att uppskatta. Hälsoekonomiska beräkningar synliggör kostnader för ohälsa och sjukfrånvaro och utgör därmed en viktig komponent för ändamålsenlig ekonomisk styrning. Utöver att vara ett instrument för ekonomisk styrning anser utredningen att transparent redovisning av ekonomiska kostnader för

[31] Certifieringarna fokuserar på ledningssystem och utgår från system, rutiner och processer, snarar än resultat och utfall. Utredningen menar därför att nuvarande certifieringar fyller ett gott syfte, men ett annat syfte än det som här avses. En möjlig utveckling är att ställa krav på redovisning som utöver översyn av system, rutiner och processer kompletterar med en redovisning av kostnader för brister i arbetsmiljö och för sjukfrånvaro.
[32] Försäkringskassan. Beräkna kostnader för sjukfrånvaro. www.forsakringskassan.se/arbetsgivare/e-tjanster-for-arbetsgivare/berakna-kostnader-for-sjukfranvaro#/. Hämtad 2020-03-26.
[33] www.mynak.se/publikationer/. Hämtad 2020-03-26.

ohälsa och sjukfrånvaro kan vara ett viktigt underlag för dialog om arbetsplatsens arbete med arbetsmiljö och sjukfrånvaro. Nuvarande certifieringar inom arbetsmiljöområdet fokuserar på att rutiner och organisation av arbetsmiljöarbetet finns på plats. Vår bedömning är att sådant fokus bör kompletteras med ekonomiska (och andra) utfall, för att ge en mer fullständig bild av förhållandena.

Redovisningsskyldighet av kostnader för ohälsa och sjukfrånvaro kan också vara ett viktigt instrument för att skapa medvetenhet och engagemang hos ägare. Det antas vara särskilt effektivt som påtryckningsmedel för offentliga arbetsgivare där medborgarna är ”ägare” och bör ha ett intresse i att ekonomiska medel nyttjas på ett ändamålsenligt sätt. Bland offentliga arbetsgivare har bland annat kommuner och regioner generellt hög sjukfrånvaro och transparent redovisning av kostnader kan antas leda till ökad medvetenhet hos såväl personal som medborgare om hur stora kostnaderna är. En sådan medvetenhet kan stimulera en offentlig dialog och ansvarsutkrävande för kostnader till följd av brister i arbetsmiljö och sjukfrånvaro. Då det dessutom finns risk att utökat kostnadsansvar kan ha lägre effekt i offentliga verksamheter (enligt resonemang tidigare i detta kapitel) kan redovisningsskyldighet i det offentliga utgöra ett värdefullt komplement till, eller alternativ till, ökat kostnadsansvar.

Utredningen ser som en möjlighet att förslaget om redovisningsskyldighet avgränsas till offentlig sektor. I praktiken skulle offentliga arbetsgivare frivilligt kunna åta sig att redovisa sådana kostnader. Alternativt skulle regeringen och SKR kunna träffa en överenskommelse om redovisning av kostnader och, till exempel, stöd i finansiering till arbetsgivare för framtagande av sådana kostnader. Möjlighet till, och utformning av, en sådan avgränsning av rekommendationen till offentlig sektor bör ingå i den utredning vi föreslår.

## Utformning av redovisningsskyldighet

Redovisning av kostnader för ohälsa och sjukfrånvaro görs förslagsvis i samband med årsredovisning. Oberoende extern expertis bör anlitas och såväl direkta som indirekta kostnader för ohälsa och sjukfrånvaro inkluderas i redovisningen. En vanlig direkt kostnad är sjuklön och indirekta kostnader kan avse produktionsbortfall, rekryteringskostnader, handläggningstid för chef och annan administrativ

personal, belastning på kollegor etcetera. Både direkta och indirekta kostnader ingår i de modeller som hänvisas till tidigare i detta kapitel. Redovisning av sådana kostnader kan till exempel benämnas *arbetsmiljöbokslut* eller *utökad arbetsmiljörevision*.

### 8.5.3 Arbetsgivarföreträdarnas kritik till ökade ekonomiska drivkrafter

Under arbetet med förslaget har arbetsgivarföreträdarna från Svenskt näringsliv, SKR och Arbetsgivarverket tydliggjort att de ställer sig avvisande till såväl ytterligare övervägande om förslaget om hälsoväxling och till utredningens rekommendation om redovisningsskyldighet. Arbetsgivarföreträdarna tar upp att drivkrafterna redan i dag är tillräckliga och att förslagen leder till ökad administration. Arbetsgivarföreträdarnas syn på regeringens tidigare förslag om hälsoväxling kan också läsas i remissvar på Ds 2016:8, *Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna*.[34] Trots att arbetsgivarföreträdarna ställer sig avvisande är vår bedömning att argumenten för ökade drivkrafter, som vi redogör för ovan, är starka och att en förstärkning är viktig för att åstadkomma ett bättre stöd till individen.

[34] Arbetsgivarverket (2016), *Yttrande över promemorian Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna (Ds 2016:8)*, Svenskt Näringsliv (2016), *Remissvar. Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna* (2016:8) och SKR (2016), *Yttrande. Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna* (Ds 2016:8).

## 8.6 Konsultation av expert vid bedömning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete

**Rekommendation:** Arbetsgivaren ska, när en plan för återgång i arbete tas fram, konsultera en expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering som stöd i en kvalificerad bedömning om vilka insatser som behöver genomföras på arbetsplatsen för att ge individen stöd att återgå i arbete. Arbetsgivarens skyldighet att konsultera en expertresurs bör regleras i 30 kap. 6 § socialförsäkringsbalken.

**Skäl till rekommendationen:** Utredningens bedömning är att arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete behöver stärkas. Ökade krav på konsultation av expert förväntas leda till att möjligheter till arbetsplatsinriktat stöd tas tillvara på ett bättre sätt och att stödjande insatser på arbetsplatsen utformas med utgångspunkt i kunskap och erfarenhet.

I avsnitt 6.3.1 *Arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete* redogör vi för förekomst av arbetsplatsinriktat stöd för återgång och faktorer som påverkar det stöd som ges individen. Utredningens underlag visar att stödjande insatser är otillräckliga i 16 till 35 procent av studerade sjukfall. Underlaget baseras på såväl studier av arbetsgivares dokumentation av insatser som individers upplevelse av stöd.

Det är arbetsgivaren som har ansvar för arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete. Ansvaret omfattar att säkerställa att egen personal har kompetens inom området samt att företagshälsovård eller annan expertresurs anlitas i de fall där den egna kompetensen inte är tillräcklig.[35] I kapitel 6.3.1 redogör vi för att chefer uppger sig lämnade ensamma med ansvaret, och att deras kunskap i frågor om arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete är låg. Med utgångspunkt i utredningens egen undersökning uppskattar vi att arbetsgivare konsulterar företagshälsovård vid utformning av arbetsplatsinriktade insatser i 10 till 15 procent av sjukfall.[36] En nivå vi bedömer som låg.

De rapporter och studier som vi hänvisar till i kapitel 6.3.1 är relativt få och varierar i kvalitet. Vi bedömer dock tillgänglig kunskap som tillräcklig för att gå vidare med rekommendation om kon-

[35] 4–6 §§ Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering.
[36] Se utredningens underlag och uppskattning av intervall i avsnitt 6.3.1.

sultation av expertstöd. Arbetsplatsinriktat stöd spelar en viktig roll för individens rehabilitering och sjukskrivningens längd och rekommenderas i nationella och internationella kunskapsöversikter.[37] Det är därför viktigt att säkerställa att sådana insatser ges i tillräcklig utsträckning och till alla som har behov av sådant stöd.

Utredningens rekommendation om ökade drivkrafter för arbetsgivare, avsnitt 8.5, förväntas bidra till ökad efterfrågan på företagshälsovård eller annan oberoende expertresurs. Vår bedömning är att rekommendation om drivkrafter stärker förutsättningar för rekommendation om konsultation av expert och att de båda rekommendationerna gemensamt ger goda förutsättningar för ett bättre arbetsplatsinriktat stöd.

### 8.6.1 Att arbetsgivare själva bedömer behovet av expertstöd har både för- och nackdelar

Nuvarande ordning, att arbetsgivare själva bedömer när expert ska konsulteras, har fördelen att experter inte nyttjas i de fall där arbetsgivarens kompetens är tillräcklig. Detta har också påtalats av arbetsgivarföreträdare under utredningens arbete. Vi ifrågasätter inte heller att det förhåller sig på det sättet. Nackdelen med att arbetsgivaren själva bedömer behovet av att involvera expertis är dock att arbetsgivare dels kan sakna ekonomiska incitament att ta hjälp av extern expertis[38] och dels att arbetsgivaren kan sakna kompetens att bedöma när behov av stöd uppstår[39]. Tillsyn av att arbetsgivare använder företagshälsovård, eller annan oberoende expertresurs, i den utsträckning som de behöver har konstaterats som i praktiken mycket begränsad.[40] Utredningen visar i sitt arbete att stora grupper sjukskrivna inte får del av arbetsanpassning och annat arbetsplatsinriktat stöd i den utsträckning de anser sig behöva. Vi ser att företagshälsovård involveras i få fall, med indikationer på att när företagshälsovård involveras så ökar kvaliteten i bedömning av vilket arbetsplatsinriktat stöd som kan ges.

[37] Utredningen utvecklar detta i avsnitt 6.1.1.
[38] Att arbetsgivare har relativt svaga ekonomiska incitament för sitt arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen redogörs för i avsnitt 8.5, rekommendation om stärkta drivkrafter för arbetsgivare.
[39] Försäkringskassan (2018), *Ett interventionsprojekt för att förbättra bemötandet av och stödet till chefer vid arbetsrehabilitering, rekrytering och anställning av personer med psykisk ohälsa*. Socialförsäkringsrapport 2018:10.
[40] SOU 2004:113, *Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder*, s. 88 f.

Bästa lösning vore att genom en precis bedömning av behov använda expertstöd i samtliga fall där det behövs, men inte i fler fall än så. Att arbetsgivare själv gör bedömningen verkar leda till ett underskott av konsultation och otillräckligt stöd. Utredningens rekommendation om krav kan leda till ett överskott av kunskap och därmed en ineffektivitet. Underlaget medger ej detaljerade beräkningar utöver de resonemang som utredningen redogör för. Vår bedömning är att tillgängligt underlag talar för att fördelarna i detta fall överväger nackdelarna. Anledningen till det är de argument vi redogör för ovan och som vi fördjupar i avsnitt 6.3.1. I sammanfattning är argumenten att arbetsplatsinriktat stöd rekommenderas för att stärka återgång i arbete och förkorta sjukskrivningars längd, att det föreligger ett underskott av stöd och att experter kopplas in i relativt få fall trots att kompetensen hos ansvariga chefer är låg.

### 8.6.2 En precisering av utredningens rekommendation

Utredningens rekommendation är att arbetsgivare ska konsultera, det vill säga rådgöra med, en expert på arbetsanpassning och arbetsplatsinriktat stöd för återgång när plan för återgång i arbete tas fram, det vill säga inom 30 dagars sjukfrånvaro. Det är således ingen förändring i arbetsgivarens ansvar, men en skärpning av arbetsgivarens skyldighet att säkerställa att arbetsplatsinriktat stöd utformas med utgångspunkt i kunskap och att företagshälsovård eller annan expertresurs används när den egna kompetensen inte är tillräcklig. Det är fortsatt arbetsgivaren som har ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering och för plan för återgång i arbete. Arbetsgivaren ska dokumentera konsultation med expertresurs. Konsultation av expert i relation till plan för återgång bedöms leda till tydlighet i arbetsgivarens ansvar.

Arbetsgivarens skyldighet att konsultera en expertresurs bör regleras i 30 kap. 6 § SFB.

## Ett utökat stöd till arbetsgivaren

Expertresursen ska bistå arbetsgivaren att identifiera och utforma arbetsplatsinriktade insatser som kan genomföras på arbetsplatsen för att stödja återgång i arbete. Konsultationen kan också omfatta att ge råd och stöd till arbetsgivare i angränsande frågor som har betydelse för individens återgång och som ligger i arbetsgivarens ansvar. Det kan till exempel handla om att uppmuntra till socialt stöd och kontakt med individen. Eller att stödja chefen med samtalsmetoder som bidrar till en ändamålsenlig dialog och uppmuntrar individen att själv delta aktivt i sin egen rehabilitering. Expertresursens bör, i enlighet med aktuella riktlinjer, uppmuntra och vid behov stödja arbetsgivaren att undersöka sjukfrånvarons koppling till arbetsmiljön.[41]

Det får förutsättas att behovet av arbetsplatsinriktat stöd i vissa fall är mindre och i andra fall är större. Arbetsgivare har, beroende på arbetets betingelser och egen tillgång till kunskap inom området, olika stora behov. Studier visar att chefer i framför allt mindre och medelstora arbetsgivare ofta känner sig ensamma med rehabiliteringsansvaret och har större behov av externt stöd än chefer hos större arbetsgivare där tillgången till internt stöd generellt är större.[42]

## Definition av expertresurs

Med expertresurs ska avses företagshälsovård eller annan oberoende expertresurs så som det beskrivs i 3 kap. 2 c § arbetsmiljölagen.

Vi bedömer att det expertstöd som avses i vår rekommendation i första hand kan tillhandahållas av sådana professioner där det relativt sätt finns god tillgång till kompetens, i huvudsak arbetsterapeuter, psykologer, beteendevetare och ergonomer. Professioner där det är stor brist inom företagshälsovården, dvs. företagsläkare och arbetsmiljöingenjörer, bedöms beröras i mindre utsträckning.[43]

[41] www.mynak.se/publikationer/riktlinjer-vid-psykisk-ohalsa-pa-arbetsplatsen/. Hämtad 2020-03-26.
[42] Försäkringskassan (2018), *Ett interventionsprojekt för att förbättra bemötandet av och stödet till chefer vid arbetsrehabilitering, rekrytering och anställning av personer med psykisk ohälsa.* Socialförsäkringsrapport 2018:10.
[43] Myndigheten för arbetsmiljökunskap (2019), *Företagshälsovårdens kompetensförsörjning*. Rapport FHV 2019:2.

### 8.6.3 Risk att frågan om arbetsplatsinriktat stöd blir för komplicerad

Vi har tagit del av farhågor att krav på konsultation med expertresurs vid framtagande av plan för återgång i arbete riskerar att skicka signaler om att stöd för återgång är komplicerat, vilket kan ha en hämmande effekt på arbetsgivares initiativ till arbetsplatsinriktat stöd.

Vår utgångspunkt är att en god dialog mellan arbetsgivare och arbetstagare är viktigt både för planering av insatser och för att ge socialt stöd till den som blivit sjukskriven. Det är svårt att bedöma om, och i så fall hur stor, hämmande effekt ökade krav på konsultation skulle ha på arbetsgivares initiativ till dialog. En annan möjlighet, vilket är en del av syftet med rekommendationen, är att en expert vid en konsultation skulle påtala och stödja arbetsgivare i, och till, dialog med den sjukskrivne. Det skulle därmed kunna leda till fler samtal mellan arbetsgivare och sjukskrivna medarbetare. Sannolikt skulle den effekten vara störst vid psykisk ohälsa där det finns ett väldokumenterat stigma och överlag lägre kunskap hos arbetsgivare.[44]

Arbetsplatsinriktat stöd för återgång är också i vissa fall ett svårt område. Arbetsmetoden ADA+ som vi redogör för i avsnitt 6.1.2 omfattar vägledning för kognitiv ergonomi (stöd till individer med psykisk ohälsa) som knappast kan betraktas som allmän kunskap. Vi menar att kunskap om hur arbetsplatsinriktat stöd ska utformas behöver öka på arbetsplatser, och vi ser tendenser till att komplexiteten inom området inte ges tillräcklig uppmärksamhet och förståelse. Arbetsgivare och arbetstagare ska prata med varandra, men att stanna vid ett samtal mellan lekmän nyttjar inte den fulla potentialen i tillgänglig kunskap.

[44] Försäkringskassan (2018), *Ett interventionsprojekt för att förbättra bemötandet av och stödet till chefer vid arbetsrehabilitering, rekrytering och anställning av personer med psykisk ohälsa.* Socialförsäkringsrapport 2018:10.

### 8.6.4 Rekommendation om expertstöd i relation till 2018 års reformer för stärkt stöd för återgång i arbete

Betydelsen av arbetsplatsinriktade insatser för återgång i arbete är känd sedan tidigare och framför allt två reformer, *plan för återgång i arbete*[45] och *arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd*[46], har under senare år syftat till att stärka sådana insatser. Utredningen redogör här för sina överväganden om föreliggande rekommendation i relation till dessa reformer.

Utredningens bedömning är att plan för återgång i arbete och det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet förvisso kan bidra till en förstärkning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång, men att reformerna bara delvis stimulerar användandet av expertis och kunskap i frågor om arbetsplatsinriktat stöd.

Plan för återgång i arbete betonar tidig aktivitet från arbetsgivaren. Tidig aktivitet kan vara viktigt, men leder inte per automatik till att den tidiga aktiviteten är kunskapsbaserad eller når upp till tillräcklig kvalitet för att ge ett gott stöd. I förarbetena skrivs att expertstöd ska anlitas vid behov.[47] Det är viktigt att betydelsen av expertstöd nämns, men det stärker inte arbetsgivarens ansvar. Ansvar att involvera företagshälsovård eller annat expertstöd är etablerat sedan flera decennier, till exempel i arbetsmiljöverkets föreskrifter om arbetsanpassning och rehabilitering och systematiskt arbetsmiljöarbete.[48]

Det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet syftar till att öka användning av expertis och kunskap i utredning, analys och framtagande av arbetsplatsinriktat stöd för återgång. Som redovisas i avsnitt 6.2.5 är nyttjandet betydligt lägre än förväntat och nyttjandet minskar från 2018 till 2019.

Utredningen anser att reformerna inte tillräckligt bidrar till arbetsplatsinriktat stöd för återgång. Vi menar därför att det finns anledning att komplettera dessa reformer med ökade krav på att konsultera experter på stöd för återgång vid framtagande av plan för återgång i arbete.

[45] 30 kap. 6 § SFB.
[46] Förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.
[47] Prop. 2017/18:1, utgiftsområde 10, s. 63.
[48] 6 § Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering och 12 § Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete.

### 8.6.5 En principiell fråga om kvalitetssäkring

Krav på konsultation med företagshälsovård eller annan oberoende expertresurs innebär en kvalitetssäkring av arbetsplatsinriktade insatser för återgång. Det kan konstateras att samhället ställer mycket höga krav på kvalitetssäkring av medicinska rehabiliteringsinsatser genom att det är legitimerad personal inom hälso- och sjukvården som ansvarar för dessa. Det är bra att vi ställer höga krav på medicinsk rehabilitering. Det kan dock tyckas märkligt att motsvarande kvalitetssäkring saknas för utformning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång, där konsultation med expert i praktiken är frivilligt.[49] Inte minst med anledning av hur viktiga sådana arbetsplatsinriktade insatser visat sig vara för återgång i arbete, en fråga med stor relevans för både individen och för samhällets ekonomi.[50]

## 8.7 En förvaltning av kunskapsområdet arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete

**Rekommendation:** Myndigheten för arbetsmiljökunskap ges i uppdrag att samla in, sammanställa och sprida kunskap om arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete.

**Skäl till rekommendationen:** Med arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete avses sådana insatser som ges på eller i nära anslutning till arbetsplatsen och med syfte att stödja en individ som är sjukskriven, eller som riskerar sjukskrivning, att återfå arbetsförmåga för att hen ska kunna återgå i arbete. I avsnitt 6.1.1 redogör vi för nationella och internationella kunskapsöversikter inom området. Översikterna visar på betydelsen av arbetsplatsinriktade insatser för individens återgång i arbete. I avsnitt 6.2.1 beskriver vi arbetsmetoden ADA som ett exempel på hur generell kunskap om stöd för återgång kan omsättas i ett konkret verktyg. Utredningens bedömning är att det finns behov av fler arbetsmetoder och modeller som med utgångspunkt i vetenskap kan vägleda professionella, myndigheter och arbetsgivare i deras ansvar att ge individen stöd för återgång.

[49] SOU 2004:113, *Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder*, s. 88 f.
[50] Utvecklas i avsnitt 6.1.1.

Vilka arbetsplatsinriktade stödjande insatser som har effekt kan vara svårt att avgöra. Ett exempel på detta redogörs för i avsnitt 5.4.2 där vi beskriver hur aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen drar olika slutsatser om vilka insatser som bör rekommenderas individen.

Kunskapsområdet stöd för återgång i arbete har stor betydelse för utformning av stöd till individen. Vi konstaterar att det i dag inte finns någon aktör med ansvar att samla in, sammanställa och sprida kunskap inom området. Utredningens bedömning är att en aktör med sådant ansvar skulle öka möjligheterna för aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen att använda sig av vetenskapligt förankrad kunskap om återgång i arbete. Vår rekommendation är att ett sådant ansvar ges Myndigheten för arbetsmiljökunskap.

### 8.7.1 Ansvaret ges till Myndigheten för arbetsmiljökunskap

Av instruktionen till Myndigheten för arbetsmiljökunskap framgår att myndigheten är nationellt kunskapscentrum för frågor om arbetsmiljö. Myndigheten ska ansvara för kunskapsuppbyggnad och kunskapsspridning och bidra till att kunskap om arbetsmiljö kommer till användning i praktiken. Myndigheten ska också följa och främja företagshälsovårdens utveckling.[51] Det skulle kunna argumenteras att kunskapsområdet *arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete* ligger inom arbetsmiljöområdet och därmed redan är del av myndighetens ansvarsområde. Myndigheten har till exempel publicerat *riktlinjer vid psykisk ohälsa* på arbetsplatsen som omfattar rekommendationer om stöd för återgång i arbete.[52] Riktlinjer för psykisk ohälsa fanns dock redan innan myndigheten startade upp och överfördes till myndigheten från Karolinska Institutet. Riktlinjerna kan därmed inte till fullo ses spegla en inriktning mot stöd för återgång i arbete. Utredningens samlade bedömning är att myndighetens uppdrag inom arbetsmiljöområdet inte med självklarhet kan sägas omfatta kunskapsområdet *arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete*.

Utredningen ser framför allt två argument för att uppdraget ges till Myndigheten för arbetsmiljökunskap:

[51] Förordning (2018:254) med instruktion för Myndigheten för arbetsmiljökunskap.
[52] www.mynak.se/publikationer/riktlinjer-vid-psykisk-ohalsa-pa-arbetsplatsen/. Hämtad 2020-03-26.

1. Företagshälsovården har en viktig roll som resurs för arbetsgivaren i dennes ansvar att stödja individen åter i arbete. Att ge myndigheten ett ansvar att samla och sprida kunskap inom området stöd för återgång harmoniserar, enligt utredningen, väl med myndighetens uppdrag att främja företagshälsovårdens utveckling. I kombination med utredningens rekommendation om expertstöd (rekommendation 8.6) stärker uppdraget om kunskapsförvaltning företagshälsovårdens roll som arbetsgivarens resurs.
2. Enligt utredningens rekommendation om samverkan mellan sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer (rekommendation 8.2) ska Myndigheten för arbetsmiljökunskap samverka med andra myndigheter och aktörer för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Utredningen anser att myndigheten har en viktig roll att som kunskapsmyndighet, i samverkan med övriga aktörer, bidra med aktuell kunskap om stöd för återgång i arbete.

Vi har övervägt om uppdraget skulle kunna ges till andra myndigheter såsom Försäkringskassan eller Socialstyrelsen. Båda dessa myndigheter har uppdrag som kan sägas omfatta och angränsa kunskapsområdet stöd för återgång i arbete. Myndigheten för arbetsmiljökunskaps uppdrag i relation till företagshälsovården har dock varit tungt vägande i vår rekommendation då företagshälsovården kan antas vara en av de viktigaste kanalerna för att omsätta kunskapsområdet i handling ute på arbetsplatserna. Myndigheten för arbetsmiljökunskap är dessutom en utpräglad kunskapsmyndighet som torde ha goda förutsättningar att effektivt administrera rekommenderat kunskapsuppdrag.

## 8.8 Ett utvecklat samarbete mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för att möta individers behov av stöd

**Rekommendation:** Att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen vidareutvecklar sin samverkan för att:

- Ge fler individer stöd genom rehabiliteringssamverkan mellan myndigheterna.
- Ge individer som har nedsatt hälsa, men som av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga och därmed inte längre har rätt till ersättning från sjukförsäkringen, ett bättre stöd för att de ska kunna tillvarata sin arbetsförmåga.
- Ge alla individer som kommer från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen, information om vilka krav de behöver uppfylla för att deras sjukpenninggrundande inkomst ska vara fortsatt skyddad.
- Säkerställa att aktuell information hos Arbetsförmedlingen om en individs arbetsförmåga, vägs in i Försäkringskassans bedömning om arbetsförmågans nedsättning när individen ansöker om sjukpenning.

**Skäl till rekommendationen:** I avsnitt 5.5.2 och 7.1.6 redogör vi för på vilka sätt nuvarande samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen inte i tillräcklig utsträckning tillgodoser de behov individer har av stöd för att kunna ta tillvara sin arbetsförmåga när de går från sjukförsäkringen till arbetsmarknaden. Vår bedömning är att den kunskap som finns om rehabiliteringssamverkan mellan myndigheterna visar på goda effekter, men att det är för få individer som får stöd tillbaka till arbete genom rehabiliteringssamverkan. Vi bedömer vidare att de individer som av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga, men som har nedsatt hälsa, inte ges tillräckliga förutsättningar att ställa om till arbete, vilket var avsikten med det nolltoleransuppdrag regeringen gav myndigheterna 2018.[53] Vi bedömer även att de metoder som myndigheterna utvecklat för

[53] Socialdepartementet (2018), *Åtgärdsprogram 3.0 – Regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum*.

att förhindra att individer förlorar sin sjukpenninggrundande inkomst (SGI) i övergången mellan myndigheterna inte är tillräckliga. Slutligen bedömer vi att de uppgifter som Arbetsförmedlingen har om en individs arbetsförmåga behöver tas om hand av Försäkringskassan när en individ ansöker om sjukpenning efter en tid i ett arbetsmarknadspolitiskt program (problematiken redogörs för i avsnitt 7.1.5).

### 8.8.1 Individen väljer själv om hen vill ha stöd i övergången mellan myndigheterna

Om individen får sin sjukpenning indragen avgör individen själv om hen vill ha stöd av Arbetsförmedlingen. Individen kan alltså välja bort det stöd som syftar till att skapa en bra övergång för individen mellan myndigheterna. Myndigheterna har därför ett stort ansvar att i samverkan säkerställa att individen förstår hur systemet är tänkt att fungera.

### 8.8.2 Försäkringskassan behöver göra mer för att fler individer ska ges stöd genom myndigheternas rehabiliteringssamverkan

Trots att Försäkringskassan genomför insatser för att ge fler individer stöd i rehabiliteringssamverkan som vi redogör för i avsnitt 7.1.3 har antalet individer som får ett sådant stöd minskat under de senaste åren. Av Försäkringskassan årsredovisning för 2019 framgår att färre individer erbjöds en gemensam kartläggning 2019 än 2018. I avsnitt 7.1.6 gör vi också bedömningen att betydligt fler än de individer som får insatser i rehabiliteringssamverkan bör vara i behov av sådana insatser. Detta tyder på att mer kraftfulla insatser behöver vidtas av Försäkringskassan för att fler individer ska få ta del av detta stöd.

Vi bedömer därför att Försäkringskassan behöver intensifiera sitt arbete med att identifiera individer som kan vara i behov av stöd i rehabiliteringssamverkan och erbjuda detta stöd. Hur Försäkringskassans arbetar med att initiera fler individer till rehabiliteringssamverkan bör redovisas i Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens gemensamma återrapportering enligt myndigheternas regleringsbrev.

### 8.8.3 Ett utvecklat stöd till individer som har nedsatt hälsa men som av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga

Regeringen har i sitt nolltoleransuppdrag till Försäkringskassan och till Arbetsförmedlingen påtalat att individer som har nedsatt hälsa, men av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga och därmed inte längre har rätt till ersättning från sjukförsäkringen, har behov av ett särskilt stöd för att kunna ta tillvara sin arbetsförmåga. Av myndigheternas respektive regleringsbrev framgår att:

> Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan ska skapa goda förutsättningar för övergången till Arbetsförmedlingen för de personer som har nedsatt hälsa men av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga och därmed inte längre har rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Myndigheterna ska gemensamt se till att behovet av insatser kan identifieras och mötas så tidigt som möjligt för att underlätta omställning till arbete. I uppdraget ingår att myndigheterna förbereder individer inför en övergång och informerar dem om vad myndigheterna inom sina ansvarsområden och tillsammans kan bidra med i form av insatser och stöd.[54]

I avsnitt 7.1.2 redogör vi för metoden *omställningsmöte*, som är den metod som används för att ge dessa individer goda förutsättningar i övergången mellan myndigheterna. Vår bedömning är att omställningsmötet inte utgör ett tillräckligt stöd för övergången mellan myndigheterna för en del av de individer som av Försäkringskassan bedömts ha arbetsförmåga, men som har behov av stöd för att de ska kunna ta tillvara sin arbetsförmåga. För dessa individer behöver samverkan i övergången mellan myndigheterna innefatta ett mer individuellt anpassat stöd än det stöd som omställningsmötet i sin nuvarande form erbjuder. Stödet behöver innefatta en tydlighet om hur den bedömning av individens arbetsförmåga som Försäkringskassan genomfört tas omhand av Arbetsförmedlingen i utformningen av det fortsatta stödet till individen. Stödet behöver också innefatta en plan för hur individen ska ges stöd av Arbetsförmedlingen innan individens sjukpenning dras in.

Vi rekommenderar därför att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen utvecklar metoder för ett mer omfattande stöd till de individer som har behov av ett sådant för att kunna ställa om till arbete. Vi rekommenderar även att myndigheterna utvecklar meto-

[54] Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Arbetsförmedlingen och Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Försäkringskassan.

der för att identifiera vilka individer det är som behöver ett mer omfattande stöd i övergången mellan myndigheterna. Utgångspunkt för utveckling av sådana metoder bör vara de arbetsformer som finns inom ramen för rehabiliteringssamverkan, med anledning av att detta arbetssätt mellan myndigheterna visat ge effekt på återgång i arbete.

## Överväganden

Vi bedömer att myndigheternas nuvarande tolkning av sina likalydande regleringsbrevsuppdrag är för restriktiv. Den nuvarande metoden *omställningsmöte* kan ses som ett sätt att förbereda individen för en övergång mellan myndigheterna i överensstämmelse med de likalydande uppdragen. Vid mötet ges individen allmän information om vad Arbetsförmedlingen erbjuder arbetssökanden, information om hur man skriver in sig som arbetssökande hos Arbetsförmedlingen och myndighetens representanter kan ge svar på frågor som individen har.[55] Genom att erbjuda individen ett sådant möte kan myndigheterna anses ha uppfyllt sina respektive uppdrag. Men mötet innehåller ingen individuell planering för hur en individs arbetsförmåga ska kunna tas tillvara, och kan därmed inte ses som att myndigheterna *gemensamt* ser till att individens behov av insatser identifieras och möts så tidigt som möjligt för att underlätta individens omställning till arbete. Vår bedömning är att det finns individer vars behov av stöd i omställning inte tillgodoses av det nuvarande omställningsmötet, vilket också bekräftas av dialog med Arbetsförmedlingen under utredningens gång. Vi bedömer därför att stödet i övergången behöver utvecklas för att individer ska uppleva att sjukförsäkringen och arbetsmarknadspolitiken hänger samman.

[55] www.forsakringskassan.se/privatpers/sjuk/anstalld/sjukpenning Från sjukförsäkring till arbetsliv. Hämtad 2020-03-16.

### 8.8.4 Mer behöver göras för att säkerställa att individer inte förlorar sin sjukpenninggrundande inkomst i övergången från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen

Det finns fortfarande individer som förlorar sin SGI i övergången mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och konsekvenserna för dessa individer kan bli mycket stora. Vår bedömning är således att nolltoleransuppdraget samt det utökade rådrummet som regeringen införde 2018 inte har varit tillräckliga för att förhindra att individer förlorar sin SGI.[56]

För att detta inte ska inträffa är vår bedömning att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen behöver utveckla ett automatiserat system för informationsöverföring. Ett sådant system skulle säkerställa att individer som går från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen får den information de behöver för att uppfylla de krav som behövs för att skydda sin SGI. Arbetsförmedlingen är i dag beroende av att individen berättar att hen kommer ifrån sjukförsäkringen och därmed behöver ges särskild information om vad som krävs för att skydda sin SGI. Vi menar att det är orimligt. Genom en automatisk informationsöverföring från Försäkringskassan kan systemet uppmärksamma arbetsförmedlarna på individens behov av information. Arbetsförmedlaren kan då informera individen om att hen måste vara aktivt arbetssökande för att hens SGI ska vara skyddad. En sådan lösning minskar riskerna för individuella missförstånd och misstag. Myndigheterna behöver ta fram en lösning för hur en digital informationsöverföring ska gå till, och utreda de juridiska och tekniska förutsättningarna för en informationsöverföring.

## Överväganden

Vår bedömning är att vår rekommendation i föregående avsnitt 8.8.3 leder till att fler individer får förståelse för hur de ska skydda sin SGI när de går från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen. Det arbete myndigheterna redan gör, och planerar att göra, bidrar troligen till att minska antalet individer som förlorar sin SGI i övergången. I dag erbjuds alla individer som får sin sjukpenning indragen i pågående

[56] Socialdepartementet (2018), *Åtgärdsprogram 3.0 – Regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum.* Promemoria 2018-01-23.

sjukfall ett omställningsmöte, och i Försäkringskassans kommuniceringsbrev och beslutsbrev till individen finns information om vikten av att skydda sin SGI och vad det är individen behöver göra. Enligt uppgift från Arbetsförmedlingen så övervägs om följande text ska läggs in i samtliga arbetssökandes handlingsplan per automatik:

> Om jag inte aktivt söker arbete så kan det också påverka andra ersättningar som andra myndigheter beslutar om. Det gäller exempelvis om jag tidigare har haft en anställning som gett rätt till en sjukpenninggrundande inkomst (SGI) hos Försäkringskassan eller om jag har försörjningsstöd. Vid frågor om detta kan jag vända mig till den myndighet som beslutar om ersättningen.[57]

Vår bedömning är dock att individer även fortsättningsvis, trots ett utvecklat samarbete enligt ovanstående rekommendation i 8.8.3 kan riskera att förlora sin SGI i övergången mellan myndigheterna. Skälet till detta är att individen, eftersom det är individen själv som avgör om hen vill ha stöd av myndigheterna i övergången, kan riskera att missa den viktiga information om att hen behöver vara aktivt arbetssökande för att skydda sin SGI när hen är inskriven hos Arbetsförmedlingen. Det vill säga att det inte räcker med att bara vara inskriven hos Arbetsförmedlingen för att SGI:n ska vara skyddad. Om inte denna information är tydlig, kan individen tro att SGI:n är skyddad eftersom individen är inskriven hos Arbetsförmedlingen. Men om individen blir registrerad som *arbetssökande med förhinder* hos Arbetsförmedlingen, och inte aktivt söker arbete, skyddas inte individens SGI. Individer kan avböja att delta i möten och insatser som Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen erbjuder, och på egen hand skriva in sig hos Arbetsförmedlingen. Om individen då möter en arbetsförmedlare som inte vet att individen kommer från Försäkringskassan och är i behov av information om vad som krävs för att skydda sin SGI, kan individen uppge att hen är för sjuk att för att aktivt söka arbete. Individen kan då bli registrerad som *arbetssökande med förhinder* och därmed riskera att förlora sin SGI.

Vår bedömning är att det är orimligt att skyddet av en individs SGI ska bygga på att individen uppger för arbetsförmedlaren att hen kommer från Försäkringskassan för att arbetsförmedlaren i sin tur ska förstå att individen kan vara i behov av ingående information om vad det som krävs för att hen ska kunna skydda sin SGI. Vi har

[57] Inkommen uppgift från Arbetsförmedlingen. E-post 5 mars 2020.

övervägt om det skulle vara möjligt att utvidga SGI-skyddet så att det skulle omfatta samtliga individer som är inskrivna hos Arbetsförmedlingen oavsett om de är aktivt arbetssökande eller inte. Vår bedömning är dock att ett sådant skydd skulle bli alltför extensivt och också omfatta individer som medvetet väljer att inte vara aktivt arbetssökande och därmed inte har rätt till ett SGI-skydd.

Den lösning som enligt vår mening kvarstår är att Arbetsförmedlingen automatiskt får information om vilka individer som fått sin sjukpenning indragen så att dessa individer i sin tur garanteras att av arbetsförmedlaren få den information de behöver för att kunna skydda sin SGI. Att föra information om enskilda individer mellan myndigheter innebär alltid en risk för individens integritet och hur en informationsöverföring av dessa uppgifter ska kunna genomföras behöver utredas vidare. Det behöver också utredas om information om en individ kan skickas från Försäkringskassan till Arbetsförmedlingen utan att samtycke ges i varje enskilt fall. Vår bedömning är att konsekvenserna av det ansvar som i dag vilar på professionerna hos respektive myndighet, att informera individer som kan riskera sin SGI, utan att det finns uppgifter hos Arbetsförmedlingen om vilka individer som är viktiga att informera, är för stora för att ett digitalt stöd för detta kritiska moment i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inte skulle utredas vidare.

### 8.8.5 Övergången från Arbetsförmedlingen till Försäkringskassan

Som vi redogör för i avsnitt 7.1.5, finns det i dag inget stöd för övergång från Arbetsförmedlingen till Försäkringskassan när en individ befinner sig i ett arbetsmarknadspolitiskt program och avbryter sin medverkan i ett sådant på grund av sjukdom och ska ansöka om sjukpenning. Vi delar Försäkringskassan uppfattning att mötesformen *gemensam kartläggning* inte är en ändamålsenlig form för att underlätta övergång mellan myndigheterna för en individ som på grund av sjukdom inte längre kan delta i ett arbetsmarknadspolitiskt program och därför behöver ansöka om sjukpenning. Det är dock av stor betydelse att den information som finns hos Arbetsförmedlingen om individens arbetsförmåga beaktas i Försäkringskassans bedömning om rätt till ersättning eller rätt till samordnade insatser när individen avbryter sin medverkan i ett arbetsmarknadspolitiskt program och

ansöker om sjukpenning. För Försäkringskassans bedömning av individens arbetsförmåga bör Arbetsförmedlingens uppgifter om följande vara av särskilt stor betydelse:

- om anpassningar av det arbetsmarknadspolitiska programmets innehåll genomförts och i så fall vilka anpassningar som genomfördes,
- skälen till att individen, trots anpassningar, inte kunde delta i det arbetsmarknadspolitiska programmet.

Därför behöver Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen utveckla rutiner för hur information om en individs arbetsförmåga som finns hos Arbetsförmedlingen med systematik ska föras över och tas omhand hos Försäkringskassan när en individ på grund av sjukdom inte kan delta i ett arbetsmarknadspolitiskt program och ansöker om sjukpenning.

Som vi beskrivit i avsnitt 8.8.3 behöver Försäkringskassans bedömning och utredning om en individs arbetsförmåga integreras i Arbetsförmedlingens planering för hur en individ ska kunna ta tillvara sin arbetsförmåga. På samma sätt behöver Försäkringskassan använda Arbetsförmedlingens utredning om individens förmåga att delta i ett arbetsmarknadspolitiskt program när individen avbryter sin medverkan på grund av sjukdom, som ett underlag när Försäkringskassan tar ställning till om individens arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom. Högsta förvaltningsdomstolen anger i mål HFD 2018:51 att:

> En arbetsförmågeutredning från Arbetsförmedlingen bör således som utgångspunkt kunna vara vägledande även vid den bedömning av arbetsförmågan som ska göras av Försäkringskassan.

Vår bedömning är att om en individ trots anpassning inte kan delta i ett arbetsmarknadspolitiskt program på grund av sjukdom, bör den information som finns om individens förmåga att delta i programmet, ha stor betydelse för Försäkringskassans bedömning av arbetsförmågans nedsättning och potential för rehabilitering. Myndigheterna behöver klargöra vilka frågor det är som Försäkringskassan mer specifikt behöver få besvarade av Arbetsförmedlingen när Försäkringskassan ska bedöma individens arbetsförmåga.

## 8.9 Ett förbättrat stöd till individer som har medicinska begränsningar, som saknar sjukpenninggrundande inkomst och som uppbär försörjningsstöd

**Rekommendation:** Att en utredning ges i uppdrag att se över hur ett utökat ansvar ska kunna åläggas socialtjänsten gällande de individer som har medicinska begränsningar, saknar SGI och uppbär försörjningsstöd, och hur ett sådant utökat ansvar ska finansieras. Socialtjänstens utökade ansvar bör omfatta att:

- Bedöma individers medicinska begränsningar i relation till aktivitet eller till att kunna söka arbete.
- Samordna insatser för att individer ska återfå arbetsförmåga och kunna söka arbete.

**Skäl till rekommendationen:** Utredningens bedömning är att stödet till individer som har medicinska begränsningar, som saknar SGI och som uppbär försörjningsstöd behöver stärkas. Två centrala områden för att stärka stödet är att tillse att individen får en bedömning av sin förmåga att delta i aktivitet eller att kunna söka arbete samt vid behov får samordning av insatser för att kunna återfå arbetsförmåga, delta i aktivitet eller att kunna söka arbete. Vår bedömning är att socialtjänsten bör vara den aktör som ska ha detta uppdrag med anledning av socialtjänsten har kontakt med, och kännedom om, dessa individer. Socialtjänsten är därför den aktör som har bäst praktiska förutsättningar att identifiera vilka av dessa individer som har medicinska begränsningar och som kan vara i behov av stöd. För att möjliggöra ett sådant uppdrag behöver flera förutsättningar utredas. Vi rekommenderar därför att en utredning ska tillsättas med uppdrag att se över hur ett sådant ansvar ska kunna åläggas socialtjänsten.

### 8.9.1 En utredning bör tillsättas om hur socialtjänsten kan ges ett utökat ansvar

Utredningen bör se över:

- hur socialtjänstens ansvar för att bedöma medicinska begränsningar och för att samordna insatser för att individer återfå arbetsförmåga och kunna söka arbete, ska regleras i socialtjänstlagen,
- vilka medicinska uppgifter socialtjänsten behöver för att bedöma medicinska begränsningar kopplade till aktivitet eller möjlighet att kunna söka arbete,
- vilka medicinska uppgifter som socialtjänsten behöver för att kunna identifiera behov av att samordna insatser för att individen ska återfå förmåga att delta i aktivitet eller kunna söka arbete,
- hur socialtjänsten ska kunna inhämta medicinska uppgifter från hälso- och sjukvården och vilka professioner inom hälso- och sjukvården som kan lämna uppgifterna,
- hur socialtjänstens behov av kompetens att bedöma medicinska uppgifter i relation till förmåga att delta i aktivitet eller möjlighet att stå till arbetsmarknadens förfogande ska tillgodoses,
- om samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver utvecklas och i så fall på vilket sätt,
- om samverkan mellan socialtjänsten och Arbetsförmedlingen behöver utvecklas och i så fall på vilket sätt,
- om socialtjänsten även ska ansvara för att samordna insatser för de som inte uppbär försörjningsstöd men som saknar SGI,
- om Försäkringskassans samordningsansvar behöver omformuleras med anledning av socialtjänstens utökade uppdrag,
- hur socialtjänsten och Försäkringskassan ska samverka kring de individer som uppbär försörjningsstöd och ansöker om sjukersättning.

Utredningen bör också beräkna kostnader för socialtjänstens nya uppdrag och ge förslag på hur uppdraget ska finansieras.

### 8.9.2 Socialtjänsten behöver få förutsättningar att bedöma medicinska begränsningar

Det huvudsakliga skälet till att vi anser att det är socialtjänsten som ska ha detta uppdrag är att det är socialtjänsten som arbetar nära dessa individer och har kännedom om deras behov. Med nuvarande ansvarsfördelning mellan socialtjänsten och Försäkringskassan finns det risk för att individens behov av stöd för att kunna återgå i, eller få, ett arbete inte identifieras. Denna risk uppstår när socialtjänsten, inte har i uppdrag att utreda och bedöma vad individen kan eller inte kan göra på grund av medicinska skäl och hur förmåga, när den inte finns, ska kunna återfås. När socialtjänsten inte har ett sådant uppdrag finns risk att individer som kan delta i aktivitet för att komma närmare arbete, inte deltar i sådana aktiviteter för att de har ett läkarintyg i vilket det finns en bedömning att arbetsförmåga inte finns. Att ha arbetsförmåga och att ha förmåga att delta i aktivitet är inte alltid samma sak. För att kunna bedöma om en individ kan delta i en aktivitet måste socialtjänsten få, och kunna förstå, medicinska uppgifter om individen. På samma sätt finns det risk (vi bedömer den låg) för att individer som av medicinska skäl inte bör delta i vissa aktiviteter ändå gör det, med anledning av att de inte har medicinska uppgifter som kan styrka deras medicinska begränsningar.

För att säkerställa att individer ska få rätt stöd anser vi att socialtjänsten behöver få ett uppdrag att bedöma individers medicinska förmåga att delta eller inte delta i aktivitet, alternativt kunna stå till arbetsmarknaders förfogande. Försäkringskassan, som har ansvar för att samordna rehabiliterande insatser för att individer ska komma åter i arbete, har inte i uppdrag att bedöma om dessa individer på grund av medicinska skäl kan eller inte kan delta i aktiveter som socialtjänsten ansvarar för. Försäkringskassan har inte heller kännedom om dessa individer förrän den dag de ansöker om samordnad rehabilitering, och Försäkringskassan kan då bara vidta åtgärder i de fall individen bedöms ha behov av samordnad rehabilitering för att få tillbaka sin arbetsförmåga och få förutsättningar att försörja sig själv genom förvärvsarbete.[58]

I dialog med SKR har vi under utredningens gång fått information om att det förekommer att en del kommuner upphandlar försäkringsmedicinskt konsultstöd, vilket visar att det finns ett behov

[58] 29 kap. § 2 SFB.

av denna typ av kunskap hos socialtjänsten i dag. Sveriges läkarförbund ställer sig bakom rekommendationen att utreda hur socialtjänsten ska få ett ansvar att bedöma medicinska begränsningar och att samordna insatser för att individer som saknar SGI ska återfå arbetsförmåga och kunna söka arbete. Enligt Sveriges läkarförbund behöver förbudet för kommuner att anställa läkare ses över om detta uppdrag läggs på socialtjänsten, och förbundet anser även att en utredning bör ta ställning till ett återinförande av socialläkare, en typ av kommunala läkartjänster som ligger i gränssnittet mellan sjukvård och socialtjänst.[59]

### 8.9.3 Socialtjänsten bör ha det samordnade ansvaret

Vår bedömning är vidare att socialtjänsten även ska ha det samordnande ansvaret för att dessa individer får ändamålsenligt stöd att kunna återgå i, eller kunna söka, arbete. Som vi redogjort för i kapitel 3 är det få individer, som uppbär försörjningsstöd och som har ett läkarintyg, som ansöker om samordnad rehabilitering hos Försäkringskassan. År 2018 ansökte 2 533 personer, som inte hade någon SGI, om samordnad rehabilitering hos Försäkringskassan. Det kan jämföras med att det 2018 fanns 27 101 individer som uppbar försörjningsstöd och hade ett läkarintyg. Av de som ansökte beviljades 1 314 personer (52 procent) minst en dags samordning. Vi kan inte uttala oss om innehållet i de insatser som beviljades, eller om effekterna av dessa insatser. Vår bedömning är dock att även om fler individer som uppbär försörjningsstöd och som har medicinska begränsningar skulle ansöka och bli beviljade samordnad rehabilitering hos Försäkringskassan, är det tveksamt om det Försäkringskassan kan göra för dessa individer inom ramen för samordningsuppdraget ger ett bra stöd. Socialtjänsten har, till skillnad från Försäkringskassan, kännedom både om individerna och om vilket utbud av arbetsförberedande insatser som lokalt finns att erbjuda dessa individer. Det finns därtill anledning att tro att det kan vara svårt att skilja individer i målgruppen som har arbetsoförmåga på grund av sjukdom från de som har arbetsoförmåga på grund av andra orsaker. Vår bedömning är att det är viktigt att arbetet att stödja individer som uppbär försörjningsstöd måste rymma flera aspekter än de som

[59] Inkommen uppgift från Sveriges läkarförbund. E-post 6 mars 2020.

handlar om att bedöma medicinska begränsningar och samordna insatser för att en individ, trots sina medicinska begränsningar, ska kunna komma tillbaka till, eller kunna söka, arbete. Socialtjänstens kunskap om dessa individer och om deras behov av sammanhållet stöd, utgör ytterligare ett skäl till att det är socialtjänsten bör ha detta utvidgade uppdrag.

### 8.9.4 Överväganden om att socialtjänsten ges uppdraget

Socialtjänsten ansvarar redan i dag för flera målgrupper med omfattande behov, vilket kan tala emot att socialtjänsten ska ansvara för ytterligare en målgrupp. Vi menar dock att den ansvarsuppdelning som i dag finns mellan socialtjänsten och Försäkringskassan för de individer som har medicinska begränsningar, saknar SGI och uppbär försörjningsstöd, till största delen finns på ett teoretiskt plan, med anledning av att det är en relativt liten grupp individer som uppbär försörjningsstöd som får samordnade insatser från Försäkringskassan. Med det sagt uppfattar vi att socialtjänsten redan i dag har ett omfattande ansvar för målgruppen, men vi bedömer det vara både otydligt och osynligt. Vår uppfattning är att socialtjänstens kostnader för målgruppen är dolda, eftersom det inte finns uppgifter om hur många individer som uppbär försörjningsstöd, som inte kan delta i aktivitet på grund av sjukdom, och som behöver insatser för att kunna söka arbete. Om socialtjänsten skulle ges uppdraget skulle bättre förutsättningar skapas för att synliggöra de kostnader som socialtjänsten uppbär för målgruppen.

Vi har under utredningens gång blivit uppmärksammade på att det kan bli problematiskt om både Försäkringskassan och socialtjänsten har liknande uppdrag men för olika målgrupper inom området rehabilitering och återgång i arbete. Detta kan leda till att olika bedömningsgrunder och arbetsmetoder utvecklas inom ett område som redan är behäftat med svårigheter gällande terminologi och ansvarsområden. Vår bedömning är dock att det är viktigt att kunskap om ändamålsenligt stöd till olika målgrupper utvecklas och används, och att det stöd som är ändamålsenligt för individer som står långt från arbetsmarknaden inte är samma stöd som har goda effekter för individer som har en arbetsgivare eller som är etablerade på arbetsmarknaden. Vår uppfattning är därför att det snarare är

värdefullt att kunskap om vilka insatser som har effekt för olika målgrupper utvecklas och används.

Ett argument för att Försäkringskassan bör fortsätta ha ett ansvar för målgruppen är att det bara är genom Försäkringskassan som en individ kan bli aktuell för det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Vi menar att Arbetsförmedlingen har stor betydelse för målgruppen, men att de individer som bedöms ha möjlighet att kunna tillgodogöra sig arbetsmarknadspolitiska insatser som i dag erbjuds inom ramen för det förstärkta samarbetet mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen, borde kunna få sådana insatser genom samverkan mellan socialtjänsten och Arbetsförmedlingen utan att behöva gå vägen genom Försäkringskassan.

I de dialoger vi fört med representanter för olika aktörer under utredningens gång har det framkommit att av de insatser som i dag finns tillgängliga för målgruppen, är det de insatser som finansieras inom ramen för samordningsförbund som dessa individer oftast deltar i. Vi anser därför att det vore av värde att det vidare utreds hur likvärdiga och evidensbaserade insatser ska kunna erbjudas individer över hela landet inom ramen för samordningsförbundens verksamhet. En sådan utredning bör kunna ta vid när Inspektionen av socialförsäkringen är klar med sin pågående utvärdering av samordningsförbundens verksamhet.[60] Det är dock redan i dag möjligt för socialtjänsten att aktualisera individer till insatser finansierade av samordningsförbund utan att gå vägen genom Försäkringskassan. Med vägledning av uppgifter från både Försäkringskassan och SKR bedömer vi att den viljeinriktning som togs fram mellan SKR, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen 2016[61] inte har fått genomslag.[62] Att viljeinriktningen inte fått genomslag, trots att den undertecknats av samtliga aktörer på hög nivå är ett starkt skäl till att ansvaret för målgruppen behöver regleras på ett annat sätt än i dag.

I SKR:s sammanställning av en kommunenkät som besvarades av kommunerna under november och december 2019 framgår att även

[60] Regeringsbeslut 2017-06-22. *Uppdrag angående utvärdering av samordningsförbundens verksamhet.* S2017/02622/SF (delvis).
[61] Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Sveriges Kommuner och Landsting (2016), *Viljeinriktning. Samverkan kring personer som saknar sjukpenninggrundande inkomst och har sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom*.
[62] SKR (2019) *Nuläge för ekonomiskt bistånd. Kommunenkät om ekonomiskt bistånd 2019* och intervjuer med samverkansansvariga hos Försäkringskassan.

SKR anser att en utredning bör tillsättas som ser över hur individer som är sjuka och som saknar SGI ska få sina behov av samordnade insatser för att komma tillbaka till arbete tillgodosedda.[63]

## 8.10 Utbyte av medicinska uppgifter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen bör utredas

**Rekommendation:** Det bör utredas hur hälso- och sjukvårdens lämnande av medicinska uppgifter inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan underlättas.

**Skäl till rekommendationen:** Ett effektivt utbyte av medicinska uppgifter är en förutsättning för ett ändamålsenligt stöd till individen. Tillgång till medicinska uppgifter är i många fall nödvändigt för att individen ska få tillgång till rätt stöd i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Mycket utvecklingsarbete har redan gjorts inom ramen för överenskommelsen mellan staten och SKR.[64] Intyg har digitaliserats och digital ärendekommunikation skapats. Som vi konstaterar i avsnitt 5.3 är rehabiliteringsansvariga aktörer beroende av medicinska uppgifter om individen för sina bedömningar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Medicinskt informationsutbyte är inte bara viktigt i individärenden utan också en fråga som ställer stora krav på samverkan och som i vissa fall skapar problem i samverkan mellan aktörerna. Att lämna uppgifter kräver samverkan både för själva överföringen och för att komma överens om vilka uppgifter som ska lämnas. Det är i dagsläget oklart i vilken utsträckning hälso- och sjukvården kan tillhandahålla de uppgifter som behövs i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen med avseende på både tillgängliga resurser och om det de facto är möjligt för hälso- och sjukvården att lämna de uppgifter som efterfrågas.

Även utredningen *Samspel för hälsa* såg behovet av att denna fråga utreds och redovisade följande bedömning:

[63] SKR (2019) *Nuläge för ekonomiskt bistånd. Kommunenkät om ekonomiskt bistånd 2019*, s. 7.
[64] Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2019), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och* Regioner *2020.*

> Utredningen vill fästa uppmärksamhet på det önskvärda i att en grundläggande genomlysning av förutsättningarna för förändrade informationsansvar i anslutning till sjukintyg initieras. En sådan genomlysning skulle kunna genomföras inom ramen för en statlig utredning. Den bör bl.a. omfatta informationskraven i intygen kopplade till det kvalitetsansvar som hälso- och sjukvården ska ha, men också omfatta Försäkringskassans roll och förmåga att tillgodogöra sig och värdera information. Frågor om grundläggande inslag i sjukförsäkringens utformning, bl.a. utifrån glidningar i relation till sjukdomsbegreppet, bör ingå i en sådan genomlysning.
>
> En specifik rekommendation är att målbilden för en sådan genomlysning bör vara att utveckla former för ett balanserat informationsansvar med inriktningen att minimera hälso- och sjukvårdens administrativa belastning och samtidigt förtydliga vårdens ansvar att tillämpa ett försäkringsmedicinskt försvarbart arbetssätt.[65]

I vår mening är några områden särskilt viktiga att en utredning ser över:

- aktörernas behov av medicinska uppgifter om individen i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen i syfte att ge individen rätt stöd,
- hälso- och sjukvårdens förutsättningar att lämna medicinska uppgifter om individen,
- former för medicinskt uppgiftslämnande,
- förvaltning av system för utbyte av medicinska uppgifter.

Utöver detta anser vi att en utredning om medicinskt uppgiftslämnande bör ha ett bredare fokus än det informationsutbyte som behövs inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Hälso- och sjukvården intygar medicinsk information i många olika sammanhang. I utredningen *Effektiv vård* konstaterades att det finns stora brister i hanteringen av de intyg som begärs av hälso- och sjukvården. Utredningens bedömning var att detta är en starkt bidragande orsak till ineffektivitet i vården och en väsentlig del av ”den administrativa bördan” som professionerna upplever. Utredningen ansåg det vara ett problem att intygen inte samordnades vare sig språkligt, innehållsmässigt eller tekniskt. Därutöver ansågs informa-

[65] SOU 2018:80, *Samspel för hälsa – Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring*.

tionssystemen ge inget, eller svagt, stöd i att hantera intygen på ett effektivt sätt.[66]

Vi anser att det är utmanande för vården att intyg krävs i många olika processer och även utmanande att det medför att det finns betydligt fler än en samarbetspartner för hälso- och sjukvården som har behov av olika, men snarlika, uppgifter. Detta kompliceras ytterligare av att hälso- och sjukvårdens regionindelning leder till att hälso- och sjukvården själva har många huvudmän. Det vore därmed önskvärt att ett helhetsgrepp tas i intygsfrågan. Det finns stora effektivitetsvinster att hämta om en gemensam terminologi kunde skapas och gemensamma, standardiserade informationsmängder användas.

Nedan utvecklas de frågor om medicinskt uppgiftslämnande i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen som vi anser bör utredas.

### 8.10.1 Aktörernas behov av medicinska uppgifter för att kunna utföra sitt arbete i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen behöver klargöras

Vi konstaterar i avsnitt 5.3 att aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen inte tillräckligt analyserat sina behov av medicinska uppgifter om individen. Den information som aktörerna behöver är i många fall likartad, men är specifik för varje aktör. Aktörerna behöver medicinska uppgifter för att ge effektiv rehabilitering och ta ställning till rätt till ekonomisk ersättning eller frånvaro. Den föreslagna utredningen behöver därför, i samverkan med aktörerna, klargöra samtliga aktörers behov av medicinska uppgifter om individen. I en analys ska det tydligt framgå vilka uppgifter en aktör behöver och vad syftet är med uppgifterna. Det ska också klargöras om uppgiften behöver intygas av en läkare enligt nuvarande lagstiftning.

Utredningen behöver därefter analysera om det finns återkommande behov och om standardiserade informationsobjekt kan skapas utifrån dessa behov.

[66] SOU 2016:2, *Effektiv vård*.

### 8.10.2 Hälso- och sjukvårdens förutsättningar för att kunna lämna de medicinska uppgifter som efterfrågas måste klargöras

Behovet i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen av medicinska uppgifter från hälso- och sjukvården är stort och hanteringen tar stora resurser i anspråk. För att hälso- och sjukvården ska kunna tillgodose aktörernas behov av medicinska uppgifter finns behov av att flera aspekter belyses och utreds. För det första måste det utredas om de uppgifter som efterfrågas (efter analys enligt 8.10.1) de facto går att lämna till respektive aktörer. I den rapport som lämnades till regeringen med anledning av det så kallade dialoguppdraget, konstateras att det inte kan uteslutas att det som faktiskt är möjligt för hälso- och sjukvården att formulera och uttrycka i vissa fall inte räcker till för att stödja rätt till sjukpenning givet nuvarande rättsliga förutsättningar (inkluderat berörda aktörers tolkning av dessa).[67] För det andra behöver hälso- och sjukvården tillräckligt stöd i form av kunskapsstöd från exempelvis Socialstyrelsen, inte minst avseende kunskap om och när sjukskrivning som ett led i vård och behandling är mest lämplig behandlingsmetod. För det tredje är det viktigt att rätt profession lämnar rätt typ av uppgift så att hälso- och sjukvårdens personella resurser värnas. För det fjärde bör systemstöd utformas så att samma uppgift inte behöver dokumenteras mer än en gång.

Om aktörernas behov av uppgifter inte överensstämmer med hälso- och sjukvårdens förutsättningar att lämna uppgifter behöver det avgöras hur överensstämmelse ska kunna uppnås. Det är teoretiskt möjligt att beräkna hur mycket resurser det kostar hälso- och sjukvården att genom ökad precision i lämnad information skapa bättre förutsättningar för aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen att göra korrekta bedömningar och därmed att höja kvaliteten i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Huruvida ökad kvalitet är kostnadseffektivt ur ett samhällsekonomiskt perspektiv bör därför utredas. Vi är av åsikten att hälso- och sjukvården även fortsättningsvis bör ha i uppgift att lämna medicinsk information men att i de fall kostnadstäckning för intygande inte finns i dagsläget

[67] Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.*

bör det utredas hur hälso- och sjukvården ska ersättas för sitt arbete att lämna medicinsk information och medicinska bedömningar.

### 8.10.3 Former för medicinskt uppgiftslämnande

För att få till ett utbyte av medicinska uppgifter av hög kvalitet utan att stora resurser tas i anspråk krävs att uppgiftslämnandet effektiviseras. Vi vill betona vikten av att skapa en gemensam terminologi, att gå från aktörspecifika intyg till standardiserade informationsobjekt och att skilja uppgifter som måste intygas från uppgifter som kan lämnas i informationssyfte som viktiga faktorer att inkludera i en kommande utredning. Därutöver behöver möjligheterna att situationsanpassa uppgiftslämnandet utredas ytterligare. Det har genomförts försök till differentierat intygande (beskrivs i större detalj i avsnitt 5.7. Eftersom potentialen med sådant intyg bedöms stor är det angeläget att utreda möjligheter ytterligare.

#### En gemensam terminologi

Vi anser att det är viktigt att behovet av medicinska uppgifter för administrationen av sjukförsäkringen inte styr utvecklingen av terminologi. Det är också viktigt att samma begrepp inte används på olika sätt av olika aktörer eller mellan olika typer av ersättningssystem.

Inom ramen för denna del bör det undersökas om användande av ICF[68] kan underlätta utbyte av medicinska uppgifter. Att använda ICF ställer dock krav på kunskap hos både den part som lämnar information och den part som mottar den. Sådan kunskap finns inte hos samtliga aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, exempelvis inte hos arbetsgivare. Fördelarna och nackdelarna behöver dock utredas.

Målet med en gemensam terminologi är att alla aktörer som behöver medicinsk information från hälso- och sjukvården ska förstå vad som förmedlas i underlagen och att hälso- och sjukvården lätt ska förstå vilken information som efterfrågas.

[68] www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/e-halsa/klassificering-och-koder/icf/. Hämtad 2020-03-29.

## Från blanketter till informationsmängder

Vi anser också att det bör utredas om det är möjligt att utveckla och använda ett antal informationsmängder som tillsammans kan fylla behovet hos många av de aktörer som behöver information från vården. Exempelvis skulle diagnos kunna vara en informationsmängd och pågående medicinsk behandling skulle kunna vara en annan.

Syftet med informationsmängder är att effektivisera uppgiftslämnandet. Samma uppgift ska bara lämnas en gång och om den efterfrågas från flera håll ska den kunna återanvändas. För att detta tillvägagångssätt ska vara i överensstämmelse med gällande regelverk måste syftet med att informationen lämnas vara klart. Eftersom information ändras över tid, och med anledning av att det är progress som eftersträvas inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, är det viktigt skilja information som är konstant från information som förändras. Exempelvis kan en informationsmängd om en allergi ha ett långt hållbarhetsdatum men information om hur exempelvis en depression påverkar koncentrationsförmågan på arbetet endast hålla under en kortare tid.

Informationsmängder bör tas fram i samverkan mellan berörda aktörer. Ett intyg till en specifik aktör skulle då kunna innehålla de informationsmängder som behövs för just den aktörens uppdrag.

## Är det möjligt att skilja intygande från uppgiftslämnande?

Rätt till sjuklön, frånvaro från arbete och rätt till sjukpenning förutsätter att arbetsförmågans nedsättning intygats genom ett läkarintyg. I syfte att effektivisera uppgiftslämnandet anser vi att möjligheterna att särskilja den information som behöver intygas från den information som inte behöver intygas bör utredas. Vi menar att informationsmängder som inte behövs för att styrka rätten till frånvaro eller ersättning skulle kunna lämnas av andra professioner än läkare inom hälso- och sjukvården. Detta skulle dels kunna öppna upp för att flera professioner inom vården kan bidra till uppgiftslämnande, dels skulle en bättre dialog kunna komma till stånd avseende de informationsmängder som inte behöver intygas.

Det behöver dock utredas om det rättsligt är möjligt att särskilja information som behöver intygas från den information som inte behöver intygas.

Om det är möjligt att särskilja det uppgiftslämnande som behöver intygas från det som inte behöver intygas är det viktigt att utreda vilka professioner som kan lämna vilken typ av uppgifter.

### Differentiering krävs

Vi anser också att det behöver utredas om det går att differentiera intygandet. Även utredningen *Sampel för hälsa* var inne på detta i sin rekommendation om att utveckla former för ett balanserat informationsansvar med inriktningen att minimera hälso- och sjukvårdens administrativa belastning.[69]

## 8.10.4 Förvaltning av former för utbyte av medicinska uppgifter

Slutligen måste också förvaltning av former för medicinskt informationsutbyte utredas. Utredningen bör föreslå finansiering för förvaltning av frågorna samt vilken aktör som bör vara ansvarig för förvaltning av system för hälso- och sjukvårdens uppgiftslämnande.

Utveckling av rehabiliterande metoder, arbetssätt eller förändring av lagstiftning kan leda till att aktörers behov av medicinska uppgifter förändras över tid. Med anledning av att en del av de uppgifter som inhämtas från hälso- och sjukvården används i syfte att intyga rätt till ersättning eller frånvaro så förändras behovet av medicinska uppgifter också i takt med att till exempel praxis förändras.

Det är viktigt att ett system för informationsutbyte tar höjd för att behov kan förändras. Det behöver finnas möjlighet att kontinuerligt uppdatera exempelvis informationsmängder.

Ur ett samverkansperspektiv är det viktigt att ett förändrat behov kommuniceras till hälso- och sjukvården på ett strukturerat sätt. Inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen kan detta ske i den styrgrupp som föreslås i avsnitt 8.2.5.

Den digitalisering som pågår inom området medför stora möjligheter men också utmaningar. Juridiska frågor om hur informationen kan hanteras digitalt i samverkan mellan aktörer bör inkluderas i utredningens uppdrag.

[69] SOU 2018:80, *Samspel för hälsa – Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring*.

# 9 Konsekvenser av rekommendationerna

## 9.1 Rekommenderar fyra utredningar

Med utgångspunkt i vårt uppdrag har vi prioriterat en bred översyn av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och fyra av våra rekommendationer gäller nya utredningar inom områden som vi identifierat som viktiga, men inte haft möjlighet att fördjupa. Det handlar om *en gemensam digital yta för planering i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen*, *stärkta drivkrafter för arbetsgivare*, *ett förbättrat stöd till individer som har medicinska begränsningar, som saknar sjukpenninggrundande inkomst (SGI) och som uppbär försörjningsstöd* samt *utbyte av medicinska uppgifter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.* Konsekvensanalyser för dessa utredningar ligger inom respektive rekommenderad utredning att ta fram. Däremot redogör vi i denna konsekvensanalys översiktligt för det övergripande syftet med respektive utredning i de fall där det ökar förståelsen för de konsekvenser vi beskriver.

## 9.2 Konsekvenser för samverkan i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Utredningens rekommendationer om definition och syfte för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen samt gemensamt uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess syftar till att tydliggöra aktörernas gemensamma ansvar för processen. Rekommendationerna förväntas därmed främja en utveckling där aktörerna i samverkan agerar för att stödja individen att återfå arbetsförmåga så att hen kan återgå i, eller söka, arbete.

Samverkan är ett medel för effektiv statlig förvaltning och rekommendationerna kan därmed förväntas bidra till ökad effektivitet i myndigheternas, och andra aktörers arbete, i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.[1] Det är dock svårt att beräkna de ekonomiska konsekvenserna av förbättrad samverkan. Ett sätt att närma sig frågan är att se till kända problem i samverkan under senare år. Till exempel redogör vi på flera ställen i betänkandet för det så kallade dialoguppdraget, ett regeringsuppdrag till Försäkringskassan och Socialstyrelsen med syfte att bidra till en konstruktiv dialog och bättre samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.[2] I myndigheternas svar på regeringsuppdraget redovisas bra lösningar. Samtidigt kan det tänkas att de problem som föranlett uppdraget inte hade behövt uppstå om en god samverkan och ett gemensamt ansvar varit etablerat. Vilka de ekonomiska konsekvenserna varit av detta har utredningen inte kunnat beräkna. De kan dock förväntas ha varit stora då ineffektivitet i samverkan mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården dels kan påverka många sjukskrivna dels involverar mycket stora grupper offentligt anställda.

Rekommendation 8.7 om förvaltning av kunskap om stöd för återgång i arbete bedöms leda till samsyn och bidra till en gemensam kunskapsbaserad utgångspunkt om vad som utgör effektivt stöd för återgång i arbete. Samsyn främjar samverkan och bedöms särskilt viktigt inom detta kunskapsområde då befintlig kunskap är svårtolkad. Att det saknats samlad kunskap inom området kan också ses som en delförklaring till brist på samsyn mellan aktörerna och att motstridiga slutsatser och rekommendationer får fäste. Vi utvecklar resonemang om detta i avsnitt 5.4 *Begreppet rehabilitering fylls med olika innebörd av olika aktörer.*

[1] Utvecklas i avsnitt 4.2.
[2] Regeringsbeslut 2018-01-25. *Uppdrag angående bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.* S2018/00530/SF S2018/00530/SF (delvis) och Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens regleringsbrev från 2012 och framåt.

## 9.3 Ekonomiska konsekvenser

### 9.3.1 Konsekvenser för statens budget

#### Kostnader för rekommendation om utökat samordningsansvar

Vår bedömning är att utökat samordningsansvar kommer att leda till ökade kostnader för Försäkringskassan på 12,3 miljoner kronor. Finansiering föreslås genom omfördelning av medel inom statens budget, utgiftsområde 10 anslag 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen. Anslaget ger bidrag till aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och omfattar, bland annat, bidrag till hälso- och sjukvården om 944 miljoner genom överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).[3] I samband med utgången av 2020 avslutas överenskommelsen med SKR. Vi föreslår därför att medel som frigörs i samband med att överenskommelsen utgår används för att finansiera det utökade samordningsansvaret.

Kostnad om 12,3 miljoner kronor har beräknats med utgångspunkt i vår egen undersökning som redovisas i avsnitt 3.2.1. I undersökningen uppgav hälften av individer som varit sjukskrivna 60–220 dagar att de haft kontakt med Försäkringskassan i syfte att ställa frågor om sin sjukskrivning. Många av dessa individer kan ta ansvar för sin egen sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. En andel av dessa individer skulle dock troligtvis behöva det utökade stöd som vi rekommenderar. Hur stor andel måste uppskattas. I utredningens undersökning uppgav 2 procent av individerna att de var mycket missnöjda med två av aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Vi bedömer att missnöje med två av aktörerna arbetsgivare, hälso- och sjukvård och Försäkringskassan indikerar behov av stöd för att göra rätt i processen. Två procent av sjukskrivna motsvarar att cirka 3 400 individer av de med en sjukskrivning som pågått minst 90 dagar varje år behöver detta stöd. Den tid som Försäkringskassan behöver för detta nya uppdrag behöver också uppskattas. Ledning kan tas i den uppskattning Försäkringskassan gjort för de individer som behöver att rehabiliterande insatser samordnas. Handläggningen för en individ som är i behov av att insatser samordnas uppskattas ta 620 minuter mer i anspråk första året i jämförelse med en individ som inte behöver insatser samordnade.[4] Varje individ bedöms således behöva 620 minuter

[3] Prop. 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020.* Utgiftsområde 10, s 91 f.
[4] Inkommen uppgift från Försäkringskassan. E-post 17 mars 2020.

extra handläggning vilket motsvarar 10,3 timmar. Produktionskostnaden uppskattas till 350 kronor per timme. Det ger en total uppskattad kostnad om 12,3 miljoner kronor.

### Kostnader för Försäkringskassans uppdrag att samordna samverkan

Vi rekommenderar att Försäkringskassan i sin instruktion ges i uppgift att samordna samverkan för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Att utveckla och förvalta en samordnande funktion för samverkan bedöms leda till ökade kostnader för Försäkringskassan om 3 miljoner kronor årligen. Även denna kostnad föreslår vi finansieras genom omfördelning av medel inom statens budget, utgiftsområde 10 anslag 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen.

I avsnitt 8.2 framgår vad vi bedömer kommer att krävas för att samverkan mellan aktörerna ska fungera praktiskt. Försäkringskassans uppgift att samordna samverkan kräver att en struktur för samverkan mellan aktörerna på nationell nivå utvecklas och förvaltas.

### Kostnader för rekommendation om konsultation av expertresurs vid framtagande av plan för återgång i arbete

Rekommendation om konsultation av expert leder till kostnader som bör finansieras av staten och arbetsgivare gemensamt. Vår bedömning är att staten kan stödja arbetsgivare ekonomiskt genom befintliga anslag inom utgiftsområde 10 anslag 1:6 Bidrag för sjukskrivningsprocessen.

Utredningen har tagit stöd av tidigare underlag för beräkning av kostnader för rekommendationen. I Ds 2017:09 *Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete* beräknas tidsåtgång för att upprätta en plan för återgång i arbete till 20 minuter per plan och det totala antalet planer baserat på 2015 års sjukfrånvarostatistik till mellan 79 000 och 118 000 arbetstimmar.

Vi har utgått från 2018 då 346 901 startade sjukfall för anställda blev längre än 28 dagar och därmed kan komma att omfattas av förslaget. Med vägledning av antaganden och beräkningar för Ds 2017:09 bedöms konsultationsinsatsen ta 20 minuter. Omfattningen blir då

115 634 timmar eller cirka 61 årsarbetskrafter. Eftersom en del av dessa individer bedöms bli friska inom 60 dagar kommer de inte att omfattas av plan för återgång i arbete och därmed inte heller av krav på konsultation med expert. En alternativ beräkning, baserad på sjukfall längre än 56 dagar ger 216 859 individer och omfattning 72 196 timmar eller cirka 38 årsarbetskrafter. Beräkning av tidsåtgång ger en uppfattning av ekonomiska konsekvenser för arbetsgivare och samhälle samt kompetensförsörjningsbehov för de som tillhandahåller tjänsten.

Tidsåtgång i intervallet 72 196 till 115 634 timmar till en uppskattad kostnad om 1 000 kronor per timme ger en total kostnad inom intervallet 72 till 116 miljoner kronor. Eftersom konsultation i viss mån redan genomförs i dag är siffrorna i överkant. Baserat på utredningens beräkningar av att expert konsulteras i 10 till 15 procent av fallen[5] ligger en mer realistisk uppskattning i intervallet 65 till 104 miljoner[6].

Konsultation av expert är en insats som vi bedömer omfattas av det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet.[7] Stödet täcker upp till 50 procent av arbetsgivarnas kostnader, det vill säga 52 miljoner kronor om den högre kostnaden om 104 miljoner kronor används. Eftersom det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet har begräsningar i hur mycket som kan betalas ut till en arbetsgivare (200 000 kronor per år) och för en enskild individ (10 000 kronor per år) är dock statens verkliga utgifter för stödet troligen något lägre (och arbetsgivares därmed något högre). Hur mycket lägre (eller högre) har inte beräknats, men eftersom vi i beräkningarna ovan genomgående legat i överkant anser vi att det kompenserar för eventuella effekter som kommer av det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödets utformning. Vi utgår därför från ett stöd om 52 miljoner kronor både i denna beräkning av statens kostnader och för arbetsgivares kostnader nedan.

Det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet bestämdes 2019 till 218 miljoner varav 48 miljoner betalades ut.[8] År 2020 är stödet åter igen budgeterat till 218 miljoner. Nuvarande utformning av stödet

[5] Redogörs för i avsnitt 6.3.1.
[6] 76 miljoner × 0,9 respektive 116 miljoner × 0,9.
[7] Förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.
[8] Även 2018 underutnyttjades stödet, då med 43 miljoner kronor. Stödet förändrades dock och utökades med 100 miljoner kronor i och med 2019 års budget. Utredningen redogör för stödet i avsnitt 6.2.5.

skulle därmed med marginal täcka statens stöd till arbetsgivare. Utredningens bedömning är att stödet med nuvarande års budget är väl tilltaget. Vi ser ingen anledning att öka statens stöd till arbetsgivare för arbetsplatsinriktade insatser ytterligare.

### 9.3.2 Ekonomiska konsekvenser för arbetsgivare

Med hänvisning till våra beräkningar i avsnitt 9.3.1 ger staten genom det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet upp till 50 procent, uppskattat till motsvarande 52 miljoner kronor, i bidrag till arbetsgivare för konsultation av expert. Därmed kvarstår ökade kostnader för arbetsgivare om 52 miljoner kronor. Utformningen av det arbetsplatsinriktade rehabiliteringsstödet (med ett tak på 200 000 kronor per arbetsgivare och år) gör att kostnaderna kan bli större för stora arbetsgivare än för små och medelstora arbetsgivare. Kostnaderna kommer också att bli större för arbetsgivare som har många långa sjukfall.

Rekommendationen förväntas långsiktigt leda till minskade kostnader för arbetsgivare. Dels genom att stödet avlastar chefer med ansvar för arbetsplatsinriktat stöd, dels genom att bättre utformning av arbetsplatsinriktade insatser kan leda till kortare sjukskrivningar och därmed minskade frånvarokostnader. De ekonomiska konsekvenserna av detta har dock inte gått att beräkna.

### 9.3.3 Ekonomiska konsekvenser för individer och samhället

Utredningens rekommendationer förväntas leda till bättre stöd för återgång i arbete. Förstärkning av det stöd som ges på eller i anslutning till arbetsplatser kan förväntas leda till effekter på återgång i arbete och därmed kortare sjukskrivningar. Sådana effekter har positiva konsekvenser i flera steg. För enskilda individer innebär varje fall av smidigare och bättre återgång till arbete positiva konsekvenser i termer av bättre förutsättningar att försörja sig själv. Genom att sjukskrivna kommer snabbare åter i arbete har det positiva konsekvenser för arbetsgivares ekonomi. Förutsättningarna för en god samhällsekonomi ökar när fler individer får stöd som förbättrar

deras återgång i arbete och bidrag till produktionen.[9] Eftersom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen omfattar stora grupper sjukskrivna kan även små individeffekter ha stor samlad betydelse för samhället.

## 9.4 Konsekvenser för individen

Utredningens arbete har syftat till att på flera sätt förbättra stödet till individen. Processen rymmer många individer och våra rekommendationer omfattar både generella förbättringar som når stora grupper och mer specifika förbättringar som stärker stödet till dem med särskilt behov av stöd.

Stärkt samverkan för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess förväntas leda till ett bättre stöd till individen genom ökad tydlighet i frågor om aktörernas ansvarsområden och olika aktörers bedömningar. Det är en rekommendation som kan förbättra processen för alla individer, både för de som har komplicerade sjukskrivningar med stora behov av samordnat stöd och för de som har en enklare sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Rekommendation om expertstöd riktar sig till alla anställda med en sjukskrivning som passerat 30 dagar och har därmed även den möjlighet att förbättra sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och återgång i arbete för en stor grupp sjukskrivna.

Andra rekommendationer syftar till att ge stöd till särskilda grupper av sjukskrivna som har behov som vi i dag anser inte tillgodoses. Genom ett förstärkt samordningsansvar bedöms stödet till individer med behov av detta till följd av kognitiva begränsningar stärkas. Det innebär att de individer som har en sjukdom som begränsar deras förmåga att själva administrera sin sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess ska få stöd att göra det. Rekommendationen om att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ytterligare ska utveckla

[9] Utredningens rekommendation om konsultation av expert förväntas stärka arbetsplatsinriktat stöd vid framtagande av plan för återgång i arbete. Med vägledning av beräkning av kostnader för konsultation med expert uppskattar vi (grovt) att de 16 till 35 procent sjukskrivna, som utredningen identifierat inte får det arbetsplatsinriktade stöd som de behöver, i reella termer motsvarar 56 000 till 121 000 individer (baserat på de 346 901 individer som 2018 var sjukskrivna mer än 28 dagar) alternativt 35 000 till 76 000 individer (baserat på den alternativa beräkningen med 216 859 individer sjukskrivna mer än 56 dagar). Att individer får ett stöd, eller att de själva bedömer det som tillräckligt, utesluter inte att det stöd de får kan bli bättre. Det kan därmed tänkas att även individer som inte ingår i utredningens uppskattning om 16 till 35 procent kan beröras av rekommendationen.

sin samverkan förväntas leda till att fler individer får stöd inom ramen för myndigheternas rehabiliteringssamverkan. Den utvecklade samverkan förväntas också leda till att fler individen får ett mer kvalitativt stöd för återgång i arbete i övergången mellan myndigheterna och en minskad risk för individen att förlora sin SGI i övergången mellan myndigheterna.

Som vi nämner ovan rekommenderar vi att en utredning tillsätts som ser över hur en digital planeringsyta i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska kunna realiseras. När en sådan planeringsyta finns på plats kommer individens förutsättningar att administrera och överblicka sin sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess öka avsevärt. Vidare rekommenderar vi en utredning som ska syfta till att utveckla stödet för individer som har arbetsoförmåga på grund av sjukdom, som saknar SGI och uppbär försörjningsstöd. Ett sådant stöd bedöms ge dessa individer bättre förutsättningar återfå sin arbetsförmåga och kunna söka arbete.

## 9.5 Konsekvenser för Försäkringskassan

Vi rekommenderar att Försäkringskassan, liksom Arbetsförmedlingen, Socialstyrelsen, Arbetsmiljöverket och Myndigheten för arbetsmiljökunskap, ges i uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess i syfte att stödja individen att återfå arbetsförmåga och så att hen kan återgå i, eller söka, arbete. Vår bedömning är att detta uppdrag kan utföras inom ramen för Försäkringskassans förvaltningsanslag, men att uppdraget preciserar myndighetens uppdrag att samverka i processen.

Utöver detta uppdrag rekommenderar vi att Försäkringskassan ska ansvara för att samordna samverkan mellan sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessens aktörer. Detta ansvar kommer att kräva att tid och resurser tas i anspråk hos Försäkringskassan. Statens kostnader för Försäkringskassans utökade ansvar för samordning av samverkan redogör vi för i avsnitt 9.3.1. Där redogör vi även för statens kostnader för ett utökat samordningsansvar. Om Försäkringskassan får ett utökat samordningsansvar behövs sannolikt en kompetensförstärkning för Försäkringskassans handläggare om andra aktörers uppdrag i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Eftersom Försäkringskassan redan har ett ansvar att samverka med samma

aktörer enligt 30 kap. 10 § SFB bör denna kompetensförstärkning rymmas inom myndighetens nuvarande resurser.

Rekommendationen att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ytterligare behöver utveckla sitt samarbete för att ge individer stöd att återgå i arbete förväntas leda till att fler individer lämnar sjukförsäkringen. Alla delar i det som handlar om att utveckla samverkan mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen kommer att kräva resurser från Försäkringskassan. Men med anledning av att allt färre individer fått stöd i rehabiliteringssamverkan de senaste åren, medan de medel som avsätts för samverkan mellan myndigheterna inte minskat anser vi att den ökade administrativa belastningen bör rymmas inom befintlig budget. Den del som handlar om att myndigheterna behöver se över om det är möjligt att utveckla en digital informationsöverföring för att fler individer ska kunna skydda sin SGI, kan leda till ökade kostnader för båda myndigheterna. Beräkningar av kostnader får tas fram av myndigheterna när lösningen utreds och myndigheterna bör vid behov äska medel för att lösningen ska kunna realiseras.

## 9.6 Konsekvenser för hälso- och sjukvården

I avsnitt 6.3.2 redogör vi för att hälso- och sjukvårdens ansvar att tillhandahålla underlag till arbetsgivare behöver förtydligas. Vår bedömning är att rekommendation 8.6 *Konsultation av expert vid bedömning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete*, innebär ett sådant förtydligande genom att hänvisa arbetsgivare till företagshälsovård eller annan oberoende expertresurs för stöd att ta fram underlag för arbetsplatsinriktat stöd. Som vi beskriver i avsnitt 6.3.2 finns en uppfattning att hälso- och sjukvården ska tillhandahålla information om arbetsanpassning och annat arbetsplatsinriktat stöd. Ett tydliggörande kan därmed förväntas ha en avlastande effekt på hälso- och sjukvården.

Vår rekommendation om utredning av hur hälso- och sjukvårdens lämnande av medicinska uppgifter inom ramen för sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen förväntas klargöra på vilka sätt uppgiftslämnande kan underlättas och hur den administrativa bördan för hälso- och sjukvården kan minska samtidigt som samtliga aktörer får de underlag de behöver.

## 9.7 Konsekvenser för arbetsgivare

Vår bedömning är att rekommendation 8.6 *Konsultation av expert vid bedömning av arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete*, kommer att bidra med värdefullt stöd och underlätta för arbetsgivare i det ofta svåra arbetet att utforma arbetsplatsinriktade insatser. Rådgivning med en expert förväntas också bidra till arbetsgivares förståelse för sitt eget och andra aktörers ansvar i olika moment av sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Regelverket, de olika aktörernas ansvar och processens gång kan vara svår att förstå och många arbetsgivare, inte minst i små och medelstora företag, kan ha svårt att överblicka processen och därmed agera effektivt. En oberoende expertresurs förväntas också ha bättre förutsättningar, än arbetsgivaren själv, att göra en opartisk analys av organisatoriska orsaker till sjukskrivning och kan därmed öka arbetsgivares förståelse för orsaker till sjukfrånvaro.

På längre sikt är en förväntad effekt att arbetsgivares kunskap om möjligheterna till anpassning på den egna arbetsplatsen ökar och därmed ökar också arbetsgivarens förståelse för hur förebyggande arbete och förebyggande arbetsanpassning kan utformas. Det är viktigt då arbetsgivaren har stor påverkan på det förebyggande arbetet och på arbetsanpassning, men deras kunskap inom området är begränsad.[10] Att arbetsgivares kunskap ökar kan därmed på sikt bidra till bättre förebyggande och rehabiliterande insatser för alla medarbetare och en generell förbättring av arbetsmiljön.

Rekommendationen om expertstöd förväntas också tydliggöra att det är företagshälsovården eller annan oberoende expertresurs, och inte hälso- och sjukvården, som ska bistå arbetsgivaren i frågor om arbetsanpassning och annat arbetsplatsinriktat stöd.

En viktig del i den utredning om *Utbyte av medicinska uppgifter i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen* som vi rekommenderar i avsnitt 8.10 bör handla om arbetsgivares behov av att få tillräckliga medicinska uppgifter från hälso- och sjukvården. Att arbetsgivare får de uppgifter de behöver är en förutsättning för att de ska kunna uppfylla sitt ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Samtliga konsekvenser som beskrivs ovan och som avser stärkt stöd och ökad tydlighet och kunskap förväntas vara särskilt viktiga

[10] Försäkringskassan (2018), *Ett interventionsprojekt för att förbättra bemötandet av och stödet till chefer vid arbetsrehabilitering, rekrytering och anställning av personer med psykisk ohälsa*. Socialförsäkringsrapport 2018:10.

för små och medelstora arbetsgivare. I jämförelse med stora arbetsgivare har de generellt mindre resurser och kompetens i frågor om regelverk och ansvar i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och därmed större behov av stöd och tydlighet i processen.

## 9.8 Konsekvenser för Arbetsförmedlingen

Arbetsförmedlingen rekommenderas att ges i uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Vi bedömer att uppgiften en del av myndighetens generella uppdrag att samverka och att det därför inte behöver tillföras särskilda medel för detta uppdrag. Däremot är det viktigt att Arbetsförmedlingen definierar på vilket sätt myndigheten ska bidra till en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess i enlighet med uppdraget. De positiva konsekvenserna av samverkan bedöms vara desamma för Arbetsförmedlingen som för de övriga samverkande aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen och vi har inte identifierat några negativa konsekvenser med anledning av det nya uppdraget i myndighetens instruktion.

Rekommendationen att Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan ytterligare behöver utveckla sitt samarbete kommer att belasta Arbetsförmedlingens administration. Men med anledning av att allt färre individer fått stöd i rehabiliteringssamverkan de senaste åren, medan de medel som avsätts för samverkan mellan myndigheterna inte minskat, kan den ökade administrativa belastningen för både Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan rymmas inom ramen för dessa medel. Det är dock möjligt att rekommendationen att myndigheterna ska ge individer som har nedsatt hälsa, men som av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga och därmed inte längre har rätt till ersättning från sjukförsäkringen, ett bättre stöd för att de ska kunna tillvarata sin arbetsförmåga kommer att kunna innebära ökade kostnader för Arbetsförmedlingen. Om ökade kostnader för denna målgrupp identifieras i den planering myndigheterna behöver ta fram för att kunna ge ett sådant stöd, bör myndigheten äska medel för kostnaden.

Myndigheterna bör själva ta fram konsekvensanalys inom ramen för rekommendationen att utreda möjlighet till digital informationsöverföring för att fler individer ska kunna skydda sin SGI.

## 9.9 Konsekvenser för Myndigheten för arbetsmiljökunskap

Myndigheten har ett viktigt uppdrag att samla in, sammanställa och sprida kunskap baserad på forskning på ett begripligt och lättillgängligt sätt.[11] Vi bedömer att vår rekommendation, att myndighetens ska ges i uppdrag att samla in, sammanställa och sprida kunskap om arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete kan startas upp av myndigheten utan att ytterligare medel tillförs i nuläget. Myndigheten är i ett uppbyggnadsskede och bedöms ha utrymme att växa inom befintlig budget. Att tillföra mer resurser i ett läge där befintliga resurser inte används ter sig onödigt. Utredningens rekommendation ger Myndigheten för arbetsmiljökunskap möjlighet att själva utforma sitt uppdrag och äska mer resurser i sina budgetunderlag de kommande åren om det visar sig nödvändigt.

Rekommendationen att myndigheten ges i uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess utgör en del av myndighetens generella uppdrag att samverka och tillförs inte särskilda medel. Myndigheten kommer att behöva definiera på vilket sätt de ska bidra till en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess och vad som krävs av myndigheten för att kunna göra det.

## 9.10 Konsekvenser för övriga myndigheter och aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen

Rekommendationen att Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen i sina instruktioner ges i uppdrag att samverka för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess innebär ett förtydligande av deras uppdrag att samverka. Uppdraget utgör dock en del av myndigheternas generella uppdrag att samverka och behöver därför inte tillföras särskilda medel för detta uppdrag. Myndigheterna behöver definiera på vilket sätt de ska bidra till en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess och vad som krävs av myndigheterna för att kunna göra det. De positiva konsekvenserna av samverkan bedöms vara desamma för dessa myndigheter som för de övriga samverkande aktörerna i sjukskrivnings- och rehabiliteringspro-

[11] 2 § förordning (2018:254) med instruktion för Myndigheten för arbetsmiljökunskap.

cessen och vi kan inte identifiera några negativa konsekvenser med anledning av den nya uppgiften i myndigheternas instruktion. Andra aktörer som ska medverka i samverkan på nationell nivå, SKR, Arbetsgivarverket, Svenskt Näringsliv, Nationella rådet för finansiell samordning och de fackliga förbunden LO, TCO och Saco. Vi har inte identifierat några negativa konsekvenser för dessa aktörer att medverka i samverkan.

## 9.11 Konsekvenser för jämställdhet

Närmare 70 procent av alla som är sjukskrivna längre än 180 dagar är kvinnor. De rekommendationer utredningen lämnar handlar på olika sätt om att stärka stödet till individer som är sjukskrivna, att öka förutsägbarhet och förståelse för processen och kommer därmed att rikta sig till fler kvinnor än män.

I dag prioriteras traditionellt mansdominerade arbetsplatser i arbetsmiljöarbetet, till exempel genom hög förekomst av medicinska kontroller på just manliga arbetsplatser.[12] Vår bedömning att ett mer extensivt användande av expertkompetens i frågor som handlar om arbetsplatsinriktat stöd för återgång på det sätt som vi rekommenderar kommer att öka kunskapsnivån om risker för arbetsplatsrelaterad ohälsa i framför allt kvinnodominerade yrken, där sjukfrånvaron är hög. När kvaliteten i bedömningar som handlar om arbetsplatsinriktade rehabiliteringsinsatser ökar i kvinnodominerade yrken, ökar på sikt kunskapen om hur ohälsa på dessa arbetsplatser ska förebyggas och hur tidiga tecken på ohälsa identifieras.

## 9.12 Övriga konsekvenser

Våra rekommendationer bedöms sakna konsekvenser för den kommunala självstyrelsen. De anses inte heller få några konsekvenser för brottslighet, det brottsförebyggande arbetet, tillgången till offentlig service eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen. Rekommendationerna bedöms inte heller ha några konsekvenser för miljön.

[12] Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2019:3) om medicinska kontroller i arbetslivet.

# Källor och litteratur


Ahlström, Kristina, Förvaltningslag (2017:900) 6 §, Karnov, JUNO 2020-02-12.

Alexanderson, K. et al. (2018), *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning av patienter. Resultat från en enkät 2017 och jämförelser med resultat från motsvarande enkäter år 2012, 2008 respektive 2004*. Huvudrapport 2018. Karolinska Institutet.

Andersson, J. et al. (2010), *Samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering*, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

Andersson, J. et al. (2011), *Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation – an international literature review*. International Journal of Integrated Care 2011 (11).

Arbetarskyddsstyrelsens allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna om arbetsanpassning och rehabilitering.

Arbetsförmedlingen (2018), *Budgetunderlag*. Datum: 2018-02-16 Diarienummer: Af-2017/0026 4044.

Arbetsförmedlingen (2019), *Vissa förutsättningar inför reformeringen av Arbetsförmedlingen.* Rapportering i enlighet med regeringsuppdrag.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2017), *Översyn av regelverket avseende ersättning för deltagare i rehabiliteringsinsatser.* Skrivelse till regeringen 2017-03-27.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2018), *Avsiktsförklaring Förstärkt samarbete mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan 2018*.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2019), *Förstärkt stöd för personer som är sjukskrivna och för unga med aktivitetsersättning.* Återrapportering enligt regleringsbreven för 2018.

Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan (2019), *Nationell överenskommelse för det förstärkta samarbetet och uppdraget om övergångar mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan 2019*. Dnr Af-2019/0000 2419. Dnr FK-019941-2018. Version 1.0.

Arbetsförmedlingen, Arbetsmiljöverket, Försäkringskassan, Västra Götalandsregionen, VästKom (2019), *Ambitionsdokument Västra Götalands samverkansgrupp*.

Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Sveriges Kommuner och Landsting (2016), *Viljeinriktning. Samverkan kring personer som saknar sjukpenninggrundande inkomst och har sin arbetsförmåga nedsatt på grund av sjukdom*.

Arbetsgivarverket (2017), *Yttrande över promemorian Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete (Ds 2017:9)*.

Arbetsmiljöverket (2018), *Arbetsmiljö 2017*. Arbetsmiljöstatistik rapport 2018:2.

Arbetsmiljöverket (2019), *Rapport Regeringsuppdraget Tillsyn av psykosocial arbetsmiljö inom äldreomsorgen* Dnr A 2016/00159/ ARM, 2019-02-22.

Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan (2017), *Aktiv samverkan 2018*. Dnr Av-2017/015577. Dnr FK-021404-2017.

Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan (2017), *Bilaga till överenskommelse om samverkan mellan Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan*. Dnr Av-2017/015577. Dnr FK-021404-2017.

Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan (2017), *Överenskommelse om samverkan mellan Arbetsmiljöverket och Försäkringskassan*. Dnr Av-2017/015577. Dnr FK-021404-2017.

Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 1994:1) om arbetsanpassning och rehabilitering.

Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete.

Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2015:4) om organisatorisk och social arbetsmiljö.

Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2019:3) om medicinska kontroller i arbetslivet.

Aronsson, G. och Lundberg, U. (2015). *Interventioner för återgång i arbete vid sjukskrivning En systematisk kunskapsöversikt av meta-analyser med inriktning på muskuloskeletala och psykiska besvär.* Arbete och Hälsa, Vol. 49(2).

*Avsiktsförklaring Åtgärder för friskare arbetsplatser i kommuner och landsting*. Inkom socialdepartementet 2016-08-19, diarienummer S2016/05357/SF.

Axelsson, R. och Axelsson S.B. (2008): ”Samverkan och folkhälsa – begrepp, teorier och praktisk tillämpning” i Axelsson, R. och Axelsson S.B. (red.) *Folkhälsa i samverkan: mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*, Lund: Studentlitteratur.

Axelsson, R. och Axelsson S.B. (2013): ”Samverkan som samhällsfenomen – några centrala frågeställningar” i Axelsson, R. och Axelsson S.B. (red.) *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur.

Cancelliere, C. et al. (2016). *Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews*. Chiropractic & manual therapies, Vol. 24(1), 32.

Centrala studiestödsnämnden (CSN) (2019), *Studiestödet 2018*. Rapport 2019:2.

Cullen, K.L. et al. (2018). *Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners*, Journal of Occupational Rehabilitation, Vol. 28, p. 1–15.

Danermark, B. och Kullberg, C. (1999), *Samverkan: Välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.

de Vries, H. et al. (2018). *Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review*. Journal of Occupational Rehabilitation, Vol. 28, p. 393–417.

Direktiv 2015:138, *Utredningen om nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09)*.

Direktiv 2017:39, *Utredningen Framtidens socialtjänst (S 2017:03)*.

Direktiv 2017:44, *Utredningen om finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring (S 2017:04)*.

Direktiv 2017:97, *Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)*.

Direktiv 2018:26, *En trygg sjukförsäkring med människan i centrum (S 2018:05)*.

Direktiv 2018:27, *Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess.*

Direktiv 2018:54, *Ett tryggare företagande i ett förändrat arbetsliv – för tillväxt och innovation.*

Direktiv 2019:49, *Tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)*.

Direktiv 2019:86, *Kommuners medverkan i den statliga arbetsmarknadspolitiken.*

Direktiv 2019:105, *Tilläggsdirektiv till Utredningen om en trygg sjukförsäkring med människan i centrum (S 2018:05)*.

Ds 2016:8, *Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna*.

Ds 2017:9, *Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete Socialdepartementet*.

Ds 2017:9, *Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete*.

Ds 2018:32, *Ersättning vid arbetslivsinriktad rehabilitering*.

Eskilsson, T. et al. (2017), *Metodstöd ADA+ ArbetsplatsDialog för Arbetsåtergång; Planering, uppföljning och stöd*, Umeå: Umeå universitet.

Eskilsson, T. et al. (2018), *Strukturerad metod för hälso- och sjukvård som främjar dialog mellan arbetsgivare och patient för att förbättra återgång i arbete vid psykisk ohälsa*. Slutrapport AFA. Umeå universitet.

Etuknwa, A. et al. (2019). *Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors*. Journal of Occupational Rehabilitation, Vol. 29, p. 679–700.

Feltenius, D. (2019), *Fortfarande mellan stolarna? Om samverkan mellan statliga myndigheter inom sjukförsäkringen*. Statsvetenskapliga institutionens skriftserie 2019:3, Umeå universitet.

Fransson, M. et al. (2019), *Politisk handlingskraft i en regeringsnära utvecklingsmiljö*. Nordstedts Juridik, Stockholm.

Frykman, M. (2019), *Företagsläkarnas unika kompetens måste användas rätt*. Läkartidningen.se.

Förordning (2000:1418) om tillämpningen av vissa skyddsbestämmelser för sjukpenninggrundande inkomst.

Förordning (2007:1030) med instruktion för Arbetsförmedlingen.

Förordning (2007:913) med instruktion för Arbetsmiljöverket.

Förordning (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan.

Förordning (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud.

Förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.

Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Förordning (2018:254) med instruktion för Myndigheten för arbetsmiljökunskap.

Förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten.

Försäkringskassan (2016), *Effektutvärdering av Den nya sjukförsäkringsprocessen*. Socialförsäkringsrapport 2016:1.

Försäkringskassan (2016), *Finns det konflikter mellan Försäkringskassans och Arbetsförmedlingens regelverk?* PM 2016-08-23.

Försäkringskassan (2016), *Rehabiliteringsersättning*. Rättslig uppföljning 2016:2.

Försäkringskassan (2016), *Sjukpenningärenden med förenklade läkarintyg*. Rättslig uppföljning 2016:3.

Försäkringskassan (2017), *Försäkringskassans svar på ISF-rapport – Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan*. Dnr 019579-2017.

Försäkringskassan (2017), *Skrivelse till regeringen. Framställning om ändring i socialförsäkringsbalken*. Diarienummer 47906-2017.

Försäkringskassan (2017), *Slutrapport av Försäkringskassans utvecklingsarbete inom elektroniskt informationsutbyte med hälso- och sjukvården.* Svar på regeringsuppdrag. Bilaga 3.

Försäkringskassan (2017), *Utvärdera och utveckla stödet till arbetsgivare*. Försäkringskassans svar på regeringsuppdrag. Dnr 061638-2015.

Försäkringskassan (2018), *Checklista – arbetsanpassning och rehabilitering*, 2018-11-11.

Försäkringskassan (2018), *En differentierad handläggning av sjukpenningen. Har uppdelningen i kundflöden påverkat kvaliteten i Försäkringskassans prövning av rätt till ersättning?* PM 2018:8.

Försäkringskassan (2018), *Ett interventionsprojekt för att förbättra bemötandet av och stödet till chefer vid arbetsrehabilitering, rekrytering och anställning av personer med psykisk ohälsa.* Socialförsäkringsrapport 2018:10.

Försäkringskassan (2018), *Svar på regeringsuppdrag. Rapport – Redovisning av målgrupper och resultat av de insatser som finansieras av samordningsförbund 2018*.

Försäkringskassan (2018), *Vad händer efter avslutad sjukpenning? Sysselsättning och försörjning för de som får avslag eller avslutar sjukpenning dag 180–365*. Socialförsäkringsrapport 2018:8.

Försäkringskassan (2019), *Dialogmaterial till chefer*.

Försäkringskassan (2019), *Förvaltningsrätt i praktiken*. Vägledning 2004:7 Version 13.

Försäkringskassan (2019), *Information om att Försäkringskassan inför en ansökan om samordning av rehabiliteringsinsatser inför gemensam kartläggning*.

Försäkringskassan (2019), *Inriktning för samverkan inom sjukförsäkringen*. Dnr 004146-2019.

Försäkringskassan (2019), *Ny version av processen Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning (2009:07)*. IM 2019:038.

Försäkringskassan (2019), *Sjukfrånvarons utveckling 2019*.

Försäkringskassan (2019), *Sjukpenning, rehabilitering och rehabiliteringsersättning*. Vägledning 2015:1, version 12.

Försäkringskassan (2019), *Skrivelse till regeringen. Framställning om ändring i förordningen (1980:631) om ersättning av allmänna medel för skada orsakad av deltagare i ett arbetsmarknadspolitiskt program eller arbetslivsinriktad rehabilitering m.m.*

Försäkringskassan (2019), *Stöd för strukturell samverkan*.

Försäkringskassan (2019), *Svar på ISF-rapport. Rapport 2019:1 Samordningsförbundens organisering och verksamhet*.

Försäkringskassan (2019), *Svar på regeringsuppdrag. Rapport – Redovisning av målgrupper och resultat av de insatser som finansieras av samordningsförbund 2018.*

Försäkringskassan (2019), *Svar på regeringsuppdrag. Rapport – Uppdrag att stärka sjukförsäkringshandläggningen för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess*.

Försäkringskassan (2019), *Årsredovisning 2018*.

Försäkringskassan (2020), *Samordningsuppdragets praktik. En analys av hur Försäkringskassan "gör" samordning.* Socialförsäkringsrapport 2020:02.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2018), *Delredovisning av regeringsuppdraget Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården.*

Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2019), *Bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Ställningstaganden och åtgärder för en mer ändamålsenlig sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess.*

Försäkringskassan och Västra Götalandsregionen (2019), *Överenskommelse om samverkan inom området försäkringsmedicin mellan Försäkringskassan och Västra Götalandsregionen*.

Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2018:3) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.

Förvaltningslag (2017:900).

Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m. Socialstyrelsens föreskrifter om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården; HSLF-FS 2018:54.

Grahn, B. et al. (2016), WorkUp. *Tidig strukturerad vård med arbetsplatsintervention för förbättrad arbetsförmåga vid akut/subakut nack- och/eller ryggsmärta. En prospektiv parvis klusterrandomiserad kontrollerad studie inom primärvård med 1 års uppföljning.* REHSAM Research Report, Slutrapport RF11-005, Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdalstiftelsen, Försäkringskassan.

Hägglund, P., Johansson, P. (2016), *Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet*. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (2016:2).

Inera (2018), *Slutrapport Samverkansytan 2017–2018* Delprojekt i Intygstjänster 2017–2018.

Inera (2018), *Utvärdering av Samverkansytan. Upplevd nytta av en digital yta för samverkan vid sjukskrivning och rehabilitering*.

Inera (2018), *Utvärdering av Samverkansytan. Upplevd nytta av en digital yta för samverkan vid sjukskrivning och rehabilitering*. Bilaga 2. Juridisk utredning av Samverkansytan.

Inera (2019), *Intygstjänster 2019*.

Inrikta (2018), *Socialstyrelsens roll inom sjukskrivning. En kvalitativ undersökning av behov i målgruppen för myndighetens styrning och stöd*.

Inspektionen för socialförsäkringen (2010), *Arbetslivsinriktad rehabilitering. En underlagsrapport till parlamentariska socialförsäkringsutredningen (S 2010:04)*.

Inspektionen för socialförsäkringen (2011), *Effekter av tidiga insatser för sjukskrivna.* ISF Rapport 2011:17.

Inspektionen för socialförsäkringen (2012), *Arbetsgivare i små företag. En intervjustudie om deras erfarenheter av sjukskrivningsprocessen.* ISF rapport 2012:9.

Inspektionen för socialförsäkringen (2016), *Förenklat läkarintyg. Försäkringskassans hantering av införandet.* ISF Rapport 2016:14.

Inspektionen för socialförsäkringen (2016), *Sjukpenninggrundande inkomst (SGI).* ISF rapport 2016:10.

Inspektionen för socialförsäkringen (2017), *Bedömningar vid 90 och 180 dagar i rehabiliteringskedjan. En kommentar om hur Försäkringskassan kan förbättra sjukskrivningsprocessen*. ISF Rapport 2017:9.

Inspektionen för socialförsäkringen (2017), *Remissvar Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete (Ds 2017:9).*

Inspektionen för socialförsäkringen (2018), *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan. En analys av hur regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar påverkar handläggningen av sjukpenning.* ISF Rapport 2018:16.

Inspektionen för socialförsäkringen (2018), *Förändrad styrning av och i Försäkringskassan. En analys av hur regeringens mål om ett sjukpenningtal på 9,0 dagar påverkar handläggningen av sjukpenning.* ISF Rapport 2018:16.

Inspektionen för Socialförsäkringen (2018), *Ökning av antalet personer som får beslut om indragen sjukpenning. En redovisning av vad som kännetecknar gruppen försäkrade som får sin sjukpenning indragen.* ISF Rapport 2018:12.

Inspektionen för Socialförsäkringen (2019), *Förenklat läkarintyg och inflödet till sjukförsäkringen. En analys av effekterna på vårdenhetsnivå och regionnivå.* ISF Rapport 2019:05.

Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Gör samordningsförbund någon skillnad? En analys av samordningsförbund under perioden 2005–2010*. ISF Rapport 2019:04.

Inspektionen för socialförsäkringen (2019), *Samordningsförbundens organisering och verksamhet. En granskning av förbund för finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.* ISF Rapport 2019:1.

Karlson, B. et al. (2010). *Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout – a prospective controlled study.* BMC Public Health Vol. 10, 301.

Lag (1991:1047) om sjuklön.

Lag (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

Lag (2008:962) om valfrihetssystem.

Lag (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

Lagrådsremiss. *Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna*. Visby den 7 juli 2016.

Lagrådsremiss. *Ny lag om koordineringsinsatser för vissa sjukskrivna patienter*. Stockholm den 30 augusti 2018.

LO (2018), *LOs yttrande över Arbetsmiljöverkets förslag om nya föreskrifter och allmänna råd om arbetsanpassning*.

LO (2018), *Rättsutredning med anledning av Arbetsmiljöverkets remiss med förslag till föreskrifter om arbetsanpassning 2018-09-26.*

LO, PTK och Svenskt Näringsliv (2017), *Hur använder företag arbetsmiljö- och hälsotjänster för att förebygga och åtgärda arbetsrelaterad ohälsa?*

Myndigheten för arbetsmiljökunskap (2015), *Riktlinjer vid Psykisk ohälsa på arbetsplatsen*. Riktlinje 3.

Myndigheten för arbetsmiljökunskap (2019), *Företagshälsovårdens kompetensförsörjning.* Rapport FHV 2019:2.

Myndighetsförordning (2007:515).

Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess (2019), *Delrapportering Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess S2018:06*. Komm2018/00656-206.

Nationellt försäkringsmedicinskt forum (2017), *Inriktningsdokument*.

Partsgemensam avsiktsförklaring för det statliga avtalsområdet. Inkom socialdepartementet 2016-08-19, diarienummer S2016/05357/SF.

Patientlag (2014:821).

Proposition 1990/91:140, *Arbetsmiljö och rehabilitering*.

Proposition 1990/91:141, *Om rehabilitering och rehabiliteringsersättning m.m.*

Proposition 1990/91:181, *om sjuklön, m.m.*

Proposition 2002/03:132, *Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.*

Proposition 2007/08:136, *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete.*

Proposition 2016/17:180, *En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag.*

Proposition 2016/17:1, *Budgetpropositionen för 2017.*

Proposition 2017/18:1, *Budgetpropositionen för 2018.*

Proposition 2019/20:1, *Budgetpropositionen för 2020.*

Proposition 2019/20:126, *Några frågor om rehabiliteringsersättning och vårdbidrag.*

Regeringens skrivelse 2015/16:80 *En arbetsmiljöstrategi för det moderna arbetslivet 2016–2020*.

Regeringsbeslut 2017-03-30. *Inrättande av ett dialogforum för friskare arbetsplatser.* Utdrag protokoll vid regeringssammanträde 2017-03-30, diarienummer 82017/01987/SF (delvis).

Regeringsbeslut 2017-06-22. *Uppdrag angående utvärdering av samordningsförbundens verksamhet.* S2017/02622/SF (delvis).

Regeringsbeslut 2018-01-25. *Uppdrag angående bättre dialog mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården*. S2018/00530/SF S2018/00530/SF (delvis).

Regeringsbeslut 2019-12-11. *Uppdrag att vidareutveckla sjukförsäkringshandläggningen i dialog med hälso- och sjukvården.* S2019/04627/ SF S2019/05192/SF (delvis).

Regeringskansliet (2019), *Inriktning för det fortsatta arbetet med att reformera Arbetsförmedlingen*.

Region Jönköpings län och Försäkringskassan (2018), *Helhetsgrepp kring sjukskrivningar inom primärvård*.

Regleringsbrev för budgetåret 2017 avseende Försäkringskassan.

Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Arbetsförmedlingen.

Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Försäkringskassan.

Regleringsbrev för budgetåret 2019 avseende Arbetsförmedlingen.

Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Försäkringskassan.

Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Myndigheten för arbetsmiljökunskap.

Riksrevisionen (2018), *Bedömning av arbetsförmåga vid psykisk ohälsa – en process med stora utmaningar*. Rapport 2018:11.

Riksrevisionen (2020), *Vägen till arbete efter nekad sjukpenning*.

Samordningsförbundet Uppsala län (2020), *Slutrapport Gesam 200131*.

SKR (2016), *Yttrande. Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna* (Ds 2016:8).

SKR (2018), *Det försäkringsmedicinska uppdraget – central ledning och styrning i landsting och regioner*.

SKR (2018), *Stöd för rätt sjukskrivning*. Rapport december 2018.

SKR (2019), *Inspel om nollplacerade till nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess*. Sveriges Kommuner och Landsting. 2019-07-01.

SKR (2019), *Nuläge för ekonomiskt bistånd. Kommunenkät om ekonomiskt bistånd 2019*.

SKR (2019), *Stöd för rätt sjukskrivning*. Rapport december 2019.

Skrivelse från Saco, PTK och TCO till Arbetsmiljöverket 2019-05-07.

Socialdepartementet (2015), *Åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro* Diarienummer: S2012/00963/SF, S2012/01809/SF, S2014/07998/SF, S2015/06106/SF.

Socialdepartementet (2018), *Åtgärdsprogram 3.0 – Regeringens initiativ för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum*. Promemoria 2018-01-23.

Socialdepartementet (2019), *Inbjudan till samling för friska arbetsplatser*. 2019-02-12, Socialdepartementet 2019-02-12.

Socialdepartementet (2019), *Uppdrag angående uppföljning och utvärdering av förstärkt rehabilitering för återgång i arbete*. Dnr S2019/03299 /SF.

Socialstyrelsen (2001), *Utvärdering av frivillig samverkan FRISAM*.

Socialstyrelsen (2013), *Ekonomiskt bistånd. Handbok för socialtjänsten*.

Socialstyrelsen (2019), *Försörjningshinder och ändamål med ekonomiskt bistånd 2018*. Art.nr: 2019-10-6405.

Socialtjänstlag (2001:453).

SOU 2004:113, *Utveckling av god företagshälsovård – ny lagstiftning och andra åtgärder*.

SOU 2006:107, *Fokus på åtgärder – En plan för effektiv rehabilitering i arbetslivet.*

SOU 2006:86, *Mera försäkring och mera arbete*.

SOU 2011:15, *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande*.

SOU 2011:63, *Framgångsrik företagshälsovård – möjligheter och metoder*.

SOU 2015:21, *Mer trygghet och bättre försäkring*.

SOU 2016:2, *Effektiv vård*.

SOU 2017:24, *Ett arbetsliv i förändring – hur påverkas ansvaret för arbetsmiljön?*

SOU 2018:80, *Samspel för hälsa. Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring.*

SOU 2019 :41, *Företagare i de sociala trygghetssystemen*.

SOU 2019:29, *God och nära vård. Vård i samverkan*.

SOU 2020:06, *En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering.*

Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2013), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting 2013*.

Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2015), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting 2015*.

Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL (2016), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting 2016*.

Staten, genom Socialdepartementet, och Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2019), *En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och regioner 2020*.

Statskontoret (2005), *Sektorisering inom offentlig förvaltning*.

Statskontoret (2006), *Effektiv styrning? Om resultatstyrning och sektoriseringsproblem.*

Statskontoret (2008), *Uppdrag att följa upp och utvärdera finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet. Fyra år med Finsam*. Rapport 2008:7.

Statskontoret (2014), *Att effektivisera system. Om förutsättningar och möjligheter att använda systemperspektivet för att effektivisera statlig kärnverksamhet*.

Statskontoret (2016), *Utvecklad styrning – om sammanhållning och tillit i förvaltningen*.

Statskontoret (2017), *Frivillig samverkan mellan myndigheter*.

Ståhl, C. et al. (2011), *Swedish rehabilitation professionals' perspectives on work ability assessments in a changing sickness insurance system*, Disability and Rehabilitation, 33:15-16, 1373-1382.

Svenska ESF-rådet. *Europeiska socialfonden i Sverige. Program för investering i tillväxt och sysselsättning 2014–2020*.

Svenskt Näringsliv (2015), *Företagens erfarenheter av sjukförsäkringen och sjukfrånvarons utveckling*. Socialförsäkring i förändring.

Svenskt Näringsliv (2016), *Remissvar. Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna (2016:8).*

Svenskt Näringsliv (2018), *Remissvar. Remiss avseende förslag till föreskrifter och allmänna råd om arbetsanpassning*.

Svenskt Näringsliv (2019), *Vägar tillbaka till arbete – företagens erfarenheter av sjukfrånvaron och den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen*. Socialförsäkring i förändring.

Svenskt Näringsliv och SKR (2017), *Insatser och samverkan för att underlätta återgång i arbete*. Skrivelse till regeringen 2017-05-16.

Svenskt Näringsliv, LO och PTK om sjukförsäkringen. Inkom socialdepartementet 2016-08-22, diarienummer S2016/05357/SF.

Svärd, V et al. (2018), *Läkares erfarenheter av Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd och av digitalisering av läkarintyg*. Karolinska Institutet.

TCO (2016), *Trampolin eller kvicksand – En rapport om hur tjänstemännen uppfattar sjukförsäkringen och sjukskrivningsprocessen.* Rapport #6.

TCO (2017), *En företagshälsovård för tjänstemän – utmaningar och förslag.* TCO rapport #2/17.

TCO (2018), *Förslag till föreskrifter om arbetsanpassning 2018-10-10.*

Unionen (2015), *Företagshälsovården – hur den fungerar och hur den kan bli bättre.*

Utkast till sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna, punkt 18.

Westrin, C.-G. (1986), *Social och medicinsk samverkan – begrepp och betingelser*. Socialmedicinsk tidskrift 63(7–8): 280–285.

Åström Paulsson, S. et al. (2014), *Stimulerar avtal mellan arbetsgivare och företagshälsovård till samarbete för hälsosamma arbetsplatser? – En genomlysning av avtal och avtalsprocess*. Rapport nr 5, Arbets- och miljömedicin, Uppsala universitet.

# Kommittédirektiv 2018:27

## Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess

Beslut vid regeringssammanträde den 12 april 2018

### Sammanfattning

En särskild utredare – en nationell samordnare – ska, med individens och samhällets bästa i fokus, främja samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen.

Samordnaren ska

- analysera nuvarande förhållanden när det gäller samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen,
- följa upp nuvarande samverkan mellan aktörerna med fokus på konsekvenser för individen,
- se över hur det förebyggande arbetet och stödet för återgång i arbete utvecklas hos olika aktörer, t.ex. inom ramen för arbetsmarknadens parters avsiktsförklaringar,
- se över om regelverket är ändamålsenligt för att stödja individens återgång till hälsa och arbete,
- främja dialog för att skapa en smidigare process för individen från dag ett i ett sjukfall så att individen så tidigt som möjligt kan återfå hälsa och återgå i arbete,
- lämna författningsförslag om utredaren bedömer att det är nödvändigt.

Arbetet ska ske i nära dialog med berörda myndigheter, Sveriges Kommuner och Landsting, företrädare för hälso- och sjukvårdens huvudmän och för dem som arbetar inom hälso- och sjukvården, relevanta rehabiliteringsaktörer såsom företagshälsovård, liksom företrädare för arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer samt patient- och brukarorganisationer.

Samordnaren ska lämna en delrapportering av arbetet senast den 30 april 2019. Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 april 2020.

## Bakgrund

För att bryta den tidigare uppgången i sjukfrånvaron och minska skillnader i sjukfrånvaro mellan kvinnor och män beslutade regeringen i september 2015 om ett brett åtgärdsprogram för ökad hälsa och minskad sjukfrånvaro. Försäkringskassan, arbetsgivare samt hälso- och sjukvården identifierades som de viktigaste aktörerna för att åstadkomma detta. I budgetpropositionen för 2017 utvecklades programmet med fokus på hälso- och sjukvårdens och arbetsgivarens roll i sjukskrivningsprocessen. Arbetsmarknadens parters roll betonades. Åtgärder vidtogs också i syfte att ge unga med funktionsnedsättning eller sjukdom bättre möjligheter att komma i arbete.

Det kan konstateras att uppgången av sjukfrånvaron har brutits. Målet är friskare arbetsplatser och en långsiktigt stabil och låg sjukfrånvaro. För att uppnå detta bedömer regeringen att åtgärdsprogrammet behöver utvecklas vidare. I detta arbete har regeringen identifierat flera områden som behöver utvecklas för en sjukförsäkring som ger individen såväl trygghet som stöd, och det finns framför allt två utvecklingsområden där det behövs ytterligare insatser. Det handlar om att stödet till individen behöver öka och att samverkan behöver stärkas. Regeringen presenterade i januari 2018 elva åtgärder för en trygg sjukförsäkring med människan i centrum. En av dessa åtgärder är att tillsätta en nationell samordnare för att, med individens och samhällets bästa i fokus, analysera nuvarande förhållanden och främja samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen.

## Uppdraget att främja en välfungerande sjukskrivningsprocess

Den som blir sjuk ska kunna förvänta sig både ekonomisk trygghet och ett gott stöd för att komma åter till hälsa och arbete. Det gäller för såväl individer som har en anställning som individer som är arbetslösa. Det gäller också personer som är sjuka och får försörjningsstöd. Individen ska förstå vad som gäller och vilket stöd som kan ges. En välfungerande sjukskrivningsprocess kännetecknas av att individen ges ett bra stöd för att återfå hälsan och kunna återgå i arbete. När det brister är det ytterst individen som hamnar i kläm.

En förutsättning för en välfungerande sjukskrivningsprocess är att respektive aktör tar sitt ansvar, men också att det sker en dialog och samverkan mellan de berörda aktörerna. Det gäller i det enskilda fallet där samverkan kan vara avgörande för att stödja individen åter till hälsa och arbete. Det gäller också på strukturell nivå där gemensamma uppdrag och överenskommelser mellan berörda aktörer är viktiga för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess.

### *Flera berörda aktörer i sjukskrivningsprocessen*

Arbetsgivaren har ansvaret för arbetsmiljön och har en central roll för arbetstagares rehabilitering vid sjukdom. Arbetsgivaren ansvarar för att det vidtas anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder på arbetsplatsen, i syfte att underlätta för den som är sjukskriven att återgå i arbete. För att stärka arbetstagarens möjligheter till rehabilitering kommer arbetsgivare från och med den 1 juli 2018 att vara skyldiga att inom 30 dagar ta fram en plan för återgång i arbete tillsammans med den anställde som är sjukskriven, om det kan antas att arbetstagarens arbetsförmåga kommer att vara nedsatt under minst 60 dagar. Arbetsmiljöverket har i uppdrag att se till att arbetsmiljö- och arbetstidslagstiftningen följs. Arbetsmiljöverket ska bidra till att arbetsgivare kan skapa god arbetsmiljö och förebygga ohälsa och olycksfall på arbetsplatserna. Arbetsmiljöverket tar fram juridiskt bindande föreskrifter, inspekterar arbetsställen och sprider information om arbetsmiljöregler. Arbetsmarknadens parter har på regeringens initiativ kommit överens om en för respektive sektor partsgemensam avsiktsförklaring för att bidra till friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro. De åtgärder som ingår i avsiktsförklaringarna innebär såväl förbättringar i arbetsmiljön som bättre möjligheter för

sjukskrivna anställda att återgå i arbete. Regeringen har återkommande samtal med parterna för att följa upp det påbörjade arbetet och effekterna på sjukfrånvaron.

Försäkringskassan är en central aktör i sjukskrivningsprocessen. Försäkringskassan bedömer om en person har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Försäkringskassan prövar rätten till ersättning från sjukförsäkringen och ser till att behovet av rehabilitering klarläggs. Försäkringskassan samordnar rehabiliteringsinsatserna och ser till att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering. Regeringen gav i november 2015 Försäkringskassan i uppdrag att stärka sin sjukförsäkringshandläggning för att åstadkomma en välfungerande sjukskrivningsprocess och bidra till att den stigande sjukfrånvaron bryts. Försäkringskassans prövning av rätten till ersättning har stärkts och bedöms ha bidragit till att ökningen av sjukfrånvaron har brutits. För att kombinera den stärkta handläggningen med ett utvecklat stöd för individen gav regeringen i januari 2018 Försäkringskassan i uppdrag att, inom ramen för sitt lagstadgade samordningsansvar, förstärka arbetet med att ge stöd till sjukskrivna individer för återgången till arbete. En förutsättning för att Försäkringskassan ska kunna ge ett bra stöd till individen är att det vid behov finns fungerande kontakter och kommunikation med relevanta aktörer. Det gäller individens arbetsgivare när en sådan finns, men även hälso- och sjukvården och Arbetsförmedlingen. Det gäller även kommunens socialtjänst som enligt socialtjänstlagen har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver.

Hälso- och sjukvårdens medicinska bedömning är ett viktigt underlag för Försäkringskassans bedömning av arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov samt rätten till ersättning. En tidig bedömning av behovet av sjukskrivning som en del av god individbaserad och personcentrerad vård och behandling kan bidra till att förebygga sjukskrivning. I de fall det är nödvändigt med sjukskrivning kan medicinska behandlings- och rehabiliteringsinsatser vara avgörande för att den sjukskrivne ska kunna återfå arbetsförmågan och återgå i arbete. Den koordineringsfunktion som utvecklas inom hälso- och sjukvården syftar till att ge patienten stöd i vårdens interna processer och att samverka kring individen i externa kontakter med patientens arbetsgivare och andra myndigheter. För att stödja en förbättrad samverkan gav regeringen i januari 2018 Socialstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag att verka för att samarbetet och dialogen

mellan Försäkringskassan och hälso- och sjukvården förbättras när det gäller sjukskrivningsprocessen och läkarintygen. Socialstyrelsen har också ett viktigt uppdrag att förvalta och utveckla försäkringsmedicinskt beslutsstöd, vilket innebär dels övergripande principer för sjukskrivning, dels rekommendationer om bedömning av arbetsförmåga för olika diagnoser.

Arbetsförmedlingen har en viktig uppgift att genom arbetslivsinriktad rehabilitering bidra till att människor med nedsatt arbetsförmåga på grund av funktionsnedsättning eller ohälsa kan börja arbeta. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har ett gemensamt uppdrag att i samarbete utreda behovet av och genomföra insatser som förkortar tiden i sjukförsäkringen samt medför att den som är sjukskriven eller har aktivitetsersättning utvecklar eller återfår arbetsförmågan och därmed kan återgå i, eller få, arbete. Denna samverkan omfattar i huvudsak personer som har ersättning från sjukförsäkringen, men det kan också handla om personer som redan är inskrivna hos Arbetsförmedlingen när behov av samverkan uppstår. Myndigheterna har också i uppdrag att skapa goda förutsättningar för övergången till Arbetsförmedlingen för de personer som har nedsatt hälsa men av Försäkringskassan bedöms ha arbetsförmåga och därmed inte längre rätt till ersättning från sjukförsäkringen. Utgångspunkten är att ingen ska falla mellan stolarna på grund av bristande samarbete mellan myndigheterna.

Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket ska, enligt respektive myndighets instruktion, samverka för att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser inom rehabiliteringsområdet. I samma syfte ska Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen samverka med kommun och landsting enligt lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

För individer som har behov av samordnade rehabiliteringsinsatser är det möjligt för Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, landsting och kommuner att, enligt lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser, genom samordningsförbund finansiera sådana insatser så att dessa individer uppnår eller förbättrar sin förmåga att utföra förvärvsarbete. Vid utgången av 2017 fanns det 82 samordningsförbund som omfattade 253 av Sveriges 290 kommuner. Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan har i uppdrag att särskilt arbeta för att samordningsförbunden prioriterar insatser för långtidssjukskrivna, unga med funktionsnedsättning och unga som

har aktivitetsersättning. Regeringen har gett Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) i uppdrag att utvärdera samordningsförbundens verksamhet.

*Behov av att med individens och samhällets bästa i fokus främja en välfungerande sjukskrivningsprocess*

Sjukskrivningsprocessen och strukturerna för ansvarsfördelning och samverkan kan vara komplicerade och ibland svåröverskådliga för individen som är sjukskriven. Det kan även gälla för arbetssökande som är eller blir sjuka när de är inskrivna hos Arbetsförmedlingen. Det kan också gälla personer som är sjuka och får försörjningsstöd. För individen kan det vara svårt att också överblicka vilket stöd man kan få. Det finns därför behov av att analysera individens väg genom sjukskrivningsprocessen utifrån alla inblandade aktörers ansvar, och med utgångspunkt i den analysen bedöma om det finns behov av stöd och vägledning genom särskilda moment eller om sjukskrivningsprocessen på annat sätt kan göras enklare för individen.

Det faktum att det är flera aktörer som har ett ansvar för att ge individen stöd i sjukskrivningsprocessen innebär att det behövs dialog och samverkan mellan berörda aktörer. Om detta brister så finns det risk att individen faller mellan stolarna och inte ges nödvändigt stöd för att kunna återfå hälsan eller återgå i arbete. På grund av det uppdelade ansvaret kan det vara svårt för berörda aktörer att ha ett helhetsperspektiv. Det finns därför behov av att främja dialog mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen för att skapa en smidigare process för individen från dag ett i ett sjukfall så att individen så tidigt som möjligt kan återfå hälsan och återgå i arbete.

En särskild utredare – en nationell samordnare – kan bidra till att, med individens och samhällets bästa i fokus, främja samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen. Målet är att samordnaren ska bidra till att motverka de problem som kan uppstå till följd av det uppdelade ansvaret.

Samordnaren ska därför

- analysera nuvarande förhållanden när det gäller samverkan mellan aktörerna i sjukskrivningsprocessen,
- följa upp nuvarande samverkan mellan aktörerna med fokus på konsekvenser för individen,
- se över hur det förebyggande arbetet och stödet för återgång i arbete utvecklas hos olika aktörer, t.ex. inom ramen för arbetsmarknadens parters avsiktsförklaringar,
- se över om regelverket är ändamålsenligt för att stödja individens återgång till hälsa och arbete,
- främja dialog för att skapa en smidigare process för individen från dag ett i ett sjukfall så att individen så tidigt som möjligt kan återfå hälsan och återgå i arbete,
- lämna författningsförslag om utredaren bedömer att det är nödvändigt.

## Konsekvensbeskrivningar

Samordnaren ska redovisa förslagens konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474). Förslagen ska vara analyserade ur ett jämställdhetsperspektiv och särskilt motiverade om de inte bedöms främja jämställdhet. Samordnaren ska i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen beakta proportionalitetsprincipen beträffande eventuella inskränkningar av den kommunala självstyrelsen i sina redogörelser, analyser och förslag. Förslagens administrativa och ekonomiska konsekvenser ska analyseras och redovisas. Om förslagen medför ökade kostnader för stat, landsting eller kommun, ska förslag till finansiering lämnas.

## Samråd och redovisning av uppdraget

Uppdraget förutsätter löpande dialog med berörda aktörer i sjukskrivningsprocessen. Arbetet ska därför ske i nära dialog med berörda myndigheter, Sveriges Kommuner och Landsting, företrädare för hälso- och sjukvårdens huvudmän och för dem som arbetar inom

hälso- och sjukvården, relevanta rehabiliteringsaktörer såsom företagshälsovård, liksom företrädare för arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer samt patient- och brukarorganisationer.

Samordnaren ska ha ett utåtriktat och inkluderande arbetssätt och aktivt verka för att skapa goda förutsättningar att få genomslag bland berörda aktörer. I arbetet ingår också att på olika sätt delta i samhällsdebatten i frågor som berör uppdraget.

Samordnaren ska beakta pågående arbeten som är relevanta för uppdraget, exempelvis det arbete som bedrivs inom ramen för Utredningen om nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09), Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01), Utredningen Framtidens socialtjänst (S 2017:03), Utredningen om finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring (S 2017:04) samt Utredningen om en trygg sjukförsäkring med människan i centrum (dir. 2018:26).

Samordnaren ska vid de tidpunkter och i den form som bestäms i dialog med Regeringskansliet (Socialdepartementet) informera om arbetet. Samordnaren ska lämna en delrapportering av arbetet senast den 30 april 2019.

Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 april 2020.

(Socialdepartementet)

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

2018-10-02
Komm2018/06

**Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess**
S 2018:06
Nationell samordnare
Mandus Frykman
08-4059542
072-2128658
mandus.frykman@regeringskansliet.se

# Utredningen Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess vill ta del av era synpunkter

Den 12 april 2018 beslutade regeringen att tillsätta en nationell samordnare för att främja samverkan i sjukskrivningsprocessen. Utredningen har utifrån kommittédirektivet tolkat uppdraget i två punkter:

Den nationella samordnarens uppdrag är:

- *Att identifiera, och bidra till att täppa till, luckorna i sjukskrivningsprocessen för att skapa förutsättningar för en sammanhängande process där ingen faller mellan stolarna.*
- *Att bidra till enkelhet och begriplighet för individen genom att tydliggöra sjukskrivningsprocessen*

Kommittédirektivet finns att läsa i sin helhet,
https://www.regeringen.se/rattsligadokument/kommittedirektiv/2018/04/dir.-201827/

När det gäller definition av sjukskrivningsprocessen så utgår vi från följande modell:




Modellen integrerar ett förebyggande arbetsmiljöperspektiv (individer som är friska eller har förhöjd risk för sjukskrivning) med tiden från dag ett i en sjukskrivning (i modellen sjuk, återgång och beständig arbetsförmåga). Vi vill på detta sätt tydliggöra att sjukskrivningsprocessen i de flesta fall börjar innan första sjukdagen och att sjukskrivningar genom tidiga insatser ibland kan förhindras. I utredningen fokuserar vi på individer som arbetar, men visar tecken på ohälsa, på individer som är sjuka och ej kan arbeta samt på individer som är i återgång till arbete.

## Vi vill ta del av era synpunkter

Av kommittédirektivet framgår att arbetet ska ske i nära dialog med olika aktörer, exempelvis med myndigheter och företrädare för arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer. Av direktivet framgår även att arbetet ska ske i dialog med patient – och brukarorganisationer.

Er medverkan i detta arbete är viktig. Därför vänder vi oss till er med ett antal frågor om sjukskrivningsprocessen, och om i samverkan mellan aktörerna i processen, som vi hoppas att ni vill besvara.

Nedan följer fem frågor.

När ni svarar på frågorna ber vi er att tänka på hur det fungerar när en individ riskerar att bli sjukskriven, hur det fungerar när en individ är sjukskriven och hur det fungerar när en individ ska återgå i arbete efter en sjukskrivning.

1. Vilka huvudsakliga brister ser ni i sjukskrivningsprocessens regelverk?

   1.1 Vilka konsekvenser får dessa brister för era medlemmar?

2. Vilka brister ser ni i samverkan mellan de olika aktörerna (arbetsgivaren, hälso- och sjukvården, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen) i sjukskrivningsprocessen?

   2.1 Vilka konsekvenser får dessa brister för era medlemmar?

3. Vilka förbättringar skulle ni vilja se i nuvarande regelverk och i samverkan mellan aktörerna?

4. Hur kan sjukskrivningsprocessen göras enklare och mer begriplig för era medlemmar?

5. Vilka huvudsakliga styrkor ser ni i sjukskrivningsprocessen?

Vi ber er att svara i det bifogade svarsformuläret, det underlättar vårt arbete att sammanställa era svar.

Vi ber om era svar senast den 5 november 2018. Om ni har frågor är ni mycket välkomna att ta kontakt med sekretariatet på

valfungerande.sjukskrivningsprocess@regeringskansliet.se

Svar lämnas till samma mail eller direkt per post enligt adress ovan.

Vi bifogar en sändlista. Om ni upptäcker att vi glömt någon förening som ni tycker bör lämna synpunkter, så är vi tacksamma om återkopplar till oss vi kan ta kontakt. Vi har försökt att inkludera alla föreningar vi tror kan bidra med erfarenhet och kunskap till våra frågor. Detta innebär att utskicket kan ha omfattat föreningar vars

medlemmar ej berörs. Vi ber er att ha överseende med detta och förväntar oss självfallet inga svar om så är fallet.

Med vänlig hälsning

Mandus Frykman, med dr

Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess

# Undersökning bland sjukskrivna

## INFORMATIONSTEXT FÖRE UNDERSÖKNINGEN BÖRJAR

Hej,
Mitt namn är Xxx Xxx, jag ringer på uppdrag av undersökningsföretaget Novus.

Är det Förnamn Efternamn jag pratar med? OM FEL PERSON, BE ATT FÅ PRATA MED FÖRNAMN EFTERNAMN. OBS! AV YTTERSTA VIKT ATT VI SÄKERSTÄLLER ATT VI PRATAR MED RÄTT PERSON!

Vi genomför just nu en undersökning bland personer som är sjukskrivna. Det är den Nationella Samordnaren för en Välfungerande Sjukskrivningsprocess på uppdrag av regeringen som vill undersöka hur sjukskrivningsprocessen fungerar och hur den kan förbättras? Vi har fått uppgifter från Försäkringskassan om att du är eller har varit sjukskriven men dessa uppgifter kommer att raderas så snart undersökningen är genomförd.

Jag undrar om du vill vara med i den här undersökningen som tar cirka 10–20 minuter?

OM IP FRÅGAR OM HEN ÄR ANONYM SÅ SÄG: Ja, det stämmer att du är anonym. Nationella Samordnaren för en Välfungerande Sjukskrivningsprocess kommer få alla svar men de får inte veta vilka personer som valt att delta i undersökningen)

1. **Är du sjukskriven just nu?**
   Ja, på heltid
   Ja, på deltid
   Nej
   Vet inte

   OM FRÅGA 1:3–4
2. **Har du varit sjukskriven under de senaste 3 månaderna?**
   Ja
   Nej – AVSLUTA (UR POP)
   Vet inte – AVSLUTA (UR POP)

   FRÅGA OM 1=1–2: Hur länge har du varit sjukskriven?
3. **FRÅGA OM 2=1: Hur länge varade din senaste sjukskrivning?**
   Upp till 1 månad
   Mer än 1 månad men mindre än 2 månader
   2–6 månader
   Mer än 6 månader

4. **Vilka av följande har du haft kontakt med <u>angående din sjukskrivning?</u>** *MULTIPELSVAR*
   Försäkringskassan
   Din arbetsgivare
   Företagshälsovården
   Rehabiliteringskoordinator i hälso- och sjukvården
   Annat

5. **Vilket sammanfattande omdöme skulle du ge till var och en av dessa aktörer i samband med din sjukskrivning?**
   Försäkringskassan (OM KONTAKT MED FÖRSÄKRINGSKASSAN ENLIGT FRÅGA 4)
   Din arbetsgivare (OM KONTAKT MED ARBETSGIVARE ENLIGT FRÅGA 4)
   Sjukvården (STÄLLS TILL ALLA)

   - ☐ Mycket bra
   - ☐ Ganska bra
   - ☐ Varken bra eller dåligt
   - ☐ Ganska dåligt
   - ☐ Mycket dåligt
   - ☐ Vet inte

## SLUMPA SÅ ATT INTERVJUPERSONEN FÅR BESVARA 2 AV FRÅGORNA 6–11 (BLIR FÖR BETUNGANDE + FÖR LÅNG INTERVJU OM DE SKALL SVARA FÖR ALLT)

OM FRÅGA 5:1=1–2

6. **Vad är det som gör dig nöjd med Försäkringskassan?**
   *SVARA GÄRNA KORT*
   ÖPPET SVAR:

OM FRÅGA 5:2=1–2

7. **Vad är det som gör dig nöjd med din arbetsgivare?**
   *SVARA GÄRNA KORT*
   ÖPPET SVAR:

OM FRÅGA 5:3=1–2

8. **Vad är det som gör dig nöjd med sjukvården?** *SVARA GÄRNA KORT*
   ÖPPET SVAR:

OM FRÅGA 5:1=4–5

9. **Varför är du INTE nöjd med Försäkringskassan?** *SVARA GÄRNA KORT*
   ÖPPET SVAR:

OM FRÅGA 5:2=4–5

10. **Varför är du INTE nöjd med din arbetsgivare?** *SVARA GÄRNA KORT*
ÖPPET SVAR:

OM FRÅGA 5:3=4–5

11. **Varför är du INTE nöjd med sjukvården?** *SVARA GÄRNA KORT*
ÖPPET SVAR:

## INFORMATIONSTEXT: Nu kommer några frågor om din arbetsgivare.

OM FRÅGA 3=3–4

12. **Har din arbetsgivare varit i kontakt med din läkare eller annan sjukvårdspersonal angående din sjukskrivning**
Ja
Nej
Vet inte

OM FRÅGA 3=3–4

13. **Har din arbetsgivare kontaktat dig efter det att du blev sjukskriven?**
Ja
Nej
Vet inte

OM FRÅGA 13=1, MULTIPEL, ALTERNATIV 6 OCH 7 ÄR EXCLUSIVE

14. **Vilken eller vilka var anledningarna till att din arbetsgivare kontaktade dig, var det …**
*MULTIPELSVAR, LÄS UPP 1–4*
…för att visa omtanke och fråga hur du mår
…för att de behövde information från dig, t ex för att dina arbetsuppgifter ska kunna tas om hand under din frånvaro
…för att prata om orsakerna till att du blev sjukskriven
…för att prata om hur du skall komma tillbaka i arbete

…annat, vad? STÄLLS VID BEHOV, ÖPPET SVAR
Inget av detta
Vet inte

OM FRÅGA 3=3–4

15. **Har du fått stöd från företagshälsovården (eller annat rehabiliteringsstöd) via din arbetsgivare)?**
Ja
Nej
Vet inte

OM FRÅGA 3=3–4

16. **Har din arbetsgivare tagit fram en plan för hur du skall komma tillbaka i arbete? Planen är ett dokument som heter ”Plan för återgång i arbetet” eller ”Rehabiliteringsplan”.**
Ja, arbetsgivaren har tagit fram en sådan plan, dvs ett sådant dokument.
Nej
Vet inte

OM FRÅGA 16=1

17. **Var du delaktig i framtagandet av planen för återgång i arbete?**
Ja
Nej
Vet inte

OM FRÅGA 17=1

18. **Var någon eller några av följande också delaktiga i framtagandet av planen för återgång i arbete?**
***MULTIPELSVAR, LÄS UPP ALT. 1–5***
Skyddsombud
Facklig representant
Representant från företagshälsovården
Representant från hälso- och sjukvården
Representant från HR/personalavdelningen
Nej, ingen av dessa
Vet inte

OM FRÅGA 3=3–4, MULTIPELSVAR, ALTERNATIV 7 ÄR EXCLUSIVE

19. **Får du, eller kommer du att få, något eller några av följande stöd för att komma tillbaks i arbete?**
*MULTIPELSVAR, LÄS UPP ALT. 1–5*
*OBS! MARKERA ALLA STÖD IP FÅR, OAVSETT OM IP TYCKER ATT STÖDET ÄR TILLRÄCKLIGT ELLER EJ!*
Anpassning av arbetstid
Anpassning av arbetsuppgifter
Anpassning av arbetsplats
Arbetshjälpmedel
Hjälp med resor till och från arbetet
Annat, vad?
Nej, inget av detta
Vet inte

OM FRÅGA 3=3–4

20. **Upplever du att du får det stöd du behöver för att du skall kunna komma tillbaka i arbete?** *LÄS UPP SVARSALTERNATIV VID BEHOV*
Ja, jag får det stöd jag behöver
Nej, jag får inte det stöd jag behöver
Jag behöver inget stöd
Vet inte

OM FRÅGA 20:2

21. **Behöver du mer stöd, eller saknar stöd, vad gäller följande?**
*MULTIPELSVAR, LÄS UPP ALTERNATIV 1–5*
Anpassning av arbetstid
Anpassning av arbetsuppgifter
Anpassning av arbetsplats
Arbetshjälpmedel
Hjälp med resor till och från arbetet
Annat, vad?
Nej, har inte saknat något stöd

OM FRÅGA 4=2

22. **Du svarade tidigare att du varit i kontakt med Försäkringskassan i samband med din sjukskrivning. Var det du som kontaktade Försäkringskassan eller var det Försäkringskassan som kontaktade dig, eller har ni båda kontaktat varandra?** *MULTIPELSVAR, OBS! MARKERA BÅDE 1 OCH 2 OM DE KONTAKTAT VARANDRA*
Jag har kontaktat Försäkringskassan
Försäkringskassan har kontaktat mig
Vet inte / Kommer inte ihåg

OM FÖRSÄKRINGSKASSAN KONTAKTAT IP, DVS FRÅGA 22=2

23. **När Försäkringskassan tog kontakt med dig, var det för att…** *MULTIPELSVAR, LÄS UPP 1–4*
Ge dig information
Ställa frågor till dig för att kunna bedöma om du har rätt till sjukpenning
Ställa frågor till dig om dina möjligheter att återgå i arbete
Annat skäl, vad? ÖPPET SVAR
Kommer inte ihåg

OM IP SJÄLV KONTAKTAT FÖRSÄKRINGSKASSAN, DVS FRÅGA 22=1

24. **När du själv tog kontakt med Försäkringskassan, var det för att…** *MULTIPELSVAR, LÄS UPP 1–3*
Få information om utbetalning
Få information om vad som händer i din sjukskrivning
Annat skäl, vad? ÖPPET SVAR
Kommer inte ihåg

25. **Är din sjukskrivning orsakad av ditt arbete?**
Ja, helt och hållet
Ja, delvis
Nej, inte alls
Vet inte

26. **Tror du att du kommer att återgå till dina tidigare arbetsuppgifter?**
Ja
Kanske
Nej, kommer antagligen byta arbetsuppgifter (eller byta arbetsgivare)

27. **Finns det något du vill tillägga kring din sjukskrivning och sjukskrivningsprocessen som du upplever inte har tagits upp i undersökningen? PLOCKA HÄR ÄVEN UPP SAKER SOM KAN HA KOMMIT UPP UNDER INTERVJUNS GÅNG MEN SOM INTE TÄCKS IN AV UNDERSÖKNINGEN.**
ÖPPET SVAR

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

2019-03-14
Komm2018/06

**Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess**
S 2018:06
Utredningssekreterare
Sofie Östling
08-4058264
072-2279942
sofie.ostling@regeringskansliet.se

# Inbjudan till diskussion om arbetet inom ramen för avsiktsförklaring ”Åtgärder för friskare arbetsplatser i kommuner och landsting” daterad 2016-08-19

Datum: 2019-05-16

Tid: 10.00 – 12.00

Plats: Garnisonen, Karlavägen 100

Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess bjuder in till en fördjupad diskussion om arbetet inom ramen för den avsiktsförklaring som undertecknades av Sveriges kommuner och landsting, Kommunal, OFR, Lärarförbundets och Lärarnas Riksförbunds samverkansråd och Akademikeralliansen den 19 augusti 2016.

Den 5 mars 2019 träffades vi i forumet Samling för friska arbetsplatser på Socialdepartementet. Vid det tillfället berättade vi att en översyn av avsiktsförklaringarna ligger i utredningens uppdrag och att vi därför vill bjuda in till en fördjupad diskussion om innehållet i avsiktsförklaringarna, med betoning på uppföljning och effekthemtagning.

Nedan följer ett antal frågeställningar om implementering av insatser, förväntade effekter och effektutvärdering. Vi önskar att ni senast den 9 maj besvarar dessa frågor skriftlig och när vi träffas har vi era svar som utgångspunkt för en gemensam diskussion. Skicka era svar till sofie.ostling@regeringskansliet.se

1. Hur arbetar ni med implementering av insatser
2. Hur arbetar ni med process - och effektutvärdering
3. Vilka effekter förväntar ni er av insatserna och vilka effekter ser ni i nuläget
4. Hur ser ni på era förutsättningar (i rollen som parter) att verka för friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro
5. Vilka sektorsspecifika utmaningar ser ni för ert arbete
6. Hur resonerar ni kring kunskapsutveckling om förebyggande arbete och arbete för återgång och de drivkrafter som finns för arbetsgivare att använda sådan kunskap
7. Hur arbetar ni för att säkerställa att arbetet med friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro fortsätter vara ett område som prioriteras över tid

Meddela vilka från er som kommer senast den 9 maj.

Varmt välkomna!

Mandus Frykman, Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess

Kommunernas och landstingens
ARBETSMILJÖRÅD

Antaget av Kommunernas och Landstingens Arbetsmiljöråd

2019-05-08

# Åtgärder för friskare arbetsplatser i kommuner och regioner

Den nationella samordnaren för en välfungerande sjukskrivningsprocess har bjudit in parterna till en fördjupad diskussion om arbetet med parternas *Avsiktsförklaring för friskare arbetsplatser*. I detta underlag presenteras ett partsgemensamt svar på de frågeställningar som gick ut i samband med inbjudan. Dokumentet är framtaget i det partsgemensamma Arbetsmiljörådet (AMR) som har ansvar för att samordna arbetet kring avsiktsförklaringen.

Avsiktsförklaringen för friskare arbetsplatser inom kommun- och regionsektorn består av åtta områden med ett antal åtgärder inom respektive område, till exempel partsinitiativ, avtal, stödfunktioner och verktyg. Varje åtgärd har en egen process för implementering och uppföljning.

Den partsgemensamma föreningen Suntarbetsliv har en central roll i implementeringen av avsiktsförklaringen för friskare arbetsplatser. Föreningen har arbetat fram ett brett utbud av kunskaper och metoder för att utveckla friska arbetsplatser, genom bland annat digitala verktyg, artiklar samt Resursteamets arbete (det lokala stödet).

## 1. Hur arbetar ni med implementering av insatser?

### Suntarbetsliv

Implementeringsarbetet inleds redan när Suntarbetslivs verktyg utvecklas genom att framtida användare och parter med flera medverkar och bidrar i framtagandet av dem. Utbudet är tillgängligt via Suntarbetsliv.se och är kostnadsfritt för användaren. De digitala verktygen innehåller både kunskaper och metoder för förändring samt processledarstöd så att verktygen enkelt kan implementeras och på sikt bidra till goda effekter på arbetsplatserna.

Insatserna implementeras genom Suntarbetslivs och parternas kommunikation och genom Resursteamets arbete ute på arbetsplatserna inom sektorn och drygt 50 möten med målgrupperna.

### Samverkanssystemet och AMRs stödteam för samverkan

Avsiktsförklaringens område 5. *Ta vara på medarbetarnas engagemang för minskad sjukfrånvaro*, avser primärt Samverkansavtalet. Samverkanssystemet ger en struktur för partsarbete, dialog och inflytande, som genomsyrar organisationen från arbetsplatsnivå till central samverkansgrupp. I samband med avsiktsförklaringen tecknade parterna ett nytt samverkansavtal hösten 2017. Sedan dess har parterna arbetat med implementering av det nya avtalet, till exempel genom kommunikation, verktyg och stöd samt konferenser.

AMR har även inrättat ett stödteam med representanter från respektive förbund i syfte att stärka kommuner och regioners arbete kring samverkansprocessen. Stöd från teamet erbjuds:

- När lokala parter vill utveckla sin samverkansprocess och samverkansorganisation.
- När lokala parter ska skriva ett helt nytt samverkansavtal eller revidera ett befintligt.
- När relationen mellan lokala parter är ansträngd. När det har uppstått en konflikt.

### Projekt förebygg ohälsa

Projekt förebygg ohälsa är centrala parters nästa steg i implementeringen av avsiktsförklaringen. Satsningen syftar till att öka kunskapen om de verktyg och stödfunktioner som har tagits fram inom ramen för projektet samt att inspirera fler kommuner och regioner att ta fram egna strategier eller avsiktsförklaringar för minskad sjukfrånvaro. Målgruppen, central samverkansgrupp/skyddskommitté i kommuner och regioner, nås genom att parterna kommunicerar samma budskap samtidigt och brett i sina kanaler.

## 2. Hur arbetar ni med process- och effektutvärdering?

Uppföljning av avsiktsförklaringen sker löpande och utifrån karaktären på respektive insats". Till exempel har Suntarbetslivs resursteam (område 2) en egen process kring utvärdering, liksom satsningen på omställning (TLO-KL) samt det nya samverkansavtalet som ska följas upp i slutet av 2019.

### Suntarbetsliv

Föreningens strategi, att samla in kunskaper om förebyggande, hälsofrämjande och rehabiliterande insatser och att göra denna kunskap tillgänglig och använd på arbetsplatserna inom kommun- och landstingssektorn, är det uppdrag som Suntarbetslivs kansli har att verkställa.

Med detta som utgångspunkt har Suntarbetslivs kansli formulerat följande övergripande mål för den operativa verksamheten:

1. Suntarbetsliv ska vara en naturlig aktör i arbetsmiljöarbete och verksamhetsutveckling.
2. Suntarbetsliv associeras tydligt till begreppen funktion och engagemang.
3. Suntarbetsliv når målgruppen med ett omfattande utbud av verktyg, stöd, forskning och lärande exempel.

Fokus är att stödja chefer och skyddsombud i deras gemensamma arbetsmiljöarbete. Tonvikten ligger på utveckling av grupp och verksamhet.

Suntarbetsliv mäter och analyserar månatligen respektive årligen målgruppernas kännedom om, användning av samt upplevelse av Suntarbetslivs, nyttan av artiklarna och de digitala verktygen.

Suntarbetsliv använder en variation av kvantitativa och kvalitativa metoder för uppföljning och utvärdering. Föreningens uppdrag enligt avsiktsförklaringen innebar att utveckla och kommunicera stöd i arbetet för friska arbetsplatser. Dessa stöd är relativt nyligen lanserade och det är ännu för tidigt att utvärdera långsiktiga effekter. Dock indikerar den regelbundna uppföljningen att verktygen används i hög utsträckning, upplevs fungera och engagera och bidrar till förändring på arbetsplatser inom kommun- och regionsektorn.

Resursteamets verksamhet utvärderas både formativt och summativt av extern utvärderare. Teamets arbete startade under hösten 2018 och av naturliga skäl finns därför inga resultat ännu av dess effekter.

## 3. Vilka effekter förväntar ni er av insatserna och vilka effekter ser ni i nuläget?

Avsiktsförklaringen syftar till att skapa en struktur för ett långsiktigt och hållbart arbetsmiljöarbete och bra arbetsförhållanden – vilket leder till såväl minskad sjukfrånvaro som goda förutsättningar för kompetensförsörjning och att verksamheter i förlängningen kan klara välfärdsuppdraget.

Centrala parters avsiktsförklaring för friskare arbetsplatser blev en katalysator för många kommuner och regioner att starta ett eget strategiskt arbete kring sjukfrånvaron. Önskan är att fler ska följa dessa exempel. Det är en av orsakerna till att parterna har initierat *Projekt förebygg ohälsa*.

Av erfarenhet vet parterna att implementering av verktyg och nya arbetssätt tar tid. Varje kommun och region som väljer att inleda ett strategiskt arbete för minskad sjukfrånvaro har en komplett process att genomgå innan önskad effekt uppnås. Centrala parter kan stödja arbetet genom samordnad kommunikation till respektive medlemmar, gemensamma verktyg och funktioner som Suntarbetslivs stödteam samt lärande exempel.

Den partsgemensamma sjukfrånvarostatistiken som publiceras i mars visar att sjukfrånvaron sjunker i både kommuner och regioner. Även om utvecklingen är glädjande gör parterna i nuläget inte anspråk på att minskningen beror på vårt arbete. Det primära syftet har varit att skapa långsiktigt hållbara förändringar som leder till en låg och stabil sjukfrånvaro över tid.

### Suntarbetsliv

Inom Suntarbetsliv definieras kännedoms- och effektmål för respektive del i utbudet. Mätningar visar positiva resultat avseende kännedom och upplevelsen av att utbudet fungerar och engagerar i målgruppernas vardagliga utmaningar samt i utveckling av friskfaktorer och verksamhet. Undersökningen, som genomfördes i maj 2018, visar att kännedomen är högst bland HR-grupper i kommuner och lägst i vissa chefsgrupper inom regioner. Suntarbetsliv och organisationens utbud upplevs mycket relevanta och engagerande. Målgrupperna uppskattar att utbudet är forskningsbaserat.

## 4. Hur ser ni på era förutsättningar (i rollen som parter) att verka för friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro?

Parterna tar ansvar för komplexa utmaningar inom arbetslivet och har förutsättningar att genomföra och förvalta överenskommelser över tid. Utgångspunkten är att i samverkan åstadkomma hållbara strukturförändringar. En viktig utgångspunkt är att partsgemensamma avsiktsförklaringar och stödfunktioner har en hög legitimitet och kan kommuniceras brett.

Parterna har en lång tradition av att arbeta tillsammans kring arbetsmiljöfrågor, inte minst genom AFA, AMR, Suntarbetsliv och Samverkansavtalet. Sammantaget skapar detta en hållbar struktur för ett långsiktigt och metodiskt arbete. Utöver arbetet inom ramen för avsiktsförklaringen driver parterna även flera andra gemensamma utvecklingsarbeten i samma syfte - goda arbetsvillkor inom kommuner och regioner.

## 5. Vilka sektorsspecifika utmaningar ser ni för ert arbete?

Kommuner och regioner har relativt sett högre sjuktal, vilket var en gemensam och grundläggande utgångspunkt när parterna inom kommun- och regionsektorn formulerade den jämförelsevis ambitiösa och omfattande avsiktsförklaringen.

Majoriteten av yrkesgrupperna inom kommuner och regioner är så kallade kontaktyrken. En särskild friskfaktor är att åstadkomma balans mellan verksamhetens krav och de resurser chefer och medarbetare har för att möta kraven.

Mellan åren 2016 och 2026 kommer kommuner och regioner att behöva rekrytera uppskattningsvis en halv miljon nya medarbetare. Det är en utmaning för sektorn att klara denna omfattande kompetensförsörjning. Såväl lång som kort sjukfrånvaro påverkar behovet av kompetensförsörjning. Det beror bland annat på att så kallade kontaktyrken har ett större behov av vikarier även vid kort sjukfrånvaro.

Verksamheterna kommer att behöva ställa om sitt sätt att arbeta för att klara kompetensutmaningen. I det omställningsarbetet är arbetsmiljöarbetet viktigt. Dels för att identifiera och åtgärda risker, dels för att i samverkan (dialog och inflytande) mellan arbetsgivare, fack och medarbetare finna de bästa lösningarna samt att förankra och skapa legitimitet för nödvändiga förändringar.

### 6. Hur resonerar ni kring kunskapsutveckling om förebyggande arbete och arbete för återgång och de drivkrafter som finns för arbetsgivare att använda sådan kunskap?

Parterna har ett gemensamt intresse av att det finns evidensbaserad kunskap och verktyg för arbetsmiljöarbetet inom kommuner och regioner. Parterna har också långsiktiga strategier för att säkerställa både kunskapsutveckling och forskning samt implementering och användning.

Det partsägda AFA försäkring är en av landets största finansiärer för forskning inom arbetsmiljöområdet. Totalt avsätts 150 miljoner kronor per år för detta ändamål, 100 miljoner på privatsidan och 50 miljoner kronor till forskning för kommuner och regioner. Genom åren har AFA haft flera forskningsprogram som berör såväl förebyggande arbete som återgång i arbete. För närvarande pågår programmet Hållbart arbetsliv. Nyligen avslutades ett program om arbetslivsinriktad rehabilitering och ett annat om kronisk smärta. En stor del av den forskning som produceras inom ramen för AFAs program resulterar i praktiska verktyg. AFA arbetar även för att sprida kunskap och forskning genom såväl nationella som regionala konferenser och seminarier.

Utgångspunkten för Suntarbetslivs arbete är att det ska vara forskningsanknutet. Föreningen har uppdraget att bidra till kunskapsutveckling, inte minst genom att producera och sprida evidensbaserade metoder och verktyg. Som exempel kan nämnas det nya verktyget Chefoskopet som har sin utgångspunkt i den forskning som bedrevs inom ramen för Chefios, ett flerårigt samarbete mellan Göteborgs universitet och att antal västsvenska kommuner. För närvarande utvecklar Suntarbetsliv ett verktyg om arbetslivsinriktad rehabilitering. Föreningen arbetar även med en ny satsning på forskningssammanfattningar i syfte att dels sprida kunskap, dels göra forskning tillämplig i arbetsmiljöarbetet.

### 7. Hur arbetar ni för att säkerställa att arbetet med friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro fortsätter vara ett område som prioriteras över tid?

Se svar på fråga fyra samt sammantagna övriga svar i underlaget.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

2019-03-14
Komm2018/06

**Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess**
S 2018:06
Utredningssekreterare
Sofie Östling
08-4058264
072-2279942
sofie.ostling@regeringskansliet.se

# Inbjudan till diskussion om arbetet inom ramen för avsiktsförklaringen för att förebygga sjukfrånvaro och ta tillvara arbetsförmåga daterad 2016-08-22

Datum: 2019-09-10

Tid: 13.00-15.00

Plats: Garnisonen, Karlavägen 100

Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess bjuder in till en fördjupad diskussion om arbetet inom ramen för den avsiktsförklaring som undertecknades av Svenskt Näringsliv, LO och PTK den 22 augusti 2016.

Den 6 mars 2019 träffades vi i forumet Samling för friska arbetsplatser på Socialdepartementet. Vid det tillfället berättade vi att en översyn av avsiktsförklaringarna ligger i utredningens uppdrag och att vi därför vill bjuda in till en fördjupad diskussion om innehållet i

avsiktsförklaringarna, med betoning på uppföljning och effekthemtagning.

Nedan följer ett antal frågeställningar om implementering av insatser, förväntade effekter och effektutvärdering. Vi önskar att ni besvarar dessa frågor skriftligt och när vi träffas har vi era svar som utgångspunkt för en gemensam diskussion. Skicka era svar till sofie.ostling@regeringskansliet.se

1. Hur arbetar ni med implementering av insatser
2. Hur arbetar ni med process - och effektutvärdering
3. Vilka effekter förväntar ni er av insatserna och vilka effekter ser ni i nuläget
4. Hur ser ni på era förutsättningar (i rollen som parter) att verka för friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro
5. Vilka sektorsspecifika utmaningar ser ni för ert arbete
6. Hur resonerar ni kring kunskapsutveckling om förebyggande arbete och arbete för återgång och de drivkrafter som finns för arbetsgivare att använda sådan kunskap
7. Hur arbetar ni för att säkerställa att arbetet med friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro fortsätter vara ett område som prioriteras över tid

Varmt välkomna!

Mandus Frykman, Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess

# Inledning

- Presentation av parternas överenskomna arbete efter avsiktsförklaring om arbete mot sjukfrånvaro (samling för friska arbetsplatser)

- Presentation av parternas i övrigt pågående arbete genom Prevent, AFA försäkring och Gilla Jobbet

# Parternas överenskomna arbete efter avsiktsförklaring om arbete mot sjukfrånvaro

**Inom ramen för Prevent utveckla stöd och verktyg i sjukprocessen för företagen, särskilt för de små och medelstora företagen, för att ta tillvara arbetstagares arbetsförmåga vid sjukskrivning**

- Pågående projekt, rehabverktyget. Kommer att vara klart under hösten och lanseras i november. Ett omfattande verktyg som ger praktiskt stöd för arbetsplatser i arbetet med rehabilitering och arbetsanpassning. Utbildningen ”*rehabilitering på arbetsplatsen*” har tagits fram och genomförs löpande.

**Informera om och stimulera företagen att bättre nyttja de ekonomiska stöd som finns avsatta för rehabiliteringsinsatser inom Försäkringskassan och AFA Försäkring**

- Information om stöd från AFA försäkring finns via AFA Försäkring, LO och Finfa. Det nya rehabverktyget som tas fram genom Prevent innehåller information och hänvisningar till olika stöd som finns att söka.

# Parternas överenskomna arbete efter avsiktsförklaring om arbete mot sjukfrånvaro

**Utifrån nedbruten och branschspecifik statistik från Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket utveckla stödet i samband med sjukfrånvaro, så att det blir mer riktat och träffsäkert**

- Vi saknar fortfarande fullständig statistik från såväl FK som AV.

**Inom ramen för AFA Försäkring FoU öka kunskapen om de bakomliggande orsakerna till sjukfrånvaro**

- En stor del av de forskningsansökningar som beviljas handlar om att identifiera bakomliggande orsaker till sjukfrånvaro, eller om åtgärder för att hantera redan kända riskfaktorer för sjukfrånvaro.
- Pågående FoU-program: Ung i arbetslivet (40 mnkr), Ett arbetsliv utan hjärt-kärlsjukdom (50 mnkr), Hållbart arbetsliv (30 mnkr), Att leva och arbeta med psykisk ohälsa (40 mnkr projektstart 2019)
- Avslutade program: Kronisk Smärta (50 mnkr, 2018) och Företagshälsovård – Forskningsbaserad kunskap för praktisk tillämpning (30 mnkr, 2016)

PTK SVENSKT NÄRINGSLIV

# Parternas överenskomna arbete efter avsiktsförklaring om arbete mot sjukfrånvaro

**Vidareutveckla implementeringen av slutsatser och forskningsrön från forskningsprojekt finansierade via AFA Försäkring genom Prevent och de partsgemensamma arbetsmiljöråden**

- Arbetet mellan Prevent och AFA försäkring för att säkerställa en god implementering av forskningsresultat har formaliserats. Prevent är nu med i ett tidigare skede, innan slutrapportering av projekt är klara. Prevents verksamhetsplanering tar hänsyn till pågående projekt hos AFA försäkring.
- Ett internt seminarium har hållits hos AFA försäkring där forskare, parter och andra aktörer har deltagit för att diskutera hur resultat bättre kan implementeras.
- I projektansökan om forskning ställs nu högre krav på beskrivning av hur resultat ska spridas för att kunna få praktisk nytta.

# Parternas överenskomna arbete efter avsiktsförklaring om arbete mot sjukfrånvaro

**Utveckla den partsgemensamma statistiken avseende sjukfrånvaro hos såväl AFA Försäkring som Alecta**

- På uppdrag av Alecta presenterade professor Kristina Alexandersson 2018 en rapport om *Sjukfrånvaro hos privatanställda tjänstemän*.
- Alecta arbetar för närvarande med att ta fram relevant och uppdaterad statistik över de privatanställda tjänstemännens sjukfrånvaro, genom att bearbeta statistik som beställts från Försäkringskassan.

**Utreda i vilken omfattning företagen nyttjar företagshälsovård eller annan oberoende expertresurs inom arbetsmiljö och rehabilitering**

- Parterna har gjort en undersökning av hur företag använder företagshälsovård och andra expertresurser inom arbetsmiljö och rehabilitering. Undersökningen presenterades 2017 i rapporten *Hur använder företag arbetsmiljö- och hälsotjänster för att förebygga och åtgärda arbetsrelaterad ohälsa?*

PTK SVENSKT NÄRINGSLIV

# Parternas överenskomna arbete efter avsiktsförklaring om arbete mot sjukfrånvaro

**På sätt som parterna överenskommer verka för att arbetsgivare ska svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå. Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården ska särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa (se arbetsmiljölagen [1977:1160])**

- Arbetsmiljöverkstan – en återkommande nationell seminarieserie har presenterat materialet ”att köpa arbetsmiljö- och hälsotjänster” som också har en webbaserad behovsanalys.
- Föreläsningar om hälsoekonomi och företagshälsovård har hållits på konferensserien Gilla Jobbet

# Parternas överenskomna arbete efter avsiktsförklaring om arbete mot sjukfrånvaro

**Utifrån våra erfarenhetsbaserade kunskaper om förhållandena på arbetsplatserna som organisationerna är bärare av delta och samverka, i mån av resurser, med ansvariga myndigheter i syfte att underlätta återgången i arbete och bättre ta tillvara på befintlig arbetsförmåga.**

- LO, PTK och Svenskt Näringsliv deltar i Försäkringskassans partnerråd för arbetsgivar- respektive arbetstagarsidan. Parterna deltar i Arbetsmiljöverkets centrala samråd

# Parternas arbete inom privat sektor

**Prevent, i urval**

- **Uppdatering av BAM och lansering av e-BAM** – Bättre arbetsmiljö är den ledande grundläggande arbetsmiljöutbildningen. Vänder sig till chefer och skyddsombud. Utbildningen har uppdaterats och lanserades februari 2019.
- **Rehabverktyget** – Verktyget ska utvecklas för att bättre fungera som ett konkret stöd på arbetsplatsen för att förhindra sjukskrivning och underlätta återgång i arbete (troligtvis november)
- **Organisatorisk och Social Arbetsmiljö**
  En e-bok och tryckt bok framtagen – ”Att jobba praktiskt med OSA” (ca 2000 sålda exemplar 2018), utbildningen ”Organisatorisk och social arbetsmiljö i praktiken” och ”OSA-enkäten (lanserad 2018)
- **Balansguiden – om det flexibla arbetslivet**
  Framtagen för organisationer och individer, bl a om hur man förebygger och hanterar stress
- **Hälsofrämjande ledarskap**
  Verktyg för chefer som syftar till att främja de positiva och hälsofrämjande aspekterna i arbetsmiljöarbetet. Lansering april 2019

PTK SVENSKT NÄRINGSLIV

# Parternas arbete inom privat sektor

## Prevent, i urval

- **Starkare samverkan i det lokala arbetsmiljöarbetet** – Arbete inlett med syfte att visa vikten av, och stärka lokal partssamverkan i arbetsmiljöfrågor. I arbetet lyfts också slutsatsen från den partsgemensamma rapporten om arbetsmiljö- och hälsotjänster; att fortsatt stärka det systematiska arbetsmiljöarbetet, ta fram stöd och verktyg för samverkan.
- **Jobba praktiskt mot kränkande särbehandling** – Fördjupar OSA-arbetet, en bok är framtagen (februari 2019) och lansering av ytterligare verktyg under våren
- **Sexuella trakasserier** – Checklistor och en särskild ämnessida finns på Prevent.se. Särskilda projekt drivs, exempelvis ”schysst stall” som lanseras i mars 2019.

# Parternas arbete inom privat sektor

## Prevent, exempel på projekt som bedrevs/bedrivs 2018/2019:

- Arbetsmiljö för in- och uthyrd personal
- Arbetsmiljö för privata vården
- Arbetsmiljö Hotellstäd
- Arbetsmiljö Lackeringsbranschen
- Arbetsmiljöverkstad-Industrin 2018
- BAM Måleribranschen, grund och vidareutbildning + checklistor
- Din arbetsplats i handeln, ny version
- Enkät om organisatorisk och social arbetsmiljö
- EU-OSHA kampanj ”Friska arbetsplatser hanterar farliga ämnen på ett säkert sätt”
- Hat och hot mot journalister
- Hälsofrämjande ledarskap
- Höga tryck, webbutbildning
- Kränkande särbehandling
- Kommunikation webbutbildning Work and Technology on Human Terms
- Ny i industrin
- Revidering av Introduktionsguiden
- Schysst stall
- Sexuella trakasserier (checklista, enkät)
- Säkert arbete i gruvindustrin

# Parternas arbete inom privat sektor

## Prevent - Arbetsplatsrelationer 2018 (2017 inom parentes):

- 870 000 besök på prevent.se (810 000)
- 450 0000 besök på arbetsmiljoupplysningen.se (415 000)
- 495 152 besök på arbetsliv på webben (397 000)
- 66 000 (47 000) nedladdade pdf:er, till exempel informationsmaterial och handböcker
- 138 000 får papperstidningen Arbetsliv sex ggr per år
- 50 000 gånger har den nya digitala enkäten om OSA laddats ner sedan i juli 2018
- 81 000 nedladdade checklistor (digitala och PDF)
- 85 400 sålda böcker (80 300)
- 8 850 genomgick öppen- eller företagsanpassad utbildning (8 620)
- 30 190 deltagare slutförde en kostnadsfri webbutbildning (28 965)
- 440 000 visningar av Prevents samtliga filmer på Youtube (190 000)
- 10 mejlskolor genomfördes
- 33 projekt och förstudier pågick under året (36)

## AFA Försäkring

- **Avslutade forskningsprogram:**
  - Företagshälsovård (2014 – 2017), tillsammans med KL-sektorn, slutredovisat mars 2017
  - Kronisk smärta (2015 – 2018) – avslutat och slutredovisat 2019

- **Pågående och kommande forskningsprogram:**
  - Hållbart arbetsliv (2016 – 2019) , tillsammans med KL-sektorn (slutredovisas 2020)
  - Ett arbetsliv utan hjärt- och kärlsjukdom (2017 – 2022)
  - Unga i arbetslivet (2018 – 2022)
  - Att leva och arbeta med psykisk ohälsa (projektstart 2019)

- **IA-systemet** (Informationssystemet om Arbetsskador)
  IA-systemet används aktivt och i ökande grad i det förebyggande arbetet vid många arbetsplatser. Drygt 900 000 anställda i Sverige arbetar idag i organisationer med tillgång till IA-systemet.

*AFA finansierar i huvudsak fristående forskningsprojekt, men även kunskapssammanställningar, rörande exempelvis rörelseorganens sjukdomar, mentala sjukdomar, rehabilitering, sjukfrånvaro, arbetsorganisation, ergonomi och belastning, fysisk arbetsmiljö, kemiska hälsorisker, psykosocial arbetsmiljö.*

# Parternas arbete inom privat sektor

**AFA Försäkring: pågående projekt som beviljats anslag (i urval):**

- Hjärnskador vid kronisk arbetsrelaterad stress och nya metoder att motverka dessa (fick tilläggsanslag men har hållit på ett tag)

- När det brister: orsaker till och förekomst av destruktivt ledarskap i svenskt arbetsliv
- Fånga arbetsförmåga
- Evidensbaserad internetförmedlad behandling vid alkoholproblem - en kvalitativ studie om nyttan i arbetslivet (och kopplingen till psykisk ohälsa)
- Långvarig funktionsnedsättande smärta i rygg och nacke samt psykisk ohälsa - identifiering av modifierbara faktorer som påverkar risk och prognos
- Chefens perspektiv - kunskap och behov i mötet med anställda som har nedsatt arbetsförmåga på grund av depression och ångest

*AFA finansierar i huvudsak fristående forskningsprojekt, men även kunskapssammanställningar, rörande exempelvis rörelseorganens sjukdomar, mentala sjukdomar, rehabilitering, sjukfrånvaro, arbetsorganisation, ergonomi och belastning, fysisk arbetsmiljö, kemiska hälsorisker, psykosocial arbetsmiljö.*

PTK SVENSKT NÄRINGSLIV

# Parternas arbete inom privat sektor

## AFA Försäkring

- Rapporter publicerade om *Arbetsolyckor och sjukfrånvaro inom handel och restaurang, Arbetsolyckor och sjukskrivningar bland städare, Arbetsolyckor och sjukskrivningar inom byggbranschen* m.fl.
- Spridning – Parterna och AFA arbetar tillsammans aktivt med spridning och implementering av forskningsresultat. Vid utlysning och inför beslut om forskningsfinansiering tydliggörs att sökande forskare ska ha en plan för hur forskningsresultatet ska implementeras.
- Förtydligat fokus för forskningsfinansiering avseende området ”Hälsa”, med prioritering för forskning som kan förväntas ge reella effekter på sjukfrånvaro och ökad hälsa bland de försäkrade.
- Stöd för arbetsmiljöutbildning – utbildningssatsning. Sammanlagt beviljades stöd för utbildning av 23 247 personer, varav ca 90 procent var chefer. Stödet gick till 3076 unika företag. 75 miljoner kr var avsatta för utbildningsstödet.

# Parternas arbete inom privat sektor

## AFA Försäkring, spridning av kunskap och resultat

Frukostseminarier i urval:

- Rehabiliteringsstödet för arbetsgivare, sjukförsäkringens utveckling - en jämförelse mellan FK och AFA, heldagsseminarium inom handel, kunskapsöversikten om självmord, mobbing av chefer, sömn för främja fysisk och mental hälsa, aktivitetsbaserade kontor, en positiv syn på åldrande, hälsofrämjande ledarskap i ett föränderlig arbetsliv

Temaår och FoU-dagar

- Tema ”digitalisering” (2017), FoU-dag i Karlstad
- Tema ”fysisk arbetsmiljö” (2018), FoU-dag i Gävle
- Tema ”ett arbetsliv i förändring” (2019), FoU-dag i Luleå

PTK SVENSKT NÄRINGSLIV

# Parternas arbete inom privat sektor

## Gilla jobbet – arbetslivets mötesplats

Projekt med syfte att öka intresset för arbetsmiljöfrågor, och att bidra till att omsätta forskningsresultat i praktisk tillämpning och ge stöd och verktyg.

Gilla Jobbet arrangeras av AFA försäkring, Prevent och Suntarbetsliv tillsammans med parterna inom privat och kommun- och regionsektorn.

## Konferenser:

- 2017: Stockholm (1327) (antal deltagare)
- 2018: Malmö (320), Göteborg (434), Umeå (231) och Falun (150)
- 2019: Stockholm (2600 som prognos, i dagsläget fullt och 150 på väntelista)
- 2020: Malmö, Göteborg, Sundsvall, Luleå, Växjö och Karlstad

*På Gilla Jobbets konferenser deltar chefer, skyddsombud och HR-representanter från privat och offentlig sektor*

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

2019-03-14
Komm2018/06

**Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess**
S 2018:06
Utredningssekreterare
Sofie Östling
08-4058264
072-2279942
sofie.ostling@regeringskansliet.se

# Inbjudan till diskussion om arbetet inom ramen för avsiktsförklaring för att motverka ohälsa och stigande sjuktal daterad 2016-08-19

Datum: 2019-05-21

Tid: 10.00 – 12.00

Plats: Garnisonen, Karlavägen 100

Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess bjuder in till en fördjupad diskussion om arbetet inom ramen för den avsiktsförklaring som undertecknades av Arbetsgivarverket, OFR/S,P,O, Saco-S och Seko den 19 augusti 2016.

Den 4 mars 2019 träffades vi i forumet Samling för friska arbetsplatser på Socialdepartementet. Vid det tillfället berättade vi att en översyn av avsiktsförklaringarna ligger i utredningens uppdrag och att vi därför vill bjuda in till en fördjupad diskussion om innehållet i

avsiktsförklaringarna, med betoning på uppföljning och effekthemtagning.

Nedan följer ett antal frågeställningar om implementering av insatser, förväntade effekter och effektutvärdering. Vi önskar att ni senast den 14 maj besvarar dessa frågor skriftlig och när vi träffas har vi era svar som utgångspunkt för en gemensam diskussion. Skicka era svar till sofie.ostling@regeringskansliet.se

1. Hur arbetar ni med implementering av insatser
2. Hur arbetar ni med process - och effektutvärdering
3. Vilka effekter förväntar ni er av insatserna och vilka effekter ser ni i nuläget
4. Hur ser ni på era förutsättningar (i rollen som parter) att verka för friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro
5. Vilka sektorsspecifika utmaningar ser ni för ert arbete
6. Hur resonerar ni kring kunskapsutveckling om förebyggande arbete och arbete för återgång och de drivkrafter som finns för arbetsgivare att använda sådan kunskap
7. Hur arbetar ni för att säkerställa att arbetet med friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro fortsätter vara ett område som prioriteras över tid

Meddela vilka från er som kommer senast den 14 maj.

Varmt välkomna!

Mandus Frykman, Nationell samordnare för en välfungerande sjukskrivningsprocess

PARTERNA PÅ DET STATLIGA AVTALSOMRÅDET
2019-05-14



## EN VÄLFUNGERANDE SJUKSKRIVNINGSPROCESS

Den nationelle samordnaren för en välfungerande sjukskrivningsprocess har bjudit in parterna på det statliga avtalsområdet till en fördjupad diskussion om arbetet inom ramen för den avsiktsförklaring som undertecknades av Arbetsgivarverket, OFR/S,P,O, Saco-S och Seko den 19 augusti 2016. Inför mötet lämnas svar på de frågeställningar som ställts till parterna om implementering av insatser, förväntade effekter och effektutvärdering.

Parterna vill inledningsvis framföra att såväl förebyggande arbete som arbetet till stöd för återgång i arbete ska bedrivas och anpassas till förhållanden hos varje arbetsgivare och de förutsättningar som verksamheten där ställer. Arbetet sker såväl partsgemensamt som partseget där en stor del av ansvaret ålagts arbetsgivaren genom lag. Insatser genom central partssamverkan ska till väsentlig del utgöra stöd för det lokala arbetet antingen genom mer allmängiltiga insatser eller genom insatser som kan verksamhetsanpassas.

I det följande beskrivs de insatser som centrala parter på det statliga avtalsområdet gemensamt genomför till stöd för lokala parters arbete. Arbetet sker idag i dialog mellan förhandlingsledningarna samt inom ramen för den partsgemensamma organisationen Partsrådet och då främst inom två arbetsområden; ”Arbetsmiljö ur ett partsperspektiv” och programmet ”Hållbart arbetsliv”.

### HUR ARBETAR NI MED IMPLEMENTERING AV INSATSER

Partsrådet är en väletablerad organisation för partsgemensamma insatser på den statliga sektorn. Centrala parter jobbar idag genom två arbetsområden för att bidra till den gemensamma avsiktsförklaringen från 2016, ”Arbetsmiljö ur ett partsperspektiv” och ”Hållbart arbetsliv”. Arbetsområdena har olika arbetssätt och inriktning. Båda arbetsområdena bygger på överenskommelser mellan kollektivavtalsparterna för att möta sådana frågor som parterna har identifierat som väsentliga i sammanhanget.

#### Arbetsmiljö ur ett partsperspektiv

Området har till uppgift att öka lärandet hos såväl fackets som arbetsgivarens representanter. Detta genom att ge företrädarna möjligheter att få del av forskningsbaserade kunskaper och information om gällande regelverk samt uppmuntra till dialog i såväl den egna verksamheten som med representanter för andra statliga verksamheter.

Arbetsområdet erbjuder utbildningar, seminarier och workshops samt förmedlar verktyg och information till lokala parter inom området Arbetsmiljö.

Inledningsvis har utbildningar tagits fram i samverkan med 70 lokala företrädare från 20 myndigheter. Arbetssättet innebär att den kunskap som erbjuds inom utbildningarna är relevanta för lokala parter. För den slutgiltiga utformningen och genomförandet anlitades forskare och experter. Arbetssättet bidrog också till en god implementering. Totalt erbjuds i nuläget fem olika utbildningar. Två utbildningar som behandlar det systematiska arbetsmiljöarbetet, ”Vilka regler styr” och ”Arbetsmiljö i praktiken”. Övriga tre rör ”Konflikthantering”, ”Att skapa robusta samarbetskulturer” samt ”Hållbart medarbetarskap och ledarskap när gränserna i arbetslivet förändras”. Utbildningarna har haft stor efterfrågan. Under åren 2016-2018 har utbildningarna tagit emot totalt 1 885 deltagare (954 arbetsgivarföreträdare och 931 fackliga företrädare).

Mot bakgrunden av utbildningarnas tydliga relevans för verksamheter inom sektorn samt för att bidra till ytterligare spridning och implementering av kunskap så har konceptutbildningarna arbetats om till e-utbildningar. Även här har parterna tagit fasta på vikten av samverkan mellan lokala parter och att forskare och experter medverkar. Implementeringen av dessa utbildningar sker under 2019 i såväl ordinarie medlemskanaler som genom inlägg i sociala medier.

I övrigt erbjuder arbetsområdet kunskaper och möjligheter till samverkan inom aktuella områden genom seminarier. Totalt har 29 seminarier genomförts under 2016-2018 med totalt knappt 1 600 deltagare.

#### Hållbart arbetsliv

Programmet Hållbart arbetsliv erbjuder ett mer direkt operativt stöd till den enskilda verksamheten. Stödet som erbjuds spänner över efterhjälpande och förebyggande insatser för att motverka ohälsa samt insatser som främjar engagemang, lärande och karriär. Centrala parter bedömer att arbetet för friska arbetsplatser är komplext och behöver mötas upp bredare än enbart genom insatser som fokuserar frågorna om hälsa. Programet innehåller i dagsläget åtta olika tjänster. Just nu har 42 myndigheter avropat tjänster från programmet. En av de tjänster som är mest efterfrågade är en halvdags workshop om hur man kan arbeta mer proaktivt för att förebygga osund stress och ohälsa. Under våren 2019 lanseras även en tjänst som särskilt fokuserar på effektiv återgång i arbetet efter sjukskrivning.

### HUR ARBETAR NI MED PROCESS - OCH EFFEKTUTVÄRDERING

Centrala parter följer insatserna i Partsrådet dels genom organisationens styrelse som är partsgemensamt tillsatt dels direkt genom att bemanna de styrgrupper som beslutar om insatserna i de olika arbetsområdena.

**Arbetsmiljö ur ett partsperspektiv**
Den upplevda kvaliteten av utbildningar och seminarier följs systematiskt upp i anslutning till respektive insats. Utöver det har en sammanfattande utvärdering genomförts med stöd av extern konsult. Att uppnå det långsiktiga effektmålet är främst ett ansvar för arbetsgivaren och lokala arbetstagarrepresentanter. Centrala parters bedömning är att kunskaper är en förutsättning för arbetet med minskade sjuktal och för en god arbetsmiljö ska kunna genomföras. Uppföljningen har därför fokuserat på den kunskapshöjande insatsen som sådan.

**Hållbart arbetsliv**
Inom programmet Hållbart arbetsliv ska en strategisk programutvärdering genomföras under hela programperioden. Utvärderingen syftar till att fånga både kvantitativa och kvalitativa faktorer som kan synliggöra hur programmet bidrar till friska och engagerade arbetsplatser. Ambitionen är att genomföra en utvärdering av hög kvalitet. Avsikten är att få fram ett underlag som ger tillräckligt hållbara resultat för att kunna fastställa vad progamets faktiska bidrag. Utförare av utvärderingen är Oxford research.

## VILKA EFFEKTER FÖRVÄNTAR NI ER AV INSATSERNA OCH VILKA EFFEKTER SER NI I NULÄGET

**Arbetsmiljö**
Kunskaper bedöms vara grundläggande för ett systematiskt arbetsmiljöarbete och därmed en av förutsättningarna för sänkta sjuktal och friskare arbetsplatser. Efterfrågan på såväl seminarier som utbildningarna är höga och har överträffat förväntningarna. Centrala parter bedömer därmed att kunskaperna har fått stor spridning inom den statliga sektorn. Att fokus på samverkan är tydliga även i dessa kunskapshöjande insatser kommer att bidra i det lokala arbetet. Kunskaperna bedöms också bidra till att lokala parter kan ta emot tjänster från arbetsområdet Hållbart arbetsliv.

**Hållbart arbetsliv.**
Vår förhoppning är att tjänsterna inom programmet Hållbart arbetsliv ska bidra till att frågorna ligger högt upp på de statliga verksamheternas agenda. Stödet syftar till att bidra till att förstärka myndigheternas målsättningar om friska och engagerade arbetsplatser. Samtidigt ligger ansvaret för att vidta åtgärder som främjar hälsa och engagemang hos respektive verksamhet. Vilka effekter som programmet resulterar i är avhängigt vilken mottagarkapacitet som finns hos myndigheterna. Programmet har kunnat leverera faktiskt stöd sedan i oktober och det är för tidigt att tala om faktiska effekter i verksamheterna i nuläget.

Ansatsen är att arbetsmiljön ska ge bra förutsättningar för en verksamhetsutveckling som främjar ett hållbart arbetsliv. Kunskap är en viktig förutsättning!

**HUR SER NI PÅ ERA FÖRUTSÄTTNINGAR (I ROLLEN SOM PARTER) ATT VERKA FÖR FRISKA ARBETSPLATSER OCH MINSKAD SJUKFRÅNVARO**

Frågorna om friska arbetsplatser och minskad sjukfrånvaro ställer krav anpassning utifrån varje verksamhet. Det förutsätter att arbetet är förankrat och sker löpande inom varje verksamhet. Centrala parter har förutsättningar att genom arbetssättet bidra till den lokala verksamhetsutveckling genom att främja en god arbetsmiljö som ökar hållbarheten och attraktiviteten. Vi kan konstatera att de som tagit del av tjänsterna särskilt värdesatt arbetssättet som t.ex. innebär att beställning av stödet föregås av partsgemensam dialog och att arbetsgivare och fack arbetar tillsammans. Liksom den styrka som det innebär att lokala parter deltar i arbetsmiljöutbildningar och seminarier tillsammans.

**VILKA SEKTORSSPECIFIKA UTMANINGAR SER NI FÖR ERT ARBETE**

Inledningsvis vill centrala parter framhålla att arbete i grunden är hälsofrämjande. Inom den statliga sektorn kan uppdragen och därmed arbetsuppgifter och arbetsförhållanden variera stort mellan myndigheter. De olika arbetsgivarna varierar också i storlek och deras geografiska placering lämnar olika förutsättningar. Det är en variation som utmanar och behöver beaktas när centrala parter arbetar fram och erbjuder tjänster och insatser. Samtidigt ser centrala parter flera andra områden som också kan behöva adresseras för att framja friska arbetsplatser.

Regeringens styrning av verksamheterna lägger grunden för arbetsmiljön och sjuktalen. De redan många gånger komplexa uppdragen kompletteras allteftersom med ytterligare uppdrag, uppgifter och återrapporteringskrav som i sig bidrar till en än mer komplex arbetssituation. Utöver det pågår en omlokalisering som i sig påverkar berörda myndigheters arbetsmiljö genom de förutsättningar det lägger för verksamheten. Detta behöver beaktas i styrningen.

Ett längre arbetsliv kommer att ställa nya förutsättningar och krav. Arbetslivet innebära att generationer som vuxit upp under olika förutsättningar och befinner sig i helt olika faser i livet är i arbetsför ålder och arbetar tillsammans. Med ett längre arbetsliv och en snabbare teknikutveckling kan skillnader mellan generationer bli tydligare. Det är en styrka, men kan också innebära att nya behov och andra krav ställs på t.ex. arbetsförhållanden och verksamhetsutveckling. När den lägsta åldern för att att ta ut allmän pension höjs förskjuts också möjligheten uppåt för en väg ut från arbetslivet för den som är sjukskriven. Ytterligare år i arbetslivet får inte bli ytterligare år i sjukskrivning.

Hot och våld mot tjänstemän är ett annat område som centrala parter uppmärksammat. Öppna och transparenta myndigheter ställer krav på att arbetsgivare kan hantera de följder som dessa för med sig för de anställda. Den särskilda påfrestning

som relationsintensiva yrken medför, där samtliga medborgare oavsett förutsättningar självklart ska bemötas på ett medkännande och korrekt sätt, behöver beaktas. Frågorna kan behöva angripas även med stöd av förändringar i lagstiftningen.

För att klara uppdrag och en föränderlig omvärld behöver även arbetstagarnas förmåga och personliga egenskaper stärkas för att hantera de alltmer komplexa uppdragen m.m.

**HUR RESONERAR NI KRING KUNSKAPSUTVECKLING OM FÖREBYGGANDE ARBETE OCH ARBETE FÖR ÅTERGÅNG OCH DE DRIVKRAFTER SOM FINNS FÖR ARBETSGIVARE ATT ANVÄNDA SÅDAN KUNSKAP.**

Centrala parter menar att kunskapsutveckling och användandet av dessa rön är väsentliga för att de mest effektiva insatserna för att arbetstagare ska återgå i arbete används. Arbetsgivarna har idag ett stort ansvar för arbetstagarens arbetslivsinriktade rehabilitering och för arbetsmiljön på arbetsplatserna. Detta arbete tar därför tid och resurser i arbetsgivarens arbete. Det är självklart väsentligt att dessa resurser används på rätt sätt. Ytterligare ansvar i form av ekonomiska krav blir snarare motverkande än bidrar till minskade sjuktal.

Mot den bakgrunden är det väsentligt att den forskning och den kunskap som idag finns tas tillvara och sprids. Även den kunskap som företagshälsovården och den specialitet som den besitter behöver tas omhand. Det finns annars en stor risk att den kompetensen kommer att saknas på sikt.

Även om kunskaperna finns är det väsentligt att alla aktörer har uppdrag som faktiskt bidrar till att främja förebyggande arbete och arbete för återgång. Den medicinska rehabiliteringen, försäkringskassans rehabiliteringsprocess och arbetsgivarens rehabiliteringsansvar får inte ha mål som i sig motverkar övriga aktörers insatser. Utifrån den kunskap som finns kan en översyn av detta vara intressant.

Parterna har inom ramen för de båda arbetsområdena tagit fasta på kunskapsutveckling. Inom ramen för arbetsområdet arbetsmiljö använder parterna forskare inom området för kunskapsutvecklingen. Den uppföljning som genomförs bidrar också till att förändra insatserna allteftersom.

Inom ramen för Hållbart arbetsliv finns en gedigen programutvärdering med löpande avrapportering. Detta bedöms kunna bidra till att kontinuerligt stärka kunskapen om förebyggande arbete och hur detta på bästa sätt bedrivs för att undvika sjukskrivningar och för en tidig återgång i arbete efter sjukskrivning.

Utvärderingen är också utformad för att jämföra utgångspunkterna för programmet och programgenomförandet med rådande kunskapsläge inom området arbetsmiljö och arbetsorganisation.

Genom Partsrådet har parterna inom ramen för Hållbart arbetsliv anställt en programchef med forskarbakgrund samt med sakkompetens inom området arbetsmiljö. Det bidrar till att hålla kunskapsfrågorna högt i programgenomförandet.

**HUR ARBETAR NI FÖR ATT SÄKERSTÄLLA ATT ARBETET MED FRISKA ARBETSPLATSER OCH MINSKAD SJUKFRÅNVARO FORTSÄTTER VARA ETT OMRÅDE SOM PRIORITERAS ÖVER TID**

För de statliga myndigheterna är arbetet med friska arbetsplaser en fråga om möjligheten till kompetensförsörjning. Statliga myndigheter har ockås under lång tid arbetat med frågorna. Det variation i sjukskrivning som kan ses över tid kan bara delvis förklaras av frågor som har koppling till arbetsplatsen. Det är också därför vi behöver bredda frågorna om hållbara arbetsplatser till att handla inte enbart om hälsa. Centrala parters insatser kan här bidra på ett positivt sätt och ge enskilda arbetsgivare andra resurser. Vi bidrar därmed till att lyfta frågan ytterligare.

När det gäller Hållbart arbetsliv är programmet i sig ett uppdrag som i dagsläget sträcker sig till 2022. Parterna kan vid behov förlänga eller förändra uppdraget. Även det bidrar till ett fortsatt arbete inom området.

**Arbetsgivarverket**

**Anna Falck**

**OFR:s förbundsområden inom det statliga förhandlingsområdet sammantagna**

**Åsa Erba Stenhammar**

**Saco-S**

**Lena Emanuelsson**

**Seko, Service- och kommunikationsfacket**

**Helen Thornberg**

# Statens offentliga utredningar 2020

## Kronologisk förteckning

1. Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. S.
2. Skärpta regler om utländska månggiften. Ju.
3. Hållbar slamhantering. M.
4. Vägen till en klimatpositiv framtid. M.
5. Fler ruttjänster och höjt tak för rutavdraget. Fi.
6. En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. S.
7. Brott mot djur – Skärpta straff och ett mer effektivt sanktionssystem. N.
8. Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget. Fi.
9. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2020. Steg för steg. Var står vi? Vart går vi? M.
10. Stärkt lokalt åtgärdsarbete – att nå målet Ingen övergödning. M.
11. Kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om utländska direktinvesteringar. Ju.
12. Nya kapitaltäckningsregler för värdepappersbolag. Fi.
13. Att kriminalisera överträdelser av EU-förordningar. N.
14. Framtidens teknik i omsorgens tjänst. S.
15. Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS. S.
16. Ett effektivare regelverk för utlänningsärenden med säkerhetsaspekter. Ju.
17. Grönt sparande. Fi.
18. Framtidens järnvägsunderhåll. I.
19. God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. S.
20. Skatt på modet – för att få bort skadliga kemikalier. Fi.
21. Sveriges museum om Förintelsen. + Holocaust Remembrance and Representation. Documentation from a Research Conference. Ku.
22. Motorfordonspooler – på väg mot ökad delning av motorfordon. Fi.
23. Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning. S.
24. Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. S.

# Statens offentliga utredningar 2020

## Systematisk förteckning


**Finansdepartementet**

Fler ruttjänster och höjt tak för rutavdraget. [5]

Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget. [8]

Nya kapitaltäckningsregler för värdepappersbolag. [12]

Grönt sparande. [17]

Skatt på modet – för att få bort skadliga kemikalier. [20]

Motorfordonspooler – på väg mot ökad delning av motorfordon. [22]

**Infrastrukturdepartementet**

Framtidens järnvägsunderhåll. [18]

**Justitiedepartementet**

Skärpta regler om utländska månggiften. [2]

Kompletterande bestämmelser till EU:s förordning om utländska direktinvesteringar. [11]

Ett effektivare regelverk för utlänningsärenden med säkerhetsaspekter. [16]

**Kulturdepartementet**

Sveriges museum om Förintelsen. + Holocaust Remembrance and Representation. Documentation from a Research Conference. [21]

**Miljödepartementet**

Hållbar slamhantering. [3]

Vägen till en klimatpositiv framtid. [4]

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2020. Steg för steg. Var står vi? Vart går vi? [9]

Stärkt lokalt åtgärdsarbete – att nå målet Ingen övergödning. [10]

**Näringsdepartementet**

Brott mot djur – Skärpta straff och ett mer effektivt sanktionssystem. [7]

Att kriminalisera överträdelser av EU-förordningar. [13]

**Socialdepartementet**

Översyn av yrket personlig assistent – ett viktigt yrke som förtjänar bra villkor. [1]

En begriplig och trygg sjukförsäkring med plats för rehabilitering. [6]

Framtidens teknik i omsorgens tjänst. [14]

Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS. [15]

God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. [19]

Hälso- och sjukvård i det civila försvaret – underlag till försvarspolitisk inriktning. [23]

Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. [24]

Regeringskansliet

Remiss

2020-05-15
S2020/03728/SF

**Socialdepartementet**
Socialförsäkringsenheten

# SOU 2020:24 Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess

## Remissinstanser

AFA Försäkring

Akademikeralliansen

Akademikerförbundet SSR

Almega

Arbetsförmedlingen

Arbetsgivarverket

Arbetsmiljöverket

Attention

Bollnäs kommun

Borlänge kommun

Borrelia och TBE föreningen i Sverige

Datainspektionen

Delaktighet, Handlingskraft, Rörelsefrihet (DHR)

Diskrimineringsombudsmannen

Eda kommun

E-hälsomyndigheten

Elöverkänsligas Riksförbund

Endometrios

Enköpings kommun

Telefonväxel: 08-405 10 00
Fax: 08-24 46 31
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Fredsgatan 8
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

Eskilstuna kommun

Fagersta kommun

Falu kommun

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE)

Fibromyalgiförbundet

Funktionsrätt Sverige

Fysioterapeuterna

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Försäkringskassan

Föreningen för de Neurosedynskadade

Företagarna

Gynsam

Göteborgs kommun

Halmstad kommun

Hammarö kommun

Haparanda kommun

Håbo kommun

IF Metall

Inera AB

Inspektionen för socialförsäkringen

Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering

Jämställdhetsmyndigheten

Kalix kommun

Karlshamns kommun

Karolinska institutet

Kommunal

Kramfors kommun

Landsorganisationen i Sverige

Linköpings kommun

Linköpings universitet

Lomma kommun

Lärarförbundet

Lärarnas riksförbund

LO/TCO Rättsskydd

Mittuniversitetet

Myndigheten för arbetsmiljökunskap (Mynak)

Myndigheten för digital förvaltning (DIGG)

Myndigheten för delaktighet (MFD)

Mörbylånga kommun

Nackskadeförbundet

Nationella Nätverket för Samordningsförbund

Neuro

Ovanåkers kommun

Personskadeförbundet RTP

PTK

Regelrådet

Region Jämtland

Region Jönköping

Region Skåne

Region Västerbotten

Riksdagens ombudsmän (JO)

Riksföreningen för ME-patienter

Riksförbundet för Social och Mental hälsa

Riksrevisionen

Ronneby kommun

Simrishamns kommun

Skövde kommun

Småföretagarnas Riksförbund

Socialstyrelsen

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

Statens servicecenter

Statistiska centralbyrån

Statskontoret

Stiftelsen Sjögrens Syndrom

Stockholms stad

Sveriges Akademikers Centralorganisation

Svensk Dystoniförening

Sveriges företagshälsor

Svenska RP-föreningen

Svenska Migränförbundet

Svenska Läkaresällskapet

Svenskt Näringsliv

Sveriges Kommuner och Regioner

Sveriges läkarförbund

Sveriges Psykologförbund

Synskadades Riksförbund

Tjänstemännens Centralorganisation

Torsby kommun

Ulricehamns kommun

Umeå kommun

Unionen

Vision

Vårdförbundet

Värnamo kommun

Västerviks kommun

Västra Götalandsregionen

Växjö kommun

Östersunds kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 18 augusti 2020**. Svaren bör lämnas i bearbetningsbar form (t.ex. Wordformat) per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till peter.wollberg@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2020/03728/SF och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet. Remissinstansens namn ska även anges i dokumentnamnet.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

**Myndigheter under regeringen** är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Betänkandet kan dessutom laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Therese Karlberg
Departementsråd

Kopia till

Norstedts Juridik, kundservice, 106 47 Stockholm

# Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 98-116

**Tid:** 2020-09-01 kl. 08:30

**Plats:** Sal A, Regionens hus

## § 108

## Remiss - Regional strategi för att motverka mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer 2020-2026

Diarienummer: RJL 2020/1485

### Beslut

Presidiet föreslår nämnden

- Godkänna föreliggande yttrande som svar till Länsstyrelsen i Jönköpings län.

### Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat förslag Strategi för att motverka mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer i Jönköpings län 2020-2026.

Region Jönköpings län ställer sig bakom förslaget på Strategi för att motverka mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer.

### Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2020-08-19
- Förslag till yttrande daterat 2020-09-15
- Remiss: Regional strategi - mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer Jönköpings län 2020-2026

### Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

### Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

# Strategi för att motverka mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer

## Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Godkänner föreliggande yttrande som svar till Länsstyrelsen i Jönköpings län.

## Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerat förslag Strategi för att motverka mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer. Jönköpings län 2020-2026

Region Jönköpings län ställer sig bakom förslaget på Strategi för att motverka mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer.

## Information i ärendet

Länsstyrelsen i Jönköpings län, Region i Jönköpings län och Kommunal utveckling har tagit fram en länsövergripande strategi för arbetet mot våld i nära relationer. Syftet med strategin är att främja samverkan bland länets berörda aktörer och peka ut gemensamma målsättningar för det regionala arbetet mot våld i nära relationer.

## Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2020-08-19
- Förslag till yttrande daterat 2020-09-15
- Remiss: Regional strategi - mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer Jönköpings län 2020-2026

## Beslut skickas till

Länsstyrelsen i Jönköpings län
Regionledningskontoret - Folkhälsa och sjukvård

REGIONLEDNINGSKONTORET

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Hälso- och sjukvårdsstrateg

Länsstyrelsen i Jönköpings län

# Strategi för att motverka mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över rubricerade Strategi för att motverka mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer. Jönköpings län 2020-2026.

## Sammanfattning

Region Jönköpings län ställer sig bakom förslaget på Strategi för att motverka mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer.

## Synpunkter på förslaget

Region Jönköpings län ser att detta är ett viktigt arbete och ett prioriterat område. Strategin som helhet stämmer väl med Region Jönköpings läns arbete kring våld i nära relationer.

Att länet som helhet har satt gemensamma mål är en styrka för att få arbetet att förflytta sig framåt. Det finns ett värdefullt lärande kring den här formen av samverkan och sammanhang. Att det ska göras lokala handlingsplaner som ska kopplas till den regionala strategin är bra. Det framkommer dock inte tydligt att det kommer att finnas länsgemensamma handlingsplaner.

REGION JÖNKÖPINGS LÄN

Rachel De Basso
Ordförande nämnd för folkhälsa och sjukvård

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Regionledningskontoret
Box 1024
551 11 Jönköping

Telefon: 010-241 00 00
E-post: regionen@rjl.se
Hemsida: www.rjl.se

Organisationsuppgifter
Bankgiro: 5216-2849
Orgnr: 232100-0057

**From:** Alm Mårtensson Anna
**Sent:** Wed, 12 Aug 2020 13:44:59 +0000
**To:** Bijelic Eriksson Nathalie
**Cc:** Falck Maja;Petersson Elinor
**Subject:** Sv: Remiss: Strategi för att motverka mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer. Jönköpings län 2020-2026

Hej!

Denna förlängning är godkänd. Välkommen med ert yttrande till oss den 16 september.

Med vänliga hälsningar

Anna Alm-Mårtensson
Utvecklingsledare –
Mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer

Länsstyrelsen i Jönköpings län
551 86 Jönköping
Direkttelefon 010-223 64 36
www.lansstyrelsen.se/jonkoping

Länsstyrelsen
i Jönköpings län

För information om hur Länsstyrelsen i Jönköpings län behandlar personuppgifter,
se www.lansstyrelsen.se/dataskydd

Tänk på miljön innan du skriver ut detta meddelande

---

**Från:** Bijelic Eriksson Nathalie <nathalie.bijelic.eriksson@rjl.se>
**Skickat:** den 12 augusti 2020 15:10
**Till:** Alm Mårtensson Anna <anna.alm.martensson@lansstyrelsen.se>
**Ämne:** SV: Remiss: Strategi för att motverka mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer. Jönköpings län 2020-2026

Hej,

Region Jönköpings län önskar få inkomma med ett slutligt yttrande över remissen. På grund av fastställda mötesdatum för ansvarig beslutsinstans nämnd för folkhälsa och sjukvård önskar vi begära anstånd att få inkomma med vårt svar till **den 16 september 2020**.

Med Vänliga Hälsningar


_____
**Nathalie Bijelic Eriksson**
Nämndsekreterare
010-242 40 32
nathalie.bijelic.eriksson@rjl.se

Område Kansli
Regionledningskontoret
Region Jönköpings län
www.rjl.se

Information och e-tjänster för
din hälsa och vård
www.1177.se/Jonkopings-lan


Region Jönköpings län

---

**Från:** Alm Mårtensson Anna <anna.alm.martensson@lansstyrelsen.se>
**Skickat:** den 11 augusti 2020 10:48
**Till:** Region Jönköpings län <regionen@rjl.se>
**Kopia:** Ekberg Jesper <jesper.ekberg@rjl.se>; Petersson Elinor <elinor.petersson@rjl.se>; Falck Maja <maja.falck@lansstyrelsen.se>
**Ämne:** Remiss: Strategi för att motverka mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer. Jönköpings län 2020-2026

Hej!

Jag har haft kontakt med Jesper Ekberg (Folkhälsoavdelningen) med anledning av den remissrunda som varit kring den regionala strategin mäns våld mot kvinnor 2020-2026.
Remissrundan skickades i första omgången till olika aktörer inom Regionen och kom därför inte in via ert diarie.
Jag och Jesper har diskuterat och där Jesper uttryckt önskemål om att regionen kompletterar remissen.
Översänder här remissbrev och strategi.

Mitt förslag är att remissen besvaras inom en månad det vill säga med sista svarsdatum 20-09-11.
Om detta är en för snäv tidsram vänligen kontakta mig kring detta.
Se kontaktuppgifter nedan.

Med vänliga hälsningar

Anna Alm-Mårtensson
Utvecklingsledare –
Mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer

Länsstyrelsen i Jönköpings län
551 86 Jönköping
Direkttelefon 010-223 64 36
www.lansstyrelsen.se/jonkoping

Länsstyrelsen
i Jönköpings län

För information om hur Länsstyrelsen i Jönköpings län behandlar personuppgifter,
se www.lansstyrelsen.se/dataskydd

Tänk på miljön innan du skriver ut detta meddelande

inklusive arbetsgruppen för strategin

Länsstyrelsen i Jönköpings län

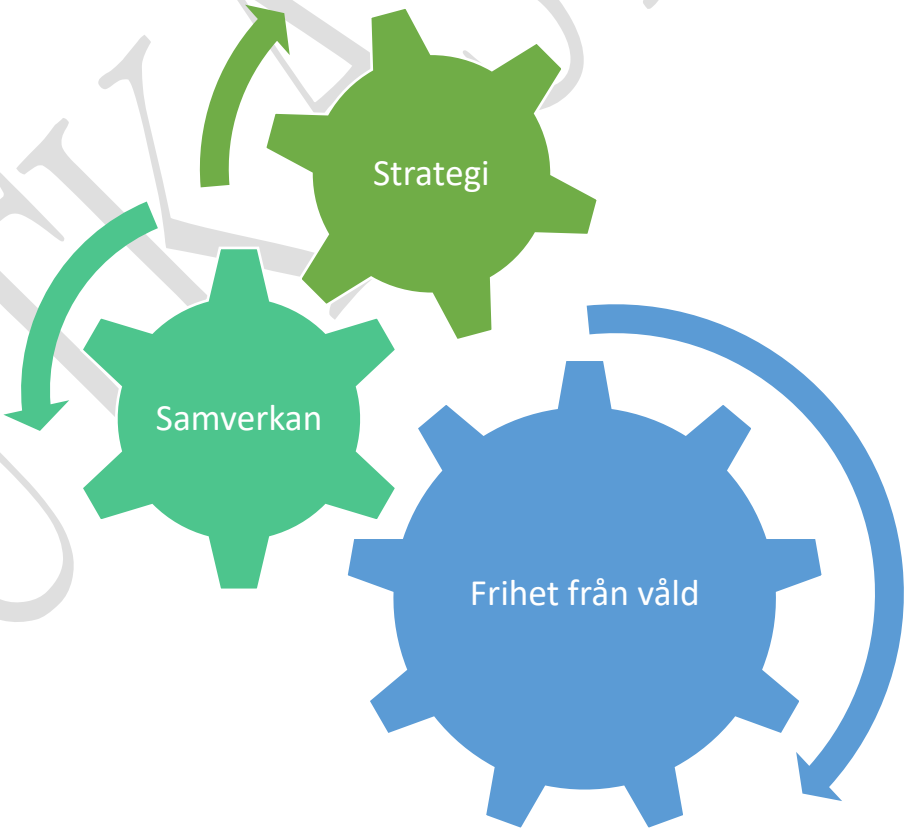
Region Jönköpings län

**Meddelande nr 2020:06**

# Strategi för att motverka mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer

## Jönköpings län 2020-2026

UTKAST



UTKAST

UTKAST


| | |
|---|---|
| Meddelande | nummer 2020:06 |
| Referens | Maja Falck, Enheten för social hållbarhet, Samhällsavdelningen. Mars, 2020 |
| Kontaktperson | Maja Falck, Länsstyrelsen i Jönköpings län, maja.falck@lansstyrelsen.se |
| Webbplats | www.lansstyrelsen.se/jonkoping |
| Fotografier | |
| ISSN | 1101-9425 |
| ISRN | LSTY-F-M—2020/06--SE |
| Upplaga | 10 exemplar. |
| Tryckt på | Länsstyrelsen i Jönköpings län, 2020 |
| Miljö och återvinning | Rapporten är tryckt på miljömärkt papper |


© Länsstyrelsen i Jönköpings län 2020

# Innehållsförteckning

**Inledning** ..... **6**
Vision och syfte ..... 7
Hur strategin är tänkt att användas ..... 7
Målgrupper ..... 7
**Bakgrund** ..... **8**
Hur strategin har tagits fram ..... 8
**Definitioner och begrepp** ..... **8**
Våldets uttryck ..... 9
Våld i nära relationer – mäns våld mot kvinnor ..... 9
Intersektionalitet ..... 10
**Mål för strategiskt och operativt arbete** ..... **11**
Ett utökat och verkningsfullt förebyggande arbete mot våld ..... 11
Förbättrad upptäckt av våld ..... 12
Starkare stöd och skydd för våldsutsatta och barn ..... 12
Effektivare brottsbekämpning ..... 12
Förbättrad kunskap och metodutveckling ..... 12
**Referenser** ..... **13**
**Bilagor** ..... **14**
Bilaga 1. Workshops ..... 14
Workshop 1: Kvinno- och tjejjourerna, RF-Sisu Småland, Svenska kyrkan, Brottsofferjouren ..... 14
Workshop 2: Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Migrationsverket ..... 14
Workshop 3: Polisen, Åklagarmyndigheten, Kriminalvården ..... 14
Workshop 4: Länets kommuner ..... 14
Workshop 5: Länsstyrelsens Jämställdhetsråd ..... 14
Workshop 6: Region Jönköpings län ..... 14
Bilaga 2. Ansvarsbeskrivning och uppdrag för regionala aktörer vid våld i nära relationer ..... 15
Kommunerna ..... 15
Region Jönköpings län ..... 15
Polismyndigheten ..... 16
Åklagarmyndigheten ..... 16
Kriminalvården ..... 16
Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Migrationsverket ..... 17
Länsstyrelsen ..... 17
Ideella organisationer ..... 18
RF-Sisu SMåland ..... 18
Kvinno- och tjejjourerna ..... 18
Brottsofferjouren ..... 18

UTKAST

UTKAST

# Inledning

Rätten att inte utsättas för våld i nära relationer är en fråga om demokrati, jämställdhet och grundläggande mänskliga rättigheter. Våld i nära relationer är ett omfattande samhällsproblem som orsakar stort fysiskt och psykiskt lidande för våldsutsatta vuxna och barn. Våldet innebär också stora samhällskostnader för bland annat hälso- och sjukvården, rättsväsendet, socialförsäkringar och det sociala välfärdssystemet[1]. Det finns alltså flera skäl till att samhällets aktörer verkar för ett målinriktat och långsiktigt arbete mot mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer.

Regeringen och riksdagen har lyft denna fråga i det sjätte jämställdhetspolitiska delmålet i skrivelsen ”Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid”:

*Mäns våld mot kvinnor ska upphöra. Kvinnor och män, pojkar och flickor, ska ha samma rätt och möjlighet till kroppslig integritet.*[2]

Utöver den nationella strategin finns en rad andra överenskommelser som är relevanta för området:

- FN:s deklaration om avskaffandet av våld mot kvinnor
- FN:s konvention om barnets rättigheter
- FN:s konvention om avskaffandet av alla former av diskriminering mot kvinnor
- Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och våld i hemmet
- Länsstyrelsens regionala jämställdhetsstrategi ”Ett jämställt Jönköpings län”
- Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2014:14

Regeringen framhåller att samverkan mellan olika aktörer – både inom offentlig sektor och civilsamhället – är den viktigaste framgångsfaktorn för att förebygga och bekämpa våld i nära relationer. Länsstyrelsen och Region Jönköpings län inklusive Kommunal utveckling har därför initierat arbetet med denna strategi och i detta arbete involverat övriga aktörer i länet.

Det finns flera kopplingar mellan strategin och respektive organisations uppdrag och verksamhetsområden. Länsstyrelsen har i uppdrag att arbeta strategiskt för att stärka samverkan och samordna arbetet i länet inom området mäns våld mot kvinnor. Region Jönköpings län ska fastställa de rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med våldsutsatta och barn som bevittnar våld. Kommunal utveckling ska under 2018-2020 förstärka de regionala samverkans- och stödstrukturerna för socialtjänst och närliggande hälso- och sjukvård (RSS) i arbetet med jämställdhet och kvinnofrid.

[1] Socialstyrelsen 2006
[2] Regeringen 2016

# Vision och syfte

Visionen för strategin är ett Jönköpings län fritt från våld. Strategin syftar till att främja samverkan bland länets berörda aktörer och peka ut gemensamma målsättningar för det regionala arbetet mot våld i nära relationer[3]. Varje enskild aktör har sedan möjlighet att upprätta sin egen *handlingsplan* för att konkretisera den regionala strategins mål i sin egen verksamhet.

# Hur strategin är tänkt att användas

Strategin pekar ut målsättningar för länets strategiska och operativa arbete mot våld i nära relationer. Den berör ett stort antal aktörer i länet med skilda uppdrag och förutsättningar inom verksamhetsområdet. Alla mål i strategin relaterar inte till alla aktörer – en del är mer specifika medan andra är mer generella. Aktörer i länet uppmuntras att koppla relevanta mål från denna strategi till sin handlingsplan, och sedan konkretisera dessa i mål och aktiviteter för sina respektive verksamheter.




Länsstyrelsen och Kommunal utveckling kan erbjuda processtöd i framtagandet av handlingsplaner om det finns behov i den enskilda verksamheten.

# Målgrupper

Strategin omfattar flera olika aktörer, dels aktörer i länet som arbetar inom verksamhetsområdena mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer, dels invånare i Jönköpings län. Inom målgruppen invånare i Jönköpings län finns tre undergrupper:

- Personer som utsätts för våld av närstående
- Barn som lever med våld i nära relationer
- Personer som utövar våld mot närstående

[3] Inklusive hedersrelaterat våld och förtryck



1408

# Bakgrund

Strategin har tagits fram i samarbete mellan Länsstyrelsen i Jönköpings län och Region Jönköpings län inklusive Kommunal utveckling. I strategiarbetet har länets övriga aktörer bjudits in till workshoppar och bidragit med underlag till strategins innehåll.

En del av Länsstyrelsens uppdrag är att i samverkan med kommuner, region, myndigheter och det civila samhället ta fram en sektorsövergripande regional strategi med utgångspunkt i den nationella strategin.

Sveriges kommuner och regioner (SKR) har fått i uppdrag att initiera en kvinnofridssatsning (2018-2020) som syftar till att stärka arbetet med jämställdhet och kvinnofrid genom förstärkning av de regionala samverkans- och stödstrukturerna för socialtjänst och närliggande hälso- och sjukvård (RSS). I Jönköpings län har en utvecklingsledare för våld i nära relationer tillsatts på Kommunal utveckling med uppdrag att komplettera och förstärka det pågående arbetet i länet.

Region Jönköpings läns tidigare handlingsplan har omfattat tidsperioden 2015-2018. Handlingsplanens syfte var att öka samsynen kring arbetet med våld i nära relationer inom regionen samt bidra till en jämn och stabil kompetens så att god och kvalitativ vård kommer patienten till gagn oavsett vårdnivå.

# Hur strategin har tagits fram

Strategiarbetet har letts av en arbetsgrupp med sakkunniga inom jämställdhet och mäns våld mot kvinnor från Regionen och Länsstyrelsen och har samordnats av Länsstyrelsen. I framtagandet av de regionala mål som presenteras i nästa kapitel har arbetsgruppen dels utgått från regeringens nationella strategi, dels från regionala behov och önskemål som samlades in genom sex workshoppar.

Den nationella strategin – ”En nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor” – gäller över en tioårsperiod från 2017 till 2026 och har följande målsättningar:

- Ett utökat och verkningsfullt förebyggande arbete mot våld
- Förbättrad upptäckt av våld och starkare skydd och stöd för våldsutsatta kvinnor och barn
- Effektivare brottsbekämpning
- Förbättrad kunskap och metodutveckling

Syftet med de regionala workshopparna var dels att förankra strategiarbetet hos länets aktörer i ett inledande skede av processen, dels att erbjuda en möjlighet att ge synpunkter på strategins utformning utifrån behov, möjligheter och utmaningar i respektive organisation. De deltagande organisationerna har valts ut för att få en bred spridning vad gäller organisationer, uppdrag och verksamhetsområden. Mer information om dessa workshoppar finns i bilaga 1.

UTKAST

# Definitioner och begrepp

Den definition av våld som används i denna strategi är den som används av Per Isdal, norsk sociolog och medgrundare till organisationen Alternativ til vold (ATV):

> *Våld är en handling riktad mot en person som genom denna handling skadar, smärtar eller kränker, får denna person att göra något mot sin vilja eller avstå från något som den vill.*[4]

## Våldets uttryck

Våldet finns i flera former och kan ta sig olika uttryck:

- **Fysiskt våld:** Örfilar, hårdragning, knuffar, fasthållning, sparkar, slag mot kroppen, stryptag med mera.
- **Psykiskt våld**: Hot, kontroll samt kränkande och nedsättande ord.
- **Latent våld**: Att leva under risk för nytt våld. Den som utsätts för våld i en nära relation lever i ständig beredskap och risken för nytt våld skapar ett strategiskt och anpassat beteende hos den utsatta personen för att undvika våld.
- **Sexuellt våld**: Påtvingade sexuella handlingar och våldtäkt.
- **Materiellt våld**: Att förstöra inredning, dagböcker, foton med mera.
- **Ekonomiskt våld**: Att tvingas skriva under handlingar, att inte förfoga över sin egen ekonomi.
- **Försummelse**: Gäller främst äldre och personer med funktionsnedsättning och handlar om felaktig medicinering, bristande hygien, lämna utan tillsyn med mera.

## Våld i nära relationer – mäns våld mot kvinnor

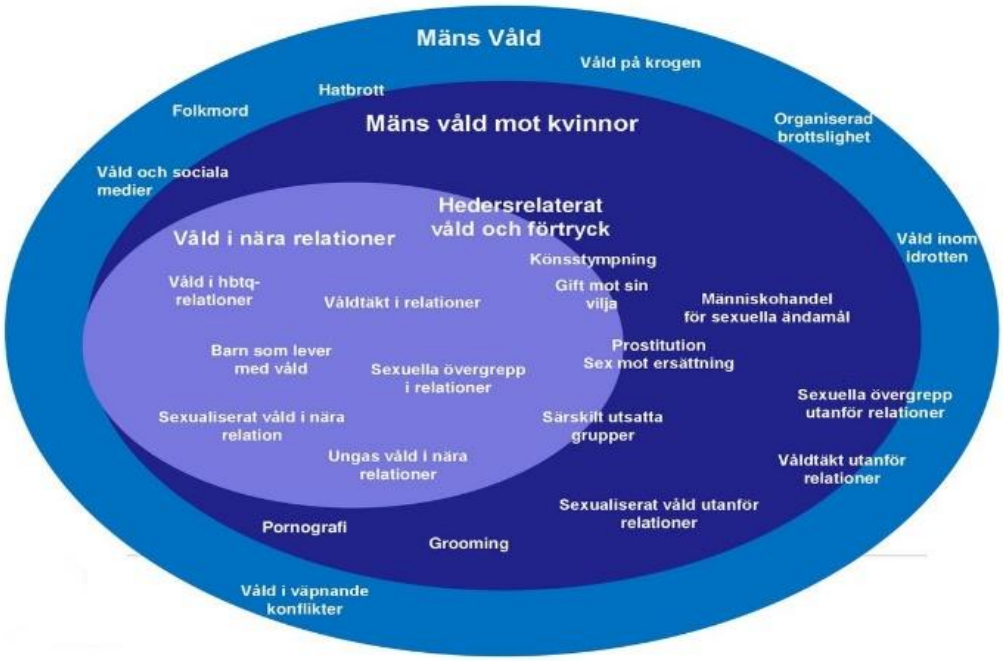
Inom området våld finns flera olika begrepp att använda sig av. De begrepp som används i strategin är *mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer inklusive hedersrelaterat våld och förtryck.* Denna strategi berör inte alla former av mäns våld mot kvinnor – se beskrivna målgrupper tidigare – utan är i huvudsak inriktad på våld i nära relationer.

Den nationella strategin utgår från begreppet mäns våld mot kvinnor. I denna strategi används mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer parallellt för att peka på vikten av att lyfta båda perspektiven.

[4] **Isdal** 2001

UTKAST

Hur de olika begreppen relaterat till andra former av våld visas i bild[5] nedan.




# Intersektionalitet

Inom området våld i nära relationer förekommer begreppen ”särskilt sårbara grupper/särskild utsatthet” och intersektionalitet som på olika sätt belyser individers eller gruppers sårbarhet. I denna strategi utgår vi ifrån ett intersektionellt perspektiv.

När vi pratar om särskilt sårbara grupper utgår vi från att även om våldet kan drabba vem som helst, så lever vissa grupper under villkor som gör dem särskilt sårbara för kränkningar, trakasserier, hot om våld och våld. Här finns en risk att vi adderar olika typer av särskild utsatthet på varandra och därmed hanterar varje grupp för sig, exempelvis våldsutsatta kvinnor över 65 eller våldsutsatta kvinnor i missbruk. Det riskerar att stärka stereotypa föreställningar och osynliggöra skillnader inom den gruppen. Genom att använda ett intersektionellt perspektiv kan vi istället bidra till en förståelse för hur olika typer av förtryck och makthierarkier samspelar och finns närvarande samtidigt hos en enskild individ.

En person som utsätts för våld av närstående påverkas ofta av flera olika maktstrukturer, såsom rasism, homofobi eller funkofobi. Med ett intersektionellt perspektiv förflyttas fokus från inneboende egenskaper hos vissa individer eller grupper, till exempel personer med funktionsnedsättning, till det samhällsproblem som förtrycket är ett uttryck för, nämligen funkofobi. Då kan vi istället prata om att vissa individer och grupper har ett svagare samhälleligt skydd än andra och därmed kan behöva ett särskilt fokus eller särskilda insatser.[6]

[5] Bild från Länsstyrelsen Västra Götaland
[6] För en mer utförlig diskussion om intersektionalitet, se ”Intersektionella perspektiv på våld i nära relationer”, Länsstyrelsen Skåne 2018

# Mål för strategiskt och operativt arbete

Denna strategi pekar ut fem övergripande mål för arbetet mot våld i nära relationer i länet, som följer den nationella strategins målstruktur. Främjandet av regional samverkan är tänkt att genomsyra samtliga mål i strategin, eftersom det är en förutsättning för ett långsiktigt och hållbart arbete mot våld i nära relationer. Under varje övergripande mål finns ett antal delmål.




Utifrån mål och delmål i denna strategi kan varje aktör göra en handlingsplan med operativa mål dit aktiviteter kan kopplas. Varje aktör i länet har sin roll och sitt ansvarsområde i arbetet mot våld i nära relationer vilket beskrivs i bilaga 2. Vilka delmål som är relevanta för varje aktör beror bland annat på respektive aktörs ansvarsområde och på verksamhetens förutsättningar.

# Ett utökat och verkningsfullt förebyggande arbete mot våld

- Öka tillgängligheten till universella våldsförebyggande insatser i skola, förskola, fritidsverksamhet och idrottsrörelsen eller andra arenor där barn och unga finns.
- Öka kunskapen om våldspreventiva metoder genom spridning, utbildning och implementering i fler verksamheter i länet.
- Inkludera frågor kring genus, maskulinitetsnormer och normkritik i arbetet med barn och unga.
- Arbeta för en bred samverkan mellan verksamheter i länet inklusive idéburna organisationer.

UTKAST

# Förbättrad upptäckt av våld

- Utveckla och tillgängliggöra metoder och kunskap kring att fråga om våld för att främja tidig upptäckt.
- Med utgångspunkt i den enskildas behov och barnets bästa samordna resurser och insatser där det är relevant.
- Utveckla rutiner för att ställa frågan om våld till medarbetare.

# Starkare stöd och skydd för våldsutsatta och barn

- Sammanställa och sprida information om var våldsutsatta kan vända sig och vilka insatser som finns tillgängliga.
- Utveckla likvärdiga insatser i form av skydd, stöd och behandling mot våld i hela länet.
- Erbjuda stöd till våldsutövare utifrån deras behov, utan att ge avkall på de våldsutsattas säkerhet. [7]

# Effektivare brottsbekämpning

- Öka samverkan kring brottsbekämpning gällande brott i nära relation.
- Utveckla arbetssätt och åtgärder för att förebygga upprepat våld.
- Säkerställa att målsägande/brottsoffer får erbjudande om stöd och insatser tidigt i rättsprocessen.
- Sprida kunskap om tvångsäktenskap, barnäktenskap och brott med hedersmotiv.

# Förbättrad kunskap och metodutveckling

- Inventera behov och säkerställa att medarbetare får kompetens om våld utifrån verksamhetens ansvar och roll.
- Identifiera och öka kunskapen om individer/grupper som har ett svagare samhälleligt skydd.
- Erbjuda särskilda insatser för individer/grupper med ett svagare samhälleligt skydd.
- Säkerställa att relevant kunskap om olika aktörers ansvarsområde och kompetens finns i den egna verksamheten.
- Genomföra insatser och utveckla metoder för ökad kunskap om hedersrelaterat våld och förtryck.
- Beakta ett barnrättsperspektiv vid beslut och andra åtgärder som direkt eller indirekt rör barn.

[7] Insatser för våldsutövare betraktas som ett indirekt skydd för våldsutsatta

UTKAST

# Referenser

Declaration on the Elimination of Violence against Women, A/RES//48/104, General Assembly. 1993.

Internationell konvention om barnets rättigheter, CRC. Förenta nationerna, New York; 1989

Proposition 2013/14:208 Stärkt skydd mot tvångsäktenskap och barnäktenskap samt tillträde till Europarådets konventions om våld mot kvinnor

Makt, mål och myndighet: feministisk politik för en jämställd framtid. Socialdepartementet, Stockholm; 2016

SOSFS 2014:4 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer

Kostnader för våld mot kvinnor – En samhällsekonomisk analys. Socialstyrelsen, Stockholm; 2006

Isdal, P. (2001) Meningen med våld. Gothia

Intersektionella perspektiv på våld i nära relationer. Länsstyrelsen Skåne, 2018

UTKAST

# Bilagor

## Bilaga 1. Workshops

### Workshop 1: Kvinno- och tjejjourerna, RF-Sisu Småland, Svenska kyrkan, Brottsofferjouren

Till denna workshop bjöds relevanta aktörer från civilsamhället in. Kvinno- och tjejjourerna och Brottsofferjouren arbetar dagligen med personer som blivit utsatta för våld. RF-SISU Småland når en stor del av länets barn och ungdomar genom sin verksamhet. Svenska kyrkan möter en stor del av länets befolkning, bland annat i enskilda samtal.

### Workshop 2: Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Migrationsverket

Dessa myndigheter fick 2018 tillsammans med Socialstyrelsen ett gemensamt uppdrag att ta fram en plan för utökad samverkan för att förbättra upptäckt av våld i nära relationer hos deras klienter.

### Workshop 3: Polisen, Åklagarmyndigheten, Kriminalvården

Dessa myndigheter arbetar inom ramen för det rättsliga området när det gäller våld i nära relationer. Därmed kopplar deras verksamhet särskilt till det tredje delmålet i den nationella strategin: En effektivare brottsbekämpning.

### Workshop 4: Länets kommuner

De som deltog är enhetschefer eller verksamhetsutvecklare inom verksamhetsområdet våld i nära relationer. Samtliga av länets kommuner bjöds in med de som deltog på workshoppen var representanter från Eksjö, Habo, Mullsjö och Vetlanda kommun.

### Workshop 5: Länsstyrelsens Jämställdhetsråd

Länsstyrelsens jämställdhetsråd leds av landshövdingen och består av representanter från kommuner, region, civilsamhället, näringslivet och fackföreningar. Jämställdhetsrådet är ett samverkansorgan som ska vara pådrivande i länets arbete för jämställdhet.

### Workshop 6: Region Jönköpings län

Workshop med fokus på Region Jönköpings läns verksamhet med representanter från folktandvården, specialistsjukvården, Barnahus Jönköpings län, rehabiliteringscentrum, primärvården, barnskyddsteamet och barnrätt.

UTKAST

# Bilaga 2. Ansvarsbeskrivning och uppdrag för regionala aktörer vid våld i nära relationer

## Kommunerna

Kommunerna har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Varje kommun ansvarar för socialtjänsten inom sitt område och ska arbeta i enlighet med **Socialtjänstlag (2001:453)** och SOSFS 2014/4. Socialtjänsten har ett ansvar att identifiera barn som kan vara utsatta för våld eller ha bevittnat våld.

Socialtjänsten ska bedöma och tillgodose våldsutsattas – omedelbara och långsiktiga – behov av skydd och stöd. I arbetet med våldsutsatta vuxna och barn samt utövare av våld bör socialtjänsten inleda en utredning enligt 11 kap. 1§ Socialtjänstlagen. Barns behov av skydd och stöd ska särskilt beaktas. Vidare ska den våldsutsatta informeras om vilken hjälp till skydd och stöd som finns att få samt erbjudas stöd i att ta kontakt med andra myndigheter och organisationer, inklusive hjälp till skyddat boende och ekonomiskt bistånd.

Socialtjänsten ska även samordna arbetet med andra myndigheter och ideella organisationer, ge information och avlastning till anhöriga och bör vid behov erbjuda stöd till våldsutövare.

## Region Jönköpings län

Hälso- och sjukvårdens ansvar beskrivs i **Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763):**

> 2 § Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen.
>
> 2 a § Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt:
> - vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling.

Utöver Hälso- och sjukvårdslagen finns vårdgivarens ansvar beskrivet i **Föreskrifter och allmänna råd för våld i nära relationer 8 kap. (SOSFS 2014:14):**

> **Rutiner**
> 1 § Varje vårdgivare ska fastställa de rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med våldsutsatta och barn som bevittnat våld.

Socialstyrelsens vägledning (2014) rekommenderar att hälso- och sjukvården bör:

- fråga alla kvinnor som uppsöker mödrahälsovård om erfarenhet av våld
- fråga alla kvinnor som uppsöker psykiatrisk vård om erfarenhet av våld
- ta upp frågan om våld i alla ärenden inom barn- och ungdomspsykiatrin.

UTKAST

Socialstyrelsens rekommendation baseras på bästa tillgängliga kunskap.

Vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete står beskrivet i **Patientsäkerhetslag (2010:659)**

> 3 kap. 1 § Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls.

Enligt NCK, Nationellt centrum för kvinnofrid, är hälso- och sjukvårdens ansvar att:

- Ställa frågan om våld
- Lyssna, ställa följdfrågor
- Bedöma risk och informera
- Dokumentera
- Erbjuda kontakt med någon som har kompetens att erbjuda stöd
- Anmälan till socialtjänsten vid misstanke om barn som far illa

## Polismyndigheten

Polisen har till uppgift att utreda brott i nära relation, brott med hedersmotiv, könsstympning samt tvångs- och barnäktenskap. Polisen ska bedriva förundersökning på ett rättssäkert och effektivt sätt genom bland annat brottsplatsundersökning, bevissäkring, dokumentation av skador och förhör med misstänkt, målsägande, vittnen med mera. Vidare utför Polisen hot- och riskbedömningar och bistår med skyddsåtgärder. Polisen har också en skyldighet att anmäla enligt 14 kap. 1 § Socialtjänstlagen vid misstanke att barn utsätts för våld/bevittnar våld eller riskerar att utsättas för våld/bevittna våld.

Polisen ska informera den våldsutsatta om möjligheter till stöd och skydd och erbjuda stöd i kontakten med andra myndigheter och organisationer. Även våldsutövaren ska informeras om vilket stöd som finns och erbjudas hjälp i kontakt med andra myndigheter.

## Åklagarmyndigheten

Åklagarmyndigheten har till uppgift att leda förundersökningar gällande brott i nära relation på ett effektivt och rättssäkert sätt. Det är åklagarens uppgift att besluta vilka gärningar som ska utredas och ge direktiv till polisen om vilka utredningsåtgärder som ska vidtas. Vidare fattar åklagaren beslut om åtal ska väckas eller om förundersökningen ska läggas ned och för den våldsutsattas talan i domstol. Åklagaren har en skyldighet att anmäla enligt 14 kap. 1 § Socialtjänstlagen vid misstanke att barn utsätts för våld/bevittnar våld eller riskerar att utsättas för våld/bevittna våld.

## Kriminalvården

Kriminalvården är en del av rättsväsendet och ansvarar för fängelser, frivård och häkten Kriminalvården ska ge stöd och behandling till våldsutövare. Vidare gör de riskbedömning

och motiverar våldsutövare till att genomgå behandling. Kriminalvården utarbetar en handlingsplan tillsammans med socialtjänsten. Kriminalvården utreder även behandlingsinsatser och stöd till våldsutsatta och ska i alla beslut rörande klienter beakta brottsofferperspektivet.

Kriminalvården har en skyldighet att anmäla enligt 14 kap. 1 § Socialtjänstlagen vid misstanke att barn utsätts för våld/bevittnar våld eller riskerar att utsättas för våld/bevittna våld.

## Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Migrationsverket

Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Migrationsverket och Socialstyrelsen fick 2018 regeringens uppdrag att ta fram en plan för utökad samverkan för att förbättra upptäckt av våld i nära relationer. Myndigheterna har identifierat gemensamma utvecklingsområden kopplat till:

- Rutiner och metoder för att upptäcka våldsutsatthet och våldsutövande
- Övergripande information om våld, lagstiftning, skydd och stöd
- Hänvisning till socialtjänst, hälso- och sjukvård samt rättsväsende för berörda individer
- Förstärkt stöd till relevant personal med klientkontakt

## Länsstyrelsen

Länsstyrelsen har ett regionalt uppdrag att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor. Länsstyrelsen ska stödja genomförande och uppföljning av regeringens nationella strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor 2017-2026.

Länsstyrelsens uppdrag är bland annat att:

- Stödja kommuner och regioner genom att erbjuda kunskap och metodstöd
- Verka för förbättrad upptäckt av våld i samhället.
- Främja samverkan mellan kommuner, regioner, myndigheter på regional nivå samt civilsamhällets organisationer
- I samverkan med länets aktörer utveckla regionala strategier och handlingsplaner med syfte att förbättra insatser till enskilda barn och vuxna
- Främja utvecklingen av det förebyggande arbetet mot våld
- Stödja kommuners och regioners arbete i att göra systematiska uppföljningar i sin verksamhet
- Följa och analysera utvecklingen i länet gällande insatser kopplade till den nationella strategin

UTKAST

# Ideella organisationer

### RF-SISU SMÅLAND

RF-SISU Småland är en av Riksidrottsförbundets och SISU Idrottsutbildarnas 19 regionala organisationer. Deras uppdrag är att stödja, leda, företräda, utveckla, bilda och utbilda idrottsföreningar och specialdistriktsförbund.

RF-Sisu Småland arbetar för en trygg idrott fri från trakasserier, hot, våld och övergrepp. De har en Idrottsombudsman och en visselblåsartjänst för att kunna anmäla allvarliga missförhållanden. RF-Sisu Småland har även ett samarbete med BRIS där idrottsledare kan ringa för att prata om oro kring ett barn.

RF Sisu Småland arbetar också för att främja en jämställd och normmedveten idrott, bland annat genom att erbjuda utbildningar till föreningar och förbund.

### KVINNO- OCH TJEJJOURERNA

Kvinno- och tjejjourer arbetar mot mäns och killars våld mot kvinnor, tjejer och deras barn. De arbetar med skydd, stöd, påverkan och prevention. De samlar erfarenhetsbaserad kunskap om våldsutsatthet utifrån utsatta tjejers och kvinnors perspektiv och sprider kunskap genom utbildningar och studiebesök. De stöttar även enskilda tjejer och kvinnor att förändra sin situation, bland annat genom att erbjuda skyddat boende för våldsutsatta kvinnor och deras barn samt genom öppen verksamhet för våldsutsatta och anhöriga.

Följande kvinno- och tjejjourer finns i länet:

- Kvinnojouren Helga
- Kvinnojouren Maria
- Kvinno- och tjejjouren Jönköping
- Kvinno- och tjejjouren Värnamo
- Kvinnojouren i Nässjö
- Kvinnojouren Linnéorna Eksjö
- Kvinnojouren Linnéorna Sävsjö/Vetlanda

### BROTTSOFFERJOUREN

Brottsofferjouren är en ideell organisation som arbetar för alla brottsoffers rättighet att få det stöd som de är i behov av. Brottsofferjouren erbjuder bland annat samtal för att formulera vad man har varit med om, information om polisanmälan och rättsprocessen och hjälp vid skadeståndskrav. De kan också hjälpa till med att förmedla kontakter till andra myndigheter, organisationer eller försäkringsbolag i frågor om brottet.

I Jönköpings län finns tre brottsofferjourer:

- Brottsofferjouren Höglandskommunerna
- Brottsofferjouren Jönköping
- Brottsofferjouren Småland West

UTKAST

Länsstyrelsen i Jönköpings län

Region Jönköpings län

2020-03-18

Enligt sändlista

# REMISS: Regional strategi – mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer. Jönköpings län 2020-2026

Länsstyrelsen i Jönköpings län, Region Jönköpings län och Kommunal utveckling har tagit fram en länsövergripande strategi för arbetet mot våld i nära relationer. Syftet med strategin är att främja samverkan bland länets berörda aktörer och peka ut gemensamma målsättningar för det regionala arbetet mot våld i nära relationer.

Strategiarbetet har letts av en arbetsgrupp med sakkunniga inom jämställdhet och mäns våld mot kvinnor från Länsstyrelsen och Region Jönköpings län inklusive Kommunal utveckling och har samordnats av Länsstyrelsen. I framtagandet av strategins regionala mål har arbetsgruppen dels utgått från regeringens nationella strategi, dels från regionala behov och önskemål som samlades in genom sex workshops med länets aktörer inom området.

## Här hittar du remissen och så här svarar du

Remissdokumentet har sänts via sändlista. Länsstyrelsen önskar remissvaren digitalt, ett per organisation, och svaren disponerade enligt frågeställningarna nedan.

**När det gäller ideella organisationer har vi skickat remissen till samtliga verksamheter i länet. Om du vet att din organisation har ytterligare regional verksamhet utöver din egen önskar vi att ni samordnar ert svar.**

Om du tillhör en kommun vill vi uppmärksamma dig på att remissen kan omfatta flera perspektiv och därmed olika delar av den kommunala organisationen. Här är några områden som kan vara relevanta i remissvaren: **våldsprevention, äldre, funktionshinder, migrationsbakgrund, missbruk och barn**.

## Frågeställningar som vi särskilt vill ha synpunkter på

1. **Beskriv hur din organisation kan använda strategin i ert arbete kring våld i nära relationer.**

a) Vilka av strategins mål kan kopplas till din verksamhet/organisation?
b) Föreslå gärna vilka förändringar i strategin som kan öka användbarheten, vad saknas?

2. **Kan din organisation stå bakom den regionala strategin?**

Med stå bakom menar vi att i sin verksamhet bidra till vision och måluppfyllelse.

a) Om ja, vad är det i strategin som din organisation bedömer som särskilt värdefullt för det fortsatta arbetet med att nå vision och mål?
b) Om nej, vilka förändringar i måste genomföras för att din organisation ska kunna stå bakom strategins vision och mål?

**3. Ange dina övriga synpunkter på innehållet, både generella och detaljerade.**

Disponera dina synpunkter efter strategins rubriker och sidnummer.

**Svar önskas senast den 31 april 2020 med e-post till Länsstyrelsen: jonkoping@lanssyrelsen.se. Ange beteckning 801-2567-20.**

Alla remissinstanser är mycket välkomna att kontakta arbetsgruppen för strategin med sina frågor under remisstiden och att diskutera förslaget till strategin.

Kontaktpersoner är:

Anna Alm Mårtensson, Länsstyrelsen. 010-223 64 36, anna.alm.martensson@lansstyrelsen.se

Maja Falck, Länsstyrelsen. 010-223 63 60, maja.falck@lansstyrelsen.se

Nina Åkerlund, Kommunal utveckling. 070-213 31 76, nina.akerlund@ju.se

Elinor Petersson, Region Jönköpings län. 072-450 05 82, elinor.petersson@rjl.se

| | | |
|---|---|---|
| Nina Lindgren | Jesper Ekberg | Ola Götesson |
| Enhetschef | Folkhälsochef | Utvecklingschef |
| Enheten för social hållbarhet | | Kommunal utveckling |
| Länsstyrelsen i Jönköpings län | Region Jönköpings län | Region Jönköpings län |

# Sändlista

Aneby kommun

Arbetsförmedlingen

Brottsofferjouren

Eksjö kommun

Funktionsrätt Jönköping

Försäkringskassan

Gislaved kommun

Gnosjö kommun

Habo kommun

Hela människan

Jönköpings kommun

Kriminalvården

Kvinno- och tjejjourerna

Migrationsverket

Mullsjö kommun

Nässjö kommun

Polismyndigheten

Region Jönköpings län

RF-SISU Småland

Rädda barnen

Svenska Kyrkan

Sävsjö kommun

Tranås kommun

Vaggeryd kommun

Vetlanda kommun

Vårsols familjecenter

Värnamo kommun

Åklagarmyndigheten

# Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 98-116

**Tid:** 2020-09-01 kl. 08:30

**Plats:** Sal A, Regionens hus

## § 109

## Rekommendation om ersättningsregler för boende i samband med nationell högspecialiserad vård (NHV)

Diarienummer: RJL 2020/1115

### Beslut

Presidiet föreslår nämnden

- Godkänna föreliggande beslutsunderlag från samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen om rekommendation om ersättningsregler från Sveriges Kommuner och Regioner.

### Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att ta ställning till rekommendation om ersättningsregler för boende i samband med nationell högspecialiserad vård (NHV) och samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionens förslag att godkänna detta.

Region Jönköpings län ställer sig bakom beslutsunderlaget från samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen att godkänna föreliggande förslag om ersättningsregler för boende i samband med nationellt högspecialiserad vård, samt att tillämpa dessa regler även för all vård inom och utanför Sydöstra sjukvårdsregionen.

### Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2020-07-15
- Beslutsunderlag från samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen daterat 2020-06-05

### Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

### Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

# Rekommendation om ersättningsregler för boende i samband med nationell högspecialiserad vård (NHV)

## Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Godkänner föreliggande beslutsunderlag från samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen om rekommendation om ersättningsregler från Sveriges Kommuner och Regioner.

## Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att ta ställning till rekommendation om ersättningsregler för boende i samband med nationell högspecialiserad vård (NHV) och samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionens förslag att godkänna detta.

Region Jönköpings län ställer sig bakom beslutsunderlaget från samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen att godkänna föreliggande förslag om ersättningsregler för boende i samband med nationellt högspecialiserad vård, samt att tillämpa dessa regler även för all vård inom och utanför Sydöstra sjukvårdsregionen.

## Information i ärendet

Ett arbete har pågått inom Sveriges kommuner och regioner (SKR) för att ta fram ett regelverk om ersättningsregler för boende i samband med nationell högspecialiserad vård (NHV). Rekommendationen antogs av SKRs styrelse 2020-04-24.

Rekommendationen syftar till lika regler och ersättningar för boende vid nationell högspecialiserad vård. Förutom att rekommendationen har ett jämlikhetsperspektiv bidrar den också till att minska den osäkerhet som finns då patienter från olika regioner vårdas sida vid sida på sjukhus och där de tidigare fått hanteras med olika regler och ersättningar beroende på var patienten remitterats ifrån.

Ovan beskriven ojämlikhet och oklarheter vid olika ersättningsregler finns även då patienter vårdas inom Sydöstra sjukvårdsregionen. Av värde vore därför att

även reglerna tillämpas för all vård inom Sydöstra sjukvårdsregionen samt för all övrig vård utanför Sydöstra sjukvårdsregionen.

Under tiden för ovanstående arbete inom SKR har det också kommit ett förslag om ett ”Enhetspris för kost och logi vid behandling på Skandionkliniken”. Vid samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionens möte 2019-11-29 tillstyrktes detta förslag (§61).

Ärenden avseende avgifter beslutas av respektive region men det har ansetts värdefullt att underställa samverkansnämnden dessa bägge ärenden samtidigt för slutligt ställningstagande.

## Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2020-07-15
- Beslutsunderlag från samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen daterat 2020-06-05

## Beslut skickas till

Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen
Regionledningskontoret - Folkhälsa och sjukvård
Regionledningskontoret - Ekonomi

REGIONLEDNINGSKONTORET

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Hälso- och sjukvårdsstrateg

Region Jönköpings län  Region Kalmar län  Region Östergötland

Regionsjukvårdsstaben
Christina Blomqvist

**PROTOKOLLSUTDRAG**
Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårds-regionen
2020-06-05

§ 42

Rekommendation om ersättningsregler för boende i samband med nationell högspecialise-rad vård (NHV)
SVN 2020-32

Ett arbete har pågått inom SKR för att ta fram ett regelverk om ersättningsregler för boende i samband med nationell högspecialiserad vård (NHV.) Rekommendationen antogs av SKR:s styrelse 2020-04-24.

Samverkansnämnden fick vid sitt möte 29 november 2019 (§57) information om det då pågående arbetet och gav i uppdrag att detta skulle återrapporteras till nämnden våren 2020.
Rekommendationen syftar till lika regler och ersättningar för boende vid nationell högspecialiserad vård. Förutom att rekommendationen har ett jämlikhetsperspektiv bidrar den också till att minska den osäkerhet som finns då patienter från olika regioner vårdas sida vid sida på sjukhus och där de tidigare fått hanteras med olika regler och ersättningar beroende på var patienten remitterats ifrån.

Ovan beskriven ojämlikhet och oklarheter vid olika ersättningsregler finns även då patienter vårdas inom sydöstra sjukvårdsregionen. Av värde vore därför att även reglerna tillämpas för all vård inom Sydöst-ra sjukvårdsregionen samt för all övrig vård utanför Sydöstra sjuk-vårdsregionen.

Under tiden för ovanstående arbete inom SKR har det också kommit ett förslag om ett ”Enhetspris för kost och logi vid behandling på Skandionkliniken”.  Vid Samverkansnämndens möte 2019-11-29 till-styrktes detta förslag (§61)

Ärenden avseende avgifter beslutas av respektive region men det har ansetts värdefullt att underställa Samverkansnämnden dessa bägge ärenden samtidigt för slutligt ställningstagande.

**Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen**
**BESLUTAR**

a t t godkänna föreliggande förslag om ersättningsregler för boende-regler i samband med nationellt  högspecialiserad vård

a t t rekommendera regionerna det tillstyrkta förslaget om ersättningsregler i samband med nationellt högspecialiserad vård, in-klusive den utvidgade tillämpningen, beslutas av respektive region i Sydöstra sjukvårdsregionen
a t t reglerna även tillämpas för övrig vård utanför Sydöstra sjukvårds-

regionen

a t t reglerna även tillämpas för all vård inom Sydöstra sjukvårds-regionen

Vid protokollet

Christina Blomqvist
Sekreterare

Justerat

Kaisa Karro Rachel De Basso Angelica Katsanidou

Rätt utdraget intygas;

Christina Blomqvist

Regionsjukvårdsstaben
Göran Atterfors

2020-06-05 Dnr: SVN 2020-32

Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårds-regionen

# Rekommendation om ersättningsregler för boende i samband med nationell högspecialiserad vård (NHV)

**Bakgrund**
Ett arbete har pågått inom SKR för att ta fram ett regelverk om ersättningsregler för boende i samband med nationell högspecialiserad vård (NHV.) Rekommendationen antogs av SKR:s styrelse 2020-04-24. Samverkansnämnden fick vid sitt möte 29 november 2019 (§57) information om det då pågående arbetet och gav i uppdrag att detta skulle återrapporteras till nämnden våren 2020.

Rekommendationen syftar till lika regler och ersättningar för boende vid nationell högspecialiserad vård. Förutom att rekommendationen har ett jämlikhetsperspektiv bidrar den också till att minska den osäkerhet som finns då patienter från olika regioner vårdas sida vid sida på sjukhus och där de tidigare fått hanteras med olika regler och ersättningar beroende på var patienten remitterats ifrån.

Ovan beskriven ojämlikhet och oklarheter vid olika ersättningsregler finns även då patienter vårdas inom sydöstra sjukvårdsregionen. Av värde vore därför att även reglerna tillämpas för all vård inom Sydöstra sjukvårdsregionen samt för all övrig vård utanför Sydöstra sjukvårdsregionen.

Under tiden för ovanstående arbete inom SKR har det också kommit ett förslag om ett ”Enhetspris för kost och logi vid behandling på Skandionkliniken”. Vid Samverkansnämndens möte 2019-11-29 tillstyrktes detta förslag (§61)

Ärenden avseende avgifter beslutas av respektive region men det har ansetts värdefullt att underställa Samverkansnämnden dessa bägge ärenden samtidigt för slutligt ställningstagande.

Regionsjukvårdsstaben
Göran Atterfors

2020-06-05 Dnr: SVN 2020-32

**Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen föreslås**
**BESLUTA**

a t t godkänna föreliggande förslag om ersättningsregler för boenderegler i samband med nationellt högspecialiserad vård

a t t rekommendera regionerna det tillstyrkta förslaget om ersättningsregler i samband med nationellt högspecialiserad vård, inklusive den utvidgade tillämpningen, beslutas av respektive region i Sydöstra sjukvårdsregionen

a t t reglerna även tillämpas för övrig vård utanför Sydöstra sjukvårdsregionen

a t t reglerna även tillämpas för all vård inom Sydöstra sjukvårdsregionen

Kaisa Karro
Ordförande i SVN
Region Östergötland

Lena Lundgren
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Region Östergötland

Beslutet expedieras till:
Peder Björn, Region Östergötland

Sveriges Kommuner och Regioner

**MEDDELANDE FRÅN STYRELSEN NR 7/2020**

Vårt ärendenr: 20/00003

2020-04-24

Avd för vård och omsorg
Sektionen för hälso- och sjukvård
Gunilla Gunnarsson

Regionstyrelserna och sjukvårdsregionerna genom samverkansnämnderna/motsvarande

# Meddelande från styrelsen Rekommendation om ersättningsregler för boende i samband med nationell högspecialiserad vård (NHV)

Ärendenr: 19/01560

## Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har vid sammanträde den 24 april 2020 beslutat

**att** rekommendera sjukvårdsregionerna/regionerna att godkänna föreliggande rekommendation om ersättningsregler för boende i samband med nationell högspecialiserad vård,

**att** i skrivelse till sjukvårdsregionerna/regionerna rekommendera dem att godkänna och tillämpa rekommendationen senast 30 september 2020,

**att** styrelsen samtidigt begär uppföljning från sjukvårdsregionerna/regionerna genom att kopior på beslut att införa rekommendationen tillställs Sveriges Kommuner och Regioner samt,

**att** tillämpningen av rekommendationen i sjukvårdsregionerna/regionerna följs upp av Sveriges Kommuner och Regioner.

## Bakgrund

Sveriges sjukvårdsregioner med ingående regioner har under lång tid samverkat nationellt kring så kallad rikssjukvård. Sedan 2015 har också samtliga regioner beslutat att införa 10 nationella vårduppdrag inom cancervården. Sammantaget har dock den nationella vården varit av begränsad omfattning.
Riksdagen beslutade 2018 att ge Socialstyrelsen i uppdrag att genomlysa samtliga sjukdomsgrupper för att koncentrera den högspecialiserade vården nationellt. All nationell högspecialiserad vård (NHV) blir i och med riksdagsbeslutet tillståndspliktig. Rikssjukvård överfördes till nya systemet 1 juli 2018 och cancervårdens nationella vårdenheter kommer att överföras så snart Socialstyrelsen har berett övertagandet. Den nationella högspecialiserade vården kommer när samtliga sjukdomsgrupper gåtts igenom att bli betydligt mer omfattande än idag. Därmed kommer allt fler patienter att vårdas utanför den egna regionen.

**Sveriges Kommuner och Regioner**
*Post:* 118 82 Stockholm, *Besök:* Hornsgatan 20
*Tfn:* växel 08-452 70 00, *Fax:* 08-452 70 50
*Org nr:* 222000-0315, info@skr.se, www.skr.se

Lika regler och ersättningar för boende och resor vid nationell högspecialiserad vård har efterfrågats av såväl patienter som de nationella vårdenheternas medarbetare och remittenterna i cancervårdens nivåstrukturering. Förutom jämlikhetsperspektivet så vittnar såväl patienterna som vårdens medarbetare om oklarheter som uppstår då patienter från Sveriges alla regioner vårdas sida vid sida och vårdpersonal ska hantera olika regler och ersättningar beroende på var patienten remitterats från. Arbetet att bistå med rätt information och underlag blir omfattande och ineffektivt.

Sjukvårdsregionernas kansligrupp har därför på uppdrag av SKR/Regionala cancercentrum (RCC) tagit fram nedanstående förslag till gemensamma regler och ersättningar gällande boende för patienter och närstående vid nationell högspecialiserad vård. Utgångspunkter har varit att befintliga regler behöver ensas och förenklas,  att beslut om ersättning fattas av remitterande region som har kostnadsansvaret och att beslutade kostnader ersättes av betalningsansvarig region så att patienter och närstående inte belastas ekonomiskt.

Styrelsen har vid sitt sammanträde 24 april 2020 beslutat rekommendera sjukvårdsregionerna/regionerna att godkänna och tillämpa rekommendationen enligt ovan.

Rekommendationen redovisas i **bilaga 1.**

Sveriges Kommuner och Regioner

Anders Knape
Ordförande

Bilaga 1

# Rekommendation om ersättningsregler för boende i samband med nationell högspecialiserad vård (NHV)

## Avgränsning

1. För patient avser rekommendationen boende på hotell (dvs utanför vårdinrättning/ sjukhus) i samband med öppen nationell högspecialiserad vård.
2. Rekommendationen är inte tillämpbar för patient som är inskriven i sluten högspecialiserad vård. I sådant fall ersätts vårdregionen för den givna vården inklusive vårdplats och måltider i enlighet med regional prislista för vårdregionen av hemregionen. Patienten erlägger vårdavgift (patientavgift) för sluten vård enligt vårdregionens beslut.
3. För närstående till patient avser rekommendationen boende på hotell i samband med att patient erhåller öppen eller sluten nationell högspecialiserad vård.

## Patienter

### Boende

Boende för patienter (oavsett ålder) vid planerad nationell högspecialiserad vård utanför den egna regionen ersätts i följande fall:

- När övernattning krävs på grund av hälsotillstånd/medicinska orsaker.
- När patienten är kallad till provtagning dagen före och/eller om patienten på grund av avstånd från bostad till sjukhus inte har möjlighet att ta sig till eller från sjukhuset samma dag som bedömning/behandling ska ske.

Boendekostnad ersätts upp till nivå motsvarande dygnskostnad för i första hand patienthotell och i andra hand för hotell i standardrum.

Ingen egenavgift tas ut.

### Måltider

Inga måltider ersätts utöver frukost som ingår i hotellets dygnspris.

### Intyg

I samband med remittering för nationell högspecialiserad vård utfärdar remitterande region också intyg gällande boende till såväl utförande vårdenhet i annan region som intern enhet för boendeersättning i den egna regionen.

## Närstående till vuxna patienter

### Boende

Boende för en närstående till vuxna patienter vid planerad nationell högspecialiserad vård utanför den egna regionen ersätts i de fall som gäller för patienter enligt ovan.

Boendekostnad ersätts upp till nivå motsvarande dygnskostnad för i första hand patienthotell och i andra hand för hotell i standardrum.

Ingen egenavgift tas ut.

### Måltider

Inga måltider ersätts utöver frukost som ingår i hotellets dygnspris.

### Intyg

I samband med remittering för nationell högspecialiserad vård utfärdar remitterande region också intyg gällande boende till såväl utförande vårdenhet i annan region som intern enhet för boendeersättning i den egna regionen.

Om medicinska skäl för boende för närstående uppstår under patientens nationella högspecialiserade ska utförande enhet kontakta remittenten som prövar frågan om boendeersättning.

## Närstående till barn

### Boende

Boende för en närstående till barn ersätts vid planerad nationell högspecialiserad vård utanför den egna regionen. Om remittenten bedömer att två närstående ska närvara så ersätts båda.

Boendekostnad ersätts upp till nivå motsvarande dygnskostnad för i första hand patienthotell och i andra hand för hotell i standardrum

Åldersgräns för barn är enligt respektive regions åldersgräns för barn.

Ingen egenavgift tas ut.

### Måltider

Inga måltider ersätts utöver frukost som ingår i hotellets dygnspris.

### Intyg

Intyg krävs från remitterande region om mer än en närstående ska ersättas.

## Närstående till patient med akut oplanerat vårdbehov vid livshotande tillstånd

### Boende

Boende för en närstående ersätts om utförande enhet bedömer att närvaro är nödvändig i samband med akut oplanerat vårdbehov vid livshotande tillstånd.

För barn gäller att om patientansvarig läkare bedömer att två närstående ska närvara så ersätts båda.

Boendekostnad ersätts upp till nivå motsvarande dygnskostnad för i första hand patienthotell och i andra hand för hotell i standardrum i högst 4 dygn.

Ingen egenavgift tas ut.

### Måltider

Inga måltider ersätts utöver frukost som ingår i hotellets dygnspris.

### Beslut om ersättning

Patientansvarig läkare i utförande region kan besluta om boende i högst 4 dygn.

### Intyg

Intyg från remitterande region krävs vid vistelse mer än 4 dygn för att boendekostnaden ska ersättas.

# Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 98-116

**Tid:** 2020-09-01 kl. 08:30

**Plats:** Sal A, Regionens hus

## § 110

## Regelverk för Enhetspris för kost och logi vid Skandionkliniken

Diarienummer: RJL 2020/1425

### Beslut

Presidiet föreslår nämnden

- Godkänna föreliggande beslutsunderlag från samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen gällande tillstyrkt regelverk för ”Enhetspris för kost och logi vid behandling på Skandionkliniken”.

### Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att ta ställning till rubricerat förslag om ”Enhetspris för kost och logi vid behandling på Skandionkliniken”.

Region Jönköpings län ställer sig bakom förslaget från samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen att godkänna förslaget om ett enhetspris för kost och logi vid behandling på Skandionkliniken.

### Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2020-07-15
- Beslutsunderlag från samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen daterat 2020-06-05

### Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

### Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

# Regelverk för enhetspris för kost och logi vid behandling på Skandionkliniken

## Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Godkänner föreliggande beslutsunderlag från samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen gällande tillstyrkt regelverk för ”Enhetspris för kost och logi vid behandling på Skandionkliniken”.

## Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att ta ställning till rubricerat förslag om ”Enhetspris för kost och logi vid behandling på Skandionkliniken”.

Region Jönköpings län ställer sig bakom förslaget från samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen att godkänna förslaget om ett enhetspris för kost och logi vid behandling på Skandionkliniken.

## Information i ärendet

Vid Samverkansnämndens möte 2019-11-30 (§61) tillstyrktes förslag om ett ”Enhetspris för kost och logi vid behandling på Skandionkliniken”.

Samtidigt har ett arbete pågått inom SKR att ta fram ett regelverk för boende vid enheter för nationellt högspecialiserad vård. Detta regelverk blev föremål för ett särskilt ärende (SVN 2020-31).

Ärenden avseende avgifter beslutas av respektive region men det har ansetts värdefullt att underställa samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen dessa bägge ärenden samtidigt för slutligt ställningstagande.

## Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2020-07-15
- Beslutsunderlag från samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen daterat 2020-06-05

## Beslut skickas till

Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen
Regionledningskontoret - Folkhälsa och sjukvård
Regionledningskontoret - Ekonomi

REGIONLEDNINGSKONTORET

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Hälso- och sjukvårdsstrateg

Region Jönköpings län  Region Kalmar län  Region Östergötland

Regionsjukvårdsstaben
Christina Blomqvist

**PROTOKOLLSUTDRAG**
Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårds-regionen
2020-06-05

§ 43

Förslag om ”Enhetspris för kost och logi vid behandling på Skandionkliniken”
SVN 2020-35

Vid Samverkansnämndens möte 2019-11-30 (§61) tillstyrktes förslag om ett ”Enhetspris för kost och logi vid behandling på Skandion-kliniken”.

Samtidigt har ett arbete pågått inom SKR att ta fram ett regelverk för boende vid enheter för nationellt högspecialiserad vård. Detta regelverk kommer att bli föremål för ett särskilt ärende (SVN 2020-31).

Ärenden avseende avgifter beslutas av respektive region men det har ansetts värdefullt att underställa Samverkansnämnden dessa bägge ärenden samtidigt för slutligt ställningstagande.

**Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen**
**BESLUTAR**

a t t rekommendera det tillstyrkta regelverket för ” Enhetspris för kost och logi vid behandling på Skandionkliniken” beslutas av respektive region i Sydöstra sjukvårdsregionen.

Vid protokollet

Christina Blomqvist
Sekreterare

Justerat

Kaisa Karro  Rachel De Basso  Angelica Katsanidou

Rätt utdraget intygas;

Christina Blomqvist

BESLUTSUNDERLAG 1(1)

Regionsjukvårdsstaben
Göran Atterfors

2020-06-05 Dnr: SVN 2020-35

Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårds-regionen

# Förslag om ”Enhetspris för kost och logi vid behandling på Skandionkliniken”

Vid Samverkansnämndens möte 2019-11-30 (§61) tillstyrktes förslag om ett ”Enhetspris för kost och logi vid behandling på Skandionkliniken”.

Samtidigt har ett arbete pågått inom SKR att ta fram ett regelverk för boende vid enheter för nationellt högspecialiserad vård. Detta regelverk kommer att bli föremål för ett särskilt ärende (SVN 2020-31).

Ärenden avseende avgifter beslutas av respektive region men det har ansetts värdefullt att underställa Samverkansnämnden dessa bägge ärenden samtidigt för slutligt ställningstagande.

**Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen föreslås BESLUTA**

a t t rekommendera det tillstyrkta regelverket för ” Enhetspris för kost och logi vid behandling på Skandionkliniken” beslutas av respektive region i Sydöstra sjukvårdsregionen.

Kaisa Karro
Ordförande i SVN
Region Östergötland

Lena Lundgren
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Region Östergötland

Beslutet expedieras till:
Peder Björn, Region Östergötland

# Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 98-116

**Tid:** 2020-09-01 kl. 08:30

**Plats:** Sal A, Regionens hus

## § 111

## Införande av tarmcancerscreening och anslutning till gemensamt kallelsekansli

Diarienummer: RJL 2020/1492

### Beslut

Presidiet föreslår nämnden

- Godkänna föreliggande beslutsunderlag från samverkansnämnden i Sydöstra sjukvårdsregionen om införande av tarmcancerscreening samt anslutning till gemensamt kallelsekansli för tarmcancerscreening.

### Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att ta ställning till rubricerat beslutsunderlag från samverkansnämnden i Sydöstra sjukvårdsregionen.

Region Jönköpings län ställer sig bakom förslaget från samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen om införande av tarmcancerscreening med start januari 2022, samt att ansluta till gemensamt kallelsekansli för tarmcancerscreening.

### Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2020-07-15
- Beslutsunderlag från samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen daterat 2020-06-05

### Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

### Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

# Införande av tarmcancerscreening och anslutning till gemensamt kallelsekansli

## Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Godkänner föreliggande beslutsunderlag från samverkansnämnden i Sydöstra sjukvårdsregionen om införande av tarmcancerscreening samt anslutning till gemensamt kallelsekansli för tarmcancerscreening.

## Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att ta ställning till rubricerat beslutsunderlag från samverkansnämnden i Sydöstra sjukvårdsregionen.

Region Jönköpings län ställer sig bakom förslaget från samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen om införande av tarmcancerscreening med start januari 2022, samt att ansluta till gemensamt kallelsekansli för tarmcancerscreening.

## Information i ärendet

RCC har i samråd med Socialstyrelsens screeningråd beslutat att rekommendera regioner att under 2019 starta ett nationellt införande av generell tarmcancerscreening. Screeningverksamheten ska omfatta alla kvinnor och män i Sverige i åldern 60-74 år och genomföras med test av blod i avföringen. En nationell arbetsgrupp med representation från varje RCC stöttar implementeringen av screening för tjock- och ändtarmscancer i respektive sjukvårdsområde och arbete pågår med att ta fram ett nationellt vårdprogram för tarmcancerscreening.

En regional arbetsgrupp för implementering av tarmcancerscreening i Sydöstra sjukvårdsregionen är tillsatt och deras rekommendation är att screening i Sydöstra sjukvårdsregionen ska starta från och med januari 2021. Under 2019 togs underlag fram för mer detaljerade kapacitets- och kostnadsberäkningar för både implementering och kontinuerlig screeningverksamhet.

Det har även gjorts en översyn av olika alternativ för logistik kring tarmcancerscreening med avseende på IT, kallelse och svarsbrev, samt provtagningskit och analys av dessa. Gruppen föreslår att Sydöstra sjukvårdsregionen ansluter sig till det Gemensamma Screeningkansliet (GSK)

med bas i Stockholm. Årskostnad för anslutning beräknas till ca 7 miljoner för Sydöstra sjukvårdsregionen.

Den sjukvårdsregionala arbetsgruppen kommer under hösten 2020 att slutföra detaljberäkning för varje region med avseende på aktuell kapacitet för koloskopi, behov av utbyggnad samt kostnadsberäkningar för detta. Gruppen rapporterar kontinuerligt sitt arbete till RCC:s ledningsgrupp, RSL och samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen.

## Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2020-07-15
- Beslutsunderlag från samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen daterat 2020-06-05

## Beslut skickas till

Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen
Regionledningskontoret - Folkhälsa och sjukvård

REGIONLEDNINGSKONTORET

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Hälso- och sjukvårdsstrateg

Region Jönköpings län  Region Kalmar län  Region Östergötland

Regionsjukvårdsstaben
Christina Blomqvist

**PROTOKOLLSUTDRAG**
Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen
2020-06-05

§ 38

Tarmcancerscreening
SVN 2020-36

Tjock- och ändtarmscancer är den tredje vanligaste cancerformen i Sverige med omkring 6600 nya fall per år. Studier har visat att tidig upptäckt genom screening minskar risken att dö av sin cancer med cirka 15 procent. Införandet av en generell tarmcancerscreening i Sverige beräknas kunna spara 300 liv per år. I Sydöstra sjukvårdsregionen beräknas tarmcancerscreening hindra drygt 30 personer årligen att avlida i tarmcancer.

RCC har i samråd med Socialstyrelsens screeningråd beslutat att rekommendera regioner att under 2019 starta ett nationellt införande av generell tarmcancerscreening. Screeningverksamheten ska omfatta alla kvinnor och män i Sverige i åldern 60-74 år och genomföras med test av blod i avföringen. En nationell arbetsgrupp med representation från varje RCC stöttar implementeringen av screening för tjock- och ändtarmscancer i respektive sjukvårdsområde och arbete pågår med att ta fram ett nationellt vårdprogram för tarmcancerscreening.

En regional arbetsgrupp för implementering av tarmcancerscreening i Sydöstra sjukvårdsregionen är tillsatt och deras rekommendation är att screening i Sydöstra sjukvårdsregionen ska starta från och med januari 2021. Under 2019 togs underlag fram för mer detaljerade kapacitets- och kostnadsberäkningar för både implementering och kontinuerlig screeningverksamhet.

Analyser visar på att det redan i dagsläget råder kapacitetsbrist för koloskopi i hela Sydöstra sjukvårdsregionen. Implementering av tarmcancerscreening kräver därför att regionens koloskopiresurser utökas med hänsyn både till rådande underkapacitet samt det utökade behov som tarmcancerscreening kommer att innebära.

Det har även gjorts en översyn av olika alternativ för logistik kring tarmcancerscreening med avseende på IT, kallelse och svarsbrev, samt provtagningskit och analys av dessa. Gruppen föreslår att Sydöstra sjukvårdsregionen ansluter sig till det Gemensamma Screeningkansliet (GSK) med bas i Stockholm. Årskostnad för anslutning beräknas till ca 7 miljoner för Sydöstra sjukvårdsregionen.

Den sjukvårdsregionala arbetsgruppen kommer under hösten 2020 att slutföra detaljberäkning för varje region med avseende på aktuell kapacitet för koloskopi, behov av utbyggnad samt kostnadsberäkningar för detta. Gruppen rapporterar kontinuerligt sitt arbete till RCC:s

ledningsgrupp, RSL och samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårds-regionen.

**Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen**
**BESLUTAR**

a t t rekommendera respektive region i Sydöstra sjukvårdsregionen att besluta om införande av tarmcancerscreening med start januari 2022

a t t rekommendera respektive region i Sydöstra sjukvårdsregionen att besluta om anslutning till gemensamt kallelsekansli för tarmcancer-screening.

Vid protokollet

Christina Blomqvist
Sekreterare

Justerat

Kaisa Karro Rachel De Basso Angelica Katsanidou

Rätt utdraget intygas;

Christina Blomqvist

Regionsjukvårdsstaben
Annica Öhrn

2020-05-15 Dnr: SVN 2020-36

Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårds-regionen

# Tarmcancerscreening

Tjock- och ändtarmscancer är den tredje vanligaste cancerformen i Sverige med omkring 6600 nya fall per år. Studier har visat att tidig upptäckt genom screening minskar risken att dö av sin cancer med cirka 15 procent. Införandet av en generell tarmcancerscreening i Sverige beräknas kunna spara 300 liv per år. I Sydöstra sjukvårdsregionen beräknas tarmcancerscreening hindra drygt 30 personer årligen att avlida i tarmcancer.

RCC har i samråd med Socialstyrelsens screeningråd beslutat att rekommendera regioner att under 2019 starta ett nationellt införande av generell tarmcancerscreening. Screeningverksamheten ska omfatta alla kvinnor och män i Sverige i åldern 60-74 år och genomföras med test av blod i avföringen. En nationell arbetsgrupp med representation från varje RCC stöttar implementeringen av screening för tjock- och ändtarmscancer i respektive sjukvårdsområde och arbete pågår med att ta fram ett nationellt vårdprogram för tarmcancerscreening.

En regional arbetsgrupp för implementering av tarmcancerscreening i Sydöstra sjukvårdsregionen är tillsatt och deras rekommendation är att screening i Sydöstra sjukvårdsregionen ska starta från och med januari 2021. Under 2019 togs underlag fram för mer detaljerade kapacitets- och kostnadsberäkningar för både implementering och kontinuerlig screeningverksamhet.

Analyser visar på att det redan i dagsläget råder kapacitetsbrist för koloskopi i hela Sydöstra sjukvårdsregionen. Implementering av tarmcancerscreening kräver därför att regionens koloskopiresurser utökas med hänsyn både till rådande underkapacitet samt det utökade behov som tarmcancerscreening kommer att innebära.

Det har även gjorts en översyn av olika alternativ för logistik kring tarmcancerscreening med avseende på IT, kallelse och svarsbrev, samt provtagningskit och analys av dessa. Gruppen föreslår att Sydöstra sjukvårdsregionen ansluter sig till det Gemensamma Screeningkansliet

Regionsjukvårdsstaben
Annica Öhrn

2020-05-15 Dnr: SVN 2020-36

(GSK) med bas i Stockholm. Årskostnad för anslutning beräknas till ca 7 miljoner för Sydöstra sjukvårdsregionen.

Den sjukvårdsregionala arbetsgruppen kommer under hösten 2020 att slutföra detaljberäkning för varje region med avseende på aktuell kapacitet för koloskopi, behov av utbyggnad samt kostnadsberäkningar för detta. Gruppen rapporterar kontinuerligt sitt arbete till RCC:s ledningsgrupp, RSL och samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen.

**Samverkansnämnden för Sydöstra sjukvårdsregionen föreslås BESLUTA**

a t t rekommendera respektive region i Sydöstra sjukvårdsregionen att besluta om införande av tarmcancerscreening med start januari 2022

a t t rekommendera respektive region i Sydöstra sjukvårdsregionen att besluta om anslutning till gemensamt kallelsekansli för tarmcancerscreening.

Kaisa Karro
Ordförande i SVN
Region Östergötland

Lena Lundgren
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Region Östergötland

Beslutet expedieras till:
Srinivas Uppugunduri RCC
Kjell Ivarsson, Region Jönköping

# Presidium - Nämnd för folkhälsa och sjukvård §§ 98-116

**Tid:** 2020-09-01 kl. 08:30

**Plats:** Sal A, Regionens hus

## § 112

## Rekommendation om ersättning för digitala vårdtjänster

Diarienummer: RJL 2020/1407

### Beslut

Presidiet föreslår nämnden

- Godkänna föreliggande rekommendation från Sveriges Kommuner och Regioner om ersättning för digitala vårdtjänster till vårdgivare verksamma enligt den nationella taxen, med 500 kronor för läkare och 275 kronor för fysioterapeut under den begränsade tid som förordningen gäller.

### Sammanfattning

Region Jönköpings län har rekommenderats att tillämpa ersättning för digitala vårdkontakter till vårdgivare verksamma enligt den nationella taxan enligt förslag från Sveriges kommuner och regioner.

Region Jönköpings län ställer sig bakom föreslagen rekommendation om ersättning under den begränsade tid som den tillfälliga förordningen gäller.

### Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2020-08-10
- Rekommendation om ersättning för digitala vårdtjänster till vårdgivare verksamma enligt den nationella taxan från Sveriges Kommuner och Regioner

### Beslutet skickas till

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

### Beslutets antal sidor

1

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

# Rekommendation om ersättning för digitala vårdtjänster till vårdgivare verksamma enligt den nationella taxan

## Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- Godkänner föreliggande rekommendation från Sveriges Kommuner och Regioner om ersättning för digitala vårdtjänster till vårdgivare verksamma enligt den nationella taxen, med 500 kronor för läkare och 275 kronor för fysioterapeut under den begränsade tid som förordningen gäller.

## Sammanfattning

Region Jönköpings län har rekommenderats att tillämpa ersättning för digitala vårdkontakter till vårdgivare verksamma enligt den nationella taxan enligt förslag från Sveriges kommuner och regioner.

Region Jönköpings län ställer sig bakom föreslagen rekommendation om ersättning under den begränsade tid som den tillfälliga förordningen gäller.

## Information i ärendet

Region Jönköpings län har sedan tidigare ställt sig bakom rekommendation om gemensam utomlänsersättning för digitala vårdtjänster i primärvården. Nu föreslår Sveriges Kommuner och Regioner en gemensam ersättning till vårdgivare verksamma enligt den nationella taxan för digitala vårdåtgärder.
Rekommendationen om ersättning per digital vårdåtgärd är för läkare 500 kronor och för fysioterapeuter 275 kronor.
Rekommendationen bygger på de tillfälliga förordningsförändringar som regeringen fattat beslut om och som gäller den 8 juni 2020 och upphör att gälla vid utgången av 2020.

Som skäl till rekommendationen förs bland annat fram att det sedan tidigare finns en gemensam rekommendation på området, att ersättningen inom den nationella taxan i övrigt är enhetlig i landet och att det nu handlar om en tillfällig ersättning under pandemin.

## Beslutsunderlag

- Missiv daterat 2020-08-10
- Rekommendation om ersättning för digitala vårdtjänster till vårdgivare verksamma enligt den nationella taxan från Sveriges Kommuner och Regioner

## Beslut skickas till

Sveriges Kommuner och Regioner
Regionledningskontoret Folkhälsa och sjukvård
Regionledningskontoret Ekonomi

REGIONLEDNINGSKONTORET

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Hälso- och sjukvårdsstrateg

Sveriges Kommuner och Regioner

**MEDDELANDE FRÅN STYRELSEN NR 11/2020**

Vårt ärendenr:
20/00003

2020-06-04

Regionstyrelserna

# Meddelande från styrelsen - Rekommendation om ersättning för digitala vårdtjänster till vårdgivare verksamma enligt den nationella taxan

Ärendenr: 20/00810

## Förbundsstyrelsens beslut

Arbetsutskottet har på delegation från styrelsen för Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) beslutat den 4 juni 2020

**att** rekommendera regionerna att tillämpa ersättning för digitala vårdkontakter till vårdgivare verksamma enligt den nationella taxan i enlighet med vad som sägs i bilaga 1-2, samt

**att** i skrivelse till regionerna rekommendera dem att, i de fall egna beslut om ersättning för digitala vårdåtgärder antas, tillämpa denna rekommendation.

Sveriges Kommuner och Regioner

Anders Knape
Ordförande

**Sveriges Kommuner och Regioner**
*Post:* 118 82 Stockholm, *Besök:* Hornsgatan 20
*Tfn:* växel 08-452 70 00, *Fax:* 08-452 70 50
*Org nr:* 222000-0315, info@skr.se, www.skr.se

Sveriges Kommuner och Regioner

2020-06-04

Vårt ärendenr:
020/00003

**Bilaga 1**

# Rekommendation om ersättning för digitala vårdåtgärder till vårdgivare verksamma på den nationella taxan

## Bakgrund

### Nya bestämmelser om möjlighet till digitala vårdmöten för vårdgivare som verkar enligt den nationella taxan

Regeringen fattade den 20 maj 2020 beslut om följande tillfälliga förordningsförändringar. Regeringen föreskriver att det i båda förordningarna som reglerar ersättning för läkare och fysioterapeuter ska införas en ny paragraf som reglerar möjligheten till ersättningar för digitala vårdmöten, med lydelse enligt nedan.
Båda förordningsändringarna upphör att gälla vid utgången av 2020.
Förordningsändringarna är frivilliga för regionerna att tillämpa och förutsätter regionala beslut.

#### Förordning om ändring i förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning

5 a § En läkares vårdinsatser får även genomföras genom digitala vårdmöten om
1. direkt kontakt med patienter bör undvikas på grund av risk för spridning av det virus som orsakar covid-19, och
2. den region där läkaren bedriver sin verksamhet medger det.
Vidare krävs att regionen och läkaren, eller företrädare för denne, enats om ett normalarvode och om de villkor som ska gälla för digitala vårdmöten.
Läkarvårdsersättning som lämnas till en läkare och vikarie i dennes verksamhet enligt denna paragraf ska räknas in i sammanlagt mottaget arvode enligt 5 §. Om sammanlagt mottaget arvode för fysiska och digitala vårdbesök under ett kalenderår överstiger det högsta belopp som anges i tabellen enligt 5 §, lämnas reducerat normalarvode för digitala vårdmöten motsvarande hälften av det överenskomna normalarvodet upp till det ersättningstak som följer av 6 §. Denna förordning träder i kraft den 8 juni 2020.

#### Förordning om ändring i förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi

4 a § En fysioterapeuts behandling får även genomföras genom digitala vårdmöten i den utsträckning det är lämpligt, om
1. direkt kontakt med patienter bör undvikas på grund av risk för spridning av det virus som orsakar covid-19, och
2. den region där fysioterapeuten bedriver sin verksamhet medger det.
Vidare krävs att regionen och fysioterapeuten, eller företrädare för denne, enats om ett normalarvode och om de villkor som ska gälla för digitala vårdmöten.

Fysioterapiersättning som lämnas till en fysioterapeut och vikarie i dennes verksamhet enligt denna paragraf ska räknas in i sammanlagt mottaget arvode enligt 4 §. Om sammanlagt mottaget arvode för fysiska och digitala vårdbesök under ett kalenderår överstiger det högsta belopp som anges i tabellen enligt 4 §, lämnas reducerat normalarvode för digitala vårdmöten motsvarande hälften av det överenskomna normalarvodet upp till det ersättningstak som följer av 5 §. Denna förordning träder i kraft den 8 juni 2020.

## Varför behövs en rekommendation från SKR?

Att SKR rekommenderar, de regioner som så vill, en gemensam ersättning till vårdgivare verksamma enligt den nationella taxan för digitala vårdåtgärder kan sägas vara en avvikelse från det gängse synsättet att dessa frågor bör hanteras regionalt. Skälet till rekommendationen är flera;

- ✓ det finns sedan tidigare en rekommendation för ersättning för digitala vårdtjänster och det är angeläget att ersättningarna på området ensas
- ✓ ersättningarna inom den nationella taxan är i övrigt enhetliga i landet
- ✓ det handlar om en tillfällig ersättning under pandemin och att det med anledning av det ansträngda läget i regionerna är angeläget att minimera de administrativa insatserna
- ✓ den nationella taxan kommer, med utgångspunkt i nära vård utredningens huvudbetänkande, med stor sannolikhet att inom kort förändras i grunden. För att sätta fokus på den långsiktiga förändringen är det därför angeläget att hitta en enkel och enhetlig lösning på denna tidsbegränsade ersättningsfråga.

# Tidigare rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården m.m.

Utvecklingen av den digitala vården har gått snabbt de senaste åren. SKR tog med anledning av detta i maj 2017 fram en rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården m.m. Rekommendationen reviderades i mars 2019.
Rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården m.m.
I rekommendationen anges beräknad självkostnad för digital vårdkontakt med läkare enligt följande:

| | |
|---|---|
| Lön inkl sociala avgifter | 250 kr |
| Kringpersonal | 70 kr |
| Övriga kostnader | 100 kr |
| Medicinsk service | 25 kr |
| Självkostnad, ca | 450 kr |

Som grund för beräkningen anges kringpersonal till 0,5 st, lönekostnadsandel till 75 procent, effektiv arbetstid till 75 procent, 17 minuter per genomsnittlig vårdkontakt samt medicinskt service i genomsnitt till 25 kronor per digital patientkontakt. I beslutet till rekommendation antogs prisnivån 500 kronor per digital vårdkontakt med läkare.
Rekommendationen omfattar också ytterligare två grupper legitimerade yrkeskategorier med rekommenderade prisnivåer att tillämpas vid utomlänsfakturering. 425 kronor per digital kontakt med psykolog, kurator eller psykoterapeut respektive 275 kronor per kontakt med annan legitimerad sjukvårdspersonal. Fysioterapeuter ingår i den senare gruppen.

# Rekommendation om ersättning för digitala vårdåtgärder till vårdgivare verksamma på den nationella taxan

Rekommendationen bygger på de tillfälliga förordningsförändringar som regeringen fattat beslut om den 20 maj 2020 avseende möjlighet till digitala vårdåtgärder för vårdgivare verksamma enligt förordning (1994:1120) om ersättning för fysioterapi (FOF) och förordning (1994:1121) om läkarvårdsersättning (FOL).
Förordningarna börjar gälla den 8 juni 2020 och upphör att gälla vid utgången av 2020.
Förändringen är inte tvingande för regionerna utan innebär en option att, utifrån regionens bedömning av behov, fatta beslut om att tillämpa möjligheten. Regionen avgör också vilka specialiteter som ska omfattas av beslutet.
SKR ser det som logiskt att om sådant beslut fattas av regionen bör ersättningen, på samma sätt som för andra vårdgivare, ta sin utgångspunkt i SKR:s rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården som beskrivs ovan.
***Rekommendation om ersättning per digital vårdåtgärd blir då för läkare 500 kr och för fysioterapeuter 275 kr.***
Rekommenderade belopp lämnas under förutsättning att summan av arvodet som lämnats till en läkare eller fysioterapeut under kalenderåret har uppgått till högst det belopp som anges i 5 § förordningen om läkarvårdsersättning respektive 4 § förordningen om ersättning för fysioterapi.
Reducerat arvode rekommenderas utgå med 50 procent när sammanlagt mottaget arvode enligt förordningarna uppnåtts.
SKR menar vidare att digitala vårdåtgärder är åtgärder som i delar skiljer sig från fysiska besök. De tidsgränser som anges i respektive förordning blir därför inte applicerbara på dessa digitala vårdåtgärder. Rekommendationens ersättningsnivåer utgör en enhetlig ersättning för digitala vårdkontakter oavsett tidsåtgång eller åtgärd. Dock förutsätts vårdkontakten uppfylla de kriterier som ställs i bilaga 2 ”Kriterier för ersättningsberättigande”.

**Bilaga 2**

## Kriterier för ersättningsberättigande

Nedanstående kriterier och definitioner ska vara uppfyllda för att digitala vårdåtgärder ska vara ersättningsberättigade.

#### Kriterier för ersättningsberättigade digitala vårdåtgärder

För att en digital vårdåtgärd, vidare benämnd distanskontakt, ska berättiga till ersättning ska följande krav vara uppfyllda:

- Distanskontakten ska avse ”kvalificerad sjukvård” enligt Socialstyrelsens definition (Inrapportering till Patientregister), dvs. det ska inte vara fråga om rådgivning och liknande (se definition på kvalificerad sjukvård nedan, utdrag från instruktion avseende anvisningar för patientregistret)
- Distanskontakten ska uppfylla samma krav på journalföring och inrapportering m.m. som andra, motsvarande besök i hälso- och sjukvården enligt respektive regions krav
- Distanskontakten ska föregås av id-kontroll genom stark autentisering
- Vårdgivaren ska ha kostnadssvar för eventuellt beställd medicinsk service i enlighet med vad som anges i förordningen 1994:1121 om läkarvårdsersättning

#### Kvalificerad hälso- och sjukvård

Definition på kvalificerad sjukvård
Vårdkontakten ska ske via en dialog mellan läkare och patient och ska innehållsmässigt och tidsmässigt ersätta/motsvara ett öppenvårdsbesök. Behandlingsansvarig gör en medicinsk/psykiatrisk bedömning och fattar beslut om eventuell behandling, ändring av pågående behandling eller ytterligare utredning. Hit räknas även kontakter som är nödvändiga för att inhämta uppgifter om patienten för medicinska utlåtanden men inte för delgivning av utlåtandet.

Exempel på distanskontakter som **inte** räknas som kvalificerad sjukvård

- Upplysningar, information och råd:
  - » Allmänna upplysningar samt råd om patienten bör uppsöka någon vårdinrättning eller inte.
  - » Distanskontakt som leder till besök eller inskrivning hos samma vårdgivare i direkt anslutning till kontakten. Eftersom det rör sig om en och samma vårdgivare är kontakten en del i besöket/vårdtillfället. Om kontakten utmynnar i förslag till besök eller inläggning hos annan vårdgivare är kontakten en kvalificerad kontakt.
  - » Information om förberedelser inför en kommande vårdkontakt.

- » En telefon-/fjärrkontakt på ett par minuter kan inte anses ersätta ett öppenvårdsbesök.
- » Begäran om journalkopia utan att personalen förklarar journalinnehållet eller lämnar ett medicinskt utlåtande baserat på journalinnehållet.
- » Information om öppettider, bokning av tolk eller sjuktransport och dylikt.

- • Sjukskrivning, recept, hjälpmedel:
  - » Förlängning av sjukskrivning för sedan tidigare kända problem utan ställningstagande till eventuella nytillkomna besvär.
  - » Förnyelse av läkemedelsrecept eller hjälpmedelsförskrivning för sedan tidigare kända problem utan ställningstagande till eventuella nytillkomna besvär.
- • Utlåtande/svar:
  - » Delgivning av medicinskt utlåtande eller av undersökningsresultat, inkluderar remissvar och provsvar.

Källa: Socialstyrelsen, Förtydligande av anvisningar för patientregistret